

ENQUÊTE DÉMOGRAPHIQUE ET DE SANTÉ

RÉPUBLIQUE ISLAMIQUE DE MAURITANIE
 Honneur - Fraternité - Justice

MINISTÈRE DES AFFAIRES ÉCONOMIQUES ET DU DÉVELOPPEMENT
OFFICE NATIONAL DE LA STATISTIQUE

-- QUESTIONNAIRE FEMME --

IDENTIFICATION				
NOM DE LA LOCALITÉ/QUARTIER _____				
NOM DU CHEF DE MÉNAGE _____				
NUMÉRO DE GRAPPE	GRAPPE	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
NUMÉRO DE STRUCTURE	STRUCT.	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
NUMÉRO DE MÉNAGE DANS LA STRUCTURE	MÉNAGE.	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
NOM ET CODE DE LA WILAYA _____	WILAYA	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
NOM ET CODE DE LA MOUGHATAA _____	MOUGHATAA	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
NOM ET CODE DE LA COMMUNE _____	COMMUNE	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
NUMÉRO DU DISTRICT DE RECENSEMENT	DR	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
URBAIN/RURAL (URBAIN=1, RURAL=2)	URBAIN/RURAL	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
NOUAKCHOTT = 1 / NOUADIBOU/KIFFA = 2 / AUTRES VILLES = 3 / RURAL = 4	RÉSIDENCE	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
NOM ET N° DE LIGNE DE LA FEMME (DU QUESTIONNAIRE MÉNAGE) _____		<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
VISITES D'ENQUÊTRICE				
	1	2	3	VISITE FINALE
DATE	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	JOUR <input type="text"/> MOIS <input type="text"/> ANNÉE <input type="text"/> 2 <input type="text"/> 0 <input type="text"/> 0 <input type="text"/> 0
NOM DE L'ENQUÊTRICE	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	NOM <input type="text"/> RÉSULTAT <input type="text"/>
RÉSULTAT*	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
PROCHAINE VISITE : DATE	<input type="text"/>	<input type="text"/>		NOMBRE TOTAL DE VISITES <input type="text"/>
HEURE	<input type="text"/>	<input type="text"/>		<input type="text"/>
*CODES RÉSULTAT:				
1 REMPLI	4 REFUSÉ			
2 PAS À LA MAISON	5 REMPLI PARTIELLEMENT	7	AUTRE _____ (PRÉCISER)	
3 DIFFÉRÉ	6 INCAPACITÉ			
CONTRÔLEUSE	CHEF D'ÉQUIPE	CONT. BUREAU	SAISI PAR	
NOM _____ <input type="text"/>	NOM _____ <input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	
DATE _____ <input type="text"/>	DATE _____ <input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	

SECTION 1
CARACTÉRISTIQUES SOCIO-DÉMOGRAPHIQUES DES ENQUÊTÉES, MARIAGE ET ACTIVITÉ SEXUELLE

N°.	QUESTIONS ET FILTRES	CODES	ALLER À
101	ENREGISTRER L'HEURE.	HEURE..... MINUTES.....	<input type="text"/> <input type="text"/>
102	Pour commencer, je voudrais vous poser des questions sur vous-même et sur votre ménage. Jusqu'à l'âge de 12 ans, avez-vous vécu la plupart du temps à Nouakchott, à Nouadibou, dans une autre ville, en milieu rural ou à l'étranger?	NOUAKCHOTT 1 NOUADIBOU..... 2 AUTRES VILLES..... 3 RURAL..... 4 ÉTRANGER 5	
103	Depuis combien de temps habitez-vous (de façon continue) à (NOM DE LA VILLE/VILLAGE ACTUEL DE RÉSIDENCE)? SI MOINS D'UNE ANNÉE, INSCRIVEZ '00' ANNÉE.	NOMBRE D'ANNÉES TOUJOURS..... 95 VISITEUR..... 96	<input type="text"/> ↓ > 105
104	Juste avant de vous installer ici, viviez-vous à Nouakchott, à Nouadibou, dans une autre ville, en milieu rural ou à l'étranger?	NOUAKCHOTT 1 NOUADIBOU..... 2 AUTRES VILLES..... 3 RURAL..... 4 ÉTRANGER..... 5	
105	En quel mois et en quelle année êtes-vous née?	MOIS NSP MOIS..... 98 ANNÉE..... NSP ANNÉE..... 9998	<input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>
106	Quel âge aviez-vous à votre dernier anniversaire? COMPARER ET CORRIGER 105 ET/OU 106 SI INCOHÉRENTS.	ÂGE EN ANNÉES RÉVOLUES ...	<input type="text"/>

