

ANNEXE E

QUESTIONNAIRES

ENQUETE DEMOGRAPHIQUE ET DE SANTE

QUESTIONNAIRE MENAGE

MINISTERE DE L'ECONOMIE ET DES FINANCES
-- BUCREP --

REPUBLIQUE DU CAMEROUN
Paix-Travail-Patrie

IDENTIFICATION	
PROVINCE _____	PROVINCE.....
DEPARTEMENT _____	STRATE.....
ARRONDIS./DISTRICT _____	ARRONDISSEMENT.....
VILLE/CANTON/GROUPEMENT _____	YAOUNDE/DOUALA = 1
VILLAGE _____	GAROUA/MAROUA/BAFOUSSAM/BAMENDA = 2
QUARTIER DE VILLE/LOCALITE _____	AUTRES VILLES = 3; RURAL = 4.....
NOM DU CHEF DE MENAGE _____	GRAPPE.....
	STRUCTURE.....
	MENAGE.....
MENAGE SELECTIONNE POUR UNE ENQUETE HOMME? (OUI = 1, NON = 2)..... <input type="checkbox"/>	

VISITES D'ENQUETEUR				
	1	2	3	VISITE FINALE
DATE	_____	_____	_____	JOUR <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> MOIS <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> ANNEE 1 9 <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> NOM <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> RESULTAT <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
NOM DE L'ENQUETEUR	_____	_____	_____	
RESULTAT*	_____	_____	_____	
PROCHAINE VISITE: DATE HEURE	_____ _____	_____ _____	_____	NBRE. TOTAL DE VISITES <input type="checkbox"/> TOTAL DANS LE MENAGE <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> TOTAL DE FEMMES ELIGIBLES <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> TOT.D'HOMMES ELIGIBLES <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> N° DE LIGNE DE L'ENQUETE POUR LE QUEST. MENAGE <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
<p>* CODES RESULTAT:</p> <p>1 REMPLI</p> <p>2 PAS DE MEMBRE DU MENAGE A LA MAISON OU PAS D'ENQUETE COMPETENT AU MOMENT DE LA VISITE</p> <p>3 MENAGE TOTALEMENT ABSENT POUR UNE LONGUE PERIODE</p> <p>4 DIFFERE</p> <p>5 REFUSE</p> <p>6 LOGEMENT VIDE OU PAS DE LOGEMENT A L'ADRESSE</p> <p>7 LOGEMENT DETRUIT</p> <p>8 LOGEMENT NON TROUVE</p> <p>9 AUTRE _____ (préciser)</p>				

CONTROLEUSE	CHEF D'EQUIPE	CONTROLE BUREAU	SAISI PAR
NOM _____ <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	NOM _____ <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
DATE _____	DATE _____		

TABLEAU DE MENAGE

Maintenant nous voudrions des renseignements sur les personnes qui vivent habituellement dans votre ménage ou qui habitent chez vous actuellement.

N° Li- gne	RESIDENTS HABITUELS ET VISITEURS	LIEN AVEC CHEF DE MENAGE*	RESIDENCE		SEXE	AGE	EDUCATION			SURVIE ET RESIDENCE DES PARENTS***				ELIGI- BILITE FEMMES	ELIGI- BILITE HOMMES
			(NOM) vit-il /elle ici d'ha- bitude?	(NOM) a-t-il /elle dormi ici la nuit der- nière?			(NOM) est- il de sexe mas- culin ou fémi- nin?	Quel âge a (NOM)?	(NOM) a-t-il /elle fré- quenté l'éco- le?	SI A FREQUENTE ECOLE	SI AGE DE MOINS DE 25 ANS	Est-ce que la mère biologique de (NOM) est toujours en vie?	SI EN VIE		
(1)	(2)	(3)	(4)	(5)	(6)	(7)	(8)	(9)	(10)	(11)	(12)	(13)	(14)	(15)	(15A)
			OUI NON	OUI NON	H F	EN ANS.	OUI NON	NIVEAU CLAS.	OUI NON	OUI NON NSP		OUI NON NSP			
01		<input type="text"/>	1 2	1 2	1 2	<input type="text"/>	1 2	<input type="text"/> <input type="text"/>	1 2	1 2 8	<input type="text"/>	1 2 8	<input type="text"/>	01	01
02		<input type="text"/>	1 2	1 2	1 2	<input type="text"/>	1 2	<input type="text"/> <input type="text"/>	1 2	1 2 8	<input type="text"/>	1 2 8	<input type="text"/>	02	02
03		<input type="text"/>	1 2	1 2	1 2	<input type="text"/>	1 2	<input type="text"/> <input type="text"/>	1 2	1 2 8	<input type="text"/>	1 2 8	<input type="text"/>	03	03
04		<input type="text"/>	1 2	1 2	1 2	<input type="text"/>	1 2	<input type="text"/> <input type="text"/>	1 2	1 2 8	<input type="text"/>	1 2 8	<input type="text"/>	04	04
05		<input type="text"/>	1 2	1 2	1 2	<input type="text"/>	1 2	<input type="text"/> <input type="text"/>	1 2	1 2 8	<input type="text"/>	1 2 8	<input type="text"/>	05	05
06		<input type="text"/>	1 2	1 2	1 2	<input type="text"/>	1 2	<input type="text"/> <input type="text"/>	1 2	1 2 8	<input type="text"/>	1 2 8	<input type="text"/>	06	06
07		<input type="text"/>	1 2	1 2	1 2	<input type="text"/>	1 2	<input type="text"/> <input type="text"/>	1 2	1 2 8	<input type="text"/>	1 2 8	<input type="text"/>	07	07

08		1 2	1 2	1 2		1 2			1 2	1 2 8		1 2 8		08	08
09		1 2	1 2	1 2		1 2			1 2	1 2 8		1 2 8		09	09
10		1 2	1 2	1 2		1 2			1 2	1 2 8		1 2 8		10	10
11		1 2	1 2	1 2		1 2			1 2	1 2 8		1 2 8		11	11
12		1 2	1 2	1 2		1 2			1 2	1 2 8		1 2 8		12	12
13		1 2	1 2	1 2		1 2			1 2	1 2 8		1 2 8		13	13
14		1 2	1 2	1 2		1 2			1 2	1 2 8		1 2 8		14	14
15		1 2	1 2	1 2		1 2			1 2	1 2 8		1 2 8		15	15
16		1 2	1 2	1 2		1 2			1 2	1 2 8		1 2 8		16	16
17		1 2	1 2	1 2		1 2			1 2	1 2 8		1 2 8		17	17
18		1 2	1 2	1 2		1 2			1 2	1 2 8		1 2 8		18	18
19		1 2	1 2	1 2		1 2			1 2	1 2 8		1 2 8		19	19

20		<input type="text"/>	1 2	1 2	1 2	<input type="text"/>	1 2	<input type="text"/>	<input type="text"/>	1 2	1 2 8	<input type="text"/>	1 2 8	<input type="text"/>	20	20
21		<input type="text"/>	1 2	1 2	1 2	<input type="text"/>	1 2	<input type="text"/>	<input type="text"/>	1 2	1 2 8	<input type="text"/>	1 2 8	<input type="text"/>	21	21
22		<input type="text"/>	1 2	1 2	1 2	<input type="text"/>	1 2	<input type="text"/>	<input type="text"/>	1 2	1 2 8	<input type="text"/>	1 2 8	<input type="text"/>	22	22

COCHER ICI SI UNE AUTRE FEUILLE EST UTILISEE

Juste pour être sûr que j'ai une liste complète:

- 1) Y a-t-il d'autres personnes telles que des petits enfants ou des nourrissons que nous n'avons pas portés sur la liste? OUI → INSCRIRE CHACUN(E) DANS LE TABLEAU NON
- 2) De plus, y-a-t-il d'autres personnes qui ne sont peut-être pas membres de votre famille tels que des domestiques, des locataires ou des amis qui vivent habituellement ici? OUI → INSCRIRE CHACUN(E) DANS LE TABLEAU NON
- 3) Avez-vous des invités ou des visiteurs temporaires qui sont chez vous, ou d'autres personnes qui ont dormi ici la nuit dernière et qui n'ont pas été listées? OUI → INSCRIRE CHACUN(E) DANS LE TABLEAU NON

260

* CODES POUR Q.3 : LIEN DE PARENTE AVEC LE CHEF DE MENAGE

- 01= CHEF DE MENAGE
 02= FEMME OU MARI
 03= FILS OU FILLE
 04= GENDRE OU BELLE-FILLE
 05= PETIT-FILS OU -FILLE
 06= PERE OU MERE
 07= BEAU-PERE OU BELLE-MERE
 08= FRERE OU SOEUR
 09= CO-EPOUSE
 10= AUTRES PARENTS
 11= ENFANTS ADOPTES/EN GARDE/
 ENFANTS DE LA FEMME/MARI
 12= SANS PARENTE
 98= NSP

** CODES POUR Q.9

NIVEAU	MATERNELLE=0	PRIMAIRE = 1	SECONDAIRE = 2	SUPERIEUR = 3	NSP =8
CLASSE /ANNEE	DANS TOUS LES CAS = 1	MOINS D'1 AN.....= 0 INFANT/CLASS 1.....= 1 =..SIL STANDARD 1/CLASS 2..= 2 =..CP STANDARD 2/CLASS 3..= 3 =..CE1 STANDARD 3/CLASS 4..= 4 =..CE2 STANDARD 4/CLASS 5..= 5 =..CM1 STANDARD 5/CLASS 6..= 6 =..CM2 STANDARD 6/CLASS 7..= 7 NSP.....= 8	- D'1 ANNEE..= 0 FORM 1.....= 1 =..6ème/1° AN. FORM 2.....= 2 =..5ème/2° AN. FORM 3.....= 3 =..4ème/3° AN. FORM 4.....= 4 =..3ème/4° AN. FORM 5.....= 5 =..SECONDE LOW.6th FORM.= 6 =..PREMIERE UPP.6th FORM.= 7 =..TERMINALE NSP.....= 8	- D'1 AN...= 0 1ère AN....= 1 2ème AN....= 2 3ème AN....= 3 4ème AN+..= 4 NSP.....= 8	

*** Q.11 à Q.14: Ces questions concernent les parents biologiques. Noter 00 si les parents ne sont pas membres du ménage.

N°	QUESTIONS ET FILTRES	CODES	PASSER A																					
16	D'où provient principalement l'eau que boivent les membres de votre ménage?	EAU DU ROBINET ROBINET DANS LE LOGEMENT.....11 ROBINET DANS LA COUR.....12 →18 ROBINET DU VOISIN.....13 BORNE FONTAINE.....14 EAU DE PUIITS PUIITS A POMPE MANUELLE.....21 PUIITS SANS POMPE MANUELLE.....22 EAU DE SURFACE RIVIERE/SOURCE/MARIGOT.....31 EAU DE PLUIE.....41 →18 AUTRE _____ 96 (PRECISER)																						
17	Combien de temps faut-il pour aller là-bas, prendre de l'eau et revenir?	MINUTES..... <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> SUR PLACE.....996																						
18	Quel genre de toilettes avez-vous dans votre ménage?	CHASSE D'EAU.....11 LATRINES LATRINES SOMMAIRES.....21 LATRINES AMELIOREES.....22 PAS DE TOILETTES/NATURE.....31 AUTRE _____ 96 (PRECISER)																						
19	Dans votre ménage, avez-vous? L'électricité? Une radio? Une télévision? Le téléphone? Un réfrigérateur? Un réchaud/cuisinière à gaz/électrique	<table border="0"> <thead> <tr> <th></th> <th>OUI</th> <th>NON</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>ELECTRICITE.....</td> <td>1</td> <td>2</td> </tr> <tr> <td>RADIO.....</td> <td>1</td> <td>2</td> </tr> <tr> <td>TELEVISION.....</td> <td>1</td> <td>2</td> </tr> <tr> <td>TELEPHONE.....</td> <td>1</td> <td>2</td> </tr> <tr> <td>REFRIGERATEUR.....</td> <td>1</td> <td>2</td> </tr> <tr> <td>RECHAUD/CUISINIERE.....</td> <td>1</td> <td>2</td> </tr> </tbody> </table>		OUI	NON	ELECTRICITE.....	1	2	RADIO.....	1	2	TELEVISION.....	1	2	TELEPHONE.....	1	2	REFRIGERATEUR.....	1	2	RECHAUD/CUISINIERE.....	1	2	
	OUI	NON																						
ELECTRICITE.....	1	2																						
RADIO.....	1	2																						
TELEVISION.....	1	2																						
TELEPHONE.....	1	2																						
REFRIGERATEUR.....	1	2																						
RECHAUD/CUISINIERE.....	1	2																						
20	Dans votre ménage, combien de pièces utilisez-vous pour dormir?	PIECES..... <input type="text"/> <input type="text"/>																						
21	PRINCIPAL MATERIAU DU PLANCHER ENREGISTRER L'OBSERVATION	PLANCHER NATUREL TERRE.....11 PLANCHER SOMMAIRE BOIS.....21 PLANCHER FINI CIMENT.....31 CARRELAGE.....32 AUTRE FINI.....33 AUTRE _____ 96 (PRECISER)																						

N°	QUESTIONS ET FILTRES	CODES	PASSER A												
22	Y-a-t-il quelqu'un de votre ménage qui possède: Une bicyclette/vélo? Une moto/motocyclette? Une voiture?	<table style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <thead> <tr> <th style="width: 80%;"></th> <th style="text-align: center;">OUI</th> <th style="text-align: center;">NON</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>BICYCLETTE/VELO.....</td> <td style="text-align: center;">1</td> <td style="text-align: center;">2</td> </tr> <tr> <td>MOTO/MOTOCYCLETTE.....</td> <td style="text-align: center;">1</td> <td style="text-align: center;">2</td> </tr> <tr> <td>VOITURE.....</td> <td style="text-align: center;">1</td> <td style="text-align: center;">2</td> </tr> </tbody> </table>		OUI	NON	BICYCLETTE/VELO.....	1	2	MOTO/MOTOCYCLETTE.....	1	2	VOITURE.....	1	2	
	OUI	NON													
BICYCLETTE/VELO.....	1	2													
MOTO/MOTOCYCLETTE.....	1	2													
VOITURE.....	1	2													
23	Quel type de sel utilisez-vous généralement pour faire la cuisine dans votre ménage? (DEMANDER A VOIR LE PAQUET DE SEL)	SEL LOCAL.....01 SEL EMBALLE (IODE).....02 SEL EMBALLE (NON IODE).....03 SEL EMBALLE (IODE OU NON?).....04 SEL POUR ANIMAUX.....05 SEL EN VRAC.....06 AUTRE _____ 96 (PRECISER)													
24	TESTER LE SEL ET ENREGISTRER LE RESULTAT	TEST POSITIF (IODE).....1 TEST NEGATIF (NON IODE).....2 TEST INDETERMINE.....3 TEST NON FAIT/SEL NON DISPONIBLE.....8													

ENQUETE DEMOGRAPHIQUE ET DE SANTE

(EDSC-II, 1998)

QUESTIONNAIRE FEMME

MINISTERE DE L'ECONOMIE ET DES FINANCES
-- BUCREP --

REPUBLIQUE DU CAMEROUN
Paix-Travail-Patrie

IDENTIFICATION	
PROVINCE _____	PROVINCE.....
DEPARTEMENT _____	STRATE.....
ARRONDIS./DISTRICT _____	ARRONDISSEMENT.....
VILLE/CANTON/GROUPEMENT _____	YAOUNDE/DOUALA = 1
VILLAGE _____	GAROUA/MAROUA/BAFOUSSAM/BAMENDA = 2
QUARTIER DE VILLE/LOCALITE _____	AUTRES VILLES = 3; RURAL = 4.....
NOM DU CHEF DE MENAGE _____	GRAPPE.....
NOM DE LA FEMME _____	STRUCTURE.....
	MENAGE.....
	N° DE LIGNE DE LA FEMME.....

VISITES D'ENQUETRICI				
	1	2	3	VISITE FINALE
DATE				JOUR
NON DE L'ENQUETRICI				MOIS
RESULTAT*				ANNEE 1 9
				NOM
				RESULTAT
PROCHAINE VISITE:	DATE			NBRE. TOTAL DE VISITES
	HEURE			
*CODES RESULTAT				
	1 REMPLI	4 REFUSE	7 AUTRE _____	(préciser)
	2 PAS A LA MAISON	5 PARTIELLEMENT REMPLI		
	3 DIFFERE	6 INCAPACITE		

QUESTIONNAIRE FRANÇAIS.....	1
LANGUE DE L'INTERVIEW** _____	
INTERPRETE:.....OUI = 1 / NON = 2	
**CODES LANGUE: 1 FRANÇAIS / 2 ANGLAIS / 3 FUFULDE / 4 EWONDO / 5 PIDGIN / 6 AUTRES	

CONTROLEUSE	CHEF D'EQUIPE	CONTROLE BUREAU	SAISI PAR
NOM _____	NOM _____		
DATE _____	DATE _____		

SECTION 1. CARACTERISTIQUES SOCIO-DEMOGRAPHIQUES DE L'ENQUETEE

N°	QUESTIONS ET FILTRES	CODES	PASSER A
101	ENREGISTRER L'HEURE.	HEURE..... MINUTES.....	<input type="text"/> <input type="text"/>
102	Pour commencer, je voudrais vous poser quelques questions sur vous-même et votre ménage. Jusqu'à l'âge de 12 ans, avez-vous vécu la plupart du temps à Yaoundé/Douala, à Garoua/Maroua/Bafoussam/Bamenda, dans une autre ville, en milieu rural ou à l'étranger? SI "ETRANGER", PRECISER LE MILIEU DE RESIDENCE.	YAOUNDE/DOUALA/AUTRE CAPITALE....1 GAROUA/MAROUA/BAFOUSSAM/ BAMENDA/GRDE. VILLE ETRANGER...2 AUTRE VILLE/PTE.VILLE ETRANGER...3 RURAL/RURAL ETRANGER.....4 ETRANGER SANS PRECISION.....5	
103	Depuis combien de temps habitez-vous de façon continue à (NOM DE LA LOCALITE ACTUELLE DE RESIDENCE)?	ANNEES..... TOUJOURS.....95 VISITEUR.....96	<input type="text"/> →105
104	Juste avant de vous installer à (NOM DE LA LOCALITE ACTUELLE DE RESIDENCE), viviez-vous à Yaoundé/Douala, à Garoua/Maroua/Bafoussam/Bamenda, dans une autre ville, en milieu rural ou à l'étranger? SI "ETRANGER", PRECISER LE MILIEU DE RESIDENCE.	YAOUNDE/DOUALA/AUTRE CAPITALE....1 GAROUA/MAROUA/BAFOUSSAM/ BAMENDA/GRDE. VILLE ETRANGER...2 AUTRE VILLE/PTE.VILLE ETRANGER...3 RURAL/RURAL ETRANGER.....4 ETRANGER SANS PRECISION.....5	
105	En quel mois et en quelle année êtes-vous née?	MOIS..... NSP MOIS.....98 ANNEE..... NSP ANNEE.....9998	<input type="text"/> <input type="text"/>
106	Quel âge aviez-vous à votre dernier anniversaire? COMPARER ET CORRIGER 105 ET/OU 106 SI INCOHERENTS.	AGE EN ANNEES REVOLUES.....	<input type="text"/>
106A	Comprenez-vous le français?	OUI.....1 NON.....2	
106B	Comprenez-vous l'anglais?	OUI.....1 NON.....2	
107	Avez-vous fréquenté l'école?	OUI.....1 NON.....2	→114
108	Quel est le plus haut niveau d'études que vous avez atteint: primaire, secondaire, ou supérieur?	PRIMAIRE.....1 SECONDAIRE.....2 SUPERIEUR.....3	
109	Quelle est la dernière (année/classe) que vous avez achevée à ce niveau? *	ANNEE.....	<input type="text"/>
110	VERIFIER 106: AGEE DE 24 ANS OU MOINS:	AGEE DE 25 ANS OU PLUS:	<input type="text"/> →111A
111	Est-ce que vous allez à l'école actuellement?	OUI.....1 NON.....2	→113

* PRIMAIRE	SECONDAIRE	SUPERIEUR
MOINS D'1 AN.....= 0	- D'1 ANNEE.....= 0	- D'1 AN...= 0
INFANT/CLASS 1.....= 1 =..SIL	FORM 1.....= 1 =..6ème/1° AN.	1ère AN....= 1
STANDARD 1/CLASS 2..= 2 =..CP	FORM 2.....= 2 =..5ème/2° AN.	2ème AN....= 2
STANDARD 2/CLASS 3..= 3 =..CE1	FORM 3.....= 3 =..4ème/3° AN.	3ème AN....= 3
STANDARD 3/CLASS 4..= 4 =..CE2	FORM 4.....= 4 =..3ème/4° AN.	4ème AN...= 4
STANDARD 4/CLASS 5..= 5 =..CM1	FORM 5.....= 5 =..SECONDE	NSP.....= 8
STANDARD 5/CLASS 6..= 6 =..CM2	LOWER 6th FORM.= 6 =..PREMIERE	
STANDARD 6/CLASS 7..= 7	UPPER 6th FORM.= 7 =..TERMINALE	
NSP.....= 8	NSP.....= 8	

N°	QUESTIONS ET FILTRES	CODES	PASSER A
116E	Ce feuilletton est-il, selon vous, à caractère éducatif ou s'agit-il d'un feuilletton de divertissement?	EDUCATIF.....1 DIVERTISSEMENT.....2 LES DEUX.....3 NSP.....8	→116G →116G
116F	Selon vous, de quels problèmes parle le feuilletton "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 DIARRHEE/SRO.....D PROBLEMES DE SANTE.....E AUTRE _____ X (PRECISER) NSP.....Z	
116G	Avez-vous l'habitude de regarder la télévision?	OUI.....1 NON.....2	→118
117	Avez-vous l'habitude de regarder la télévision au moins une fois par semaine?	OUI.....1 NON.....2	
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.....D JEUDI.....E VENDREDI.....F SAMEDI.....G DIMANCHE.....H TOUS LES JOURS.....I 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.....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	
117C	Quel genre d'émission télé 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 PARLE.....D REPORTAGE.....E EMISSION SUR LA SANTE.....F AUTRE _____ X (PRECISER)	
118	Quelle est votre religion?	CATHOLIQUE.....1 PROTESTANT.....2 MUSULMAN.....3 ANIMISTE.....4 AUTRE _____ 6 (PRECISER) AUCUNE.....7	
119	Quelle est votre ethnie? NOTER LE NOM DE L'ETHNIE. LAISSER LES CASES DE CODIFICATION VIDES. POUR LES ETRANGERS, ENREGISTRER "ETRANGER".	<div style="border: 1px solid black; width: 100px; height: 20px; margin-bottom: 5px;"></div> <div style="border: 1px solid black; width: 100px; height: 20px; margin-bottom: 5px;"></div> <div style="border: 1px solid black; width: 100px; height: 20px;"></div>	

SECTION 2. REPRODUCTION

N°	QUESTIONS ET FILTRES	CODES	PASSER A				
201	Maintenant je voudrais vous parler de toutes les naissances que vous avez eues dans votre vie. Avez-vous donné naissance à des enfants?	OUI.....1 NON.....2	→206				
202	Avez-vous des fils ou des filles à qui vous avez donné naissance et qui vivent actuellement avec vous?	OUI.....1 NON.....2	→204				
203	Combien de fils vivent avec vous? Combien de filles vivent avec vous? SI "AUCUN", NOTER "00".	FILS A LA MAISON..... FILLES A LA MAISON.....	<table border="1" style="display: inline-table; vertical-align: middle;"><tr><td> </td><td> </td></tr><tr><td> </td><td> </td></tr></table>				
204	Avez-vous des fils ou des filles à qui vous avez donné naissance, qui sont toujours en vie mais qui ne vivent pas avec vous?	OUI.....1 NON.....2	→206				
205	Combien de fils sont vivants mais ne vivent pas avec vous? Combien de filles sont vivantes mais ne vivent pas avec vous? SI "AUCUN", NOTER "00".	FILS AILLEURS..... FILLES AILLEURS.....	<table border="1" style="display: inline-table; vertical-align: middle;"><tr><td> </td><td> </td></tr><tr><td> </td><td> </td></tr></table>				
206	Avez-vous donné naissance à un fils ou une fille qui est né vivant mais qui est décédé par la suite? SI NON, INSISTER: Aucun enfant qui a crié ou qui a donné un signe de vie mais qui n'a survécu que quelques heures ou quelques jours?	OUI.....1 NON.....2	→208				
207	Combien de vos fils sont décédés? Combien de vos filles sont décédées? SI "AUCUN", NOTER "00".	FILS DECEDE..... FILLE DECEDEE.....	<table border="1" style="display: inline-table; vertical-align: middle;"><tr><td> </td><td> </td></tr><tr><td> </td><td> </td></tr></table>				
208	FAIRE LA SOMME DE Q. 203, 205 ET 207, ET NOTER LE TOTAL. SI "AUCUN", NOTER "00".	TOTAL.....	<table border="1" style="display: inline-table; vertical-align: middle;"><tr><td> </td><td> </td></tr></table>				
209	VERIFIER 208: Je voudrais être sûre d'avoir bien compris : vous avez eu au TOTAL ____ naissances durant votre vie. Est-ce bien exact? OUI: <input type="checkbox"/> NON: <input type="checkbox"/> → INSISTER ET CORRIGER 201-208 COMME IL SE DOIT.						
210	VERIFIER 208: AU MOINS UNE NAISSANCE: <input type="checkbox"/> AUCUNE NAISSANCE: <input type="checkbox"/>		→227				

211 Maintenant je voudrais faire la liste de toutes vos naissances, qu'elles soient encore en vie ou non, en commençant par la première naissance que vous avez eue.
 NOTER LE NOM DE TOUTES LES NAISSANCES A 212. NOTER LES Jumeaux ET TRIPLES SUR DES LIGNES SEPARÉES.

