

ENQUETE DEMOGRAPHIQUE ET DE SANTE
QUESTIONNAIRE INDIVIDUEL FEMME

CONFIDENTIEL

| IDENTIFICATION | | | | | | | |
|--|---|--|--|--|--|--|--|
| REGION _____ | <table border="1" style="width: 100%; height: 100%; border-collapse: collapse;"> <tr><td style="width: 20px; height: 20px;"></td></tr> <tr><td style="width: 20px; height: 20px;"></td></tr> <tr><td style="width: 20px; height: 20px;"></td></tr> <tr><td style="width: 20px; height: 20px;"></td></tr> </table> | | | | | | |
| | | | | | | | |
| | | | | | | | |
| | | | | | | | |
| | | | | | | | |
| PREFECTURE _____ | | | | | | | |
| VILLE/CANTON _____ | | | | | | | |
| URBAIN/RURAL (URBAIN=1, RURAL=2)..... | | | | | | | |
| VILLAGE/QUARTIER _____ | <table border="1" style="width: 100%; height: 100%; border-collapse: collapse;"> <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> | | | | | | |
| | | | | | | | |
| | | | | | | | |
| | | | | | | | |
| NUMERO DE GRAPPE..... | | | | | | | |
| NUMERO DE CONCESSION..... | | | | | | | |
| NUMERO DU MENAGE..... | <table border="1" style="width: 100%; height: 100%; border-collapse: collapse;"> <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> | | | | | | |
| | | | | | | | |
| | | | | | | | |
| 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; width: 40px; height: 20px; border-collapse: collapse;"><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; width: 40px; height: 20px; border-collapse: collapse;"><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; width: 60px; height: 20px; border-collapse: collapse;"><tr><td style="width: 15px; height: 20px; text-align: center;">1</td><td style="width: 15px; height: 20px; text-align: center;">9</td><td style="width: 15px; height: 20px; text-align: center;">9</td><td style="width: 15px; 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; width: 40px; height: 20px; border-collapse: collapse;"><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; width: 40px; height: 20px; border-collapse: collapse;"><tr><td style="width: 20px; height: 20px;"></td><td style="width: 20px; height: 20px;"></td></tr></table> | | | | | | | | |
| | | | | | | | | | | | | |
| PROCHAINE VISITE: DATE | _____ | _____ | | NBRE. TOTAL DE VISITES <table border="1" style="display: inline-table; width: 40px; height: 20px; border-collapse: collapse;"><tr><td style="width: 20px; height: 20px;"></td><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..... | <table border="1" style="width: 100%; height: 100%; border-collapse: collapse;"> <tr><td style="width: 20px; height: 20px; text-align: center;">1</td></tr> <tr><td style="width: 20px; height: 20px;"></td></tr> <tr><td style="width: 20px; height: 20px;"></td></tr> </table> | 1 | | |
| 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="width: 40px; height: 20px; border-collapse: collapse;"><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="width: 40px; height: 20px; border-collapse: collapse;"><tr><td style="width: 20px; height: 20px;"></td><td style="width: 20px; height: 20px;"></td></tr></table> | | | CONTROLE BUREAU <table border="1" style="width: 40px; height: 20px; border-collapse: collapse;"><tr><td style="width: 20px; height: 20px;"></td><td style="width: 20px; height: 20px;"></td></tr></table> | | | SAISI PAR <table border="1" style="width: 40px; height: 20px; border-collapse: collapse;"><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 <input type="checkbox"/> | AGEE DE 25 ANS OU PLUS <input type="checkbox"/> | → 113 |
| 111 | Est-ce que vous allez à l'école actuellement? | OUI.....1 NON.....2 | → 113 |
| 111A | A quel âge avez-vous arrêté d'aller à l'école? | AGE..... | <input type="text"/> |

| N° | QUESTIONS ET FILTRES | CODES | A |
|------|--|---|----------------|
| 112 | Quelle est la raison principale pour laquelle vous avez arrêté d'aller à l'école? | TOMBEE ENCEINTE.....01 S'EST MARIEE.....02 GARDE DES ENFANTS +JEUNES.....03 FAMILLE AVAIT BESOIN D'AIDE AUX CHAMPS OU AU TRAVAIL.....04 POUVAIT PAS PAYER LES FRAIS.....05 DEVAIT GAGNER DE L'ARGENT.....06 SUFFISAMMENT SCOLARISEE.....07 ECHEC A L'ECOLE.....08 N'AIME PAS L'ECOLE.....09 ECOLE INACCESSIBLE/TROP LOIN...10 AUTRE _____ 96 (PRECISER) NSP.....98 | |
| 113 | VERIFIER 108: PRIMAIRE <input type="checkbox"/> SECONDAIRE OU SUPERIEUR <input type="checkbox"/> | | → 114A |
| 113B | Comprenez-vous le français facilement, difficilement ou pas du tout? | FACILEMENT.....1 DIFFICILEMENT.....2 PAS DU TOUT.....3 | |
| 114 | Pouvez-vous lire et comprendre une lettre ou un journal facilement, avec difficulté ou pas du tout en français ou dans une autre langue? | FACILEMENT.....1 DIFFICILEMENT.....2 PAS DU TOUT.....3 | → 116 |
| 114A | Avez-vous l'habitude de lire un journal, un magazine ou un quelconque document au moins une fois par mois? | OUI.....1 NON.....2 | → 116 |
| 115 | Avez-vous l'habitude de lire un journal, un magazine ou un quelconque document au moins une fois par semaine? | OUI.....1 NON.....2 | |
| 116 | Avez-vous l'habitude d'écouter la radio souvent, parfois ou jamais? | SOUVENT.....1 PARFOIS.....2 JAMAIS.....3 | → 117 |
| 116A | Quels jours de la semaine avez-vous l'habitude d'écouter la radio? 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 | |
| 116B | A quelles heures avez-vous l'habitude d'écouter la radio? 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. | AVANT 8 HEURES.....A DE 8 A 12 HEURES.....B DE 12 A 14 HEURES.....C DE 14 A 18 HEURES.....D DE 18 A 20 HEURES.....E AU DELA DE 20 HEURES.....F TOUTE LA JOURNEE.....G ÇA DEPEND/N'IMPORTE.....X NSP.....Z | |
| 116C | Quel genre d'émission radio avez-vous l'habitude d'écouter? INSISTER POUR OBTENIR LE GENRE D'EMISSION. ENREGISTRER TOUTES LES EMISSIONS ECOUTEES. | VARIETE MUSICALE.....A SPORT.....B JOURNAL PARLE.....C REPORTAGE/DOCUMENTAIRE.....D EMISSION SUR LA SANTE.....E AUTRE _____ X (PRECISER) | |
| 116D | Avez-vous déjà eu l'occasion d'écouter le feuilleton-radio "Yamba Songo"? | OUI.....1 NON.....2 | → 117 |
| 116E | Ce feuilleton est-il, selon vous, à caractère éducatif ou s'agit-il d'un feuilleton de divertissement? | EDUCATIF.....1 DIVERTISSEMENT.....2 LES DEUX.....3 NSP.....8 | → 117 → 117 |
| 116F | Selon vous, de quels problèmes parle le feuilleton "Yamba Songo"? ENREGISTRER TOUTES LES REPONSES DONNEES. SI LA REPONSE EST "NSP", VOUS NE DEVEZ ENCERCLER QUE CE CODE. | PLANIFICATION FAMILIALE/ CONTRACEPTION.....A SIDA/VIH.....B MALADIE SEXUEL. TRANSMISSIBLE...C TRAITEMENT DIARRHÉE/SRO.....D PROBLEMES DE SANTE.....E AUTRE _____ X (PRECISER) NSP.....Z | |