SI L'ENQUÊTÉE A MOINS DE 15 ANS OU PLUS DE 49 ANS, ARRÊTER L'INTERVIEW ET EFFECTUER LES CORRECTIONS APPROPRIÉES DANS LE QUESTIONNAIRE MÉNAGE

107	Avez-vous fréquenté l'école ou l'école coranique?	OUI, ÉCOLE FORMELLE 1 OUI, ÉCOLE CORANIQUE SEULE 2 NON 3	→ 109 → 115
108	Quel est le plus haut niveau d'études que vous avez atteint : primaire, secondaire 1er cycle, 1er cycle technique, secondaire 2 nd cycle, 2 nd cycle technique ou supérieur?	PRIMAIRE 1 SECONDAIRE 1er CYCLE/ 1er CYCLE TECHNIQUE..... 2 SECONDAIRE 2 nd CYCLE/ 2nd CYCLE TECHNIQUE 3 SUPÉRIEUR 4	
109	VÉRIFIER 107 ET 108: ÉCOLE CORANIQUE <input type="text"/> Quelle est la dernière année passée à l'école coranique?*	ÉCOLE FORMELLE <input type="text"/> Quelle est la dernière (classe/année) que vous avez achevé à ce niveau? *	CLASSE/ANNÉES <input type="text"/>

* CODES POUR Q. 109 (CLASSE, ANNÉE)

NI-VEAU	CORANIQUE SEULE	PRIMAIRE	SECONDAIRE 1er CYCLE/ 1er CYCLE TECHNIQUE	SECONDAIRE 2 nd CYCLE/ 2 nd CYCLE TECHNIQUE	UNIVERSITÉ/ SUPÉRIEUR
CLASSE	1= 1-2 ans 2= 3 ans +	0= Cours Fondamental 0= MOINS D'1 AN ACH. 1= CP1/1 ^o an. 2= CP2/2 ^o an. 3= CE1/3 ^o an. 4= CE2/4 ^o an. 5= CM1/5 ^o an. 6= CM2/6 ^o an.	0= MOINS 1 AN ACH. 1= 1 ^o An./6 è 2= 2 ^o An./5è ou 4è 3= 3 ^o An./3è (BEPC) 3= Tout 1er cycle technique	0= MOINS 1 AN ACHEVÉ. 1= 4 ^o An./2nde 2= 5 ^o An./1ère 3= 6 ^o An./Terminale 3= Tout 2 nd cycle technique	0= MOINS D'1 AN ACHEVÉE 1= 1 ^o année. 2= 2 ^o année 3= 3 ^o année 4= 4 ^o année ou +