212	213	214	215	216	217	218	219	220	221
Quel nom a été donné à votre (premier/suivant) enfant? (NOM)	Parmi ces naissances, y avait-il des jumeaux?	(NOM) est-ce un garçon ou une fille?	En quel mois et quelle année est né(e) (NOM)? INSISTER: Quelle est sa date de naissance? OU: En quelle saison est-il/elle né(e)?	(NOM) est-il/elle toujours en vie?	Quel âge avait (NOM) à son dernier anniversaire? NOTER L'AGE EN ANNEES REVOLUES	SI VIVANT: (NOM) vit-il/elle avec vous?	SI DECEDE: 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.	SOUSTRAYER L'ANNEE DE NAISSANCE DE (NOM) DE L'ANNEE DE NAISSANCE PRECEDENTE. LA DIFFERENCE EST-ELLE DE 4 ANS OU PLUS?	Y-a-t-il eu d'autres naissances vivantes entre (NOM DE LA NAISSANCE PRECEDENTE) et (NOM)?
01	SIMP..1 MULT..2	GARÇ..1 FILL..2	MOIS.... AN	OUI..1 NON..2 ↓ 219	AGE EN ANNEES	OUI...1 NON...2 (ENFANT-SUIVANT)	JOURS...1 MOIS....2 ANNEES..3		
02	SIMP..1 MULT..2	GARÇ..1 FILL..2	MOIS.... AN	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	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	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	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	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	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 avait (NOM) à son dernier anniversaire? 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 L'ANNEE DE NAISSANCE DE (NOM) DE L'ANNEE DE NAISSANCE PRECEDENTE. LA DIFFERENCE EST-ELLE DE 4 ANS OU PLUS?	Y-a-t-il eu d'autres naissances vivantes entre (NOM DE LA NAISSANCE PRECEDENTE) et (NOM)?

08	SIMP..1 MULT..2	GARÇ..1 FILL..2	MOIS.... AN	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	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	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	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. OUI....1 →PASSER A 223
LA DIFFERENCE EST-ELLE DE 4 ANS OU PLUS? NON....2 →PASSER A 224

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

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

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

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

POUR CHAQUE ENFANT VIVANT: L'AGE ACTUEL EST ENREGISTRE

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

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

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

N°	QUESTIONS ET FILTRES	CODES	PASSER A
227	Etes-vous enceinte en ce moment?	OUI.....1 NON.....2 PAS SURE.....8	→236
228	De combien de mois êtes-vous enceinte? NOTER LE NOMBRE DE MOIS REVOLUS.	MOIS..... <input type="text"/>	
229	Au moment où vous êtes tombée enceinte, vouliez-vous tomber enceinte <u>à ce moment-là</u> , vouliez-vous attendre <u>plus tard</u> , ou vouliez-vous <u>ne plus avoir d'enfant</u> ?	A CE MOMENT-LA.....1 PLUS TARD.....2 NE PLUS AVOIR D'ENFANT.....3	
236	Quand vos dernières règles ont-elles commencé? (INSCRIRE LA DATE, SI ELLE EST DONNEE)	JOURS.....1 <input type="text"/> SEMAINES.....2 <input type="text"/> MOIS.....3 <input type="text"/> ANNEES.....4 <input type="text"/> EN MENOPAUSE.....994 AVANT LA DERNIERE NAISSANCE.....995 JAMAIS EU DE REGLES.....996	
237	Entre le premier jour des règles d'une femme et le premier jour de ses règles suivantes, y-a-t-il des moments où elle a plus de chances de tomber enceinte que d'autres?	OUI.....1 NON.....2 NSP.....8	→239
238	A quels moments du cycle menstruel, une femme a-t-elle le plus de chances de tomber enceinte?	DURANT SES REGLES.....01 JUSTE APRES LA FIN DES REGLES.....02 AU MILIEU DU CYCLE.....03 JUSTE AVANT DEBUT DES REGLES...04 AUTRE.....96 (PRECISER) NSP.....98	
239	Avez-vous eu certaines grossesses qui n'ont pas abouti à une naissance vivante?	OUI.....1 NON.....2	→301
240	Combien avez-vous eu de grossesses qui n'ont pas abouti à une naissance vivante?	NOMBRE DE GROSSESSES..... <input type="text"/>	
241	Parmi ces grossesses, combien ont abouti à : un avortement provoqué? une fausse couche/avortement spontané? un mort-né?	AVORTEMENT PROVOQUE..... <input type="text"/> FAUSSE COUCHE..... <input type="text"/> MORT-NE..... <input type="text"/>	

SECTION 3. CONTRACEPTION

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

ENCERCLER LE CODE '1' DANS 301 POUR CHAQUE METHODE MENTIONNEE D'UNE MANIERE SPONTANEE.
 PUIS CONTINUER A LA COLONNE 302 EN LISANT LE NOM ET LA DESCRIPTION DE CHAQUE METHODE NON MENTIONNEE SPONTANEMENT.
 EN CERCLER LE CODE '2' SI LA METHODE EST RECONNUE, ET LE CODE '3' SI ELLE N'EST PAS RECONNUE.
 PUIS, POUR CHAQUE METHODE AYANT LE CODE '1' OU '2' EN CERCLER A 301 OU A 302, POSER 303.

301 Quels sont les moyens ou méthodes dont vous avez entendu parler?	302 Avez-vous déjà entendu parler de (METHODE)?		303 Avez-vous déjà utilisé (METHODE)?
	OUI SPONTANE	OUI DESCRIPTION NON	
01] PILULE Les femmes peuvent prendre une pilule tous les jours.	1	2	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] IMPLANT 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 suppositoire, un diaphragme, 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 avant les rapports sexuels.	1	2	OUI.....1 NON.....2
07] CONTRACEPTION CHIRURGICALE VOLONTAIRE FEMININE/ STERILISATION FEMININE Les femmes peuvent subir une opération 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] CONTRACEPTION CHIRURGICALE VOLONTAIRE MASCULINE/ STERILISATION MASCULINE. Les hommes peuvent subir une opération 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 mois 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] 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

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

N°	QUESTIONS ET FILTRES	CODES	PASSER A
305	Avez-vous déjà utilisé un moyen quelconque ou essayé quelque chose pour retarder la survenue d'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"/> <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"/> (CONTRA.CHIRURGI.VOLON.)	FEMME STERILISEE: <input type="checkbox"/> (CONTRA.CHIRURGI.VOLON.)	→314A
312	VERIFIER 227: PAS ENCEINTE OU PAS SURE: <input type="checkbox"/> ENCEINTE: <input type="checkbox"/>		→332
313	En ce moment, faites-vous quelque chose ou utilisez-vous une méthode pour éviter de tomber enceinte?	OUI.....1 NON.....2	→331
314	Quelle méthode utilisez-vous?	PILULE.....01 DIU.....02 INJECTION.....03 IMPLANT.....04 DIAPHRAGME/MOUSSE/GELEE.....05 CONDOM.....06 CONTR.CHIRUR.VOLONT.FEMININE...07 CONTR.CHIRUR.VOLONT.MASCULINE..08 CONTINENCE PERIODIQUE.....09 RETRAIT.....10 AUTRE _____ 96 (PRECISER)	→325A →317A →322A →325A
314A	ENCERCLER '07' POUR CONTRACEPTION CHIRURGICALE VOLONTAIRE FEMININE.		
314B	Pourquoi utilisez-vous la pilule plutôt qu'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 REVERSIBLE.....08 AUTRE _____ 96 (PRECISER)	
315	Puis-je voir la boîte de pilules que vous utilisez en ce moment? SI LE PAQUET EST MONTRE, ENCEINCLER LE CODE CORRESPONDANT.	LO FEMENA.....01 OVRETTE.....02 AUTRE _____ 96 (PRECISER) BOITE NON VUE.....98	→317
316	Connaissez-vous le nom de la marque de pilule que vous utilisez en ce moment? NOTER LE NOM DE LA MARQUE.	LO FEMENA.....01 OVRETTE.....02 AUTRE _____ 96 (PRECISER) NSP.....98	
317	Combien vous coûte une boîte (cycle) de pilule?	COUT..... <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> GRATUIT.....9996 NSP.....9998	→326

N°	QUESTIONS ET FILTRES	CODES	PASSER A
317A	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)	
318	Où a eu lieu l'opération pour ne plus avoir d'enfant? 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 SECTEUR ET ENCERCLER LE CODE APPROPRIE. _____ (NOM DE L'ENDROIT)	SECTEUR PUBLIC/PARA PUBLIC HOPITAL.....11 CENTRE DE SANTE.....12 AUTRE PUBLIC _____ 16 (PRECISER) SECTEUR MEDICAL PRIVE HOPITAL PRIVE CONFESIONNEL...21 HOPITAL LAIC/CLINIQUE.....22 CENTRE SANTE/DISPENSAIRE CONFESIONNEL/MISSION.....23 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..... ANNEE.....	→327
322A	Pourquoi utilisez-vous la continence périodique plutôt qu'une autre méthode?	COUT/NE 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 AUTRE _____ 96 (PRECISER)	
323	Comment déterminez-vous les jours de votre cycle menstruel pendant lesquels vous ne devez pas avoir de relations sexuelles?	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 METHODE SPECIFIQUE.....05 AUTRE _____ 96 (PRECISER)	→326

N°	QUESTIONS ET FILTRES	CODES	PASSER A
325A	Pourquoi utilisez-vous (METHODE) 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)	
326	Depuis combien de mois utilisez-vous (METHODE) de façon continue? SI MOINS DE 1 MOIS, NOTER "00".	MOIS..... <input type="text"/> <input type="text"/> 8 ANS OU PLUS.....96	
327	VERIFIER 314: ENCERCLER LE CODE DE LA METHODE.	PILULE.....01 DIU.....02 INJECTION.....03 IMPLANT.....04 DIAPHRAGME/MOUSSE/GELEE.....05 CONDOM.....06 CONTR.CHIRUR.VOLONT.FEMININE...07 CONTR.CHIRUR.VOLONT.MASCULINE..08 CONTINENCE PERIODIQUE.....09 RETRAIT.....10 AUTRE METHODE.....96	→329A →332
328	Où avez-vous obtenu (METHODE) la dernière fois? S'IL S'AGIT D'UN HOPITAL, D'UN CENTRE DE SANTE OU D'UNE CLINIQUE, ECRIRE LE NOM DE L'ENDROIT. INSISTER POUR DETERMINER LE TYPE DE SECTEUR ET ENCERCLER LE CODE APPROPRIE. _____ (NOM DE L'ENDROIT)	SECTEUR PUBLIC/PARA PUBLIC HOPITAL.....11 CENTRE DE SANTE.....12 AUTRE PUBLIC _____ 16 (PRECISER) SECTEUR MEDICAL PRIVE HOPITAL PRIVE CONFESIONNEL...21 HOPITAL LAIC/CLINIQUE.....22 CENTRE SANTE/DISPENSAIRE CONFESIONNEL/MISSION.....23 CABINET MEDICAL.....24 PHARMACIE.....25 AUTRE PRIVE MEDICAL _____ 26 (PRECISER) AUTRE SECTEUR PRIVE BOUTIQUE/MARCHE.....31 BAR/BOITE DE NUIT.....32 KIOSQUE.....33 CIRCUIT COMMERCIAL INFORMEL...34 AMIS/PARENTS.....35 AUTRE _____ 96 (PRECISER)	

N°	QUESTIONS ET FILTRES	CODES	PASSER A
329	Connaissez-vous un autre endroit où vous auriez pu vous procurer (METHODE) la dernière fois?	OUI.....1 NON.....2	→334
329A	Au moment de la stérilisation, connaissiez-vous un autre endroit où vous auriez pu subir cette même opération?		
329B	<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 LE CODE CORRESPONDANT ET PASSER A Q.334.</p> <p>Autres raisons?</p>	<p>ACCESSIBILITE PLUS PROCHE DOMICILE.....A PLUS PROCHE MARCHE/TRAVAIL...B TRANSPORT DISPONIBLE.....C</p> <p>RAISONS RELATIVES AU SERVICE PERSONNEL PLUS COMPETENT/ AIMABLE.....D PLUS PROPRE.....E OFFRE PLUS D'INTIMITE.....F ATTENTE MOINS LONGUE.....G TEMPS D'OUVERTURE PLUS LONG...H MEME ETABLISSEMENT OFFRE D'AUTRES SERVICES.....I DISPONIBILITE DE LA METHODE A TOUS MOMENTS.....J</p> <p>COUTS PLUS FAIBLES/MOINS CHER...K</p> <p>VOULAIT ANONYMAT.....L</p> <p>AUTRE _____ X (PRECISER)</p> <p>NSP.....Z</p>	→334
330	<p>ENQUETRIXE:</p> <p>- SI VOUS N'AVEZ ENCERCLE QU'UN SEUL CODE A Q.329B, ENCERCLER ICI LE CODE CORRESPONDANT A LA MEME REPONSE ET PASSER A Q.334.</p> <p>- SI VOUS AVEZ ENCERCLE PLUSIEURS CODES A Q.329B, POSER LA QUESTION SUIVANTE ET ENCERCLER LE CODE CORRESPONDANT A LA REPONSE.</p> <p>Parmi les raisons que vous m'avez données, quelle est la raison principale?</p>	<p>ACCESSIBILITE PLUS PROCHE DOMICILE.....11 PLUS PROCHE MARCHE/TRAVAIL...12 TRANSPORT DISPONIBLE.....13</p> <p>RAISONS RELATIVES AU SERVICE PERSONNEL PLUS COMPETENT/ AIMABLE.....21 PLUS PROPRE.....22 OFFRE PLUS D'INTIMITE.....23 ATTENTE MOINS LONGUE.....24 TEMPS D'OUVERTURE PLUS LONG..25 MEME ETABLISSEMENT OFFRE D'AUTRES SERVICES.....26 DISPONIBILITE DE LA METHODE A TOUS MOMENTS.....27</p> <p>COUTS PLUS FAIBLES/MOINS CHER..31</p> <p>VOULAIT ANONYMAT.....41</p> <p>AUTRE _____ 96 (PRECISER)</p>	→334

331	VERIFIER 227: PAS ENCEINTE OU PAS SURE: <input type="checkbox"/>		
	ENCEINTE: <input type="checkbox"/>		→332

331A	Quelle est la principale raison pour laquelle vous n'utilisez pas une méthode pour éviter une grossesse?	NON MARIEE.....11 RAISONS LIEES A LA FECONDITE PAS DE RAPPORTS SEXUELS.....21 RAP. SEX. PEU FREQUENTS.....22 MENOPAUSEE/HYSTERECTOMIE.....23 SOUS-FECONDE/STERILE.....24 POST-PARTUM/ALLAITEMENT.....25 VEUT DES (D'AUTRES) ENFANTS...26 OPPOSITION A L'UTILISATION ENQUETEE OPPOSEE.....31 MARI/CONJOINT OPPOSE.....32 AUTRES PERS. OPPOSEES.....33 INTERDITS RELIGIEUX.....34 TABOUS CULTURELS.....35 MANQUE DE CONNAISSANCE NE CONNAIT AUCUNE METHODE....41 NE CONNAIT AUCUNE SOURCE.....42 RAISONS LIEES AUX METHODES PROBLEMES DE SANTE.....51 PEUR DES EFFETS SECONDAIRES...52 PAS ACCESSIBLE/TROP LOIN.....53 TROP CHERE.....54 PAS PRATIQUE A UTILISER.....55 INTERFERE AVEC LE PROCESSUS NORMAL DU CORPS.....56 AUTRE _____ 96 (PRECISER) NSP.....98
------	--	--

332	Connaissez-vous un endroit où vous pouvez vous procurer une méthode de planification familiale?	OUI.....1 NON.....2 →334
-----	---	-----------------------------

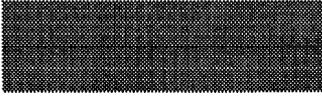
333	Où est-ce? S'IL S'AGIT D'UN HOPITAL, D'UN CENTRE DE SANTE OU D'UNE CLINIQUE, ECRIRE LE NOM DE L'ENDROIT. INSISTER POUR DETERMINER LE TYPE DE SECTEUR ET ENCERCLER LE CODE APPROPRIE. _____ (NOM DE L'ENDROIT)	SECTEUR PUBLIC/PARA PUBLIC HOPITAL.....11 CENTRE DE SANTE.....12 AUTRE PUBLIC _____ 16 (PRECISER) SECTEUR MEDICAL PRIVE HOPITAL PRIVE CONFESIONNEL...21 HOPITAL LAIC/CLINIQUE.....22 CENTRE SANTE/DISPENSAIRE CONFESIONNEL/MISSION.....23 CABINET MEDICAL.....24 PHARMACIE.....25 AUTRE PRIVE MEDICAL _____ 26 (PRECISER) AUTRE SECTEUR PRIVE BOUTIQUE/MARCHE.....31 BAR/BOITE DE NUIT.....32 KIOSQUE.....33 CIRCUIT COMMERCIAL INFORMEL...34 AMIS/PARENTS.....35 AUTRE _____ 96 (PRECISER)
-----	--	---

N°	QUESTIONS ET FILTRES	CODES	PASSER A
334	Avez-vous reçu la visite d'un agent qui vous a parlé de la planification familiale au cours des 12 derniers mois?	OUI.....1 NON.....2	
335	Avez-vous été dans un établissement de santé pour n'importe quelle raison au cours des 12 derniers mois?	OUI.....1 NON.....2	→337
336	Est-ce que quelqu'un de l'établissement de santé vous a parlé des méthodes de planification familiale?	OUI.....1 NON.....2	
337	Pensez-vous que le fait d'allaiter peut influencer les chances d'une femme de tomber enceinte?	OUI.....1 NON.....2 NSP.....8	→401
338	Pensez-vous que l'allaitement augmente ou diminue les chances d'une femme de tomber enceinte?	AUGMENTE.....1 DIMINUE.....2 ÇA DEPEND.....3 NSP.....8	→401
339	VERIFIER 210: UNE OU PLUSIEURS NAISSANCES: <input type="checkbox"/> AUCUNE NAISSANCE: <input type="checkbox"/>		→401
340	Avez-vous déjà compté sur l'allaitement comme un moyen d'éviter de tomber enceinte?	OUI.....1 NON.....2	→401
341	VERIFIER 227 ET 311: PAS ENCEINTE OU PAS SURE ET NON STERILISEE: <input type="checkbox"/> ENCEINTE OU STERILISEE: <input type="checkbox"/>		→401
342	Comptez-vous actuellement sur l'allaitement pour éviter de tomber enceinte?	OUI.....1 NON.....2	