| 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) | |

| N° | QUESTIONS ET FILTRES | CODES | A |
|-----|--|---|-----|
| 120 | <p>VERIFIER Q.4 DANS LE QUESTIONNAIRE MENAGE</p> <p>L'ENQUETEE N'EST PAS RESIDENTE HABITUELLE <input type="checkbox"/></p> <p>L'ENQUETE EST RESIDENTE HABITUELLE <input type="checkbox"/></p> | | 201 |
| 121 | <p>Maintenant je voudrais vous poser quelques questions sur l'endroit où vous vivez habituellement.</p> <p>Quel est le nom de l'endroit où vous vivez habituellement?</p> <p>_____</p> <p>(NOM DE L'ENDROIT "PREFECTURE")</p> | <p>LOME.....1</p> <p>CHEF LIEU DE REGION/KPALIME.....2</p> <p>AUTRES VILLES.....3</p> <p>RURAL.....4</p> <p>ETRANGER.....5</p> | |
| 122 | <p>MENTIONNEZ LE NOM DE LA REGION DU LIEU DE RESIDENCE.</p> | <p>LOME.....0</p> <p>MARITIME.....1</p> <p>PLATEAUX.....2</p> <p>CENTRAL.....3</p> <p>KARA.....4</p> <p>SAVANES.....5</p> <p>ETRANGER.....6</p> | |
| 123 | <p>Maintenant je voudrais vous poser quelques questions sur le ménage dans lequel vous vivez habituellement.</p> <p>D'où provient principalement l'eau que boivent les membres de votre ménage?</p> | <p>EAU DU ROBINET</p> <p>EAU COURANTE A LA MAISON.....11 → 125</p> <p>EAU COURANTE AILLEURS.....12</p> <p>ROBINET PUBLIC/BORNE FONTAINE...13</p> <p>EAU DE PUIITS</p> <p>FORAGE EQUIPE DE POMPE MANUEL...21</p> <p>PUIITS BUSE OU PROTEGE.....22</p> <p>PUIITS NON PROTEGE.....23</p> <p>EAU DE SURFACE</p> <p>SOURCE AMENAGEE.....31</p> <p>RIVIERE/MARIGOT/MARE.....32</p> <p>EAU DE PLUIE DANS UNE CITERNE...41</p> <p>AUTRE EAU DE PLUIE.....42</p> <p>CAMION CITERNE.....51</p> <p>EAU EN BOUTEILLE.....61 → 125</p> <p>AUTRE _____ 96</p> <p>(PRECISER)</p> | |
| 124 | <p>Quelle est la distance entre cette source et votre maison ?</p> | <p>LIEU D'HABITATION.....1</p> <p>1KM OU MOINS.....2</p> <p>PLUS DE 1KM.....3</p> <p>NE SAIT PAS.....8</p> | |
| 125 | <p>Quel genre de toilettes utilisez-vous dans votre ménage?</p> | <p>FOSSE/LATRINE</p> <p>LATRINE COUVERTE.....21</p> <p>LATRINE NON COUVERTE.....22</p> <p>FOSSE SEPTIQUE.....23</p> <p>FOSSE ETANCHE.....24</p> <p>PAS DE TOILETTES/NATURE.....31</p> <p>AUTRE _____ 96</p> <p>(PRECISER)</p> | |
| 126 | <p>Dans votre ménage, avez-vous :</p> <p>L'électricité ?</p> <p>Un poste radio ?</p> <p>Un poste téléviseur ?</p> <p>Un réfrigérateur ?</p> <p>Gazinière/Cuisinière ?</p> <p>Une bicyclette ? motocyclette ?</p> <p>Une mobylette ou motocyclette ??</p> <p>Une voiture/camion/ camionnette ?</p> <p>Une pirogue ?</p> | <p>OUJ NON</p> <p>ELECTRICITE.....1 2</p> <p>RADIO.....1 2</p> <p>TELEVISEUR.....1 2</p> <p>REFRIGERATEUR.....1 2</p> <p>GAZINIERE/COUISINIERE.....1 2</p> <p>BICYCLETTE.....1 2</p> <p>MOBYLETTE/MOTOCYLETTE.....1 2</p> <p>VOITURE/CAMION/CAMIONNETTE..1 2</p> <p>PIROGUE.....1 2</p> | |
| 127 | <p>Pouvez-vous décrire le sol de votre maison?</p> | <p>CARREAU/GRANITO/MARBRE.....01</p> <p>CIMENT.....11</p> <p>TERRE.....21</p> <p>BOIS.....31</p> <p>AUTRE _____ 96</p> <p>(Préciser)</p> | |

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 Jumeaux et Triples sur des lignes séparées.