N°.	QUESTIONS ET FILTRES	CODES	ALLER À
110	VÉRIFIER 107: ÉCOLE FORMELLE <input type="checkbox"/> ÉCOLE CORANIQUE <input type="checkbox"/>		→115
111	VÉRIFIER 106: ÂGÉE DE 24 ANS OU MOINS <input type="checkbox"/> ÂGÉE DE 25 ANS OU PLUS <input type="checkbox"/>		→114
112	Est-ce que vous allez à l'école actuellement?	OUI 1 NON 2	→114
113	Quelle est la raison principale pour laquelle vous avez arrêté d'aller à l'école?	S'EST MARIÉE 01 TOMBÉE ENCEINTE 02 GARDE ENFANTS PLUS JEUNES 03 FAMILLE AVAIT BESOIN AIDE AU TRAVAIL 04 POUVAIT PAS PAYER ÉTUDE 05 DEVAIT GAGNER DE L'ARGENT 06 SUFFISAMMENT SCOLARISÉE 07 N'AIMAIT PAS ÉCOLE 08 ÉCOLE INACCESSIBLE/TROP LOIN 09 AUTRE 96 NE SAIT PAS 98	
114	VÉRIFIER 108: PRIMAIRE <input type="checkbox"/> SECONDAIRE OU SUPÉRIEUR <input type="checkbox"/>		→116
115	Maintenant, je voudrais que vous me lisiez cette phrase à voix haute; lisez-en le plus que vous pouvez. MONTRER VOTRE CARTE À L'ENQUÊTÉE SI L'ENQUÊTÉE NE PEUT PAS LIRE LA PHRASE ENTIÈRE, INSISTER : Pouvez-vous lire une partie de la phrase ?	NE PEUT PAS LIRE DU TOUT 1 PEUT LIRE CERTAINES PARTIES 2 PEUT LIRE TOUTE LA PHRASE 3 PAS DE CARTE DANS LANGUE QUI CONVIENT 4	→117
116	Lisez-vous un journal ou un magazine pratiquement chaque jour, au moins une fois par semaine, moins d'une fois par semaine ou pas du tout?	PRATIQUEMENT CHAQUE JOUR 1 AU MOINS UNE FOIS PAR SEMAINE 2 MOINS D'UNE FOIS PAR SEMAINE 3 PAS DU TOUT 4	
117	Écoutez-vous la radio pratiquement chaque jour, au moins une fois par semaine, moins d'une fois par semaine ou pas du tout?	PRATIQUEMENT CHAQUE JOUR 1 AU MOINS UNE FOIS PAR SEMAINE 2 MOINS D'UNE FOIS PAR SEMAINE 3 PAS DU TOUT 4	
118	Regardez-vous la télévision pratiquement chaque jour, au moins une fois par semaine, moins d'une fois par semaine ou pas du tout?	PRATIQUEMENT CHAQUE JOUR 1 AU MOINS UNE FOIS PAR SEMAINE 2 MOINS D'UNE FOIS PAR SEMAINE 3 PAS DU TOUT 4	
119	Quelle est votre ethnie ?	ARABE 1 POULAR 2 SONINKÉ 3 WOLOF 4 AUTRE 6	
120	Êtes-vous actuellement célibataire, mariée, veuve ou divorcée?	CÉLIBATAIRE 1 MARIÉE 2 VEUVE 3 DIVORCÉE 4	→235 ↓ →126
121	Est-ce que votre mari a d'autres femmes en plus de vous-même?	OUI 1 NON 2	→124

N°.	QUESTIONS ET FILTRES	CODES	ALLER À
122	Combien d'autres femmes a-t-il?	NOMBRE..... <input type="text"/> NE SAIT PAS 8	-> 124
123	Quel est votre rang d'épouse, c'est-à-dire êtes-vous la première, seconde, épouse?	RANG..... <input type="text"/>	
124	Est-ce que votre mari vit actuellement avec vous, ou vit-il ailleurs?	VIT AVEC ELLE 1 VIT AILLEURS 2	
125	ENREGISTRER LE NOM DU MARI ET SON NUMÉRO DE LIGNE DE LA FEUILLE MÉNAGE. S'IL N'EST PAS LISTÉ DANS LE MÉNAGE, ENREGISTRER 000.	NOM _____ No DE LIGNE DU QUESTIONNAIRE MÉNAGE. <input type="text"/>	
126	Combien de fois avez-vous été mariée?	NOMBRE DE FOIS <input type="text"/>	
127	VÉRIFIER 126: UN SEUL MARIAGE <input type="text"/> En quel mois et quelle année vous êtes-vous mariée? 2 MARIAGES OU PLUS <input type="text"/> Maintenant, nous allons parler de votre premier mari. En quel mois et quelle année vous êtes-vous mariée avec lui?	MOIS <input type="text"/> NE SAIT PAS LE MOIS 98 ANNÉE <input type="text"/> NE SAIT PAS L'ANNÉE 9998	-> 129
128	Quel âge aviez-vous lorsque vous vous êtes mariée avec lui?	ÂGE..... <input type="text"/>	
129	VÉRIFIER 126: UN SEUL MARIAGE <input type="text"/> Quand vous vous êtes mariée, y-avait-il un lien de parenté entre vous et votre mari? 2 MARIAGES OU PLUS <input type="text"/> Y-avait-il un lien de parenté entre vous et votre premier mari? SI OUI: Quel lien de parenté? SI OUI: Quel lien de parenté?	OUI, COUSIN DIRECT PATERNEL..... 11 OUI, COUSIN DIRECT MATERNEL..... 12 OUI, COUSIN ÉLOIGNÉ PATERNEL ... 21 OUI, COUSIN ÉLOIGNÉ MATERNEL .. 22 OUI, AUTRE PARENT 31 NON, SANS PARENTÉ..... 41	
130	VÉRIFIER 126: UN SEUL MARIAGE <input type="text"/> Qui a choisi votre mari? 2 MARIAGES OU PLUS <input type="text"/> Qui a choisi votre premier mari?	ENQUÊTÉE A CHOISI..... 1 ENQUÊTÉE ET MARI SE SONT CHOISIS MUTUELLEMENT 2 ENQUÊTÉE A CHOISI AVEC QUELQU'UN D'AUTRE 3 FAMILLE DE L'ENQUÊTÉE A CHOISI ... 4 MARI OU SA FAMILLE A CHOISI 5 QUELQU'UN D'AUTRE A CHOISI 6	-> 132
131	VÉRIFIER 126: UN SEUL MARIAGE <input type="text"/> Lorsqu'on a choisi votre mari, est-ce que vous étiez d'accord pour vous marier avec cet homme? 2 MARIAGES OU PLUS <input type="text"/> Lorsqu'on a choisi votre premier mari, est-ce que vous étiez d'accord pour vous marier avec cet homme?	OUI..... 1 NON 2	
132	VÉRIFIER 126: UN SEUL MARIAGE <input type="text"/> 2 MARIAGES OU PLUS <input type="text"/>		-> 138
133	VÉRIFIER 120: ACTUELLEMENT VEUVE/DIVORCÉE <input type="text"/> ACTUELLEMENT MARIÉE <input type="text"/>		-> 145