SECTION 4A. GROSSESSES ET ALLAITEMENT

401	VERIFIER 225: UNE OU PLUSIEURS NAISSANCES DEPUIS JANV. 1995: <input type="checkbox"/>	AUCUNE NAISSANCE <input type="checkbox"/> DEPUIS JANV. 1995: _____	→(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 eus dans les 3 dernières années. Nous parlerons d'un enfant à la fois.		
403	NUMERO DE LIGNE DE Q212	DERNIERE NAISSANCE N° DE LIGNE..... <input type="text"/> <input type="text"/>	AVANT-DERNIERE NAISSANCE N° DE LIGNE..... <input type="text"/> <input type="text"/>
404	SELON Q212 ET Q216 :	NOM _____ VIVANT <input type="checkbox"/> DECEDE <input type="checkbox"/>	NOM _____ VIVANT <input type="checkbox"/> DECEDE <input type="checkbox"/>
405	Au moment où vous êtes tombée enceinte de (NOM), vouliez-vous tomber enceinte à ce moment-là, vouliez-vous attendre plus tard, ou vouliez-vous ne plus (pas) avoir d'enfant du tout?	A CE MOMENT.....1 <input type="text"/> (PASSER A 407)← PLUS TARD.....2 NE VOULAIT PLUS.....3 <input type="text"/> (PASSER A 407)←	A CE MOMENT.....1 <input type="text"/> (PASSER A 407)← PLUS TARD.....2 NE VOULAIT PLUS.....3 <input type="text"/> (PASSER A 407)←
406	Combien de temps auriez-vous souhaité attendre?	MOIS.....1 <input type="text"/> <input type="text"/> ANNEES.....2 <input type="text"/> <input type="text"/> NSP.....998	MOIS.....1 <input type="text"/> <input type="text"/> ANNEES.....2 <input type="text"/> <input type="text"/> NSP.....998
407	Quand vous étiez enceinte de (NOM), avez-vous consulté quelqu'un pour des soins prénatals au sujet de cette grossesse? SI OUI: Qui avez-vous consulté? Quelqu'un d'autre? INSISTER POUR OBTENIR LE TYPE DE PERSONNE. ENREGISTRER TOUTES LES PERSONNES VUES.	PROFESSIONNELS DE SANTE MEDECIN.....A INFIRMIER(E)/ SAGE-FEMME.....B AIDE SOIGNANTE.....C AUTRE PERSONNE ACCOUCHEUSE TRADITIONNELLE.....D AUTRE _____ X (PRECISER) PERSONNE.....Y <input type="text"/> (PASSER A 410)←	PROFESSIONNELS DE SANTE MEDECIN.....A INFIRMIER(E)/ SAGE-FEMME.....B AIDE SOIGNANTE.....C AUTRE PERSONNE ACCOUCHEUSE TRADITIONNELLE.....D AUTRE _____ X (PRECISER) PERSONNE.....Y <input type="text"/> (PASSER A 410)←
408	De combien de mois étiez-vous enceinte lors de votre première consultation prénatale?	MOIS..... <input type="text"/> <input type="text"/> NSP.....98	MOIS..... <input type="text"/> <input type="text"/> NSP.....98
409	Combien de fois avez-vous été en consultation prénatale durant cette grossesse?	NOMBRE DE FOIS..... <input type="text"/> <input type="text"/> NSP.....98	NOMBRE DE FOIS..... <input type="text"/> <input type="text"/> NSP.....98
410	Quand vous étiez enceinte de (NOM), vous-a-t-on fait une injection contre le tétanos pour protéger votre enfant à la naissance?	OUI.....1 NON.....2 <input type="text"/> (PASSER A 412)← NSP.....8	OUI.....1 NON.....2 <input type="text"/> (PASSER A 412)← NSP.....8
411	Pendant cette grossesse, combien de fois avez-vous eu cette injection?	NBRE DE FOIS..... <input type="text"/> NSP.....8	NBRE DE FOIS..... <input type="text"/> NSP.....8

		DERNIERE NAISSANCE	AVANT-DERNIERE NAISSANCE
		NOM _____	NOM _____
412	Où avez-vous accouché de (NOM)?	DOMICILE VOTRE DOMICILE.....11 AUTRE DOMICILE.....12 SECTEUR PUBLIC/PARA PUBLIC HOPITAL.....21 CENTRE DE SANTE.....22 AUTRE PUBLIC _____ 26 (PRECISER) SECTEUR MEDICAL PRIVE HOPITAL PRIV.CONFESS...31 HOP.PRIV.LAIC/CLINIQUE.32 CENTRE SANTE/DISPENS. CONFESS./MISSION.....33 AUTRE PRIVE MEDICAL _____ 36 (PRECISER) AUTRE _____ 96 (PRECISER)	DOMICILE VOTRE DOMICILE.....11 AUTRE DOMICILE.....12 SECTEUR PUBLIC/PARA PUBLIC HOPITAL.....21 CENTRE DE SANTE.....22 AUTRE PUBLIC _____ 26 (PRECISER) SECTEUR MEDICAL PRIVE HOPITAL PRIV.CONFESS...31 HOP.PRIV.LAIC/CLINIQUE.32 CENTRE SANTE/DISPENS. CONFESS./MISSION.....33 AUTRE PRIVE MEDICAL _____ 36 (PRECISER) AUTRE _____ 96 (PRECISER)
413	Qui vous a assisté pendant l'accouchement de (NOM)? Quelqu'un d'autre? INSISTER POUR OBTENIR LE TYPE DE PERSONNE. ENREGISTRER TOUTES LES PERSONNES CITEES.	PROFESSIONNELS DE SANTE MEDECIN.....A INFIRMIER(E)/ SAGE-FEMME.....B AIDE SOIGNANTE.....C AUTRE PERSONNE ACCOUCHEUSE TRADITIONNELLE.....D PARENTS/AMIS.....E AUTRE _____ X (PRECISER) PERSONNE.....Y	PROFESSIONNELS DE SANTE MEDECIN.....A INFIRMIER(E)/ SAGE-FEMME.....B AIDE SOIGNANTE.....C AUTRE PERSONNE ACCOUCHEUSE TRADITIONNELLE.....D PARENTS/AMIS.....E AUTRE _____ X (PRECISER) PERSONNE.....Y
414	Au moment de la naissance de (NOM), avez-vous eu un des problèmes suivants: Un long travail, c'est-à-dire des contractions régulières qui ont duré plus de 12 heures ? Des saignements excessifs si importants, que vous avez pensé que votre vie était en danger? Une forte fièvre accompagnée de pertes vaginales malodorantes? Des convulsions non causées par la fièvre?	OUI NON LONG TRAVAIL.....1 2 SAIGNEMENTS EXCESSIFS.....1 2 FORTE FIEVRE AVEC PERTES VAGINALES.....1 2 CONVULSIONS.....1 2	OUI NON LONG TRAVAIL.....1 2 SAIGNEMENTS EXCESSIFS.....1 2 FORTE FIEVRE AVEC PERTES VAGINALES.....1 2 CONVULSIONS.....1 2
414A	A la suite de l'accouchement de (NOM), avez-vous eu des complications? SI OUI: Quel type de complications?	INCONTINENCE URINAIRE/ OU AUTRE.....A DIFFICULTES A MARCHER...B AUTRE _____ X (PRECISER) NON/AUCUNE.....Y	INCONTINENCE URINAIRE/ OU AUTRE.....A DIFFICULTES A MARCHER...B AUTRE _____ X (PRECISER) NON/AUCUNE.....Y
415	Avez-vous accouché de (NOM) par césarienne?	OUI.....1 NON.....2	OUI.....1 NON.....2
416	Quand (NOM) est né(e), était-il/elle: très gros, plus gros que la moyenne, moyen, plus petit que la moyenne, ou très petit?	TRES GROS.....1 PLUS GROS QUE MOYENNE...2 MOYEN.....3 PLUS PETIT QUE MOYENNE...4 TRES PETIT.....5 NSP.....8	TRES GROS.....1 PLUS GROS QUE MOYENNE...2 MOYEN.....3 PLUS PETIT QUE MOYENNE...4 TRES PETIT.....5 NSP.....8

		DERNIERE NAISSANCE	AVANT-DERNIERE NAISSANCE
		NOM _____	NOM _____
417	Est-ce que (NOM) a été pesé à la naissance?	OUI.....1 NON.....2 (PASSER A 419)←	OUI.....1 NON.....2 (PASSER A 420)←
418	Combien pesait (NOM)? ENREGISTRER LE POIDS PORTE SUR LE CARNET DE SANTE, SI DISPONIBLE.	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	Pourquoi 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? 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?	<table border="0"> <thead> <tr> <th></th> <th>OUI</th> <th>NON</th> <th>NSP</th> </tr> </thead> <tbody> <tr><td>EAU.....</td><td>1</td><td>2</td><td>8</td></tr> <tr><td>EAU SUCREE.....</td><td>1</td><td>2</td><td>8</td></tr> <tr><td>JUS.....</td><td>1</td><td>2</td><td>8</td></tr> <tr><td>TISANE.....</td><td>1</td><td>2</td><td>8</td></tr> <tr><td>ALIM. POUR BEBE.....</td><td>1</td><td>2</td><td>8</td></tr> <tr><td>LAIT BOITE/POUDRE...1</td><td>2</td><td>8</td><td></td></tr> <tr><td>LAIT FRAIS.....1</td><td>2</td><td>8</td><td></td></tr> <tr><td>AUTRES LIQUIDES.....1</td><td>2</td><td>8</td><td></td></tr> <tr><td>ALIM. A BASE DE MAIS/RIZ/MIL/SORG..1</td><td>2</td><td>8</td><td></td></tr> <tr><td>ALIM. A BASE DE MANIOC/IGNAME/PLAN- TAIN/MACABO/PATATE.1</td><td>2</td><td>8</td><td></td></tr> <tr><td>ALIM. A BASE D'ARA- CHIDE,HARICOT,POIS.1</td><td>2</td><td>8</td><td></td></tr> <tr><td>ALIM. A BASE DE FEUILLES VERTES....1</td><td>2</td><td>8</td><td></td></tr> <tr><td>OEUF/POISS/VOLAIL...1</td><td>2</td><td>8</td><td></td></tr> <tr><td>VIANDE.....1</td><td>2</td><td>8</td><td></td></tr> <tr><td>AUTRES ALIM. SOLIDES OU SEMI-SOLIDES....1</td><td>2</td><td>8</td><td></td></tr> </tbody> </table>		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/RIZ/MIL/SORG..1	2	8		ALIM. A BASE DE MANIOC/IGNAME/PLAN- TAIN/MACABO/PATATE.1	2	8		ALIM. A BASE D'ARA- CHIDE,HARICOT,POIS.1	2	8		ALIM. A BASE DE FEUILLES VERTES....1	2	8		OEUF/POISS/VOLAIL...1	2	8		VIANDE.....1	2	8		AUTRES ALIM. SOLIDES OU SEMI-SOLIDES....1	2	8		<table border="0"> <thead> <tr> <th></th> <th>OUI</th> <th>NON</th> <th>NSP</th> </tr> </thead> <tbody> <tr><td>EAU.....</td><td>1</td><td>2</td><td>8</td></tr> <tr><td>EAU SUCREE.....</td><td>1</td><td>2</td><td>8</td></tr> <tr><td>JUS.....</td><td>1</td><td>2</td><td>8</td></tr> <tr><td>TISANE.....</td><td>1</td><td>2</td><td>8</td></tr> <tr><td>ALIM. POUR BEBE.....</td><td>1</td><td>2</td><td>8</td></tr> <tr><td>LAIT BOITE/POUDRE...1</td><td>2</td><td>8</td><td></td></tr> <tr><td>LAIT FRAIS.....1</td><td>2</td><td>8</td><td></td></tr> <tr><td>AUTRES LIQUIDES.....1</td><td>2</td><td>8</td><td></td></tr> <tr><td>ALIM. A BASE DE MAIS/RIZ/MIL/SORG..1</td><td>2</td><td>8</td><td></td></tr> <tr><td>ALIM. A BASE DE MANIOC/IGNAME/PLAN- TAIN/MACABO/PATATE.1</td><td>2</td><td>8</td><td></td></tr> <tr><td>ALIM. A BASE D'ARA- CHIDE,HARICOT,POIS.1</td><td>2</td><td>8</td><td></td></tr> <tr><td>ALIM. A BASE DE FEUILLES VERTES....1</td><td>2</td><td>8</td><td></td></tr> <tr><td>OEUF/POISS/VOLAIL...1</td><td>2</td><td>8</td><td></td></tr> <tr><td>VIANDE.....1</td><td>2</td><td>8</td><td></td></tr> <tr><td>AUTRES ALIM. SOLIDES OU SEMI-SOLIDES....1</td><td>2</td><td>8</td><td></td></tr> </tbody> </table>		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/RIZ/MIL/SORG..1	2	8		ALIM. A BASE DE MANIOC/IGNAME/PLAN- TAIN/MACABO/PATATE.1	2	8		ALIM. A BASE D'ARA- CHIDE,HARICOT,POIS.1	2	8		ALIM. A BASE DE FEUILLES VERTES....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/RIZ/MIL/SORG..1	2	8																																																																																																																																	
ALIM. A BASE DE MANIOC/IGNAME/PLAN- TAIN/MACABO/PATATE.1	2	8																																																																																																																																	
ALIM. A BASE D'ARA- CHIDE,HARICOT,POIS.1	2	8																																																																																																																																	
ALIM. A BASE DE FEUILLES VERTES....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/RIZ/MIL/SORG..1	2	8																																																																																																																																	
ALIM. A BASE DE MANIOC/IGNAME/PLAN- TAIN/MACABO/PATATE.1	2	8																																																																																																																																	
ALIM. A BASE D'ARA- CHIDE,HARICOT,POIS.1	2	8																																																																																																																																	
ALIM. A BASE DE FEUILLES VERTES....1	2	8																																																																																																																																	
OEUF/POISS/VOLAIL...1	2	8																																																																																																																																	
VIANDE.....1	2	8																																																																																																																																	
AUTRES ALIM. SOLIDES OU SEMI-SOLIDES....1	2	8																																																																																																																																	
439		RETOURNER A 405 DANS LA COLONNE SUIVANTE OU, SI PLUS DE NAISSANCE, ALLER A 440.	RETOURNER A 405 DANS LA COLONNE SUIVANTE OU, SI PLUS DE NAISSANCE, ALLER A 440.																																																																																																																																

SECTION 4B. VACCINATION ET SANTE

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

		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			OUI.....1		
		NON.....2			NON.....2		
		(PASSER A 449)←			(PASSER A 449)←		
		NSP.....8			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 au bras gauche qui laisse une cicatrice?	OUI.....1			OUI.....1		
		NON.....2			NON.....2		
		NSP.....8			NSP.....8		
448B	Le vaccin contre la Polio, c'est-à-dire des gouttes dans la bouche?	OUI.....1			OUI.....1		
		NON.....2			NON.....2		
		(PASSER A 448E)←			(PASSER A 448E)←		
		NSP.....8			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			JUSTE APRES NAISSANCE....1		
		PLUS TARD.....2			PLUS TARD.....2		
448E	Le vaccin du DTCoq c'est-à-dire une injection faite généralement en même temps que l'on donne les gouttes contre la Polio?	OUI.....1			OUI.....1		
		NON.....2			NON.....2		
		(PASSER A 448G)←			(PASSER A 448G)←		
		NSP.....8			NSP.....8		
448F	Combien de fois?	NOMBRE DE FOIS..... <input type="text"/>		NOMBRE DE FOIS..... <input type="text"/>			
448G	Une injection contre la rougeole?	OUI.....1			OUI.....1		
		NON.....2			NON.....2		
		NSP.....8			NSP.....8		
448H	Une injection contre la fièvre jaune?	OUI.....1			OUI.....1		
		NON.....2			NON.....2		
		NSP.....8			NSP.....8		
449	Est-ce que (NOM) a eu de la fièvre, à un moment quelconque, les 2 dernières semaines?	OUI.....1			OUI.....1		
		NON.....2			NON.....2		
		(PASSER A 450)←			(PASSER A 450)←		
		NSP.....8			NSP.....8		
449A	Quand (NOM) a eu de la fièvre, a-t-il/elle eu:	OUI NON NSP			OUI NON NSP		
	- des vomissements?	VOMISSEMENTS.....1	2	8	VOMISSEMENTS.....1	2	8
	- des frissons?	FRISSONS.....1	2	8	FRISSONS.....1	2	8
	- des convulsions?	CONVULSIONS.....1	2	8	CONVULSIONS.....1	2	8
450	Est-ce que (NOM) a souffert de la toux, à un moment quelconque, les 2 dernières semaines?	OUI.....1			OUI.....1		
		NON.....2			NON.....2		
		(PASSER A 453A)←			(PASSER A 453A)←		
		NSP.....8			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			OUI.....1		
		NON.....2			NON.....2		
		NSP.....8			NSP.....8		
452	Avez-vous demandé des conseils ou un traitement pour la toux?	OUI.....1			OUI.....1		
		NON.....2			NON.....2		
		(PASSER A 453A)←			(PASSER A 453A)←		

		DERNIERE NAISSANCE	AVANT-DERNIERE NAISSANCE
		NOM _____	NOM _____
453	Où avez-vous demandé des conseils ou un traitement? Quelque part ailleurs? ENREGISTRER TOUT CE QUI EST MENTIONNE.	SECTEUR PUBLIC/PARA PUBLIC HOPITAL.....A CENTRE DE SANTE.....B AUTRE PUBLIC _____ C (PRECISER) SECTEUR MEDICAL PRIVE HOPITAL PRIV.CONFESS....D HOP.PRIV.LAIC/CLINIQUE..E CENTRE SANTE/DISPENS. CONFESS./MISSION.....F CABINET MEDICAL.....G PHARMACIE.....H AUTRE MEDICAL PRIVE _____ I (PRECISER) AUTRE SECTEUR BOUTIQUE/MARCHE.....J GUERISSEUR TRADITION....K AUTRE _____ X (PRECISER)	SECTEUR PUBLIC/PARA PUBLIC HOPITAL.....A CENTRE DE SANTE.....B AUTRE PUBLIC _____ C (PRECISER) SECTEUR MEDICAL PRIVE HOPITAL PRIV.CONFESS....D HOP.PRIV.LAIC/CLINIQUE..E CENTRE SANTE/DISPENS. CONFESS./MISSION.....F CABINET MEDICAL.....G PHARMACIE.....H AUTRE MEDICAL PRIVE _____ I (PRECISER) AUTRE SECTEUR BOUTIQUE/MARCHE.....J GUERISSEUR TRADITION....K AUTRE _____ X (PRECISER)
453A	Est-ce-que (NOM) a eu la diarrhée durant les 4 dernières semaines?	OUI.....1 NON.....2 (PASSER A 464) NSP.....8	OUI.....1 NON.....2 (PASSER A 464) NSP.....8
453B	Combien de fois a-t-il eu la diarrhée au cours des 4 dernières semaines?	NOMBRE EPISODES DE DIARRHEE..... <input type="text"/> <input type="text"/> NSP.....98	NOMBRE EPISODES DE DIARRHEE..... <input type="text"/> <input type="text"/> NSP.....98
454	Est-ce-que (NOM) a eu la diarrhée durant les 2 dernières semaines?	OUI.....1 NON.....2 (PASSER A 464) NSP.....8	OUI.....1 NON.....2 (PASSER A 464) NSP.....8
455	Y-avait-il du sang dans les selles?	OUI.....1 NON.....2 NSP.....8	OUI.....1 NON.....2 NSP.....8
456	Le pire jour de la diarrhée, combien de selles (NOM) a-t-il eu?	NOMBRE DE SELLES..... <input type="text"/> <input type="text"/> NSP.....98	NOMBRE DE SELLES..... <input type="text"/> <input type="text"/> NSP.....98
457	(NOM) a-t-il reçu la même quantité de liquide qu'avant la diarrhée, plus, ou moins?	MEME.....1 PLUS.....2 MOINS.....3 NSP.....8	MEME.....1 PLUS.....2 MOINS.....3 NSP.....8
458	(NOM) a-t-il reçu la même quantité de nourriture qu'avant la diarrhée, plus, ou moins?	MEME.....1 PLUS.....2 MOINS.....3 NSP.....8	MEME.....1 PLUS.....2 MOINS.....3 NSP.....8
458A	VERIFIER 428: ENFANT TOUJOURS ALLAITE:	OUI A Q.428 <input type="checkbox"/> NON A Q.428 OU Q.428 NON POSEE <input type="checkbox"/> (PASSER A 459)	OUI A Q.428 <input type="checkbox"/> NON A Q.428 OU Q.428 NON POSEE <input type="checkbox"/> (PASSER A 459)
458B	(NOM) a-t-il été allaité de la même façon qu'avant la diarrhée, plus, ou moins?	MEME.....1 PLUS.....2 MOINS.....3 NSP.....8	MEME.....1 PLUS.....2 MOINS.....3 NSP.....8

		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? Une bouillie légère faite à partir de maïs, riz, mil, igname, manioc, plantain?</p> <p>Soupe? Thé, tisane? Solution maison sucre-sel-eau? Lait ou préparation pour bébé? Boisson à base de yaourt? Eau? N'importe quel autre liquide?</p>	<p style="text-align: center;">OUI NON NSP</p> <p>LIQUIDE SACHET SRO..1 2 8 BOUILLIE LEGERE.....1 2 8 SOUPE.....1 2 8 THE, TISANE.....1 2 8 SOL.SUCRE-SEL-EAU...1 2 8 LAIT/PREPAR. BEBE...1 2 8 BOISSON BASE YAOURT.1 2 8 EAU.....1 2 8 AUTRES LIQUIDES.....1 2 8</p>	<p style="text-align: center;">OUI NON NSP</p> <p>LIQUIDE SACHET SRO..1 2 8 BOUILLIE LEGERE.....1 2 8 SOUPE.....1 2 8 THE, TISANE.....1 2 8 SOL.SUCRE-SEL-EAU...1 2 8 LAIT/PREPAR. BEBE...1 2 8 BOISSON BASE YAOURT.1 2 8 EAU.....1 2 8 AUTRES LIQUIDES.....1 2 8</p>		
460	<p>Est-ce quelque chose d'autre a été donné à (NOM) pour traiter la diarrhée?</p>	<p>OUI.....1 NON.....2 (PASSER A 462)← NSP.....8</p>	<p>OUI.....1 NON.....2 (PASSER A 462)← 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 MENTIONNE.</p>	<p>COMPRI ME OU SIROP.....A INJECTION.....B (I.V.) INTRAVEINEUSE.....C REMEDES MAISON/ PLANTES MEDICINALES.....D AUTRE _____ X (PRECISER)</p>	<p>COMPRI ME OU SIROP.....A INJECTION.....B (I.V.) INTRAVEINEUSE.....C REMEDES MAISON/ PLANTES MEDICINALES.....D AUTRE _____ X (PRECISER)</p>		
462	<p>Avez-vous demandé des conseils ou un traitement pour la diarrhée?</p>	<p>OUI.....1 NON.....2 (PASSER A 464)←</p>	<p>OUI.....1 NON.....2 (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 MENTIONNE.</p>	<p>SECTEUR PUBLIC/PARA PUBLIC HOPITAL.....A CENTRE DE SANTE.....B AUTRE PUBLIC _____ C (PRECISER) SECTEUR MEDICAL PRIVE HOPITAL PRIV.CONFESS....D HOP.PRIV.LAIC/CLINIQUE..E CENTRE SANTE/DISPENS. CONFESS./MISSION.....F CABINET MEDICAL.....G PHARMACIE.....H AUTRE MEDICAL PRIVE _____ I (PRECISER) AUTRE SECTEUR BOUTIQUE/MARCHE.....J GUERISSEUR TRADITION....K AUTRE _____ X (PRECISER)</p>	<p>SECTEUR PUBLIC/PARA PUBLIC HOPITAL.....A CENTRE DE SANTE.....B AUTRE PUBLIC _____ C (PRECISER) SECTEUR MEDICAL PRIVE HOPITAL PRIV.CONFESS....D HOP.PRIV.LAIC/CLINIQUE..E CENTRE SANTE/DISPENS. CONFESS./MISSION.....F CABINET MEDICAL.....G PHARMACIE.....H AUTRE MEDICAL PRIVE _____ I (PRECISER) AUTRE SECTEUR BOUTIQUE/MARCHE.....J GUERISSEUR TRADITION....K AUTRE _____ X (PRECISER)</p>		
464		<p>RETOURNER A 442 DANS LA COLONNE SUIVANTE; OU, SI PLUS DE NAISSANCE, ALLER A 465.</p>	<p>RETOURNER A 442 DANS LA COLONNE SUIVANTE; OU, SI PLUS DE NAISSANCE, ALLER A 465.</p>		