| 212 | 213 | 214 | 215 | 216 | 217 SI VIVANT: | 218 SI VIVANT | 219 SI DECEDE: | 220 | 221 |
|---|---|--------------------------------------|--|------------------------------------|--|---|---|--|---|
| Quel nom a été donné à votre (premier/suivant) enfant? (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) | OUI..1 NON..2 |
| 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) | OUI..1 NON..2 |
| 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) | OUI..1 NON..2 |
| 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) | OUI..1 NON..2 |
| 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) | OUI..1 NON..2 |
| 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) | OUI..1 NON..2 |

| | | | | | | | | | |
|---|---|--------------------------------------|---|------------------------------------|--|------------------------------|--|---|---|
| 212 | 213 | 214 | 215 | 216 | 217 | 218 | 219 | 220 | 221 |
| Quel nom a été donné à votre enfant suivant? (NOM) | Parmi ces naissances, y avait-il des jumeaux? | (NOM) est-ce un garçon ou une fille? | En quel mois et quelle année est né(e) (NOM)? INSISTER: Quelle est sa date de naissance? OU: En quelle saison est-il/elle né(e)? | (NOM) est-il/elle toujours en vie? | Quel âge 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 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)? |

| | | | | | | | | | |
|----|--------------------|--------------------|-------------------|------------------------------|---------------|---------------------------------------|------------------------------------|--|------------------|
| 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)? SI OUI, INSCRIVEZ LA(ES) NAISSANCES DANS LE TABLEAU SI NON, DEMANDEZ LES RAISONS ET INSCRIVEZ-LES. | OUI.....1 NON.....2 |
| 224 | COMPARER 208 AVEC LE NOMBRE DE NAISSANCES ENREGISTREES DANS LE TABLEAU CI-DESSUS ET NOTER: LES NOMBRES SONT LES MEMES <input type="checkbox"/> LES NOMBRES SONT DIFFERENTS <input type="checkbox"/> → (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. | <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> |
| 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. | <input type="checkbox"/> |

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 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.....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</p> <p>PLUS PROCHE DOMICILE.....A</p> <p>PLUS PROCHE MARCHÉ/TRAVAIL...B</p> <p>TRANSPORT DISPONIBLE.....C</p> <p>RAISONS RELATIVES AU SERVICE</p> <p>PERSONNEL PLUS COMPETENT/ AIMABLE.....D</p> <p>PLUS PROPRE.....E</p> <p>OFFRE PLUS D'INTIMITE.....F</p> <p>ATTENTE MOINS LONGUE.....G</p> <p>TEMPS D'OUVERTURE PLUS LONG...H</p> <p>MEME ETABLISSEMENT OFFRE D'AUTRES SERVICES.....I</p> <p>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</p> <p>PAS DE RAPPORTS SEXUELS.....21</p> <p>RAP. SEX. PEU FREQUENTS.....22</p> <p>MENOPAUSEE/HYSTERECTOMIE.....23</p> <p>SOUS-FECONDE/STERILE.....24</p> <p>POST-PARTUM/ALLAITEMENT.....25</p> <p>VEUT DES (D'AUTRES) ENFANTS...26</p> <p>ENCEINTE.....27</p> <p>OPPOSITION A L'UTILISATION</p> <p>ENQUETEE OPPOSEE.....31</p> <p>MARI/CONJOINT OPPOSE.....32</p> <p>AUTRES PERS. OPPOSEES.....33</p> <p>INTERDITS RELIGIEUX.....34</p> <p>MANQUE DE CONNAISSANCE</p> <p>NE CONNAIT AUCUNE METHODE....41</p> <p>NE CONNAIT AUCUNE SOURCE....42</p> <p>RAISONS LIEES AUX METHODES</p> <p>PROBLEMES DE SANTE.....51</p> <p>PEUR DES EFFETS SECONDAIRES...52</p> <p>PAS ACCESSIBLE/TROP LOIN.....53</p> <p>TROP CHERE.....54</p> <p>PAS PRATIQUE A UTILISER.....55</p> <p>INTERFERE AVEC LE PROCESSUS NORMAL DU CORPS.....56</p> <p>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</p> <p>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"/> | AVANT-DERNIERE NAISSANCE N° DE LIGNE..... <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"/> ANNEES.....2 <input type="text"/> NSP.....998 | MOIS.....1 <input type="text"/> ANNEES.....2 <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"/> NSP.....98 | MOIS..... <input type="text"/> NSP.....98 |
| 409 | Combien de fois avez-vous été en consultation prénatale durant cette grossesse? | NOMBRE DE FOIS..... <input type="text"/> NSP.....98 | NOMBRE DE FOIS..... <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 | <p>Où avez-vous accouché de (NOM)?</p> <p>_____</p> <p>(NOM DE L'ETABLISSEMENT POUR DERNIERE NAISSANCE)</p> <p>_____</p> <p>(NOM DE L'ETABLISSEMENT POUR AVANT DERNIERE NAISSANCE)</p> | <p>DOMICILE</p> <p>VOTRE DOMICILE.....11</p> <p>AUTRE DOMICILE.....12</p> <p>SECTEUR PUBLIC</p> <p>HOPITAL21</p> <p>CENTRE MEDICO-SOCIAL...22</p> <p>DISPENSARE/INFIRMERIE.23</p> <p>P.M.I.....24</p> <p>CASE/POSTE DE SANTE...25</p> <p>AUTRE PUBLIC</p> <p>_____ 26</p> <p>(PRECISER)</p> <p>SECTEUR PRIVE MEDICAL</p> <p>HOPITAL/CLINIQUE PRIV..31</p> <p>CABINET MEDICAL.....32</p> <p>AUTRE PRIVE MEDICAL</p> <p>_____ 36</p> <p>(PRECISER)</p> <p>AUTRE _____ 96</p> <p>(PRECISER)</p> | <p>DOMICILE</p> <p>VOTRE DOMICILE.....11</p> <p>AUTRE DOMICILE.....12</p> <p>SECTEUR PUBLIC</p> <p>HOPITAL21</p> <p>CENTRE MEDICO-SOCIAL...22</p> <p>DISPENSARE/INFIRMERIE.23</p> <p>P.M.I.....24</p> <p>CASE/POSTE DE SANTE...25</p> <p>AUTRE PUBLIC</p> <p>_____ 26</p> <p>(PRECISER)</p> <p>SECTEUR PRIVE MEDICAL</p> <p>HOPITAL/CLINIQUE PRIV..31</p> <p>CABINET MEDICAL.....32</p> <p>AUTRE PRIVE MEDICAL</p> <p>_____ 36</p> <p>(PRECISER)</p> <p>AUTRE _____ 96</p> <p>(PRECISER)</p> |
| 413 | <p>Qui vous a assistée pendant l'accouchement de (NOM)?</p> <p>Quelqu'un d'autre vous a-t-il assistée?</p> <p>INSISTER POUR OBTENIR LE TYPE DE PERSONNE. ENREGISTRER TOUTES LES PERSONNES CITEES.</p> | <p>PROFESSIONNELS DE SANTE</p> <p>MEDECIN.....A</p> <p>INFIRMIERE/SAGE-FEMME..B</p> <p>MATRONE.....C</p> <p>AUTRE PERSONNE</p> <p>ACCOUCHEUSE</p> <p>TRADITIONNELLE.....D</p> <p>AGENT DE SANTE.....E</p> <p>PARENTS/AMIS.....F</p> <p>AUTRE _____ X</p> <p>(PRECISER)</p> <p>PERSONNE.....Y</p> | <p>PROFESSIONNELS DE SANTE</p> <p>MEDECIN.....A</p> <p>INFIRMIERE/SAGE-FEMME..B</p> <p>MATRONE.....C</p> <p>AUTRE PERSONNE</p> <p>ACCOUCHEUSE</p> <p>TRADITIONNELLE.....D</p> <p>AGENT DE SANTE.....E</p> <p>PARENTS/AMIS.....F</p> <p>AUTRE _____ X</p> <p>(PRECISER)</p> <p>PERSONNE.....Y</p> |
| 414 | <p>Au moment de la naissance de (NOM), avez-vous eu un des problèmes suivants:</p> <p>Un long travail, c'est-à-dire des contractions régulières qui ont duré plus de 12 heures ?</p> <p>Des saignements excessifs si importants, que vous avez pensé que votre vie était en danger?</p> <p>Une forte fièvre accompagnée de pertes vaginales malodorantes, que vous avez pensé que votre vie était en danger?</p> <p>Des convulsions non causées par la fièvre, que vous avez pensé que votre vie était en danger?</p> | <p>OUI NON</p> <p>LONG TRAVAIL.....1 2</p> <p>(PLUS DE 12 HEURES)</p> <p>SAIGNEMENTS</p> <p>EXCESSIFS.....1 2</p> <p>FORTE FIEVRE AVEC</p> <p>PERTES VAGINALES.....1 2</p> <p>CONVULSIONS.....1 2</p> | <p>OUI NON</p> <p>LONG TRAVAIL.....1 2</p> <p>(PLUS DE 12 HEURES)</p> <p>SAIGNEMENTS</p> <p>EXCESSIFS.....1 2</p> <p>FORTE FIEVRE AVEC</p> <p>PERTES VAGINALES.....1 2</p> <p>CONVULSIONS.....1 2</p> |
| 415 | <p>Avez-vous accouché de (NOM) par césarienne?</p> | <p>OUI.....1</p> <p>NON.....2</p> | <p>OUI.....1</p> <p>NON.....2</p> |
| 416 | <p>Quand (NOM) est né(e), était-il/elle: très gros, plus gros que la moyenne, moyen, plus petit que la moyenne, ou très petit?</p> | <p>TRES GROS.....1</p> <p>PLUS GROS QUE MOYENNE...2</p> <p>MOYEN.....3</p> <p>PLUS PETIT QUE MOYENNE...4</p> <p>TRES PETIT.....5</p> <p>NSP.....8</p> | <p>TRES GROS.....1</p> <p>PLUS GROS QUE MOYENNE...2</p> <p>MOYEN.....3</p> <p>PLUS PETIT QUE MOYENNE...4</p> <p>TRES PETIT.....5</p> <p>NSP.....8</p> |