N°.	QUESTIONS ET FILTRES	CODES	ALLER À
140	<p>VÉRIFIER 138:</p> <p>VEUVAGE <input type="checkbox"/></p> <p>Combien de temps après vous être mariée êtes-vous devenue veuve de votre premier mari?</p> <p>DIVORCE <input type="checkbox"/></p> <p>Combien de temps après vous être mariée avez-vous divorcé de votre premier mari?</p>	<p>SEMAINES 1 <input type="text"/></p> <p>MOIS 2 <input type="text"/></p> <p>ANNÉES 3 <input type="text"/></p>	
141	<p>En quel mois et quelle année vous êtes-vous mariée pour la seconde fois?</p>	<p>MOIS <input type="text"/></p> <p>NE SAIT PAS LE MOIS 98</p> <p>ANNÉE <input type="text"/></p> <p>NE SAIT PAS L'ANNÉE 9998</p>	
142	<p>VÉRIFIER 138:</p> <p>VEUVAGE <input type="checkbox"/></p> <p>Combien de temps après être devenue veuve de votre premier mari vous êtes-vous mariée pour la seconde fois?</p> <p>DIVORCE <input type="checkbox"/></p> <p>Combien de temps après avoir divorcé de votre premier mari vous êtes-vous mariée pour la seconde fois?</p>	<p>SEMAINES 1 <input type="text"/></p> <p>MOIS 2 <input type="text"/></p> <p>ANNÉES 3 <input type="text"/></p>	
143	<p>VÉRIFIER 138:</p> <p>DIVORCÉE DU 1ER MARI <input type="checkbox"/></p> <p>VEUVE DU 1ER MARI <input type="checkbox"/></p>		→ 145
144	<p>Quelle est la raison principale pour laquelle vous avez divorcé de votre premier mari?</p>	<p>DU POINT DE VUE DE LA FEMME</p> <p>MARIAGE SANS CONSENTEMENT DE LA FEMME 11</p> <p>MARIAGE PRÉCOCE/FEMME JEUNE MARIÉE À UN HOMME ÂGÉ 12</p> <p>MARI N'APAS RESPECTÉ LE CONTRAT DE MARIAGE/IL CHERCHE UNE AUTRE FEMME 13</p> <p>MÉSENTENTE ENTRE FEMME ET FAMILLE DU MARI 14</p> <p>MÉSENTENTE ENTRE ÉPOUSES (MARIAGE POLYGAME) 15</p> <p>FEMME EST NÉGLIGÉE (MARIAGE POLYGAME) 16</p> <p>MARI NE LUI FAIT PAS D'ENFANTS . 17</p> <p>MARI PAS ASSEZ D'ARGENT POUR SUBVENIR AUX BESOINS DU MÉNAGE 18</p> <p>FEMME VEUT RÉCUPÉRER SES BIENS 19</p> <p>DU POINT DE VUE DU MARI</p> <p>MÉSENTENTE ENTRE MARI ET FAMILLE DE LA FEMME 21</p> <p>PROBLÈMES SANTÉ DE L'HOMME .. 22</p> <p>FEMME NE LUI FAIT PAS D'ENFANTS 23</p> <p>MARI TROUVE QUE SA FEMME VEUT TROP D'ARGENT 24</p> <p>FEMME VEUT TRAVAILLER/ TRVAILLE 25</p> <p>AUTRE 96 (PRÉCISER)</p> <p>NE SAIT PAS 98</p>	
145	<p>Maintenant je voudrais vous poser une question sur votre activité sexuelle afin de mieux comprendre certains problèmes de la vie familiale.</p> <p>Quel âge aviez-vous quand vous avez eu vos premiers rapports sexuels?</p> <p>SI "JAMAIS", CETTE FEMME EST CÉLIBATAIRE. RETOURNER À Q.120, CORRIGER ET SUIVRE LES INSTRUCTIONS DE PASSAGE</p>	<p>ÂGE EN ANNÉES <input type="text"/></p> <p>1ère FOIS AVEC MARI 95</p>	