N°	QUESTIONS ET FILTRES	CODES	PASSER A	
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 de personnel de santé? ENREGISTRER TOUT CE QUI EST MENTIONNE.	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 AUTRE _____ X (PRECISER) NSP.....Z		
468	Quand un enfant souffre de la toux, quels sont les symptômes qui vous indiquent qu'il/elle devrait être emmené(e) dans un établissement sanitaire ou auprès de personnel de santé? ENREGISTRER TOUT CE QUI EST MENTIONNE.	RESPIRATION RAPIDE.....A DIFFICULTE A RESPIRER.....B RESPIRATION BRUYANTE.....C FIEVRE.....D INCAPABLE DE BOIRE.....E NE MANGE PAS/NE BOIT PAS BIEN....F DEVIENT PLUS/TRES MALADE.....G NE VA PAS MIEUX.....H AUTRE _____ X (PRECISER) NSP.....Z		
469	VERIFIER 459, TOUTES LES COLONNES: AUCUN ENFANT N'A RECU DES SRO OU 459 NON POSEE : <input type="checkbox"/> AU MOINS UN ENFANT A RECU DES SRO : <input type="checkbox"/>		472	
470	Avez-vous entendu parler d'un produit spécial appelé SRO que l'on peut obtenir pour traiter la diarrhée?	OUI.....1 NON.....2	477	
471	Avez-vous déjà utilisé ce produit?	OUI.....1 NON.....2	473	
472	Où avez-vous obtenu le SRO la dernière fois? S'IL S'AGIT D'UN HOPITAL, D'UN CENTRE DE SANTE OU D'UNE CLINIQUE, ECRIRE LE NOM DE L'ENDROIT. INSISTER POUR DETERMINER LE TYPE DE SECTEUR ET ENCERCLER LE CODE APPROPRIE. _____ (NOM DE L'ENDROIT)	SECTEUR PUBLIC/PARA PUBLIC HOPITAL.....11 CENTRE DE SANTE.....12 AUTRE PUBLIC _____ 16 (PRECISER) SECTEUR MEDICAL PRIVE HOPITAL PRIVE CONFESIONNEL..21 HOPITAL PRIVE LAIC/CLINIQUE..22 CENTRE SANTE/DISPENSAIRE CONFESIONNEL/MISSION.....23 CABINET MEDICAL.....24 PHARMACIE.....25 AUTRE MEDICAL PRIVE _____ 26 (PRECISER) AUTRE SECTEUR BOUTIQUE/MARCHE.....31 GUERISSEUR TRADITIONNEL.....32 AUTRE _____ 96 (PRECISER)		
473	Avez-vous actuellement un sachet de SRO chez vous?	OUI.....1 NON.....2	477	

N°	QUESTIONS ET FILTRES	CODES	PASSER A
474	Puis-je voir le sachet de SRO que vous avez? SI LE SACHET EST MONTRE, ENCERCLER LE CODE CORRESPONDANT.	ORASEL.....1 UNICEF.....2 SANS MARQUE.....3 AUTRE _____ 6 (PRECISER) SACHET NON VUE.....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"/> GRATUIT.....996 NSP.....998	
476A	VERIFIER 454, TOUTES LES COLONNES: AU MOINS UN ENFANT A EU LA DIARRHEE DANS LES 2 SEMAINES: <input type="checkbox"/> AUCUN ENFANT N'A EU LA DIARRHEE DANS LES 2 SEMAINES: <input type="checkbox"/>		478
476B	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"/>		477
476C	Pourquoi n'avez-vous pas utilisé de SRO quand (NOM) avait la diarrhée?	COUT/TROP CHER.....01 PAS DISPONIBLE.....02 NE SAIT PAS PREPARER.....03 ENFANTS REFUSENT.....04 PREFERE UNE AUTRE SOLUTION.....05 AUTRE _____ 96 (PRECISER)	
477	VERIFIER 459, TOUTES LES COLONNES: AUCUN ENFANT N'A RECU DE SOLUTION SEL/SUCRE OU 459 NON POSEE: <input type="checkbox"/> AU MOINS UN ENFANT A RECU 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 ET ACTIVITES SEXUELLES

N°	QUESTIONS ET FILTRES	CODES	PASSER A								
501	AUTRES PERSONNES PRESENTES A CE MOMENT.	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?	OUI, ACTUELLEMENT MARIEE.....1	→507 →515F								
		OUI, VIT AVEC UN HOMME.....2									
		MARIAGE NON CONSOMME.....3									
		NON, PAS EN UNION.....4									
503	Avez-vous actuellement un partenaire sexuel régulier, un partenaire sexuel occasionnel ou pas de partenaire sexuel du tout?	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?	OUI, A ETE MARIEE.....1	→511 →515F								
		OUI, A VECU AVEC UN HOMME.....2									
		NON.....3									
506	Quelle est votre situation matrimoniale actuelle: êtes-vous veuve, divorcée ou séparée?	VEUVE.....1	→511								
		DIVORCEE.....2									
		SEPARÉE.....3									
507	Est-ce que votre mari/conjoint vit avec vous, ou vit-il ailleurs?	VIT AVEC ELLE.....1									
		VIT AILLEURS.....2									
507A	NOTER LE NUMERO DE LIGNE DE SON MARI SELON LE QUESTIONNAIRE MENAGE. S'IL NE FIGURE PAS DANS LE MENAGE, NOTER '00'.	<table border="1" style="display: inline-table; border-collapse: collapse;"> <tr> <td style="width: 20px; height: 20px;"></td> <td style="width: 20px; height: 20px;"></td> </tr> </table>									
508	Est-ce que votre mari/conjoint a d'autres épouses, en plus de vous-même?	OUI.....1	→511								
		NON.....2									
509	Combien d'autres femmes a-t-il?	NOMBRE.....	→511								
		<table border="1" style="display: inline-table; border-collapse: collapse;"> <tr> <td style="width: 20px; height: 20px;"></td> <td style="width: 20px; height: 20px;"></td> </tr> </table>									
		NSP.....98									
510	Etes-vous la première, la seconde,.....épouse?	RANG.....									
		<table border="1" style="display: inline-table; border-collapse: collapse;"> <tr> <td style="width: 20px; height: 20px;"></td> <td style="width: 20px; height: 20px;"></td> </tr> </table>									
511	Avez-vous été mariée ou avez-vous vécu avec un homme, une fois ou plus d'une fois?	UNE FOIS.....1									
		PLUS D'UNE FOIS.....2									
512	<p>VERIFIER 511:</p> <table style="width: 100%; border: none;"> <tr> <td style="width: 50%; border: none; vertical-align: top;"> <p>MARIEE/A VECU AVEC UN HOMME SEULEMENT UNE FOIS: □</p> <p>↓</p> <p>En quel mois et quelle année, avez-vous commencé à vivre avec votre mari/conjoint?</p> </td> <td style="width: 50%; border: none; vertical-align: top;"> <p>MARIEE/A VECU AVEC UN HOMME PLUS D'UNE FOIS: □</p> <p>↓</p> <p>Maintenant nous allons parler de votre premier mari/conjoint. En quel mois et quelle année, avez-vous commencé à vivre avec lui?</p> </td> </tr> </table>	<p>MARIEE/A VECU AVEC UN HOMME SEULEMENT UNE FOIS: □</p> <p>↓</p> <p>En quel mois et quelle année, avez-vous commencé à vivre avec votre mari/conjoint?</p>	<p>MARIEE/A VECU AVEC UN HOMME PLUS D'UNE FOIS: □</p> <p>↓</p> <p>Maintenant nous allons parler de votre premier mari/conjoint. En quel mois et quelle année, avez-vous commencé à vivre avec lui?</p>	<p>MOIS.....</p> <p style="text-align: center;"> <table border="1" style="display: inline-table; border-collapse: collapse;"> <tr> <td style="width: 20px; height: 20px;"></td> <td style="width: 20px; height: 20px;"></td> </tr> </table> </p> <p>NSP MOIS.....98</p> <p>ANNEE.....</p> <p style="text-align: center;"> <table border="1" style="display: inline-table; border-collapse: collapse;"> <tr> <td style="width: 20px; height: 20px;"></td> </tr> </table> </p> <p>NSP ANNEE.....9998</p>							→514A
<p>MARIEE/A VECU AVEC UN HOMME SEULEMENT UNE FOIS: □</p> <p>↓</p> <p>En quel mois et quelle année, avez-vous commencé à vivre avec votre mari/conjoint?</p>	<p>MARIEE/A VECU AVEC UN HOMME PLUS D'UNE FOIS: □</p> <p>↓</p> <p>Maintenant nous allons parler de votre premier mari/conjoint. En quel mois et quelle année, avez-vous commencé à vivre avec lui?</p>										
513	Quel âge aviez-vous quand vous avez commencé à vivre avec lui?	AGE.....									
		<table border="1" style="display: inline-table; border-collapse: collapse;"> <tr> <td style="width: 20px; height: 20px;"></td> <td style="width: 20px; height: 20px;"></td> </tr> </table>									

N°	QUESTIONS ET FILTRES	CODES	PASSER A
514A	<p>VERIFIER 502:</p> <p>ACTUELLEMENT MARIEE <input type="checkbox"/></p> <p>OU</p> <p>VIT AVEC UN HOMME: <input type="checkbox"/></p>	<p>PAS EN UNION: <input type="checkbox"/></p>	515F
515	<p>Maintenant, je voudrais vous poser quelques questions sur votre activité sexuelle afin de mieux comprendre certains problèmes en rapport avec la planification familiale.</p> <p>Il y a combien de temps que vous avez eu votre dernier rapport sexuel avec (votre mari/l'homme avec qui vous vivez)?</p> <p>SI "JAMAIS EU DE RAPPORTS", RETOURNER A Q.502, ENCERCLER LE CODE 3 (MARIAGE NON CONSOMME) ET SUIVRE LES NOUVELLES INSTRUCTIONS DE PASSAGE A PARTIR DE Q.502.</p>	<p>NOMBRE DE JOURS.....1</p> <p>NOMBRE DE SEMAINES.....2</p> <p>NOMBRE DE MOIS.....3</p> <p>NOMBRE D'ANNEES.....4</p> <p>AVANT LA DERNIERE NAISSANCE...996</p>	
515A	<p>VERIFIER 301 ET 302:</p> <p>CONNAIT LE CONDOM: <input type="checkbox"/></p> <p>NE CONNAIT PAS LE CONDOM: <input type="checkbox"/></p> <p>Lors de votre dernier rapport sexuel avec (votre mari/l'homme avec qui vous vivez) un condom a-t-il été utilisé?</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 avec (votre mari/l'homme avec qui vous vivez) un condom a-t-il été utilisé?</p>	<p>OUI.....1</p> <p>NON.....2</p> <p>NSP.....8</p>	515B
515AA	<p>Lors de ce dernier rapport sexuel, qui a proposé d'utiliser le condom?</p>	<p>ENQUETEE ELLE-MEME.....1</p> <p>MARI/CONJOINT.....2</p> <p>LES DEUX.....3</p>	
515B	<p>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?</p>	<p>OUI.....1</p> <p>NON.....2</p>	517
515C	<p>Quand avez-vous eu, pour la dernière fois, des rapports sexuels avec quelqu'un d'autre que (votre mari/l'homme avec qui vous vivez)?</p>	<p>NOMBRE DE JOURS.....1</p> <p>NOMBRE DE SEMAINES.....2</p> <p>NOMBRE DE MOIS.....3</p> <p>AVANT LA DERNIERE NAISSANCE...996</p>	
515CA	<p>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?</p>	<p>PARTENAIRE REGULIER.....1</p> <p>CONNAISSANCE.....2</p> <p>POUR DE L'ARGENT.....3</p> <p>QUELQU'UN D'AUTRE.....4</p>	
515D	<p>Un condom a-t-il été utilisé à cette occasion?</p>	<p>OUI.....1</p> <p>NON.....2</p> <p>NSP.....8</p>	515E
515DA	<p>Lors de ce dernier rapport sexuel, qui a proposé d'utiliser le condom?</p>	<p>ENQUETEE ELLE-MEME.....1</p> <p>PARTENAIRE.....2</p> <p>LES DEUX.....3</p>	
515E	<p>Au cours des 12 derniers mois, avec combien de personnes différentes autres que (votre mari/l'homme avec qui vous vivez) avez-vous eu des rapports sexuels?</p>	<p>NOMBRE DE PERSONNES.....</p> <p>NSP.....98</p>	517

N°	QUESTIONS ET FILTRES	CODES	PASSER 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. Depuis combien de temps avez-vous 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>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>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> </div> <div style="text-align: center;"> <p>12 MOIS OU PLUS DEPUIS LES DERNIERS RAPPORTS SEXUELS: <input type="checkbox"/></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? ENREGISTRER TOUTES LES REPONSES DONNEES. A CHAQUE FOIS, QU'UN HOPITAL, UN CENTRE DE SANTE OU UNE CLINIQUE EST CITE, INSISTER POUR DETERMINER LE TYPE DE SECTEUR ET ENCERCLER LE CODE CORRESPONDANT.	SECTEUR PUBLIC/PARA PUBLIC HOPITAL.....A CENTRE DE SANTE.....B AUTRE PUBLIC.....C (PRECISER) SECTEUR MEDICAL PRIVE HOPITAL PRIVE CONFESSIONNEL...D HOPITAL LAIC/CLINIQUE.....E CENTRE SANTE/DISPENSAIRE CONFESSIONNEL/MISSION.....F CABINET MEDICAL.....G PHARMACIE.....H AUTRE PRIVE MEDICAL.....I (PRECISER) AUTRE SECTEUR PRIVE BOUTIQUE/MARCHE.....J BAR/BOITE DE NUIT.....K KIOSQUE.....L CIRCUIT COMMERCIAL INFORMEL...M AMIS/PARENTS.....N AUTRE.....X (PRECISER)	

N°	QUESTIONS ET FILTRES	CODES	PASSER A
518A	VERIFIER 515A, 515D ET 515G: AU MOINS 1 'OUI': <input type="checkbox"/>	AUCUN 'OUI': <input type="checkbox"/>	519
518B	Où avez-vous obtenu les condoms 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 SECTEUR ET ENCERCLER LE CODE APPROPRIE. _____ (NOM DE L'ENDROIT)	SECTEUR PUBLIC/PARA PUBLIC HOPITAL.....11 CENTRE DE SANTE.....12 AUTRE PUBLIC.....16 (PRECISER) SECTEUR MEDICAL PRIVE HOPITAL PRIVE CONFESSIONNEL...21 HOPITAL LAIC/CLINIQUE.....22 CENTRE SANTE/DISPENSAIRE CONFESSIONNEL/MISSION.....23 CABINET MEDICAL.....24 PHARMACIE.....25 AUTRE MEDICAL PRIVE.....26 (PRECISER) AUTRE SECTEUR PRIVE BOUTIQUE/MARCHE.....31 BAR/BOITE DE NUIT.....32 KIOSQUE.....33 CIRCUIT COMMERCIAL INFORMEL...34 AMIS/PARENTS.....35 PARTENAIRE AVAIT LE CONDOM.....41 →519 AUTRE.....96 (PRECISER)	
518C	Connaissez-vous le nom de la marque des condoms que vous avez utilisée la dernière fois? NOTER LE NOM DE LA MARQUE.	PRUDENCE/PRUDENCE PLUS.....1 PROMESSE.....2 SANS NOM DE MARQUE.....3 AUTRE.....6 (PRECISER) NSP.....8	
518D	La dernière fois que vous avez acheté des condoms, combien en avez-vous acheté? DETERMINER LE NOMBRE DE CONDOMS ET ENREGISTRER CE NOMBRE.	NOMBRE DE CONDOMS..... <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> NSP.....998	
518E	Combien avez-vous payé?	COUT..... <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> GRATUIT.....9996 NSP.....9998	
519	Quel âge aviez-vous quand vous avez eu votre premier rapport sexuel?	AGE..... <input type="text"/> <input type="text"/> PREMIERE FOIS AU MARIAGE.....96	

SECTION 6. PREFERENCES EN MATIERE DE FECONDITE

N°	QUESTIONS ET FILTRES	CODES	PASSER A
601	<p>VERIFIER 314:</p> <p>NI LUI NI ELLE STERILISE: <input type="checkbox"/> (CONTRA.CHIRURGI.VOLON.)</p> <p>LUI OU ELLE STERILISE: <input type="checkbox"/> (CONTRA.CHIRURGI.VOLON.)</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>Maintenant, j'ai quelques questions au sujet de l'avenir. Après l'enfant que vous attendez, voudriez-vous avoir un autre enfant, ou préféreriez-vous ne pas avoir d'autres enfants?</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>	604 606 604
603	<p>VERIFIER 227:</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 (PRECISER)</p> <p>NSP.....998</p>	606
604	<p>VERIFIER 227:</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 <u>contente</u>, <u>pas contente</u>, ou cela vous serait-il <u>égal</u>?</p>	<p>CONTENTE.....1</p> <p>PAS CONTENTE.....2</p> <p>EGAL.....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>IMPLANT.....04</p> <p>DIAPHRAGME/MOUSSE/GELEE.....05</p> <p>CONDOM.....06</p> <p>CONTR.CHIRUR.VOLONT.FEMININE...07</p> <p>CONTR.CHIRUR.VOLONT.MASCULINE..08</p> <p>CONTINENCE PERIODIQUE.....09</p> <p>RETRAIT.....10</p> <p>AUTRE _____ 96 (PRECISER)</p> <p>PAS SURE/NSP... ..98</p>	612

N°	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 TABOUS CULTURELS.....35</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>	→612
611	<p>Utiliserez-vous une méthode si vous étiez mariée?</p>	<p>OUI.....1 NON.....2 NSP.....8</p>	
612	<p>VERIFIER 216:</p> <p>A DES ENFANTS VIVANTS: <input type="checkbox"/></p> <p>↓</p> <p>Si vous pouviez revenir à l'époque où vous n'aviez pas d'enfants et choisir exactement le nombre d'enfants à avoir dans toute votre vie, combien voudriez-vous en avoir?</p> <p>N'A PAS D'ENFANTS VIVANTS: <input type="checkbox"/></p> <p>↓</p> <p>Si vous pouviez choisir exactement le nombre d'enfants à avoir dans toute votre vie, combien voudriez-vous en avoir?</p> <p>INSISTER POUR OBTENIR UNE REPONSE NUMERIQUE.</p>	<p>NOMBRE..... <input type="text"/> <input type="text"/></p> <p>AUTRE _____ 96 (PRECISER)</p>	→614
613	<p>Parmi ces enfants, combien souhaiteriez-vous de garçons, combien souhaiteriez-vous de filles, et pour combien d'entre eux, cela n'a-t-il pas d'importance?</p>	<p>GARÇONS</p> <p>NOMBRE..... <input type="text"/> <input type="text"/></p> <p>AUTRE _____ 96 (PRECISER)</p> <p>FILLES</p> <p>NOMBRE..... <input type="text"/> <input type="text"/></p> <p>AUTRE _____ 96 (PRECISER)</p> <p>N'IMPORTE</p> <p>NOMBRE..... <input type="text"/> <input type="text"/></p> <p>AUTRE _____ 96 (PRECISER)</p>	

N°	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 : à la radio? à la télévision?	<table border="1"> <thead> <tr> <th></th> <th>ACCEP- TABLE</th> <th>PAS ACCEP- TABLE</th> <th>NSP</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>RADIO.....1</td> <td>1</td> <td>2</td> <td>8</td> </tr> <tr> <td>TELEVISION.....1</td> <td>1</td> <td>2</td> <td>8</td> </tr> </tbody> </table>		ACCEP- TABLE	PAS ACCEP- TABLE	NSP	RADIO.....1	1	2	8	TELEVISION.....1	1	2	8													
	ACCEP- TABLE	PAS ACCEP- TABLE	NSP																								
RADIO.....1	1	2	8																								
TELEVISION.....1	1	2	8																								
616	Durant les derniers mois, avez-vous entendu ou vu quelque chose sur la planification familiale: à la radio? à la télévision? dans les journaux ou les magazines? sur une affiche? sur un prospectus ou une brochure? sur une pancarte ou panneau publicitaire? Au cours d'une réunion communautaire/d'association?	<table border="1"> <thead> <tr> <th></th> <th>OUI</th> <th>NON</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>RADIO.....1</td> <td>1</td> <td>2</td> </tr> <tr> <td>TELEVISION.....1</td> <td>1</td> <td>2</td> </tr> <tr> <td>JOURNAUX OU MAGAZINES.....1</td> <td>1</td> <td>2</td> </tr> <tr> <td>AFFICHE.....1</td> <td>1</td> <td>2</td> </tr> <tr> <td>PROSPECTUS OU BROCHURES.....1</td> <td>1</td> <td>2</td> </tr> <tr> <td>PANCARTE/PANNEAU PUB.....1</td> <td>1</td> <td>2</td> </tr> <tr> <td>REUNION.....1</td> <td>1</td> <td>2</td> </tr> </tbody> </table>		OUI	NON	RADIO.....1	1	2	TELEVISION.....1	1	2	JOURNAUX OU MAGAZINES.....1	1	2	AFFICHE.....1	1	2	PROSPECTUS OU BROCHURES.....1	1	2	PANCARTE/PANNEAU PUB.....1	1	2	REUNION.....1	1	2	
	OUI	NON																									
RADIO.....1	1	2																									
TELEVISION.....1	1	2																									
JOURNAUX OU MAGAZINES.....1	1	2																									
AFFICHE.....1	1	2																									
PROSPECTUS OU BROCHURES.....1	1	2																									
PANCARTE/PANNEAU PUB.....1	1	2																									
REUNION.....1	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 quelqu'un?	OUI.....1 NON.....2	620																								
619	Avec qui en avez-vous discuté? Quelqu'un d'autre? ENREGISTRER TOUT CE QUI EST MENTIONNE.	MARI/CONJOINT.....A MERE.....B PERE.....C SOEUR(S).....D FRERE(S).....E FILLE.....F BELLE-MERE.....G AMIE(S)/VOISINS.....H AUTRE _____ X (PRECISER)																									
620	VERIFIER 502: OUI, ACTUELLE- MENT MARIEE: <input type="checkbox"/> OUI, VIT AVEC UN HOMME: <input type="checkbox"/> NON, PAS EN UNION: <input type="checkbox"/>		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 NSP.....8																									
622	Combien de fois, avez-vous parlé avec votre mari/conjoint de la planification familiale, au cours des 12 derniers mois?	AUCUNE.....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 L'UN OU L'AUTRE.....3 NSP.....8																									