| | | 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 | DERNIERE NAISSANCE NUMERO DE LIGNE DE Q.212 | AVANT-DERNIERE NAISSANCE N° DE LIGNE..... <input type="text"/> <input type="text"/> | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 442 | SELON Q.212 ET Q.216 | NOM _____ VIVANT <input type="checkbox"/> DECEDE <input type="checkbox"/> (ALLER A 442 DANS COLONNE SUIVANTE OU SI PLUS DE NAISSANCE, ALLER A 465) | NOM _____ VIVANT <input type="checkbox"/> DECEDE <input type="checkbox"/> (ALLER A 442 DANS COLONNE SUIVANTE OU SI PLUS DE NAISSANCE, ALLER A 465) | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 443 | Avez-vous une carte/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></td><td></td><td></td></tr> <tr><td>P0..</td><td></td><td></td><td></td></tr> <tr><td>P1..</td><td></td><td></td><td></td></tr> <tr><td>P2..</td><td></td><td></td><td></td></tr> <tr><td>P3..</td><td></td><td></td><td></td></tr> <tr><td>D1..</td><td></td><td></td><td></td></tr> <tr><td>D2..</td><td></td><td></td><td></td></tr> <tr><td>D3..</td><td></td><td></td><td></td></tr> <tr><td>ROUG</td><td></td><td></td><td></td></tr> </tbody> </table> | | J | M | A | BCG. | | | | P0.. | | | | P1.. | | | | P2.. | | | | P3.. | | | | D1.. | | | | D2.. | | | | D3.. | | | | ROUG | | | | <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></td><td></td><td></td></tr> <tr><td>P0..</td><td></td><td></td><td></td></tr> <tr><td>P1..</td><td></td><td></td><td></td></tr> <tr><td>P2..</td><td></td><td></td><td></td></tr> <tr><td>P3..</td><td></td><td></td><td></td></tr> <tr><td>D1..</td><td></td><td></td><td></td></tr> <tr><td>D2..</td><td></td><td></td><td></td></tr> <tr><td>D3..</td><td></td><td></td><td></td></tr> <tr><td>ROUG</td><td></td><td></td><td></td></tr> </tbody> </table> | | J | M | A | BCG. | | | | P0.. | | | | P1.. | | | | P2.. | | | | P3.. | | | | D1.. | | | | D2.. | | | | D3.. | | | | ROUG | | | |
| | J | M | A | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| BCG. | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| P0.. | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| P1.. | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| P2.. | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| P3.. | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| D1.. | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| D2.. | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| D3.. | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| ROUG | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| | J | M | A | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| BCG. | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| P0.. | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| P1.. | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| P2.. | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| P3.. | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| D1.. | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| D2.. | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| D3.. | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| ROUG | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 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 | AVANT-DERNIERE NAISSANCE |
|-----|---|---|---|
| | | NOM _____ | NOM _____ |
| 453 | <p>Où avez-vous demandé des conseils ou un traitement?</p> <p>Quelque part d'autre?</p> <p>ENREGISTRER TOUT CE QUI EST DECLARE.</p> | <p>SECTEUR PUBLIC</p> <p>HOPITALA</p> <p>CENTRE MEDICO-SOCIAL...B</p> <p>DISPENSARE/INFIRMERIE..C</p> <p>P.M.I.....D</p> <p>CASE/POSTE DE SANTE....E</p> <p>PHARMACIE D'ETAT.....F</p> <p>AUTRE PUBLIC _____G</p> <p>(PRECISER)</p> <p>SECTEUR MEDICAL PRIVE</p> <p>HOPITAL/CLINIQUE PRIV...H</p> <p>PHARMACIE.....I</p> <p>CABINET MEDICAL.....J</p> <p>AGENT DE SANTE.....K</p> <p>AUTRE MEDICAL PRIVE _____L</p> <p>(PRECISER)</p> <p>AUTRE</p> <p>BOUTIQUE/MARCHE.....M</p> <p>GUERISSEUR TRADITION...N</p> <p>AUTRE _____X</p> <p>(PRECISER)</p> | <p>SECTEUR PUBLIC</p> <p>HOPITALA</p> <p>CENTRE MEDICO-SOCIAL...B</p> <p>DISPENSARE/INFIRMERIE..C</p> <p>P.M.I.....D</p> <p>CASE/POSTE DE SANTE....E</p> <p>PHARMACIE D'ETAT.....F</p> <p>AUTRE PUBLIC _____G</p> <p>(PRECISER)</p> <p>SECTEUR MEDICAL PRIVE</p> <p>HOPITAL/CLINIQUE PRIV...H</p> <p>PHARMACIE.....I</p> <p>CABINET MEDICAL.....J</p> <p>AGENT DE SANTE.....K</p> <p>AUTRE MEDICAL PRIVE _____L</p> <p>(PRECISER)</p> <p>AUTRE</p> <p>BOUTIQUE/MARCHE.....M</p> <p>GUERISSEUR TRADITION...N</p> <p>AUTRE _____X</p> <p>(PRECISER)</p> |
| 454 | Est-ce-que (NOM) a eu la diarrhée durant les 2 dernières semaines? | <p>OUI.....1</p> <p>NON.....2</p> <p>(PASSER A 464)←</p> <p>NSP.....8</p> | <p>OUI.....1</p> <p>NON.....2</p> <p>(PASSER A 464)←</p> <p>NSP.....8</p> |
| 455 | Y-avait-il du sang dans les selles? | <p>OUI.....1</p> <p>NON.....2</p> <p>NSP.....8</p> | <p>OUI.....1</p> <p>NON.....2</p> <p>NSP.....8</p> |
| 456 | Le pire jour de la diarrhée, combien de selles (NOM) a-t-il eues ? | <p>NOMBRE DE SELLES..... <input type="text"/> <input type="text"/></p> <p>NSP.....98</p> | <p>NOMBRE DE SELLES..... <input type="text"/> <input type="text"/></p> <p>NSP.....98</p> |
| 457 | (NOM) a-t-il reçu la même quantité de liquide qu'avant la diarrhée, plus, ou moins, ou rien? | <p>MEME.....1</p> <p>PLUS.....2</p> <p>MOINS.....3</p> <p>RIEN.....4</p> <p>NSP.....8</p> | <p>MEME.....1</p> <p>PLUS.....2</p> <p>MOINS.....3</p> <p>RIEN.....4</p> <p>NSP.....8</p> |
| 458 | (NOM) a-t-il reçu la même quantité de nourriture qu'avant la diarrhée, plus, ou moins, ou rien? | <p>MEME.....1</p> <p>PLUS.....2</p> <p>MOINS.....3</p> <p>RIEN.....4</p> <p>NSP.....8</p> | <p>MEME.....1</p> <p>PLUS.....2</p> <p>MOINS.....3</p> <p>RIEN.....4</p> <p>NSP.....8</p> |