**SECTION 2
REPRODUCTION**

N°.	QUESTIONS ET FILTRES	CODES	ALLER À								
201	Maintenant, je voudrais vous poser des questions sur toutes les naissances que vous avez eues au cours de votre vie. Avez-vous donné naissance à des enfants?	OUI 1 NON 2	→206								
202	Avez-vous des fils ou 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, ENREGISTRER '00'.	FILS À 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> FILLES À 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 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 en vie mais ne vivent pas avec vous? Combien de filles sont en vie mais ne vivent pas avec vous? SI AUCUN, ENREGISTRER '00'.	FILS AILLEURS <table border="1" style="display: inline-table; vertical-align: middle;"><tr><td> </td><td> </td></tr><tr><td> </td><td> </td></tr></table> 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 déjà donné naissance à un garçon ou une fille qui est né vivant mais qui est décédé par la suite? SI NON, INSISTER : Aucun enfant qui a crié ou a montré un signe de vie mais qui n'a survécu que quelques heures ou quelques jours?	OUI 1 NON 2	→208								
207	Combien de garçons sont décédés? Combien de filles sont décédées? SI AUCUN, ENREGISTRER '00'.	GARÇONS DÉCÉDÉS <table border="1" style="display: inline-table; vertical-align: middle;"><tr><td> </td><td> </td></tr><tr><td> </td><td> </td></tr></table> FILLES DÉCÉDÉES <table border="1" style="display: inline-table; vertical-align: middle;"><tr><td> </td><td> </td></tr><tr><td> </td><td> </td></tr></table>									
208	FAITES LA SOMME DES RÉPONSES À Q. 203, 205, ET 207, ET ENREGISTRER LE TOTAL. SI AUCUN, ENREGISTRER '00'.	TOTAL <table border="1" style="display: inline-table; vertical-align: middle;"><tr><td> </td><td> </td></tr></table>									
209	VÉRIFIER 208: Je voudrais être sûre d'avoir bien compris : vous avez eu au TOTAL _____ naissances au cours de votre vie. Est-ce bien exact? OUI <input type="checkbox"/> NON <input type="checkbox"/> → INSISTER ET CORRIGER 201-208 COMME IL SE DOIT.										
210	VÉRIFIER 208: UNE NAISSANCE OU PLUS <input type="checkbox"/> AUCUNE NAISSANCE <input type="checkbox"/>		→225								

211 Maintenant je voudrais faire la liste de toutes vos naissances, qu'elles soient encore en vie ou non, en partant de la 1^{ère} que vous avez eue.

NOTER LE NOM DE TOUTES LES NAISSANCES À Q.212. NOTER LES JUMEAUX / TRIPLÉS SUR DES LIGNES SÉPARÉES.