N°	QUESTIONS ET FILTRES	CODES	PASSER A
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
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 RAPPELE 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 RAPPELE PLUS.....8	
622E	VERIFIER 314: ENCERCLER LE CODE DE LA METHODE.	PILULE.....01 DIU.....02 INJECTION.....03 IMPLANT.....04 DIAPHRAGME/MOUSSE/GELEE.....05 CONDOM.....06 STERILISATION FEMININE.....07 STERILISATION MASCULINE.....08 CONTINENCE PERIODIQUE.....09 RETRAIT.....10 AUTRE METHODE.....96	623 623 623
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	
623	Pensez-vous que votre mari/conjoint veut le même nombre d'enfants que vous, en veut davantage que vous ou en veut moins que vous?	MEME NOMBRE.....1 PLUS D'ENFANTS.....2 MOINS D'ENFANTS.....3 NSP.....8	
624	Selon vous, qui devrait prendre la décision d'utiliser une méthode contraceptive, l'homme ou la femme?	HOMME.....1 FEMME.....2 LES DEUX.....3 QUELQU'UN D'AUTRE.....4	
625	Selon vous, généralement, qui prend la décision d'utiliser une méthode contraceptive, l'homme ou la femme?	HOMME.....1 FEMME.....2 LES DEUX.....3 QUELQU'UN D'AUTRE.....4	
626	Pensez-vous que votre mère (tutrice) approuve ou désapprouve les couples qui utilisent une méthode pour éviter ou retarder une grossesse? SI LA MERE (TUTRICE) EST DECEDEE, POSER LA QUESTION AINSI: "Si votre mère (tutrice) était en vie, pensez-vous...."	APPROUVE.....1 DESAPPROUVE.....2 NSP.....8	
627	Pensez-vous que votre père (tuteur) approuve ou désapprouve les couples qui utilisent une méthode pour éviter ou retarder une grossesse? SI LA PERE (TUTEUR) EST DECEDE, POSER LA QUESTION AINSI: "Si votre père (tuteur) était en vie, pensez-vous...."	APPROUVE.....1 DESAPPROUVE.....2 NSP.....8	
628	Diriez-vous que l'utilisation de la contraception est contraire ou n'est pas contraire aux préceptes de votre religion?	CONTRAIRE.....1 N'EST PAS CONTRAIRE.....2 SA RELIGION N'A PAS DE POSITION A CE SUJET.....3 ENQUETEE N'A PAS DE RELIGION.....4 NSP.....8	
629	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	
630	Avez-vous déjà encouragé ou essayé de persuader un(e) ami(e) ou parent à utiliser la planification familiale?	OUI.....1 NON.....2	

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

N°	QUESTIONS ET FILTRES	CODES	PASSER A
701	<p>VERIFIER 502 ET 504 :</p> <p>ACTUEL. MARIEE/VIT AVEC UN HOMME: <input type="checkbox"/></p> <p>A ETE MARIEE OU A VECU AVEC UN HOMME: <input type="checkbox"/></p> <p>N'A JAMAIS ETE MARIEE NI VECU AVEC UN HOMME: <input type="checkbox"/></p>		→703 →709
702	<p>Quel âge a eu votre mari/conjoint à son dernier anniversaire?</p>	AGE.....	<input type="text"/>
703	<p>Est-ce que votre mari/conjoint a fréquenté l'école?</p>	OUI..... NON.....	1 2 →706
704	<p>Quel est le plus haut niveau d'études qu'il a atteint: primaire, secondaire ou supérieur?</p>	PRIMAIRE..... SECONDAIRE..... SUPERIEUR..... NSP.....	1 2 3 8 →706
705	<p>Quelle est la dernière (classe, année) qu'il a achevé à ce niveau?*</p>	ANNEE..... NSP.....	<input type="text"/> 8
706	<p>Quelle est (était) l'occupation principale de votre mari/conjoint, c'est-à-dire quel genre de travail fait (faisait)-il?</p> <p>_____</p> <p>(NOTER LA PROFESSION)</p> <p>DETERMINER LE SECTEUR D'ACTIVITE ET ENCERCLER LE CODE APPROPRIÉ.</p>	<p>AGRICULTURE.....01</p> <p>INDUSTRIE-BTP.....02</p> <p>COMMERCE.....03</p> <p>SERVICES ET ADMINISTRATION</p> <p>PUBLIQUE.....04</p> <p>ELEVE/ETUDIANT.....05 →709</p> <p>CHERCHE 1ER EMPLOI.....06 →709</p> <p>AUTRE _____ 96</p> <p>(PRECISER)</p> <p>NSP.....98</p>	
706A	<p>A PARTIR DE LA REPONSE A Q.706, DETERMINER LA CATEGORIE SOCIO-PROFESSIONNELLE ET ENCERCLER LE CODE APPROPRIE.</p>	<p>SALARIE</p> <p>PERSONNEL DE DIRECTION.....11</p> <p>CADRE SUPERIEUR/INGENIEUR....12</p> <p>CADRE MOYEN/AGENT DE</p> <p>MAITRISE.....13</p> <p>EMPLOYE/OUVRIER QUALIFIE.....14</p> <p>EMPLOYE/OUVRIER NON QUALIFIE.15</p> <p>MANOEUVRE.....16</p> <p>NON SALARIE</p> <p>PATRON (PETITE ENTRPRISE)....21</p> <p>TRAVAILLEUR A PROPRE</p> <p>COMPTE (INDEPENDANT).....22</p> <p>APPRENTI.....23</p> <p>AIDE FAMILIAL.....24</p> <p>AUTRE _____ 96</p> <p>(PRECISER)</p> <p>NSP.....98</p>	

*

PRIMAIRE	SECONDAIRE	SUPERIEUR
MOINS D'1 AN.....= 0	- D'1 ANNEE.....= 0	- D'1 AN...= 0
INFANT/CLASS 1.....= 1 =..SIL	FORM 1.....= 1 =..6ème/1° AN.	1ère AN...= 1
STANDARD 1/CLASS 2..= 2 =..CP	FORM 2.....= 2 =..5ème/2° AN.	2ème AN...= 2
STANDARD 2/CLASS 3..= 3 =..CE1	FORM 3.....= 3 =..4ème/3° AN.	3ème AN...= 3
STANDARD 3/CLASS 4..= 4 =..CE2	FORM 4.....= 4 =..3ème/4° AN.	4ème AN+..= 4
STANDARD 4/CLASS 5..= 5 =..CM1	FORM 5.....= 5 =..SECONDE	NSP.....= 8
STANDARD 5/CLASS 6..= 6 =..CM2	LOWER 6th FORM.= 6 =..PREMIERE	
STANDARD 6/CLASS 7..= 7	UPPER 6th FORM.= 7 =..TERMINALE	
NSP.....= 8	NSP.....= 8	

N°	QUESTIONS ET FILTRES	CODES	PASSER A
707	VERIFIER 706: TRAVAILLE/ TRAVAILLAIT DANS <input type="checkbox"/> L'AGRICULTURE:	NE TRAVAILLE/ TRAVAILLAIT PAS <input type="checkbox"/> DANS L'AGRICULTURE:	→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?	PROPRES TERRES.....1 TERRE FAMILIALE.....2 TERRE LOUEE.....3 TERRE DE QUELQU'UN D'AUTRE.....4 NON APPLICABLE.....6	
709	En dehors de votre travail domestique, 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 l'affaire 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	→726
712	Quelle est votre occupation, c'est-à-dire quel genre de travail faites-vous principalement? DETERMINER LE SECTEUR D'ACTIVITE ET ENCERCLER LE CODE APPROPRIÉ.	AGRICULTURE.....1 INDUSTRIE-BTP.....2 COMMERCE.....3 SERVICES ET ADMINISTRATION PUBLIQUE.....4 AUTRE.....6	
712A	A PARTIR DE LA REPONSE A Q.712, DETERMINER LA CATEGORIE SOCIO-PROFESSIONNELLE ET ENCERCLER LE CODE APPROPRIÉ.	SALARIE PERSONNEL DE DIRECTION.....11 CADRE SUPERIEUR/INGENIEUR....12 CADRE MOYEN/AGENT DE MAITRISE.....13 EMPLOYE/OUVRIER QUALIFIE.....14 EMPLOYE/OUVRIER NON QUALIFIE.15 MANOEUVRE.....16 NON SALARIE PATRON (PETITE ENTRPRISE)....21 TRAVAILLEUR A PROPRE COMPTE (INDEPENDANT).....22 APPRENTI.....23 AIDE FAMILIAL.....24 AUTRE _____ 96 (PRECISER)	
713	VERIFIER 712: TRAVAILLE DANS <input type="checkbox"/> L'AGRICULTURE:	NE TRAVAILLE PAS <input type="checkbox"/> DANS L'AGRICULTURE:	→715
714	Travaillez-vous principalement sur votre propre terre ou celle de votre famille, louez-vous la terre ou travaillez- vous la terre de quelqu'un d'autre?	PROPRES TERRES.....1 TERRE FAMILIALE.....2 TERRE LOUEE.....3 TERRE DE QUELQU'UN D'AUTRE.....4 NON APPLICABLE.....6	
715	Faites-vous ce travail pour un membre de votre famille, pour quelqu'un d'autre ou êtes-vous à votre compte?	POUR UN MEMBRE DE LA FAMILLE....1 POUR QUELQU'UN D'AUTRE.....2 A SON COMPTE.....3	

N°	QUESTIONS ET FILTRES	CODES	PASSER A
716	Travaillez-vous habituellement toute l'année, de manière saisonnière ou travaillez-vous seulement de temps en temps?	TOUTE L'ANNEE.....1 TRAVAIL SAISONNIER.....2 DE TEMPS EN TEMPS.....3	
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 DE 5 ANS OU MOINS VIVANT AVEC ELLE?		
	OUI: <input type="checkbox"/> NON: <input type="checkbox"/>		801A
725	Qui s'occupe habituellement de (NOM DU PLUS JEUNE ENFANT A LA MAISON) pendant que vous travaillez?	ENQUETEE.....01 MARI/CONJOINT.....02 ENFANT-FILLE PLUS 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)	801A
726	Etes-vous à la recherche d'un emploi?	OUI.....1 NON.....2	

SECTION 8. SIDA ET AUTRES MALADIES SEXUELLEMENT TRANSMISSIBLES

N°	QUESTIONS ET FILTRES	CODES	PASSER A
801A	Avez-vous déjà entendu parler de maladies qui peuvent se transmettre sexuellement?	OUI.....1 NON.....2	 → 801K
801B	Quelles maladies connaissez-vous? ENREGISTRER TOUTES LES REPONSES.	SYPHILIS/VEROLE.....A GONORRHEE/BLENNORRAGIE.....B SIDA.....C CONDYLOME/TUMEUR GENITALE.....D ECOULEMENT/ULCERATION.....E AUTRE _____ W (PRECISER) 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/VEROLE.....A GONORRHEE/BLENNORRAGIE.....B SIDA.....C CONDYLOME/TUMEUR GENITALE.....D ECOULEMENT/ULCERATION.....E AUTRE _____ W (PRECISER) 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 TOUT CE QUI EST MENTIONNE.	SECTEUR PUBLIC/PARA PUBLIC HOPITAL.....A CENTRE DE SANTE.....B AUTRE PUBLIC _____ C (PRECISER) SECTEUR MEDICAL PRIVE HOPITAL PRIVE CONFESIONNEL.....D HOPITAL LAIC/CLINIQUE.....E CENTRE SANTE/DISPENSAIRE CONFESIONNEL/MISSION.....F CABINET MEDICAL.....G PHARMACIE.....H AUTRE PRIVE MEDICAL _____ I (PRECISER) AUTRE SECTEUR PRIVE BOUTIQUE/MARCHE.....J GUERISSEUR TRADITION.....K AMIS/PARENTS.....L AUTRE _____ X (PRECISER) NSP.....Z	

N°	QUESTIONS ET FILTRES	CODES	PASSER A
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 MENTIONNE.	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 le plus appris sur le SIDA? Aucune autre source? ENREGISTRER TOUT CE QUI EST MENTIONNE.	RADIO.....A TV.....B JOURNAUX/MAGAZINES.....C DEPLIANTS/PROSPECTUS.....D CENTRE/AGENT DE SANTE.....E MOSQUEE/EGLISE/TEMPLE.....F ECOLE/PROFESSEUR.....G REUNION D'ASSOCIATION.....H THEATRE POPULAIRE.....I AMI(E)S/PARENTS.....J LIEU DE TRAVAIL.....K AUTRE _____ X (PRECISER)	
802A	Si vous vouliez plus d'information sur le SIDA, d'où (de qui) souhaiteriez-vous obtenir ces informations? SI PLUSIEURS SOURCES SONT CITEES, DEMANDER QUELLE EST LA SOURCE PREFEREE ET ENCERCLER LE CODE CORRESPONDANT.	RADIO.....01 TV.....02 JOURNAUX/MAGAZINES.....03 DEPLIANTS/PROSPECTUS.....04 CENTRE/AGENT DE SANTE.....05 MOSQUEE/EGLISE/TEMPLE.....06 ECOLE/PROFESSEUR.....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 MENTIONNE.	RAPPORTS SEXUELS.....A RAPPORTS SEXUELS AVEC DES PARTENAIRES MULTIPLES.....B RAP. SEXUELS AVEC PROSTITUEES...C NE PAS UTILISER CONDOM.....D RELATIONS HOMOSEXUELLES.....E TRANSFUSION DE SANG.....F INJECTIONS.....G EN EMBRASSANT.....H PIQURES DE MOUSTIQUES.....I LAMES, CISEAUX, COUTEAUX INSTRUMENTS COUPANTS SOUILLES..K AUTRE _____ W (PRECISER) 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

N°	QUESTIONS ET FILTRES	CODES	PASSER A
804	<p>Que peut-on faire?</p> <p>Quelque chose d'autre?</p> <p>ENREGISTRER TOUT CE QUI EST MENTIONNE.</p>	<p>PROTEGER SES RAPPORTS.....A S'ABSTENIR DE RAPPORTS SEXUELS..B UTILISER DES CONDOMS.....C EVITER MULTIPLES PARTENAIRES....D EVITER LES PROSTITUEES.....E EVITER REL. HOMOSEXUELLES.....F EVITER TRANSFUSIONS DE SANG....G EVITER INJECTIONS.....H EVITER D'EMBRASSER.....I EVITER PIQUES MOUSTIQUES.....J EVITER LAMES, CISEAUX, COUTEAUX INSTRUMENTS COUPANTS SOUILLES..K CHERCHER LA PROTECTION DES GUERISSEURS TRADITIONNELS.....L</p> <p>AUTRE _____ W (PRECISER)</p> <p>AUTRE _____ X (PRECISER)</p> <p>NSP.....Z</p>	
805	<p>VERIFIER 804:</p> <p>A MENTIONNE <input type="checkbox"/></p> <p>"PROTEGER SES RAPPORTS":</p>	<p>N'A PAS MENTIONNE <input type="checkbox"/></p> <p>"PROTEGER SES RAPPORTS":</p>	→807
806	<p>Qu'est-ce-que "protéger ses rapports" signifie pour vous?</p>	<p>S'ABSTENIR DE RAPPORTS SEXUELS..B UTILISER DES CONDOMS.....C EVITER MULTIPLES PARTENAIRES....D EVITER LES PROSTITUEES.....E EVITER REL. HOMOSEXUELLES.....F</p> <p>AUTRE _____ X (PRECISER)</p> <p>NSP.....Z</p>	
807	<p>Est-il possible qu'une personne qui semble être en bonne santé, soit en fait atteinte du virus du SIDA?</p>	<p>OUI.....1 NON.....2 NSP.....8</p>	
808	<p>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?</p>	<p>PRESQUE JAMAIS.....1 PARFOIS.....2 PRESQUE TOUJOURS.....3 NSP.....8</p>	
808A	<p>Peut-on guérir du SIDA?</p>	<p>OUI.....1 NON.....2 NSP.....8</p>	
808B	<p>Le SIDA peut-il être transmis de la mère à l'enfant?</p>	<p>OUI.....1 NON.....2 NSP.....8</p>	
808C	<p>Connaissez-vous personnellement quelqu'un qui a le SIDA ou qui est mort du SIDA?</p>	<p>OUI.....1 NON.....2 NSP.....8</p>	
809	<p>Pensez-vous que les risques que vous attrapiez le SIDA sont faibles, moyens, importants, ou que vous ne courez aucun risque de l'attraper?</p>	<p>FAIBLE.....1 MOYEN.....2 IMPORTANT.....3 PAS DE RISQUE DU TOUT.....4 A LE SIDA.....5</p>	<p>→ 809C</p> <p>→ 811A</p>
809B	<p>Pourquoi pensez-vous (NE PAS COURIR DE RISQUES/COURIR DE FAIBLES RISQUES) d'attraper le SIDA?</p> <p>Aucune autre raison?</p> <p>ENREGISTRER TOUT CE QUI EST MENTIONNE.</p>	<p>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 EVITE LAMES, CISEAUX, COUTEAUX INSTRUMENTS COUPANTS SOUILLES..K</p> <p>AUTRE _____ X (PRECISER)</p>	→ 811A

N°	QUESTIONS ET FILTRES	CODES	PASSER A
809C	<p>Pourquoi pensez-vous courir des risques (MOYENS/ IMPORTANTS d'attraper le SIDA?</p> <p>Aucune autre raison?</p> <p>ENREGISTRER TOUT CE QUI EST MENTIONNE.</p>	<p>N'UTILISE PAS CONDOMS.....C PLUS D'1 PARTENAIRE SEXUEL.....D NOMBREUX PARTENAIRE(S) SEXUELS.....E CONJOINT A AUTRE(S) PARTENAIRE..F RELATIONS HOMOSEXUELLES.....G TRANSFUSION DE SANG.....H INJECTIONS.....I UTILISE LAMES, CISEAUX, COUTEAUX INSTRUMENTS COUPANTS SOUILLES..K</p> <p>AUTRE _____ X (PRECISER)</p>	
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 MENTIONNE.</p>	<p>PAS COMMENCE RAPPORTS SEXUELS...A ARRETE RAPPORTS SEXUELS.....B COMMENCE UTILISER CONDOMS.....C LIMITE SEX. A 1 PARTENAIRE.....D REDUIT NOMBRE DE PARTENAIRE(S).....E DEMANDE CONJOINT D'ETRE FIDELE..F ARRETE RELATIONS HOMOSEXUEL.....G ARRETE INJECTIONS.....I EVITE LAMES, CISEAUX, COUTEAUX INSTRUMENTS COUPANTS SOUILLES..K</p> <p>AUTRE _____ W (PRECISER)</p> <p>AUTRE _____ X (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 MENTIONNE.</p>	<p>PAS COMMENCE RAPPORTS SEXUELS...A A ARRETE RAPPORTS SEXUELS.....B A COMMENCE UTILISER CONDOMS.....C SEXE LIMITE A 1 PARTENAIRE.....D A REDUIT NOMBRE DE PARTENAIRE(S).....E</p> <p>AUTRE _____ X (PRECISER)</p> <p>PAS CHANGEMENT COMP. SEXUEL.....Y 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 NON.....2</p>	<p>→ 901</p>
811D	<p>VERIFIER 515 ET 515F:</p> <p>A EU DES RAPPORTE(S) SEXUELS: <input type="checkbox"/></p> <p>N'A JAMAIS EU DES RAPPORTE(S) 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 NON.....2</p>	<p>→ 901</p>
814	<p>Utilisez-vous le condom de temps en temps, souvent ou à chaque rapport sexuel?</p>	<p>TEMPS EN TEMPS.....1 SOUVENT.....2 CHAQUE RAPPORT.....3</p>	

SECTION 9. MORTALITE MATERNELLE

N°	QUESTIONS ET FILTRES	CODES	PASSER A
901	<p>Maintenant, je voudrais vous poser quelques questions sur vos sœurs 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.</p> <p>A combien d'enfants votre propre mère a donné naissance, y compris vous-même?</p>	<p>NOMBRE DE NAISSANCES DE LA MERE NATURELLE.... <input style="width: 20px; height: 20px;" type="text"/> <input style="width: 20px; height: 20px;" type="text"/></p>	
902	<p>VERIFIER 901: DEUX NAISSANCES OU PLUS:</p> <div style="text-align: center; margin-top: 10px;"> <input style="width: 20px; height: 20px;" type="text"/> ↓ </div>	<p>SEULEMENT UNE NAISSANCE (ENQUETEE SEULEMENT): <input style="width: 20px; height: 20px;" type="text"/></p>	916
903	<p>Combien de ces naissances votre mère a-t-elle eues avant votre propre naissance?</p>	<p>NOMBRE DE NAISSANCES PRECEDENTES..... <input style="width: 20px; height: 20px;" type="text"/> <input style="width: 20px; height: 20px;" type="text"/></p>	