| | | DERNIERE NAISSANCE | AVANT-DERNIERE NAISSANCE |
|-----|--|--|--|
| | | NOM _____ | NOM _____ |
| 459 | <p>Quand (NOM) avait la diarrhée lui a-t-on donné une des choses suivantes à boire :</p> <p>Un liquide préparé à partir d'un sachet spécial appelé SRO/ORASEL?</p> <p>Une bouillie légère faite à partir de riz ou autre grain local, manioc, igname patate, etc. ?</p> <p>Une purée faite à partir riz ou autre grain local, manioc, igname, patate, etc.?</p> <p>Soupe?</p> <p>Solution maison: sucre-sel-eau?</p> <p>Lait ou préparation pour bébé?</p> <p>Boisson à base de yaourt?</p> <p>Eau?</p> <p>N'importe quel autre liquide?</p> | <p style="text-align: center;">OUI NON NSP</p> <p>LIQUIDE SACHET SRO..1 2 8</p> <p>BOUILLIE LEGERE.....1 2 8</p> <p>PUREE.....1 2 8</p> <p>SOUPE.....1 2 8</p> <p>SOL SUCRE-SEL-EAU...1 2 8</p> <p>LAIT/PREPAR. BEBE...1 2 8</p> <p>BOISSON BASE YAOURT.1 2 8</p> <p>EAU.....1 2 8</p> <p>AUTRES LIQUIDES.....1 2 8</p> | <p style="text-align: center;">OUI NON NSP</p> <p>LIQUIDE SACHET SRO..1 2 8</p> <p>BOUILLIE LEGERE.....1 2 8</p> <p>PUREE.....1 2 8</p> <p>SOUPE.....1 2 8</p> <p>SOL SUCRE-SEL-EAU...1 2 8</p> <p>LAIT/PREPAR. BEBE...1 2 8</p> <p>BOISSON BASE YAOURT.1 2 8</p> <p>EAU.....1 2 8</p> <p>AUTRES LIQUIDES.....1 2 8</p> |
| 460 | <p>Est-ce que quelque chose d'autre a été donné à (NOM) pour traiter la diarrhée?</p> | <p>OUI.....1</p> <p>NON.....2</p> <p>(PASSER A 462)←</p> <p>NSP.....8</p> | <p>OUI.....1</p> <p>NON.....2</p> <p>(PASSER A 462)←</p> <p>NSP.....8</p> |
| 461 | <p>Qu'a-t-on donné pour traiter la diarrhée?</p> <p>Quelque chose d'autre?</p> <p>ENREGISTRER TOUT CE QUI EST DECLARE.</p> | <p>COMPRI ME OU SIROP.....A</p> <p>INJECTION (I.M).....B</p> <p>INJECTION (I.V).....C</p> <p>REMEDES MAISON/ PLANTES MEDICINALES.....D</p> <p>AUTRE _____ X</p> <p>(PRECISER)</p> | <p>COMPRI ME OU SIROP.....A</p> <p>INJECTION (I.M).....B</p> <p>INJECTION (I.V).....C</p> <p>REMEDES MAISON/ PLANTES MEDICINALES.....D</p> <p>AUTRE _____ X</p> <p>(PRECISER)</p> |
| 462 | <p>Avez-vous demandé des conseils ou un traitement pour la diarrhée?</p> | <p>OUI.....1</p> <p>NON.....2</p> <p>(PASSER A 464)←</p> | <p>OUI.....1</p> <p>NON.....2</p> <p>(PASSER A 464)←</p> |
| 463 | <p>Où avez-vous demandé des conseils ou un traitement?</p> <p>Quelque part ailleurs?</p> <p>ENREGISTRER TOUT CE QUI EST DECLARE.</p> | <p>SECTEUR PUBLIC</p> <p>HOPITALA</p> <p>CENTRE MEDICO-SOCIAL...B</p> <p>DISPENSARE/INFIRMERIE..C</p> <p>P.M.I.....D</p> <p>CASE/POSTE DE SANTE.....E</p> <p>PHARMACIE.....F</p> <p>AUTRE PUBLIC</p> <p>_____ G</p> <p>(PRECISER)</p> <p>SECTEUR MEDICAL PRIVE</p> <p>HOPITAL/CLINIQUE PRIV...H</p> <p>PHARMACIE.....I</p> <p>CABINET MEDICAL.....J</p> <p>AGENT DE SANTE.....K</p> <p>AUTRE MEDICAL PRIVE</p> <p>_____ L</p> <p>(PRECISER)</p> <p>AUTRE</p> <p>BOUTIQUE/MARCHE.....M</p> <p>GUERISSEUR TRADITION...N</p> <p>AUTRE _____ X</p> <p>(PRECISER)</p> | <p>SECTEUR PUBLIC</p> <p>HOPITALA</p> <p>CENTRE MEDICO-SOCIAL...B</p> <p>DISPENSARE/INFIRMERIE..C</p> <p>P.M.I.....D</p> <p>CASE/POSTE DE SANTE.....E</p> <p>PHARMACIE.....F</p> <p>AUTRE PUBLIC</p> <p>_____ G</p> <p>(PRECISER)</p> <p>SECTEUR MEDICAL PRIVE</p> <p>HOPITAL/CLINIQUE PRIV...H</p> <p>PHARMACIE.....I</p> <p>CABINET MEDICAL.....J</p> <p>AGENT DE SANTE.....K</p> <p>AUTRE MEDICAL PRIVE</p> <p>_____ L</p> <p>(PRECISER)</p> <p>AUTRE</p> <p>BOUTIQUE/MARCHE.....M</p> <p>GUERISSEUR TRADITION...N</p> <p>AUTRE _____ X</p> <p>(PRECISER)</p> |