212	213	214	215	216	217: SI EN VIE:	218 SI EN VIE	219 SI DÉCÉDÉ:	220
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?	(NOM) est-il/elle toujours en vie?	Quel âge avait (NOM) à son dernier anniversaire ? NOTER ÂGE EN ANNÉES RÉVOLUES.	(NOM) vit-il/elle avec vous?	Quel âge avait (NOM) quand il/elle est décédé(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 ANNÉES.	Y a-t-il eu d'autres naissances vivantes entre (NOM DE LA NAISSANCE PRÉCÉDENTE) et (NOM)?
01	SIMP. ..1 MULT ..2	GAR...1 FILLE 2	MOIS.... <input type="text"/> <input type="text"/> ANNÉE <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>	OUI 1 NON 2 ↓ 219	ÂGE EN ANNÉES <input type="text"/> <input type="text"/>	OUI.....1 NON2 PASSER À NAIS. SUIV. ←	JOURS ... 1 <input type="text"/> <input type="text"/> MOIS 2 <input type="text"/> <input type="text"/> ANNÉES.. 3 <input type="text"/> <input type="text"/>	
02	SIMP. ..1 MULT ..2	GAR...1 FILLE 2	MOIS.... <input type="text"/> <input type="text"/> ANNÉE <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>	OUI 1 NON 2 ↓ 219	ÂGE EN ANNÉES <input type="text"/> <input type="text"/>	OUI.....1 NON2 PASSER Q.220 .. ←	JOURS ... 1 <input type="text"/> <input type="text"/> MOIS 2 <input type="text"/> <input type="text"/> ANNÉES.. 3 <input type="text"/> <input type="text"/>	OUI 1 NON 2
03	SIMP. ..1 MULT ..2	GAR...1 FILLE 2	MOIS.... <input type="text"/> <input type="text"/> ANNÉE <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>	OUI 1 NON 2 ↓ 219	ÂGE EN ANNÉES <input type="text"/> <input type="text"/>	OUI.....1 NON2 PASSER Q.220 .. ←	JOURS ... 1 <input type="text"/> <input type="text"/> MOIS 2 <input type="text"/> <input type="text"/> ANNÉES.. 3 <input type="text"/> <input type="text"/>	OUI 1 NON 2
04	SIMP. ..1 MULT ..2	GAR...1 FILLE 2	MOIS.... <input type="text"/> <input type="text"/> ANNÉE <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>	OUI 1 NON 2 ↓ 219	ÂGE EN ANNÉES <input type="text"/> <input type="text"/>	OUI.....1 NON2 PASSER Q.220 .. ←	JOURS ... 1 <input type="text"/> <input type="text"/> MOIS 2 <input type="text"/> <input type="text"/> ANNÉES.. 3 <input type="text"/> <input type="text"/>	OUI 1 NON 2
05	SIMP. ..1 MULT ..2	GAR...1 FILLE 2	MOIS.... <input type="text"/> <input type="text"/> ANNÉE <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>	OUI 1 NON 2 ↓ 219	ÂGE EN ANNÉES <input type="text"/> <input type="text"/>	OUI.....1 NON2 PASSER Q.220 .. ←	JOURS ... 1 <input type="text"/> <input type="text"/> MOIS 2 <input type="text"/> <input type="text"/> ANNÉES.. 3 <input type="text"/> <input type="text"/>	OUI 1 NON 2
06	SIMP. ..1 MULT ..2	GAR...1 FILLE 2	MOIS.... <input type="text"/> <input type="text"/> ANNÉE <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>	OUI 1 NON 2 ↓ 219	ÂGE EN ANNÉES <input type="text"/> <input type="text"/>	OUI.....1 NON2 PASSER Q.220 .. ←	JOURS ... 1 <input type="text"/> <input type="text"/> MOIS 2 <input type="text"/> <input type="text"/> ANNÉES.. 3 <input type="text"/> <input type="text"/>	OUI 1 NON 2
07	SIMP. ..1 MULT ..2	GAR...1 FILLE 2	MOIS.... <input type="text"/> <input type="text"/> ANNÉE <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>	OUI 1 NON 2 ↓ 219	ÂGE EN ANNÉES <input type="text"/> <input type="text"/>	OUI.....1 NON2 PASSER Q.220 .. ←	JOURS ... 1 <input type="text"/> <input type="text"/> MOIS 2 <input type="text"/> <input type="text"/> ANNÉES.. 3 <input type="text"/> <input type="text"/>	OUI 1 NON 2
08	SIMP. ..1 MULT ..2	GAR...1 FILLE 2	MOIS.... <input type="text"/> <input type="text"/> ANNÉE <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>	OUI 1 NON 2 ↓ 219	ÂGE EN ANNÉES <input type="text"/> <input type="text"/>	OUI.....1 NON2 PASSER Q.220 .. ←	JOURS ... 1 <input type="text"/> <input type="text"/> MOIS 2 <input type="text"/> <input type="text"/> ANNÉES.. 3 <input type="text"/> <input type="text"/>	OUI 1 NON 2