	[1]	[2]	[3]	[4]	[5]	[6]
904 Quel nom a été donné à votre soeur ou frère le plus âgé (au suivant)?	-----	-----	-----	-----	-----	-----
905 (NOM) est-ce un homme ou une femme?	HOMME.....1 FEMME.....2	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 PASSER A 908 NSP.....8 PASSER A [2]	OUI.....1 NON.....2 PASSER A 908 NSP.....8 PASSER A [3]	OUI.....1 NON.....2 PASSER A 908 NSP.....8 PASSER A [4]	OUI.....1 NON.....2 PASSER A 908 NSP.....8 PASSER A [5]	OUI.....1 NON.....2 PASSER A 908 NSP.....8 PASSER A [6]	OUI.....1 NON.....2 PASSER A 908 NSP.....8 PASSER A [7]
907 Quel âge a (NOM)?	<input type="text"/> <input type="text"/> PASSER A [2]	<input type="text"/> <input type="text"/> PASSER A [3]	<input type="text"/> <input type="text"/> PASSER A [4]	<input type="text"/> <input type="text"/> PASSER A [5]	<input type="text"/> <input type="text"/> PASSER A [6]	<input type="text"/> <input type="text"/> PASSER A [7]
908 En quelle année (NOM) est-il/elle décédé(e)?	1 9 <input type="text"/> <input type="text"/> PASSER A 910 NSP.....9998					
909 Combien d'années y-a-t-il que (NOM) est décédé?	<input type="text"/> <input type="text"/>					
910 Quel âge avait (NOM) lorsqu'il/elle est décédé(e)?	<input type="text"/> <input type="text"/> SI HOMME OU DECEDE AVANT AGE DE 12 ANS PASSER A [2]	<input type="text"/> <input type="text"/> SI HOMME OU DECEDE AVANT AGE DE 12 ANS PASSER A [3]	<input type="text"/> <input type="text"/> SI HOMME OU DECEDE AVANT AGE DE 12 ANS PASSER A [4]	<input type="text"/> <input type="text"/> SI HOMME OU DECEDE AVANT AGE DE 12 ANS PASSER A [5]	<input type="text"/> <input type="text"/> SI HOMME OU DECEDE AVANT AGE DE 12 ANS PASSER A [6]	<input type="text"/> <input type="text"/> SI HOMME OU DECEDE AVANT AGE DE 12 ANS PASSER A [7]
911 Est-ce que (NOM) était enceinte quand elle est morte?	OUI.....1 PASSER A 914 NON.....2					
912 Est-ce que (NOM) est morte au cours d'un accouchement?	OUI.....1 PASSER A 915 NON.....2					
913 Est-ce que (NOM) est morte dans les 2 mois suivant la fin d'1 grossesse ou d'1 accouchement?	OUI.....1 NON.....2 PASSER A 915					
914 Est-ce que le décès était dû à des complications de grossesse ou à l'accouchement?	OUI.....1 NON.....2	OUI.....1 NON.....2	OUI.....1 NON.....2	OUI.....1 NON.....2	OUI.....1 NON.....2	OUI.....1 NON.....2
915 A combien d'enfants (NOM) a-t-elle donné naissance durant sa vie?	<input type="text"/> <input type="text"/> PASSER A [2]	<input type="text"/> <input type="text"/> PASSER A [3]	<input type="text"/> <input type="text"/> PASSER A [4]	<input type="text"/> <input type="text"/> PASSER A [5]	<input type="text"/> <input type="text"/> PASSER A [6]	<input type="text"/> <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 le plus âgé (au suivant)?	[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 PASSER A 908 NSP.....8 PASSER A [8]	OUI.....1 NON.....2 PASSER A 908 NSP.....8 PASSER A [9]	OUI.....1 NON.....2 PASSER A 908 NSP.....8 PASSER A [10]	OUI.....1 NON.....2 PASSER A 908 NSP.....8 PASSER A [11]	OUI.....1 NON.....2 PASSER A 908 NSP.....8 PASSER A [12]	OUI.....1 NON.....2 PASSER A 908 NSP.....8 PASSER A [13]
907 Quel âge a (NOM)?	<input type="text"/> <input type="text"/> PASSER A [8]	<input type="text"/> <input type="text"/> PASSER A [9]	<input type="text"/> <input type="text"/> PASSER A [10]	<input type="text"/> <input type="text"/> PASSER A [11]	<input type="text"/> <input type="text"/> PASSER A [12]	<input type="text"/> <input type="text"/> PASSER A [13]
908 En quelle année (NOM) est-il/elle décédé(e)?	1 <input type="text"/> 9 <input type="text"/> PASSER A 910 NSP.....9998	1 <input type="text"/> 9 <input type="text"/> PASSER A 910 NSP.....9998	1 <input type="text"/> 9 <input type="text"/> PASSER A 910 NSP.....9998	1 <input type="text"/> 9 <input type="text"/> PASSER A 910 NSP.....9998	1 <input type="text"/> 9 <input type="text"/> PASSER A 910 NSP.....9998	1 <input type="text"/> 9 <input type="text"/> PASSER A 910 NSP.....9998
909 Combien d'années y-a-t-il que (NOM) est décédé?	<input type="text"/> <input type="text"/>	<input type="text"/> <input type="text"/>	<input type="text"/> <input type="text"/>	<input type="text"/> <input type="text"/>	<input type="text"/> <input type="text"/>	<input type="text"/> <input type="text"/>
910 Quel âge avait (NOM) lorsqu'il/elle est décédé(e)?	<input type="text"/> <input type="text"/> SI HOMME OU DECEDE AVANT AGE DE 12 ANS PASSER A [8]	<input type="text"/> <input type="text"/> SI HOMME OU DECEDE AVANT AGE DE 12 ANS PASSER A [9]	<input type="text"/> <input type="text"/> SI HOMME OU DECEDE AVANT AGE DE 12 ANS PASSER A [10]	<input type="text"/> <input type="text"/> SI HOMME OU DECEDE AVANT AGE DE 12 ANS PASSER A [11]	<input type="text"/> <input type="text"/> SI HOMME OU DECEDE AVANT AGE DE 12 ANS PASSER A [12]	<input type="text"/> <input type="text"/> SI HOMME OU DECEDE AVANT AGE DE 12 ANS PASSER A [13]
911 Est-ce que (NOM) était enceinte quand elle est morte?	OUI.....1 PASSER A 914 NON.....2	OUI.....1 PASSER A 914 NON.....2	OUI.....1 PASSER A 914 NON.....2	OUI.....1 PASSER A 914 NON.....2	OUI.....1 PASSER A 914 NON.....2	OUI.....1 PASSER A 914 NON.....2
912 Est-ce que (NOM) est morte au cours d'un accouchement?	OUI.....1 PASSER A 915 NON.....2	OUI.....1 PASSER A 915 NON.....2	OUI.....1 PASSER A 915 NON.....2	OUI.....1 PASSER A 915 NON.....2	OUI.....1 PASSER A 915 NON.....2	OUI.....1 PASSER A 915 NON.....2
913 Est-ce que (NOM) est morte dans les 2 mois suivant la fin d'1 grossesse ou d'1 accouchement?	OUI.....1 NON.....2 PASSER A 915	OUI.....1 NON.....2 PASSER A 915	OUI.....1 NON.....2 PASSER A 915	OUI.....1 NON.....2 PASSER A 915	OUI.....1 NON.....2 PASSER A 915	OUI.....1 NON.....2 PASSER A 915
914 Est-ce que le décès était dû à des complications de grossesse ou à l'accouchement?	OUI.....1 NON.....2	OUI.....1 NON.....2	OUI.....1 NON.....2	OUI.....1 NON.....2	OUI.....1 NON.....2	OUI.....1 NON.....2
915 A combien d'enfants (NOM) a-t-elle donné naissance durant sa vie?	<input type="text"/> <input type="text"/> PASSER A [8]	<input type="text"/> <input type="text"/> PASSER A [9]	<input type="text"/> <input type="text"/> PASSER A [10]	<input type="text"/> <input type="text"/> PASSER A [11]	<input type="text"/> <input type="text"/> PASSER A [12]	<input type="text"/> <input type="text"/> PASSER A [13]

SI PLUS DE FRERE/SOEUR, PASSER A 916

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

SECTION 10. TAILLE ET POIDS

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

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

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

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

Commentaires
sur l'enquêtée:

Commentaires sur des
questions spécifiques:

Autres commentaires:

OBSERVATIONS DU CHEF D'EQUIPE

Nom du Chef d'Equipe: _____ Date: _____

OBSERVATIONS DE LA CONTROLEUSE

Nom de la Contrôleuse: _____ Date: _____

ENQUETE DEMOGRAPHIQUE ET DE SANTE
(EDSC-II, 1998)

QUESTIONNAIRE HOMME

MINISTERE DE L'ECONOMIE ET DES FINANCES
-- BUCREP --

REPUBLIQUE DU CAMEROUN
Paix-Travail-Patrie

IDENTIFICATION	
PROVINCE _____	PROVINCE.....
DEPARTEMENT _____	STRATE.....
ARRONDIS./DISTRICT _____	ARRONDISSEMENT.....
VILLE/CANTON/GROUPEMENT _____	YAOUNDE/DOUALA = 1 GAROUA/MAROUA/BAFOUSSAM/BAMENDA = 2 AUTRES VILLES = 3; RURAL = 4.....
VILLAGE _____	GRAPPE.....
QUARTIER DE VILLE/LOCALITE _____	STRUCTURE.....
NOM DU CHEF DE MENAGE _____	MENAGE.....
NOM DE L'HOMME _____	N° DE LIGNE DE L'HOMME.....

VISITES D'ENQUETEUR				
	1	2	3	VISITE FINALE
DATE	_____	_____	_____	JOUR MOIS ANNEE 1 9 NOM RESULTAT
NON DE L'ENQUETEUR	_____	_____	_____	
RESULTAT*	_____	_____	_____	
PROCHAINE VISITE: DATE HEURE	_____	_____		NBRE. TOTAL DE VISITES
*CODES RESULTAT 1 REMPLI 4 REFUSE 7 AUTRE _____ 2 PAS A LA MAISON 5 PARTIELLEMENT REMPLI (préciser) 3 DIFFERE 6 INCAPACITE				

QUESTIONNAIRE FRANÇAIS.....	1
LANGUE DE L'INTERVIEW** _____	
INTERPRETE:.....OUI = 1 / NON = 2	
**CODES LANGUE: 1 FRANÇAIS / 2 ANGLAIS / 3 FUFULDE / 4 EWONDO / 5 PIDGIN / 6 AUTRES	

CONTROLEUSE	CHEF D'EQUIPE	CONTROLE BUREAU	SAISI PAR
NOM _____	NOM _____	_____	_____
DATE _____	DATE _____	_____	_____

N°	QUESTIONS ET FILTRES	CODES	PASSER A
110	VERIFIER 108: PRIMAIRE <input type="checkbox"/> SECONDAIRE <input type="checkbox"/> OU PLUS		→111A
111	Pouvez-vous lire et comprendre une lettre ou un journal facilement, avec difficulté ou pas du tout ?	FACILEMENT.....1 DIFFICILEMENT.....2 PAS DU TOUT.....3	→112A
111A	Avez-vous l'habitude de lire un journal ou un magazine, au moins une fois par mois?	OUI.....1 NON.....2	→112A
112	Avez-vous l'habitude de lire un journal ou un magazine, au moins une fois par semaine?	OUI.....1 NON.....2	
112A	Avez-vous l'habitude d'écouter la radio?	OUI.....1 NON.....2	→113G
113	Avez-vous l'habitude d'écouter la radio chaque jour?	OUI.....1 NON.....2	→113B
113A	Quels jours de la semaine avez-vous l'habitude d'écouter la radio? ENREGISTRER TOUTES LES REPONSES DONNEES. SI LA REPONSE EST "ÇA DEPEND", "N'IMPORTE" OU "NSP", VOUS NE DEVEZ ENCERCLER QU'UN SEUL CODE.	LUNDI.....A MARDI.....B MERCREDI.....D JEUDI.....E VENDREDI.....F SAMEDI.....G DIMANCHE.....H ÇA DEPEND/N'IMPORTE.....X NSP.....Z	
113B	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	
113C	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.....D REPORTAGE.....E EMISSION SUR LA SANTE.....F AUTRE _____ X (PRECISER)	
113D	Avez-vous déjà eu l'occasion d'écouter le feuilleton-radio "Yamba Songo"? SI N'A JAMAIS ENTENDU PARLER DE CETTE EMISSION, ENCERCLER "3".	OUI.....1 NON.....2 NE CONNAIT PAS.....3	→113G →113G
113E	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	→113G →113G →113G

N°	QUESTIONS ET FILTRES	CODES	PASSER A
113F	<p>Selon vous, de quels problèmes parle le feuilleton "Yamba Songo"?</p> <p>ENREGISTRER TOUTES LES REPONSES DONNEES. SI LA REPONSE EST "NSP", VOUS NE DEVEZ ENCERCLER QUE CE CODE.</p>	<p>PLANIFICATION FAMILIALE/ CONTRACEPTION.....A SIDA/VIH.....B MALADIE SEXUEL. TRANSMISSIBLE...C TRAITEMENT DIARRHEE/SRO.....D PROBLEMES DE SANTE.....E</p> <p>AUTRE _____ X (PRECISER)</p> <p>NSP.....Z</p>	
113G	Avez-vous l'habitude de regarder la télévision?	<p>OUI.....1 NON.....2</p>	→115
114	Avez-vous l'habitude de regarder la télévision au moins une fois par semaine?	<p>OUI.....1 NON.....2</p>	
114A	<p>Quels jours de la semaine avez-vous l'habitude de regarder la télévision?</p> <p>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.</p>	<p>LUNDI.....A MARDI.....B MERCREDI.....D JEUDI.....E VENDREDI.....F SAMEDI.....G DIMANCHE.....H TOUS LES JOURS.....I ÇA DEPEND/N'IMPORTE.....X NSP.....Z</p>	
114B	<p>A quelles heures avez-vous l'habitude de regarder la télévision?</p> <p>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.</p>	<p>LE MATIN.....A 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</p>	
114C	<p>Quel genre d'émission télé avez-vous l'habitude de regarder?</p> <p>INSISTER POUR OBTENIR LE GENRE D'EMISSION. ENREGISTRER TOUTES LES EMISSIONS REGARDEES.</p>	<p>VARIETE MUSICALE.....A SPORT.....B FILM/FEUILLETON.....C JOURNAL PARLE.....D REPORTAGE.....E EMISSION SUR LA SANTE.....F</p> <p>AUTRE _____ X (PRECISER)</p>	
115	Est-ce que vous travaillez actuellement?	<p>OUI.....1 NON.....2</p>	→117
116	Avez-vous fait un travail quelconque au cours des 12 derniers mois?	<p>OUI.....1 NON.....2</p>	→124

N°	QUESTIONS ET FILTRES	CODES	PASSER A
117	Quelle est votre occupation, c'est-à-dire quel genre de travail faites-vous principalement? _____ (NOTER LA PROFESSION) DETERMINER LE SECTEUR D'ACTIVITE ET ENCERCLER LE CODE APPROPRIÉ.	AGRICULTURE.....1 INDUSTRIE-BTP.....2 COMMERCE.....3 SERVICES ET ADMINISTRATION PUBLIQUE.....4 AUTRE.....6	
117A	A PARTIR DE LA REPONSE A Q.117, DETERMINER LA CATEGORIE SOCIO-PROFESSIONNELLE ET ENCERCLER LE CODE APPROPRIE.	SALARIE PERSONNEL DE DIRECTION.....11 CADRE SUPERIEUR/INGENIEUR....12 CADRE MOYEN/AGENT DE MAITRISE.....13 EMPLOYE/OUVRIER QUALIFIE....14 EMPLOYE/OUVRIER NON QUALIFIE.15 MANOEUVRE.....16 NON SALARIE PATRON (PETITE ENTRPRISE)....21 TRAVAILLEUR A PROPRE COMPTE (INDEPENDANT).....22 APPRENTI.....23 AIDE FAMILIAL.....24 AUTRE _____ 96 (PRECISER)	
118	VERIFIER 117 : TRAVAILLE DANS L'AGRICULTURE <input type="checkbox"/> NE TRAVAILLE PAS DANS L'AGRICULTURE <input type="checkbox"/> →120		
119	Travaillez-vous principalement sur votre propre terre ou celle de votre famille, louez-vous la terre ou travaillez-vous la terre de quelqu'un d'autre?	PROPRE TERRE.....1 TERRE FAMILIALE.....2 TERRE LOUEE.....3 TERRE DE QUELQU'UN D'AUTRE.....4 NON APPLICABLE.....6	
120	Faites-vous ce travail pour un membre de votre famille, pour quelqu'un d'autre ou êtes-vous à votre compte?	POUR UN MEMBRE DE LA FAMILLE....1 POUR QUELQU'UN D'AUTRE.....2 A SON COMPTE.....3	
121	Travaillez-vous habituellement toute l'année, de manière saisonnière ou travaillez-vous seulement une fois de temps en temps?	TOUTE L'ANNEE.....1 TRAVAIL SAISONNIER.....2 DE TEMPS EN TEMPS.....3	→125
124	Etes-vous à la recherche d'un emploi?	OUI.....1 NON.....2	
125	Quelle est votre religion?	CATHOLIQUE.....1 PROTESTANT.....2 MUSULMAN.....3 ANIMISTE.....4 AUTRE _____ 6 (PRECISER) AUCUNE.....7	
126	Quelle est votre ethnie? NOTER LE NOM DE L'ETHNIE. LAISSER LES CASES DE CODIFICATION VIDES. POUR LES ETRANGERS, ENREGISTER "ETRANGER".	<div style="border: 1px solid black; width: 40px; height: 20px; margin: 0 auto;"></div> _____ _____	

SECTION 2. REPRODUCTION

N°	QUESTIONS ET FILTRES	CODES	PASSER A						
201	Maintenant je voudrais vous parler de vos enfants. Je m'intéresse seulement aux enfants dont vous êtes le père biologique. Avez-vous ou avez-vous eu des enfants?	OUI.....1 NON.....2	→206						
202	Avez-vous des fils ou des filles qui vivent actuellement avec vous?	OUI.....1 NON.....2	→204						
203	Combien de fils vivent avec vous? Combien de filles vivent avec vous? SI "AUCUN", NOTER "00".	FILS A LA MAISON..... FILLES A LA MAISON.....	<table border="1" style="display: inline-table; vertical-align: middle;"><tr><td 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>						
204	Avez-vous des fils ou des filles qui sont toujours en vie mais qui ne vivent pas avec vous?	OUI.....1 NON.....2	→206						
205	Combien de fils sont vivants mais ne vivent pas avec vous? Combien de filles sont vivantes mais ne vivent pas avec vous? SI "AUCUN", NOTER "00".	FILS AILLEURS..... FILLES AILLEURS.....	<table border="1" style="display: inline-table; vertical-align: middle;"><tr><td 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>						
206	Avez-vous eu un fils ou une fille qui est né vivant, mais qui est décédé par la suite? SI NON, INSISTER: Aucun enfant qui a crié ou qui a donné un signe de vie mais qui n'a survécu que quelques heures ou quelques jours?	OUI.....1 NON.....2	→208						
207	Combien de vos fils sont décédés? Combien de vos filles sont décédées? SI "AUCUN", NOTER "00".	FILS DECEDE..... FILLE DECEDEE.....	<table border="1" style="display: inline-table; vertical-align: middle;"><tr><td 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>						
208	FAIRE LA SOMME DE Q. 203, 205 ET 207, ET NOTER LE TOTAL. SI "AUCUN", NOTER "00".	TOTAL.....	<table border="1" style="display: inline-table; vertical-align: middle;"><tr><td style="width: 20px; height: 20px;"></td><td style="width: 20px; height: 20px;"></td></tr></table>						
209	VERIFIER 208: Je voudrais être sûr d'avoir bien compris : vous avez eu au TOTAL ___ enfants 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: A/A EU DES ENFANTS: <input type="checkbox"/> N'A JAMAIS EU D'ENFANT: <input type="checkbox"/>		→301						
210A	En quel mois et en quelle année est né votre dernier enfant?	MOIS..... ANNEE.....	<table border="1" style="display: inline-table; vertical-align: middle;"><tr><td style="width: 20px; height: 20px;"></td><td style="width: 20px; height: 20px;"></td><td style="width: 20px; height: 20px;"></td></tr><tr><td style="width: 20px; height: 20px; text-align: center;">1</td><td style="width: 20px; height: 20px; text-align: center;">9</td><td style="width: 20px; height: 20px;"></td></tr></table>				1	9	
1	9								
210B	VOIR 210A, DERNIER ENFANT: NE DEPUIS JANVIER 1995: <input type="checkbox"/> AVANT JANVIER 1995: <input type="checkbox"/>		→301						
211	Au moment où vous attendiez votre dernier enfant, vouliez-vous cet enfant à ce moment-là, vouliez-vous attendre plus tard, ou vouliez-vous ne pas avoir d'(autre) enfant du tout?	A CE MOMENT-LA.....1 PLUS TARD.....2 NE VOULAIT PAS DU TOUT.....3							

SECTION 3. CONTRACEPTION

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

ENCERCLER LE CODE '1' DANS 301 POUR CHAQUE METHODE MENTIONNEE D'UNE MANIERE SPONTANEE.
 PUIS CONTINUER A LA COLONNE 302 EN LISANT LE NOM ET LA DESCRIPTION DE CHAQUE METHODE NON MENTIONNEE SPONTANEMENT.
 EN CERCLER LE CODE '2' SI LA METHODE EST RECONNUE, ET LE CODE '3' SI ELLE N'EST PAS RECONNUE.
 PUIS, POUR CHAQUE METHODE AYANT LE CODE '1' OU '2' EN CERCLER 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 SPONTANEE	OUI DESCRIPTION NON	
01] PILULE Les femmes peuvent prendre une pilule tous les jours.	1	2	OUI.....1 NON, NSP.....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, NSP.....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, NSP.....2
04] IMPLANT Les femmes se font insérer sous la peau du bras plusieurs petits bâtonnets qui empêchent de tomber enceinte pendant plusieurs années.	1	2	OUI.....1 NON, NSP.....2
05] DIAPHRAGME, MOUSSE, GELEE Les femmes peuvent se mettre à l'intérieur une éponge, un suppositoire, un diaphragme, de la gelée ou de la crème avant d'avoir des rapports sexuels.	1	2	OUI.....1 NON, NSP.....2
06] CONDOM (CAPOTE ANGLAISE) Les hommes peuvent se mettre une capote en caoutchouc au pénis avant les rapports sexuels.	1	2	OUI.....1 NON.....2
07] CONTRACEPTION CHIRURGICALE VOLONTAIRE FEMININE/ STERILISATION FEMININE. Les femmes peuvent subir une opération pour ne plus avoir d'enfants.	1	2	Avez-vous déjà eu une partenaire qui avait eu une opération pour éviter d'avoir des enfants? OUI.....1 NON, NSP.....2
08] CONTRACEPTION CHIRURGICALE VOLONTAIRE MASCULINE/ STERILISATION MASCULINE. Les hommes peuvent subir une opération pour ne plus avoir d'enfants.	1	2	Avez-vous eu une opération pour éviter d'avoir d'autres enfants? OUI.....1 NON.....2
09] RYTHME, CONTINENCE PERIODIQUE Chaque mois 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, NSP.....2
10] RETRAIT Les hommes peuvent faire attention et se retirer avant l'éjaculation.	1	2	OUI.....1 NON.....2
11] Avez-vous entendu parler d'autres moyens ou méthodes que les femmes ou les hommes peuvent utiliser pour éviter une grossesse?	1	3	OUI.....1 NON.....2
	_____ (PRECISER)		OUI.....1 NON.....2
	_____ (PRECISER)		OUI.....1 NON.....2