| | | | |
|-----|---|--|--|
| 464 | | RETOURNER A 442 DANS LA COLONNE SUIVANTE; OU, SI PLUS DE NAISSANCE, ALLER A 465. | RETOURNER A 442 DANS LA COLONNE SUIVANTE; OU, SI PLUS DE NAISSANCE, ALLER A 465. |
| 465 | Quand un enfant a la diarrhée, est-ce-qu'on devrait lui donner à boire moins de liquides que d'habitude, la même quantité, ou plus de liquides que d'habitude? | MOINS DE LIQUIDES.....1 ENVIRON LA MEME QUANTITE.....2 PLUS DE LIQUIDES.....3 NSP.....8 | |
| 466 | Quand un enfant a la diarrhée, est-ce-qu'on devrait lui donner à manger moins que d'habitude, la même quantité, ou plus que d'habitude? | MOINS A MANGER.....1 ENVIRON LA MEME QUANTITE.....2 PLUS A MANGER.....3 NSP.....8 | |
| 467 | Quand un enfant a la diarrhée, quels sont les symptômes qui vous indiquent qu'il/elle devrait être emmené(e) dans un établissement sanitaire ou auprès du personnel de santé? ENREGISTRER TOUT CE QUI EST CITE. | SELLES LIQUIDES REPETEES.....A DES SELLES LIQUIDES.....B VOMISSEMENTS REPETES.....C DES VOMISSEMENTS.....D SANG DANS LES SELLES.....E FIEVRE.....F SOIF IMPORTANTE.....G NE MANGE PAS/NE BOIT PAS BIEN....H DEVIENT PLUS/TRES MALADE.....I NE VA PAS MIEUX.....J FATIGUE/FAIBLESSE.....K AUTRE _____ X (PRECISER) NSP.....Z | |
| 468 | Quand un enfant souffre de la toux, quels sont les symptômes qui vous indiquent qu'il/elle devrait être emmené(e) dans un établissement sanitaire ou auprès de personnel de santé? ENREGISTRER TOUT CE QUI EST CITE. | RESPIRATION RAPIDE.....A DIFFICULTE A RESPIRER.....B RESPIRATION BRUYANTE.....C FIEVRE.....D INCAPABLE DE BOIRE.....E NE MANGE PAS/NE BOIT PAS BIEN....F DEVIENT PLUS/TRES MALADE.....G NE VA PAS MIEUX.....H AUTRE _____ X (PRECISER) NSP.....Z | |