304] VERIFIER 303: AUCUN "OUI" (N'A JAMAIS UTILISE) AU MOINS UN "OUI" (A UTILISE) → PASSER A 307

N°	QUESTIONS ET FILTRES	CODES	PASSER A
305	Avez-vous, vous ou une de vos partenaires, déjà utilisé un moyen quelconque ou essayé quelque chose pour retarder la survenue d'une grossesse ou pour éviter une grossesse?	OUI.....1 NON.....2	→309
306	Qu'avez-vous fait ou utilisé? CORRIGER 303 ET 304 (ET 302 SI NECESSAIRE).		
307	En ce moment, vous-même ou votre partenaire, faites-vous quelque chose ou utilisez-vous une méthode pour retarder ou éviter une grossesse?	OUI.....1 NON.....2	→309
308	Quelle méthode utilisez-vous?	PILULE.....01 DIU.....02 INJECTION.....03 IMPLANTS.....04 DIAPHRAGME/MOUSSE/GELEE.....05 CONDOM.....06 CONTR. CHIRUR. VOLONT. FEMININE...07 CONTR. CHIRUR. VOLONT. MASCULINE..08 CONTINENCE PERIODIQUE.....09 RETRAIT.....10 AUTRE _____ 96 (PRECISER)	
308A	Pourquoi utilisez-vous (METHODE CITEE A Q.308) plutôt qu'une autre méthode?	COUT/PAS CHER/COUTE RIEN.....01 PAS PROBLEME DE DISPONIBILITE..02 A ETE PRESCRIT.....03 PLUS EFFICACE.....04 PAS EFFETS SECONDAIRES.....05 ÇA CONVIENT A MOI/FEMME.....06 SEULE METHODE CONNUE.....07 METHODE REVERSIBLE.....08 PROTEGE CONTRE SIDA/MST.....09 AUTRE _____ 96 (PRECISER)	→401
309	Quelle est la principale raison pour laquelle vous n'utilisez pas une méthode pour éviter une grossesse?	NON MARIE.....11 RAISONS LIEES A LA FECONDITE PAS DE RAPPORTS SEXUELS.....21 RAP. SEX. PEU FREQUENTS.....22 FEMME MENOPAUSE/HYSTERECTOMIE..23 FEMME SOUS-FECONDE/STERILE...24 FEMME POST-PARTUM/ALLAITE.....25 VEUT DES (D'AUTRES) ENFANTS...26 FEMME ENCEINTE.....27 OPPOSITION A L'UTILISATION ENQUETE OPPOSE.....31 EPOUSE/PARTENAIRE OPPOSEE.....32 AUTRES PERS. OPPOSEES.....33 INTERDITS RELIGIEUX.....34 TABOUS CULTURELS.....35 MANQUE DE CONNAISSANCE NE CONNAIT AUCUNE METHODE....41 NE CONNAIT AUCUNE SOURCE.....42 RAISONS LIEES AUX METHODES PROBLEMES DE SANTE.....51 PEUR DES EFFETS SECONDAIRES...52 PAS ACCESSIBLE/TROP LOIN.....53 TROP CHERE.....54 PAS PRATIQUE A UTILISER.....55 INTERFERE AVEC LE PROCESSUS NORMAL DU CORPS.....56 UTILISATION CONCERNE FEMME....61 AUTRE _____ 96 (PRECISER) NSP.....98	

SECTION 4. MARIAGE ET ACTIVITE SEXUELLE

N°	QUESTIONS ET FILTRES	CODES	PASSER A								
401	Etes-vous actuellement marié ou vivez-vous actuellement avec une femme?	OUI, ACTUELLEMENT MARIE.....1 OUI, VIT AVEC UNE FEMME.....2 MARIAGE NON CONSOMME.....3 NON, PAS EN UNION.....4	→402A →410F →404								
402	Combien de femmes avez-vous?	NOMBRE DE FEMMES.....	<input style="width: 20px; height: 20px;" type="text"/>								
402A	Avec combien de femmes vivez-vous comme si vous étiez marié?										
403	<p>ECRIRE LE NUMERO DE LIGNE DU QUESTIONNAIRE MENAGE DE SA/SES FEMMES.</p> <p>SI UNE FEMME NE VIT PAS DANS LE MENAGE, NOTEZ '00'. LE NOMBRE DE CASES REMPLIES DOIT ETRE EGAL AU NOMBRE DE FEMMES.</p>	<table style="width: 100%; text-align: center;"> <tr> <td><input style="width: 20px; height: 20px;" type="text"/></td> </tr> <tr> <td><input style="width: 20px; height: 20px;" type="text"/></td> </tr> </table>	<input style="width: 20px; height: 20px;" type="text"/>	<input style="width: 20px; height: 20px;" type="text"/>	<input style="width: 20px; height: 20px;" type="text"/>	<input style="width: 20px; height: 20px;" type="text"/>	<input style="width: 20px; height: 20px;" type="text"/>	<input style="width: 20px; height: 20px;" type="text"/>	<input style="width: 20px; height: 20px;" type="text"/>	<input style="width: 20px; height: 20px;" type="text"/>	→407
<input style="width: 20px; height: 20px;" type="text"/>	<input style="width: 20px; height: 20px;" type="text"/>	<input style="width: 20px; height: 20px;" type="text"/>	<input style="width: 20px; height: 20px;" type="text"/>								
<input style="width: 20px; height: 20px;" type="text"/>	<input style="width: 20px; height: 20px;" type="text"/>	<input style="width: 20px; height: 20px;" type="text"/>	<input style="width: 20px; height: 20px;" type="text"/>								
404	Avez-vous actuellement une partenaire sexuelle régulière, une partenaire sexuelle occasionnelle ou pas de partenaire sexuelle du tout?	PARTENAIRE SEXUELLE REGULIERE...1 PARTENAIRE SEX. OCCASIONNELLE...2 PAS DE PARTENAIRE SEXUELLE.....3									
405	Avez-vous déjà été marié ou avez-vous déjà vécu avec une femme?	OUI, A ETE MARIE.....1 OUI, A VECU AVEC UNE FEMME.....2 NON.....3	→407 →410F								
406	Quelle est votre situation matrimoniale actuelle: êtes-vous veuf, divorcé ou séparé?	VEUF1 DIVORCE.....2 SEPRE.....3									
407	Avez-vous été mariée ou avez-vous vécu avec une femme une fois ou plus d'une fois?	UNE FOIS.....1 PLUS D'UNE FOIS.....2									
408	<p>VERIFIER 407:</p> <p>MARIE/A VECU AVEC UNE FEMME SEULEMENT UNE FOIS : <input style="width: 20px; height: 20px;" type="text"/></p> <p>↓</p> <p>En quel mois et quelle année, avez-vous commencé à vivre avec votre femme/conjoint?</p> <p>MARIE/A VECU AVEC UNE FEMME PLUS D'UNE FOIS : <input style="width: 20px; height: 20px;" type="text"/></p> <p>↓</p> <p>Maintenant nous allons parler de votre première femme/conjoint. En quel mois et quelle année, avez-vous commencé à vivre avec elle?</p>	<p>MOIS.....</p> <p>NSP MOIS.....98</p> <p>ANNEE.....</p> <p>NSP ANNEE.....9998</p>	→409A								
409	Quel âge aviez-vous quand vous avez commencé à vivre avec elle?	AGE.....	<input style="width: 20px; height: 20px;" type="text"/>								
409A	<p>VERIFIER 401:</p> <p>ACTUELLEMENT MARIE <input style="width: 20px; height: 20px;" type="checkbox"/></p> <p>OU</p> <p>VIT AVEC UNE FEMME: <input style="width: 20px; height: 20px;" type="checkbox"/></p>	PAS EN UNION: <input style="width: 20px; height: 20px;" type="checkbox"/>	→ 410F								
410	<p>Maintenant, je voudrais vous poser quelques questions sur votre activité sexuelle afin de mieux comprendre certains problèmes en rapport avec la planification familiale.</p> <p>Il y a combien de temps que vous avez eu votre dernier rapport sexuel avec (votre épouse/femme avec qui vous vivez)?</p> <p>SI "JAMAIS EU DE RAPPORTS", RETOURNER A Q.401, ENCERCLER LE CODE 3 (MARIAGE NON CONSOMME) ET SUIVRE LES NOUVELLES INSTRUCTIONS DE PASSAGE A PARTIR DE Q.401.</p>	<p>NOMBRE DE JOURS.....1</p> <p>NOMBRE DE SEMAINES.....2</p> <p>NOMBRE DE MOIS.....3</p> <p>NOMBRE D'ANNEES.....4</p>	<table style="width: 100%; text-align: center;"> <tr> <td><input style="width: 20px; height: 20px;" type="text"/></td> <td><input style="width: 20px; height: 20px;" type="text"/></td> </tr> <tr> <td><input style="width: 20px; height: 20px;" type="text"/></td> <td><input style="width: 20px; height: 20px;" type="text"/></td> </tr> <tr> <td><input style="width: 20px; height: 20px;" type="text"/></td> <td><input style="width: 20px; height: 20px;" type="text"/></td> </tr> <tr> <td><input style="width: 20px; height: 20px;" type="text"/></td> <td><input style="width: 20px; height: 20px;" type="text"/></td> </tr> </table>	<input style="width: 20px; height: 20px;" type="text"/>							
<input style="width: 20px; height: 20px;" type="text"/>	<input style="width: 20px; height: 20px;" type="text"/>										
<input style="width: 20px; height: 20px;" type="text"/>	<input style="width: 20px; height: 20px;" type="text"/>										
<input style="width: 20px; height: 20px;" type="text"/>	<input style="width: 20px; height: 20px;" type="text"/>										
<input style="width: 20px; height: 20px;" type="text"/>	<input style="width: 20px; height: 20px;" type="text"/>										

N°	QUESTIONS ET FILTRES	CODES	PASSER A									
410A	<p>VERIFIER 301 ET 302:</p> <p>CONNAIT LE CONDOM : <input type="checkbox"/></p> <p>Lors de votre dernier rapport sexuel avec (votre épouse/femme avec qui vous vivez) avez-vous utilisé un condom?</p>	<p>NE CONNAIT PAS LE CONDOM : <input type="checkbox"/></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 avec (votre épouse/femme avec qui vous vivez, avez-vous utilisé un condom?</p>	<p>OUI.....1</p> <p>NON.....2</p> <p>NSP/PAS SUR.....8</p>	→410B								
410AA	Lors de ce dernier rapport sexuel, qui a proposé d'utiliser le condom?	<p>ENQUETE LUI-MEME.....1</p> <p>EPOUSE/FEMME.....2</p> <p>LES DEUX.....3</p>										
410B	Avez-vous eu des rapports sexuels avec quelqu'un d'autre que (votre épouse/femme avec qui vous vivez) au cours des 12 derniers mois?	<p>OUI.....1</p> <p>NON.....2</p>		→ 410J								
410C	Quand avez-vous eu, pour la dernière fois, des rapports sexuels avec quelqu'un d'autre que (votre épouse/femme avec qui vous vivez)?	<p>NOMBRE DE JOURS.....1</p> <p>NOMBRE DE SEMAINES.....2</p> <p>NOMBRE DE MOIS.....3</p>	<table border="1"> <tr><td></td><td></td></tr> <tr><td></td><td></td></tr> <tr><td></td><td></td></tr> </table>									
410D	Avez-vous utilisé un condom à cette occasion?	<p>OUI.....1</p> <p>NON.....2</p> <p>NSP/PAS SUR.....8</p>		→410E								
410DA	Lors de ce dernier rapport sexuel, qui a proposé d'utiliser le condom?	<p>ENQUETE LUI-MEME.....1</p> <p>PARTENAIRE.....2</p> <p>LES DEUX.....3</p>										
410E	Au cours des 12 derniers mois, avec combien de personnes différentes autres que (votre épouse/femme avec qui vous vivez) avez-vous eu des rapports sexuels?	<p>NOMBRE DE PERSONNES.....</p> <p>NSP.....98</p>	<table border="1"> <tr><td></td><td></td></tr> </table>			→ 410J						
410F	<p>Maintenant, je voudrais vous poser quelques questions sur votre activité sexuelle afin de mieux comprendre certains problèmes en rapport avec la planification familiale.</p> <p>Depuis combien de temps avez-vous eu votre dernier rapport (si vous en avez déjà eu)?</p>	<p>JAMAIS.....000</p> <p>NOMBRE DE JOURS.....1</p> <p>NOMBRE DE SEMAINES.....2</p> <p>NOMBRE DE MOIS.....3</p> <p>NOMBRE D'ANNEES.....4</p>	<table border="1"> <tr><td></td><td></td></tr> <tr><td></td><td></td></tr> <tr><td></td><td></td></tr> <tr><td></td><td></td></tr> </table>									→ 509
410G	<p>VERIFIER 301 ET 302:</p> <p>CONNAIT LE CONDOM : <input type="checkbox"/></p> <p>Lors de votre dernier rapport sexuel, avez-vous utilisé un condom?</p>	<p>NE CONNAIT PAS LE CONDOM : <input type="checkbox"/></p> <p>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, avez-vous utilisé un condom?</p>	<p>OUI.....1</p> <p>NON.....2</p> <p>NSP/PAS SUR.....8</p>	→410H								

N°	QUESTIONS ET FILTRES	CODES	PASSER A	
410GA	Lors de ce dernier rapport sexuel, qui a proposé d'utiliser le condom?	ENQUETE LUI-MEME.....1 PARTENAIRE.....2 LES DEUX.....3		
410H	VERIFIER 410F: MOINS DE 12 MOIS DEPUIS LES DERNIERS RAPPORTS SEXUELS : <input type="checkbox"/>	12 MOIS OU PLUS DEPUIS LES DERNIERS RAPPORTS SEXUELS : <input type="checkbox"/>	410J	
410I	Au cours des 12 derniers mois, avec combien de personnes différentes avez-vous eu des rapports sexuels?	NOMBRE DE PERSONNES..... <input type="text"/> NSP.....98		
410J	VERIFIER 401: ACTUELLEMENT MARIE OU VIT AVEC UNE FEMME: <input type="checkbox"/> La dernière fois que vous avez eu des rapports sexuels, était-ce avec votre épouse/femme avec qui vous vivez), une partenaire régulière, une connaissance, quelqu'un que vous avez payé ou quelqu'un d'autre?	NON MARIE ACTUELLEMENT NE VIT PAS AVEC UNE FEMME : <input type="checkbox"/> La dernière fois que vous avez eu des rapports sexuels, était-ce avec une partenaire régulière, une connaissance, quelqu'un que vous avez payé ou quelqu'un d'autre?	EPOUSE/FEMME AVEC QUI IL VIT.....1 PARTENAIRE REGULIERE.....2 CONNAISSANCE.....3 QUELQU'UN PAYE POUR RAP.SEX.....4 QUELQU'UN D'AUTRE.....5	
413	Connaissez-vous un endroit où vous pouvez vous procurer des condoms?	OUI.....1 NON.....2	415	
414	Où est-ce? ENREGISTRER TOUTES LES REPONSES DONNEES. A CHAQUE FOIS QU'UN HOPITAL, UN CENTRE DE SANTE OU UNE CLINIQUE EST CITE, INSISTER POUR DETERMINER LE TYPE DE SECTEUR ET ENCERCLER LE CODE CORRESPONDANT.	SECTEUR PUBLIC/PARA PUBLIC HOPITAL.....A CENTRE DE SANTE.....B AUTRE PUBLIC _____ C (PRECISER) SECTEUR MEDICAL PRIVE HOPITAL PRIVE CONFESIONNEL....D HOPITAL LAIC/CLINIQUE.....E CENTRE SANTE/DISPENSAIRE CONFESIONNEL/MISSION.....F CABINET MEDICAL.....G PHARMACIE.....H AUTRE PRIVE MEDICAL _____ I (PRECISER) AUTRE SECTEUR PRIVE BOUTIQUE/MARCHE.....J BAR/BOITE DE NUIT.....K KIOSQUE.....L CIRCUIT COMMERCIAL INFORMEL....M AMIS/PARENTS.....N AUTRE _____ X (PRECISER)		

N°	QUESTIONS ET FILTRES	CODES	PASSER A
414A	VERIFIER 410A, 410D ET 410G : AU MOINS UN 'OUI' : <input type="checkbox"/>	AUCUN 'OUI' : <input type="checkbox"/>	415
414B	Où avez-vous obtenu les condoms 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 SECTEUR ET ENCERCLER LE CODE APPROPRIE. _____ (NOM DE L'ENDROIT)	SECTEUR PUBLIC/PARA PUBLIC HOPITAL.....11 CENTRE DE SANTE.....12 DISPENSAIRE.....13 POSTE MEDICAL.....14 AUTRE PUBLIC _____ 16 (PRECISER) SECTEUR MEDICAL PRIVE DOCTEUR PRIVE.....21 CLINIQUE/HOPITAL PRIVE.....22 CENTRE DE PF.....23 PHARMACIE.....24 AUTRE MEDICAL PRIVE _____ 26 (PRECISER) AUTRE SECTEUR PRIVE BOUTIQUE/MARCHE.....31 BAR/BOITE DE NUIT.....32 KIOSQUE.....33 CIRCUIT COMMERCIAL INFORMEL...34 EGLISE/TEMPLE.....35 CONNAISSANCES/PARENTS.....36 PARTENAIRE AVAIT LE CONDOM....41 →415 AUTRE _____ 96 (PRECISER)	
414C	Connaissez-vous le nom de la marque des condoms que vous avez utilisé la dernière fois? NOTER LE NOM DE LA MARQUE.	PRUDENCE/PRUDENCE PLUS.....1 PROMESSE.....2 SANS NOM DE MARQUE.....3 AUTRE _____ 6 (PRECISER) NSP.....8	
414D	La dernière fois que vous avez acheté des condoms, combien en avez-vous acheté? DETERMINER LE NOMBRE DE CONDOMS ET ENREGISTRER CE NOMBRE.	NOMBRE DE CONDOMS..... <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> NSP.....998	
414E	Combien avez-vous payé?	COUT..... <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> GRATUIT.....9996 NSP.....9998	
415	Quel âge aviez-vous quand vous avez eu votre premier rapport sexuel?	AGE..... <input type="text"/> <input type="text"/> PREMIERE FOIS AU MARIAGE.....96	

SECTION 5. PREFERENCES EN MATIERE DE FECONDITE

N°	QUESTIONS ET FILTRES	CODES	PASSER A
501	<p>VERIFIER 401:</p> <p>PAS EN UNION : <input type="checkbox"/> ACTUELLEMENT MARIE OU VIT AVEC UNE FEMME: <input type="checkbox"/></p>		
502	<p>VERIFIER 404:</p> <p>PARTENAIRE SEXUELLE REGULIERE: <input type="checkbox"/> PARTENAIRE SEXUELLE OCCASIONNELLE: <input type="checkbox"/> PAS DE PARTENAIRE SEXUELLE: <input type="checkbox"/></p>		503
503	<p>Est-ce-que votre épouse (ou l'une de vos épouses)/ partenaires) est enceinte actuellement?</p>	<p>OUI.....1 NON.....2 PAS SUR.....8</p>	505(A)
504	<p>Quand elle est tombée enceinte, vouliez-vous qu'elle tombe enceinte à ce moment-là, vouliez-vous qu'elle tombe enceinte plus tard, ou ne vouliez-vous pas du tout qu'elle tombe enceinte?</p>	<p>A CE MOMENT-LA.....1 PLUS TARD.....2 PAS DU TOUT.....3</p>	505(B)
505	<p>(A) EPOUSE/PARTENAIRE PAS ENCEINTE OU PAS SUR OU PAS D'EPOUSE/PARTENAIRE: <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>(B) EPOUSE/PARTENAIRE ENCEINTE: <input type="checkbox"/></p> <p>Maintenant, j'ai quelques questions au sujet de l'avenir. Après l'enfant que votre femme/partenaire attend, voudriez-vous avoir un autre enfant, ou préféreriez-vous ne pas avoir d'autres enfants?</p>	<p>AVOIR UN (AUTRE) ENFANT.....1 PAS D'AUTRE/AUCUN.....2 DIT QUE SA FEMME NE PEUT PAS TOMBER ENCEINTE.....3 DIT QU'IL NE PEUT PLUS AVOIR D'ENFANT.....4 INDECIS/NSP.....8</p>	507
506	<p>VERIFIER 503:</p> <p>EPOUSE/PARTENAIRE PAS ENCEINTE OU PAS SURE OU PAS D'EPOUSE/PARTENAIRE: <input type="checkbox"/></p> <p>Combien de temps voudriez-vous attendre, à partir de maintenant, avant la naissance d'un (autre) enfant?</p> <p>EPOUSE/PARTENAIRE ENCEINTE: <input type="checkbox"/></p> <p>Après l'enfant que votre épouse/partenaire attend, combien de temps voudriez-vous attendre avant la naissance d'un autre enfant?</p>	<p>MOIS.....1 <input type="text"/></p> <p>ANNEES.....2 <input type="text"/></p> <p>BIENTOT/MAINTENANT.....993 DIT QUE SA FEMME NE PAS TOMBER ENCEINTE.....994 APRES LE MARIAGE.....995 AUTRE _____ 996 (PRECISER) NSP.....998</p>	
507	<p>VERIFIER 308: UTILISE UNE METHODE?</p> <p>PAS POSEE: <input type="checkbox"/> N'UTILISE PAS ACTUELLEMENT: <input type="checkbox"/> UTILISE ACTUELLEMENT: <input type="checkbox"/></p>		512
508	<p>Pensez-vous que vous utiliserez une méthode pour retarder ou éviter une grossesse dans les 12 prochains mois?</p>	<p>OUI.....1 NON.....2 NSP.....8</p>	510
509	<p>Pensez-vous que vous utiliserez une méthode dans le futur?</p>	<p>OUI.....1 NON.....2 NSP.....8</p>	511

510	Quelle méthode préféreriez-vous utiliser?	PILULE.....01 DIU.....02 INJECTION.....03 IMPLANTS.....04 DIAPHRAGME/MOUSSE/GELEE.....05 CONDOM.....06 CONTR.CHIRUR.VOLONT.FEMININE...07 CONTR.CHIRUR.VOLONT.MASCULINE..08 CONTINENCE PERIODIQUE.....09 RETRAIT.....10 AUTRE _____ 96 (PRECISER) PAS SUR/NSP.....98
-----	---	---