| | | | |
|------|--|---|-----|
| 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 | Dù 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 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 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 MARCHE/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, ENCERCLER 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> <td rowspan="2">→515</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"/> | →515 | NSP MOIS..... | 98 | ANNEE..... | <input type="text"/> 1 <input type="text"/> 9 <input type="text"/> <input type="text"/> | NSP ANNEE..... | 9998 | |
| 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"/> | →515 | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 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"/> | OUI.....1 NON.....2 NSP.....8 | 515B |
| | 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? | |
| 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 | <p>Quelle est la principale raison pour laquelle vous pensez que vous n'utiliserez jamais de méthode?</p> | <p>NON MARIEE.....11</p> <p>RAISONS LIEES A LA FECONDITE RAP. SEX. PEU FREQUENTS.....22 MENOPAUSEE/HYSTERECTOMIE.....23 SOUS-FECONDE/STERILE.....24 VEUT DES ENFANTS.....26</p> <p>OPPOSITION A L'UTILISATION ENQUETEE OPPOSEE.....31 MARI/CONJOINT OPPOSE.....32 AUTRES PERS. OPPOSEES.....33 INTERDITS RELIGIEUX.....34</p> <p>MANQUE DE CONNAISSANCE NE CONNAIT AUCUNE METHODE.....41 NE CONNAIT AUCUNE SOURCE.....42</p> <p>RAISONS LIEES A UNE METHODE PROBLEMES DE SANTE.....51 PEUR DES EFFETS SECONDAIRES...52 PAS ACCESSIBLE/TROP LOIN.....53 TROP CHERE.....54 PAS PRATIQUE A UTILISER.....55 INTERFERE AVEC LE PROCESSUS NORMAL DU CORPS.....56</p> <p>AUTRE _____ 96 (PRECISER)</p> <p>NSP.....98</p> | <p>→612</p> | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 611 | <p>Utiliseriez-vous une méthode si vous étiez mariée?</p> | <p>OUI.....1 NON.....2 NSP.....8</p> | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 612 | <p>VERIFIER 216:</p> <table border="0" style="width: 100%;"> <tr> <td style="width: 50%; vertical-align: top;"> <p>A DES ENFANTS VIVANTS <input type="checkbox"/></p> <p>▼</p> <p>Si vous pouviez revenir à l'époque où vous n'aviez pas d'enfants et choisir exactement le nombre d'enfants à avoir ddurant toute votre vie, combien voudriez-vous en avoir?</p> </td> <td style="width: 50%; vertical-align: top;"> <p>N'A PAS D'ENFANTS VIVANTS <input type="checkbox"/></p> <p>▼</p> <p>Si vous pouviez choisir exactement le nombre d'enfants à avoir dans toute votre vie, combien voudriez-vous en avoir?</p> </td> </tr> </table> <p>INSISTER POUR OBTENIR UNE REPONSE NUMERIQUE</p> | <p>A DES ENFANTS VIVANTS <input type="checkbox"/></p> <p>▼</p> <p>Si vous pouviez revenir à l'époque où vous n'aviez pas d'enfants et choisir exactement le nombre d'enfants à avoir ddurant toute votre vie, combien voudriez-vous en avoir?</p> | <p>N'A PAS D'ENFANTS VIVANTS <input type="checkbox"/></p> <p>▼</p> <p>Si vous pouviez choisir exactement le nombre d'enfants à avoir dans toute votre vie, combien voudriez-vous en avoir?</p> | <p>NOMBRE..... <input type="text"/> <input type="text"/></p> <p>AUTRE _____ 96 (PRECISER)</p> | <p>→614</p> | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| <p>A DES ENFANTS VIVANTS <input type="checkbox"/></p> <p>▼</p> <p>Si vous pouviez revenir à l'époque où vous n'aviez pas d'enfants et choisir exactement le nombre d'enfants à avoir ddurant toute votre vie, combien voudriez-vous en avoir?</p> | <p>N'A PAS D'ENFANTS VIVANTS <input type="checkbox"/></p> <p>▼</p> <p>Si vous pouviez choisir exactement le nombre d'enfants à avoir dans toute votre vie, combien voudriez-vous en avoir?</p> | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 613 | <p>Parmi ces enfants, combien souhaiteriez-vous de garçons, combien souhaiteriez-vous de filles, et pour combien cela n'a-t-il pas d'importance?</p> | <table border="0" style="width: 100%;"> <tr> <td colspan="2" style="text-align: right;">GARÇONS</td> </tr> <tr> <td>NOMBRE.....</td> <td><input type="text"/> <input type="text"/></td> </tr> <tr> <td>AUTRE _____</td> <td>96</td> </tr> <tr> <td></td> <td>(PRECISER)</td> </tr> <tr> <td colspan="2" style="text-align: right;">FILLES</td> </tr> <tr> <td>NOMBRE.....</td> <td><input type="text"/> <input type="text"/></td> </tr> <tr> <td>AUTRE _____</td> <td>96</td> </tr> <tr> <td></td> <td>(PRECISER)</td> </tr> <tr> <td colspan="2" style="text-align: right;">N'IMPORTE</td> </tr> <tr> <td>NOMBRE.....</td> <td><input type="text"/> <input type="text"/></td> </tr> <tr> <td>AUTRE _____</td> <td>96</td> </tr> <tr> <td></td> <td>(PRECISER)</td> </tr> </table> | GARÇONS | | NOMBRE..... | <input type="text"/> <input type="text"/> | AUTRE _____ | 96 | | (PRECISER) | FILLES | | NOMBRE..... | <input type="text"/> <input type="text"/> | AUTRE _____ | 96 | | (PRECISER) | N'IMPORTE | | NOMBRE..... | <input type="text"/> <input type="text"/> | AUTRE _____ | 96 | | (PRECISER) | |
| GARÇONS | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| NOMBRE..... | <input type="text"/> <input type="text"/> | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| AUTRE _____ | 96 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| | (PRECISER) | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| FILLES | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| NOMBRE..... | <input type="text"/> <input type="text"/> | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| AUTRE _____ | 96 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| | (PRECISER) | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| N'IMPORTE | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| NOMBRE..... | <input type="text"/> <input type="text"/> | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| AUTRE _____ | 96 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| | (PRECISER) | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |

| 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? | <table border="0"> <tr> <td></td> <td>ACCEP- TABLE</td> <td>NON ACCEP- TABLE</td> <td>NSP</td> </tr> <tr> <td>RADIO.....1</td> <td></td> <td>2</td> <td>8</td> </tr> <tr> <td>TELEVISION.....1</td> <td></td> <td>2</td> <td>8</td> </tr> </table> | | ACCEP- TABLE | NON ACCEP- TABLE | NSP | RADIO.....1 | | 2 | 8 | TELEVISION.....1 | | 2 | 8 | | | | | | | | | | | | | |
| | ACCEP- TABLE | NON 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? | <table border="0"> <tr> <td></td> <td></td> <td>OUI</td> <td>NON</td> </tr> <tr> <td>RADIO.....1</td> <td></td> <td>2</td> <td></td> </tr> <tr> <td>TELEVISION.....1</td> <td></td> <td>2</td> <td></td> </tr> <tr> <td>JOURNAUX OU MAGAZINES.....1</td> <td></td> <td>2</td> <td></td> </tr> <tr> <td>AFFICHE.....1</td> <td></td> <td>2</td> <td></td> </tr> <tr> <td>PROSPECTUS OU BROCHURES.....1</td> <td></td> <td>2</td> <td></td> </tr> </table> | | | OUI | NON | RADIO.....1 | | 2 | | TELEVISION.....1 | | 2 | | JOURNAUX OU MAGAZINES.....1 | | 2 | | AFFICHE.....1 | | 2 | | PROSPECTUS OU BROCHURES.....1 | | 2 | | |
| | | 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, ACTUELLEMENT MARIEE <input type="checkbox"/> OUI, VIT AVEC UN HOMME <input type="checkbox"/> NON, PAS EN UNION <input type="checkbox"/> | | →701 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 621 | Les époux/conjoints ne sont pas toujours d'accord sur tout. Je voudrais vous poser des questions sur le point de vue de votre mari/conjoint sur la planification familiale. Pensez-vous que votre mari/conjoint approuve ou désapprouve les couples qui utilisent une méthode pour éviter une grossesse? | APPROUVE.....1 DESAPPROUVE.....2 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><td style="width: 20px; height: 20px;"></td><td style="width: 20px; height: 20px;"></td><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><td style="width: 20px; height: 20px;"></td><td style="width: 20px; height: 20px;"></td><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><td style="width: 20px; height: 20px;"></td><td style="width: 20px; height: 20px;"></td><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><td style="width: 20px; height: 20px;"></td><td style="width: 20px; height: 20px;"></td><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><td style="width: 20px; height: 20px;"></td><td style="width: 20px; height: 20px;"></td><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"/> NON, PAS EN UNION <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? 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"/> | 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> | <p>→ 811C</p> |
| 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> | <p>→ 811F</p> |
| 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> | | <p>→ 901</p> |
| 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> | <p>→ 811F</p> |
| 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