→512

511	Quelle est la principale raison pour laquelle vous pensez que vous n'utiliserez jamais de methode?	NON MARIE.....11 RAISONS LIEES A LA FECONDITE RAP. SEX. PEU FREQUENTS.....22 FEMME MENOPAUSEE/HYSTERECT...23 FEMME SOUS-FECONDE/STERILE...24 VEUT DES ENFANTS.....26 OPPOSITION A L'UTILISATION ENQUETE OPPOSE.....31 EPOUSE/PARTENAIRE OPPOSEE....32 AUTRES PERS. OPPOSEES.....33 INTERDITS RELIGIEUX.....34 TABOUS CULTURELS.....35 MANQUE DE CONNAISSANCE NE CONNAIT AUCUNE METHODE....41 NE CONNAIT AUCUNE SOURCE.....42 RAISONS LIEES A UNE METHODE PROBLEMES DE SANTE.....51 PEUR DES EFFETS SECONDAIRES...52 PAS ACCESSIBLE/TROP LOIN.....53 TROP CHERE.....54 PAS PRATIQUE A UTILISER.....55 INTERFERE AVEC LE PROCESSUS NORMAL DU CORPS.....56 UTILISATION CONCERNE FEMME....61 AUTRE _____ 96 (PRECISER) NSP.....98
-----	--	---

512	VERIFIER 202 ET 204 : A DES ENFANTS VIVANTS: <input type="checkbox"/> ↓ Si vous pouviez revenir à l'époque où vous n'aviez pas d'enfants et choisir exactement le nombre d'enfants à avoir dans toute votre vie, combien voudriez-vous en avoir? N'A PAS D'ENFANTS VIVANTS: <input type="checkbox"/> ↓ Si vous pouviez choisir exactement le nombre d'enfants à avoir dans toute votre vie, combien voudriez-vous en avoir? INSISTER POUR OBTENIR UNE REPONSE NUMERIQUE.	NOMBRE..... <input type="text"/> <input type="text"/> AUTRE _____ 96 (PRECISER)
-----	---	---

→514

513	Parmi ces enfant, combien souhaiteriez-vous de garçons, combien souhaiteriez-vous de filles, et pour combien d'entre eux, cela n'a-t-il pas d'importance?	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)
-----	---	---

N°	QUESTIONS ET FILTRES	CODES	PASSER A																								
514	En général, approuvez-vous ou désapprouvez-vous les couples qui utilisent une méthode pour éviter une grossesse?	APPROUVE.....1 DESAPPROUVE.....2 SANS OPINION.....3																									
515	Trouvez-vous acceptable ou pas acceptable que des informations sur la planification familiale soient données : à la radio? à la télévision?	<table border="1"> <thead> <tr> <th></th> <th>ACCEP- TABLE</th> <th>PAS ACCEP- TABLE</th> <th>NSP</th> </tr> </thead> <tbody> <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> </tbody> </table>		ACCEP- TABLE	PAS ACCEP- TABLE	NSP	RADIO.....1		2	8	TELEVISION.....1		2	8													
	ACCEP- TABLE	PAS ACCEP- TABLE	NSP																								
RADIO.....1		2	8																								
TELEVISION.....1		2	8																								
516	Durant les derniers mois, avez-vous entendu ou vu quelque chose sur la planification familiale: à la radio? à la télévision? dans les journaux ou les magazines? sur une affiche? sur un prospectus ou une brochure? sur une pancarte ou panneau publicitaire? au cours d'une réunion communautaire/d'association?	<table border="1"> <thead> <tr> <th></th> <th>OUI</th> <th>NON</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>RADIO.....1</td> <td></td> <td>2</td> </tr> <tr> <td>TELEVISION.....1</td> <td></td> <td>2</td> </tr> <tr> <td>JOURNAUX OU MAGAZINES.....1</td> <td></td> <td>2</td> </tr> <tr> <td>AFFICHE.....1</td> <td></td> <td>2</td> </tr> <tr> <td>PROSPECTUS OU BROCHURES.....1</td> <td></td> <td>2</td> </tr> <tr> <td>PANCARTE/PANNEAU PUB.....1</td> <td></td> <td>2</td> </tr> <tr> <td>REUNION.....1</td> <td></td> <td>2</td> </tr> </tbody> </table>		OUI	NON	RADIO.....1		2	TELEVISION.....1		2	JOURNAUX OU MAGAZINES.....1		2	AFFICHE.....1		2	PROSPECTUS OU BROCHURES.....1		2	PANCARTE/PANNEAU PUB.....1		2	REUNION.....1		2	
	OUI	NON																									
RADIO.....1		2																									
TELEVISION.....1		2																									
JOURNAUX OU MAGAZINES.....1		2																									
AFFICHE.....1		2																									
PROSPECTUS OU BROCHURES.....1		2																									
PANCARTE/PANNEAU PUB.....1		2																									
REUNION.....1		2																									
516A	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																									
518	Au cours des derniers mois, avez-vous discuté de la planification familiale avec quelqu'un?	OUI.....1 NON.....2	520																								
519	Avec qui en avez-vous discuté? Quelqu'un d'autre? ENREGISTRER TOUT CE QUI EST MENTIONNE.	EPOUSE/PARTENAIRE.....A MERE.....B PERE.....C SOEUR(S).....D FRERE(S).....E FILLE.....F BELLE-MERE.....G AMIS/VOISINS.....H AUTRE _____ X (PRECISER)																									
520	VERIFIER 401 :		601A																								
	ACTUELLE- MENT MARIE: <input type="checkbox"/> VIT AVEC UNE FEMME: <input type="checkbox"/> PAS EN UNION: <input type="checkbox"/>																										
521	Les conjoints ne sont pas toujours d'accord sur tout. Je voudrais vous poser des questions sur le point de vue de votre (vos) épouse(s)/femme(s) avec qui vous vivez sur la planification familiale. Pensez-vous que votre (vos) épouse(s)/femme(s) avec qui vous vivez approuve(nt) ou désapprouve(nt) les couples qui utilisent une méthode pour éviter une grossesse?	APPROUVE(NT).....1 DESAPPROUVE(NT).....2 CERTAINES APPROUVENT D'AUTRES DESAPPROUVENT.....3 NSP.....8																									
522	Combien de fois, avez-vous parlé avec votre (vos)épouse(s) /femme(s) avec qui vous vivez de la planification familiale au cours des 12 derniers mois?	AUCUNE.....1 UNE OU DEUX FOIS.....2 PLUS SOUVENT.....3																									

SECTION 6. SIDA ET AUTRES MALADIES SEXUELLEMENT TRANSMISSIBLES

N°	QUESTIONS ET FILTRES	CODES	PASSER A
601A	Avez-vous déjà entendu parler de maladies qui peuvent se transmettre sexuellement?	OUI.....1 NON.....2	→ 601F
601B	Quelles maladies connaissez-vous? ENREGISTRER TOUTES LES REPONSES.	SYPHILIS/VEROLE.....A GONORRHEE/BLENNORRAGIE.....B SIDA.....C CONDYLOME/TUMEUR GENITALE.....D ECOULEMENT/ULCERATION.....E AUTRE _____ W (PRECISER) AUTRE _____ X (PRECISER) NSP.....Z	
601C	VERIFIER 410 ET 410F: A EU DES RAPPORTS SEXUELS: <input type="checkbox"/>	N'A JAMAIS EU DE RAPPORTS SEXUELS: <input type="checkbox"/>	→ 601F
601D	Au cours des 12 derniers mois, avez-vous eu une de ces maladies?	OUI.....1 NON.....2 NSP.....8	→ 601F
601E	Quelles maladies avez-vous eues? ENREGISTRER TOUTES LES REPONSES.	SYPHILIS/VEROLE.....A GONORRHEE/BLENNORRAGIE.....B SIDA.....C CONDYLOME/TUMEUR GENITALE.....D ECOULEMENT/ULCERATION.....E AUTRE _____ W (PRECISER) AUTRE _____ X (PRECISER) NSP.....Z	
601F	Au cours des 12 derniers mois, avez-vous eu un écoulement du pénis?	OUI.....1 NON.....2 NSP.....8	
601G	Au cours des 12 derniers mois, avez-vous eu une plaie ou un ulcère sur le pénis?	OUI.....1 NON.....2 NSP.....8	
601H	VERIFIER 601E, 601F ET 601G: A EU AU MOINS UNE MALADIE: <input type="checkbox"/>	N'A EU AUCUNE MALADIE: <input type="checkbox"/>	→ 601N
601I	La dernière fois que vous avez eu la (MALADIE DE 601E/ ECOULEMENT/PLAIE), avez-vous cherché des conseils ou un traitement?	OUI.....1 NON.....2	→ 601JA
601J	Où avez-vous cherché des conseils ou un traitement? Quelque part ailleurs/Quelqu'un d'autre? ENREGISTRER TOUT CE QUI EST MENTIONNE.	SECTEUR PUBLIC/PARA PUBLIC HOPITAL.....A CENTRE DE SANTE.....B AUTRE PUBLIC _____ C (PRECISER) SECTEUR MEDICAL PRIVE HOPITAL PRIVE CONFESIONNEL.....D HOPITAL LAIC/CLINIQUE.....E CENTRE SANTE/DISPENSAIRE CONFESIONNEL/MISSION.....F CABINET MEDICAL.....G PHARMACIE.....H AUTRE PRIVE MEDICAL _____ I (PRECISER) AUTRE SECTEUR PRIVE BOUTIQUE/MARCHE.....J GUERISSEUR TRADITION.....K AMIS/PARENTS.....L AUTRE _____ X (PRECISER) NSP.....Z	

N°	QUESTIONS ET FILTRES	CODES	PASSER A
601JA	VERIFIER 410 ET 410F: A EU DES RAPPORTS SEXUELS : <input type="checkbox"/>	N'A JAMAIS EU DE RAPPORTS SEXUELS : <input type="checkbox"/>	601N
601K	Quand vous avez eu la/les (MALADIE(S) DE 601E/ECOULEMENT/ PLAIE) avez-vous averti votre/vos partenaire(s)?	OUI.....1 NON.....2	
601L	Quand vous avez eu la/les (MALADIE(S) DE 601E/ECOULEMENT/ PLAIE) avez-vous fait quelque chose pour éviter d'infecter votre/vos partenaire(s)?	OUI.....1 NON.....2 PARTENAIRE DEJA INFECTEE.....3	601N
601M	Qu'avez-vous fait? ENREGISTRER TOUT CE QUI EST MENTIONNE.	PAS DE RAPPORTS SEXUELS.....A A UTILISE CONDOMS.....B A PRIS DES MEDICAMENTS.....C AUTRE _____ X (PRECISER)	
601N	VERIFIER 601B: N'A PAS CITE LE "SIDA": <input type="checkbox"/>	A CITE LE "SIDA" : <input type="checkbox"/>	602
601O	Avez-vous déjà entendu parler d'une maladie appelée SIDA?	OUI.....1 NON.....2	611C
602	De quelles sources d'informations avez-vous le plus appris sur le SIDA? Aucune autre source? ENREGISTRER TOUT CE QUI EST MENTIONNE.	RADIO.....A TV.....B JOURNAUX/MAGAZINES.....C DEPLIANTS/PROSPECTUS.....D CENTRE/AGENT DE SANTE.....E MOSQUEE/EGLISE/TEMPLE.....F ECOLE/PROFESSEUR.....G REUNION D'ASSOCIATION.....H THEATRE POPULAIRE.....I AMI(E)S/PARENTS.....J LIEU DE TRAVAIL.....K AUTRE _____ X (PRECISER)	
602A	Si vous vouliez plus d'information sur le SIDA, d'où souhaiteriez-vous obtenir ces informations? SI PLUSIEURS SOURCES SONT CITEES, DEMANDER QUELLE EST LA SOURCE PREFEREE ET ENCELER LE CODE CORRESPONDANT.	RADIO.....01 TV.....02 JOURNAUX/MAGAZINES.....03 DEPLIANTS/PROSPECTUS.....04 CENTRE/AGENT DE SANTE.....05 MOSQUEE/EGLISE/TEMPLE.....06 ECOLE/PROFESSEUR.....07 REUNION D'ASSOCIATION.....08 THEATRE POPULAIRE.....09 AMI(E)S/PARENTS.....10 LIEU DE TRAVAIL.....11 ASSEZ INFORME.....12 AUTRE _____ 96 (PRECISER)	
602B	Comment peut-on attraper le SIDA? Aucune autre façon? ENREGISTRER TOUT CE QUI EST MENTIONNE.	RAPPORTS SEXUELS.....A RAPPORTS SEXUELS AVEC DES PARTENAIRE MULTIPLES.....B RAP. SEXUELS AVEC PROSTITUEES...C NE PAS UTILISER CONDOM.....D RELATIONS HOMOSEXUELLES.....E TRANSFUSION DE SANG.....F INJECTIONS.....G EN EMBRESSANT.....H PIQURES DE MOUSTIQUES.....I LAMES, CISEAUX, COUTEAUX INSTRUMENTS COUPANTS SOUILLES..K AUTRE _____ W (PRECISER) AUTRE _____ X (PRECISER) NSP.....Z	
603	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	607

N°	QUESTIONS ET FILTRES	CODES	PASSER A
604	<p>Que peut-on faire?</p> <p>Quelque chose d'autre?</p> <p>ENREGISTRER TOUT CE QUI EST MENTIONNE.</p>	<p>PROTEGER SES RAPPORTS.....A</p> <p>S'ABSTENIR DE RAPPORTS SEXUELS..B</p> <p>UTILISER DES CONDOMS.....C</p> <p>EVITER MULTIPLES PARTENAIRES...D</p> <p>EVITER LES PROSTITUEES.....E</p> <p>EVITER REL. HOMOSEXUELLES.....F</p> <p>EVITER TRANSFUSIONS DE SANG.....G</p> <p>EVITER INJECTIONS.....H</p> <p>EVITER D'EMBRASSER.....I</p> <p>EVITER PIQUES MOUSTIQUES.....J</p> <p>EVITER LAMES,CISEAUX,COUTEAUX</p> <p>INSTRUMENTS COUPANTS SOUILLES..K</p> <p>CHERCHER LA PROTECTION DES</p> <p>GUERISSEURS TRADITIONNELS....L</p> <p>AUTRE _____ W</p> <p>(PRECISER)</p> <p>AUTRE _____ X</p> <p>(PRECISER)</p> <p>NSP.....Z</p>	
605	<p>VERIFIER 604:</p> <p>A MENTIONNE <input type="checkbox"/></p> <p>"PROTEGER SES RAPPORTS":</p>	<p>N'A PAS MENTIONNE <input type="checkbox"/></p> <p>"PROTEGER SES RAPPORTS":</p>	607
606	<p>Qu'est-ce-que "protéger ses rapports" signifie pour vous?</p>	<p>S'ABSTENIR DE RAPPORTS SEXUELS..B</p> <p>UTILISER DES CONDOMS.....C</p> <p>EVITER MULTIPLES PARTENAIRES...D</p> <p>EVITER LES PROSTITUEES.....E</p> <p>EVITER REL. HOMOSEXUELLES.....F</p> <p>AUTRE _____ X</p> <p>(PRECISER)</p> <p>NSP.....Z</p>	
607	<p>Est-il possible qu'une personne qui semble être en bonne santé, soit en fait atteinte du virus du SIDA?</p>	<p>OUI.....1</p> <p>NON.....2</p> <p>NSP.....8</p>	
608	<p>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?</p>	<p>PRESQUE JAMAIS.....1</p> <p>PARFOIS.....2</p> <p>PRESQUE TOUJOURS.....3</p> <p>NSP.....8</p>	
608A	<p>Peut-on guérir du SIDA?</p>	<p>OUI.....1</p> <p>NON.....2</p> <p>NSP.....8</p>	
608B	<p>Le SIDA peut-il être transmis de la mère à l'enfant?</p>	<p>OUI.....1</p> <p>NON.....2</p> <p>NSP.....8</p>	
608C	<p>Connaissez-vous personnellement quelqu'un qui a le SIDA ou qui est mort du SIDA?</p>	<p>OUI.....1</p> <p>NON.....2</p> <p>NSP.....8</p>	
609	<p>Pensez-vous que les risques que vous attrapiez le SIDA sont faibles, moyens, importants, ou que vous ne courez aucun risque de l'attraper?</p>	<p>FAIBLE.....1</p> <p>MOYEN.....2</p> <p>IMPORTANT.....3</p> <p>PAS DE RISQUE DU TOUT.....4</p> <p>A LE SIDA.....5</p>	609C 611A
609B	<p>Pourquoi pensez-vous (NE PAS COURIR DE RISQUES/COURIR DE FAIBLES RISQUES) d'attraper le SIDA?</p> <p>Aucune autre raison?</p> <p>ENREGISTRER TOUT CE QUI EST MENTIONNE.</p>	<p>S'ABSTIENT DE RAP. SEXUELS.....B</p> <p>UTILISE CONDOMS.....C</p> <p>A SEULEMENT 1 PARTENAIRE SEX...D</p> <p>A NOMBRE LIMITE DE PART. SEX...E</p> <p>EVITE LES PROSTITUEES.....F</p> <p>CONJOINT N'A PAS AUTRES PART...G</p> <p>N'A PAS RELATIONS HOMOSEX.....H</p> <p>N'A PAS TRANSFUSION DE SANG....I</p> <p>N'A PAS D'INJECTIONS.....J</p> <p>EVITE LAMES, CISEAUX,COUTEAUX</p> <p>INSTRUMENTS COUPANTS SOUILLES..K</p> <p>AUTRE _____ X</p> <p>(PRECISER)</p>	611A

N°	QUESTIONS ET FILTRES	CODES	PASSER A				
609C	<p>Pourquoi pensez-vous courir des risques (MOYENS/ IMPORTANTS) d'attraper le SIDA?</p> <p>Aucune autre raison?</p> <p>ENREGISTRER TOUT CE QUI EST MENTIONNE.</p>	<p>N'UTILISE PAS CONDOMS.....C PLUS D'1 PARTENAIRE SEXUEL.....D NOMBREUX PARTENAIRE SEXUELS....E FREQUENTE LES PROSTITUEES.....F CONJOINT A AUTRE(S) PARTENAIRE..G RELATIONS HOMOSEXUELLES.....H TRANSFUSION DE SANG.....I INJECTIONS.....J AUTRE.....X (PRECISER)</p>					
611A	<p>Depuis que vous avez entendu parler du SIDA, avez-vous changé votre comportement pour éviter de l'attraper?</p> <p>SI OUI, Qu'avez-vous fait?</p> <p>Quelque chose d'autre?</p> <p>ENREGISTRER TOUT CE QUI EST MENTIONNE.</p>	<p>PAS COMMENCE RAPPORTS SEXUELS...A ARRETE RAPPORTS SEXUELS.....B COMMENCE UTILISER CONDOMS.....C LIMITE SEX. A 1 PARTENAIRE.....D REDUIT NOMBRE DE PARTENAIRE....E EVITE LES PROSTITUEES.....F DEMANDE CONJOINT D'ETRE FIDELE..G ARRETE RELATIONS HOMOSEXUEL....H ARRETE INJECTIONS.....J EVITE LAMES, CISEAUX,COUTEAUX INSTRUMENTS COUPANTS SOUILLES..K AUTRE.....W (PRECISER) AUTRE.....X (PRECISER) PAS DE CHANGEMENT.....Y</p>	<p>→ 611C</p>				
611B	<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 MENTIONNE.</p>	<p>PAS COMMENCE RAPPORTS SEXUELS...A ARRETE RAPPORTS SEXUELS.....B COMMENCE UTILISER CONDOMS.....C LIMITE SEX. A 1 PARTENAIRE.....D REDUIT NOMBRE DE PARTENAIRE....E EVITE LES PROSTITUEES.....F ARRETE RELATIONS HOMOSEXUEL....H AUTRE.....X (PRECISER) PAS CHANGEMENT COMP. SEXUEL....Y NSP.....Z</p>					
611C	<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 NON.....2</p>	<p>→ 611F</p>				
611D	<p>VERIFIER 410 ET 410F:</p> <table border="0" style="width: 100%;"> <tr> <td style="width: 50%;">A EU DES RAPPORTS SEXUELS:</td> <td style="width: 10%; text-align: center;"><input type="checkbox"/></td> <td style="width: 50%;">N'A JAMAIS EU DES RAPPORTS SEXUELS:</td> <td style="width: 10%; text-align: center;"><input type="checkbox"/></td> </tr> </table>	A EU DES RAPPORTS SEXUELS:	<input type="checkbox"/>	N'A JAMAIS EU DES RAPPORTS SEXUELS:	<input type="checkbox"/>		<p>→ 613</p>
A EU DES RAPPORTS SEXUELS:	<input type="checkbox"/>	N'A JAMAIS EU DES RAPPORTS SEXUELS:	<input type="checkbox"/>				
611E	<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 NON.....2</p>	<p>→ 611G</p>				
611EA	<p>Utilisez-vous le condom de temps en temps, souvent ou à chaque rapport sexuel?</p>	<p>TEMPS EN TEMPS.....1 SOUVENT.....2 CHAQUE RAPPORT.....3</p>	<p>→ 611G</p>				
611F	<p>VERIFIER 410 ET 410F:</p> <table border="0" style="width: 100%;"> <tr> <td style="width: 50%;">A EU DES RAPPORTS SEXUELS:</td> <td style="width: 10%; text-align: center;"><input type="checkbox"/></td> <td style="width: 50%;">N'A JAMAIS EU DES RAPPORTS SEXUELS:</td> <td style="width: 10%; text-align: center;"><input type="checkbox"/></td> </tr> </table>	A EU DES RAPPORTS SEXUELS:	<input type="checkbox"/>	N'A JAMAIS EU DES RAPPORTS SEXUELS:	<input type="checkbox"/>		<p>→ 613</p>
A EU DES RAPPORTS SEXUELS:	<input type="checkbox"/>	N'A JAMAIS EU DES RAPPORTS SEXUELS:	<input type="checkbox"/>				
611G	<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 NON.....2</p>					
613	<p>ENREGISTRER L'HEURE.</p>	<p>HEURES.....<table border="1" style="display: inline-table; vertical-align: middle;"><tr><td style="width: 20px; height: 20px;"></td><td style="width: 20px; height: 20px;"></td></tr></table> MINUTES.....<table border="1" style="display: inline-table; vertical-align: middle;"><tr><td style="width: 20px; height: 20px;"></td><td style="width: 20px; height: 20px;"></td></tr></table></p>					

OBSERVATIONS DE L'ENQUETEUR
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: _____