PASSER
A

| 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] | <input type="text"/> PASSER A [3] | <input type="text"/> PASSER A [4] | <input type="text"/> PASSER A [5] | <input type="text"/> PASSER A [6] | <input type="text"/> PASSER A [7] |
| 908 En quelle année (NOM) est-il/elle décédé(e)? | 19 <input type="text"/> 910 ← NSP.....9998 | 19 <input type="text"/> 910 ← NSP.....9998 | 19 <input type="text"/> 910 ← NSP.....9998 | 19 <input type="text"/> 910 ← NSP.....9998 | 19 <input type="text"/> 910 ← NSP.....9998 | 19 <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"/> |
| 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] | <input type="text"/> SI HOMME OU FEMME DECEDEE AVANT AGE DE 12 ANS PASSER A [3] | <input type="text"/> SI HOMME OU FEMME DECEDEE AVANT AGE DE 12 ANS PASSER A [4] | <input type="text"/> SI HOMME OU FEMME DECEDEE AVANT AGE DE 12 ANS PASSER A [5] | <input type="text"/> SI HOMME OU FEMME DECEDEE AVANT AGE DE 12 ANS PASSER A [6] | <input type="text"/> 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 | 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"/> PASSER A [2] | <input type="text"/> PASSER A [3] | <input type="text"/> PASSER A [4] | <input type="text"/> PASSER A [5] | <input type="text"/> PASSER A [6] | <input type="text"/> PASSER A [7] |

SI PLUS DE FRERE/SOEUR, PASSER A 916

| | | | | | | |
|---|--|--|---|---|---|---|
| 904 Quel nom a été donné à votre soeur ou frère (du plus âgé au plus jeune)? | [7] | [8] | [9] | [10] | [11] | [12] |
| 905 (NOM) est-ce un homme ou une femme? | HOMME.....1 FEMME.....2 | HOMME.....1 FEMME.....2 | HOMME.....1 FEMME.....2 | HOMME.....1 FEMME.....2 | HOMME.....1 FEMME.....2 | HOMME.....1 FEMME.....2 |
| 906 Est-ce que (NOM) est toujours en vie? | OUI.....1 NON.....2 908 ← 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"/> PASSER A [8] | <input type="text"/> PASSER A [9] | <input type="text"/> PASSER A [10] | <input type="text"/> PASSER A [11] | <input type="text"/> PASSER A [12] | <input type="text"/> PASSER A [13] |
| 908 En quelle année (NOM) est-il/elle décédé(e)? | 19 <input type="text"/> 910 ← NSP.....9998 | 19 <input type="text"/> 910 ← NSP.....9998 | 19 <input type="text"/> 910 ← NSP.....9998 | 19 <input type="text"/> 910 ← NSP.....9998 | 19 <input type="text"/> 910 ← NSP.....9998 | 19 <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"/> |
| 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 [8] | <input type="text"/> SI HOMME OU FEMME DECEDEE AVANT AGE DE 12 ANS PASSER A [9] | <input type="text"/> SI HOMME OU FEMME DECEDEE AVANT AGE DE 12 ANS PASSER A [10] | <input type="text"/> SI HOMME OU FEMME DECEDEE AVANT AGE DE 12 ANS PASSER A [11] | <input type="text"/> SI HOMME OU FEMME DECEDEE AVANT AGE DE 12 ANS PASSER A [12] | <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"/> PASSER A [8] | <input type="text"/> PASSER A [9] | <input type="text"/> PASSER A [10] | <input type="text"/> PASSER A [11] | <input type="text"/> PASSER A [12] | <input type="text"/> PASSER A [13] |

SI PLUS DE FRERE/SOEUR, PASSER A 916

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

SECTION 10. TAILLE ET POIDS

| | | | |
|------|--|-------------------------------------|--------------------------------|
| 1001 | VERIFIER 215: UNE OU PLUSIEURS NAIS. DEPUIS JAN. 1995 | PAS DE NAIS. DEPUIS JAN. 1995 | <input type="checkbox"/> → 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 | | <input type="text"/> | <input type="text"/> |
| 1003 NOM SELON Q.212 POUR LES ENFANTS | (NOM) | (NOM) | (NOM) |
| 1004 DATE DE NAISSANCE SELON Q.215, ET DEMANDER LE JOUR DE NAISSANCE | | JOUR..... <input type="text"/> <input type="text"/> MOIS..... <input type="text"/> <input type="text"/> ANNEE. <input type="text"/> <input type="text"/> 1 9 | JOUR..... <input type="text"/> <input type="text"/> MOIS..... <input type="text"/> <input type="text"/> ANNEE. <input type="text"/> <input type="text"/> 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) | <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"/> |
| 1007 L'ENFANT A-T-IL ETE MESURE COUCHE OU DEBOUT? | | COUCHE.....1 DEBOUT.....2 | COUCHE.....1 DEBOUT.....2 |
| 1008 POIDS (en kilogrammes) | <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> , <input type="text"/> | 0 <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> , <input type="text"/> | 0 <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> , <input type="text"/> |
| 1009 DATE DE MESURE ET DE PESEE | JOUR..... <input type="text"/> <input type="text"/> MOIS..... <input type="text"/> <input type="text"/> ANNEE. <input type="text"/> <input type="text"/> 1 9 | JOUR..... <input type="text"/> <input type="text"/> MOIS..... <input type="text"/> <input type="text"/> ANNEE. <input type="text"/> <input type="text"/> 1 9 | JOUR..... <input type="text"/> <input type="text"/> MOIS..... <input type="text"/> <input type="text"/> ANNEE. <input type="text"/> <input type="text"/> 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: | <input type="text"/> | NOM DE L'ASSISTANT: | <input type="text"/> |

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

Commentaires
sur l'enquêtée:

Commentaires sur des
questions spécifiques:

Autres commentaires:

OBSERVATIONS DU CHEF D'EQUIPE

Nom du Chef d'Equipe: _____ Date: _____

OBSERVATIONS DE LA CONTROLEUSE

Nom de la Contrôleuse: _____ Date: _____