212	213	214	215	216	217: SI EN VIE:	218 SI EN VIE	219 SI DÉCÉDÉ:	220
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?	(NOM) est-il/elle toujours en vie?	Quel âge avait (NOM) à son dernier anniversaire? NOTER ÂGE EN ANNÉES RÉVOLUES.	(NOM) vit-il/elle avec vous?	Quel âge avait (NOM) quand il/elle est décédé(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 ANNÉES.	Y a-t-il eu d'autres naissances vivantes entre (NOM DE LA NAISSANCE PRÉCÉDENTE) et (NOM)?
09	SIMP. ...1 MULT ..2	GAR...1 FILLE 2	MOIS.... <input type="text"/> <input type="text"/> ANNÉE <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>	OUI 1 NON 2 ↓ 219	ÂGE EN ANNÉES <input type="text"/> <input type="text"/>	OUI.....1 NON2 PASSER Q.220 ..←	JOURS 1 <input type="text"/> <input type="text"/> MOIS 2 <input type="text"/> <input type="text"/> ANNÉES.. 3 <input type="text"/> <input type="text"/>	OUI 1 NON 2
10	SIMP. ...1 MULT ..2	GAR...1 FILLE 2	MOIS.... <input type="text"/> <input type="text"/> ANNÉE <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>	OUI 1 NON 2 ↓ 219	ÂGE EN ANNÉES <input type="text"/> <input type="text"/>	OUI.....1 NON2 PASSER Q.220 ..←	JOURS 1 <input type="text"/> <input type="text"/> MOIS 2 <input type="text"/> <input type="text"/> ANNÉES.. 3 <input type="text"/> <input type="text"/>	OUI 1 NON 2
11	SIMP. ...1 MULT ..2	GAR...1 FILLE 2	MOIS.... <input type="text"/> <input type="text"/> ANNÉE <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>	OUI 1 NON 2 ↓ 219	ÂGE EN ANNÉES <input type="text"/> <input type="text"/>	OUI.....1 NON2 PASSER Q.220 ..←	JOURS 1 <input type="text"/> <input type="text"/> MOIS 2 <input type="text"/> <input type="text"/> ANNÉES.. 3 <input type="text"/> <input type="text"/>	OUI 1 NON 2
12	SIMP. ...1 MULT ..2	GAR...1 FILLE 2	MOIS.... <input type="text"/> <input type="text"/> ANNÉE <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>	OUI 1 NON 2 ↓ 219	ÂGE EN ANNÉES <input type="text"/> <input type="text"/>	OUI.....1 NON2 PASSER Q.220 ..←	JOURS 1 <input type="text"/> <input type="text"/> MOIS 2 <input type="text"/> <input type="text"/> ANNÉES.. 3 <input type="text"/> <input type="text"/>	OUI 1 NON 2

221	Avez-vous eu d'autres naissances vivantes depuis la naissance de (NOM DE LA DERNIÈRE NAISSANCE)?	OUI..... 1 NON..... 2
222	<p>COMPARER 208 AVEC NOMBRE DE NAISSANCES ENREGISTRÉES DANS LE TABLEAU CI-DESSUS ET COCHER:</p> <p>NOMBRES SONT ÉGAUX <input type="checkbox"/> NOMBRES SONT DIFFÉRENTS <input type="checkbox"/> → INSISTER ET CORRIGER, PUIS VÉRIFIER <input type="checkbox"/></p> <p>VÉRIFIER :</p> <p>POUR CHAQUE NAISSANCE : L'ANNÉE DE NAISSANCE EST ENREGISTRÉE.</p> <p>POUR CHAQUE ENFANT VIVANT : L'ÂGE ACTUEL EST ENREGISTRÉ.</p> <p>POUR CHAQUE ENFANT DÉCÉDÉ : L'ÂGE AU DÉCÈS EST ENREGISTRÉ.</p> <p>POUR L'ÂGE AU DÉCÈS 12 MOIS OU 1 AN : INSISTER POUR DÉTERMINER LE NOMBRE EXACT DE MOIS.</p>	<input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>
224	VÉRIFIER 215 ET ENREGISTRER LE NOMBRE DE NAISSANCES EN 1995 OU PLUS TARD. SI AUCUNE, ENREGISTRER '0'.	<input type="text"/>

N°.	QUESTIONS ET FILTRES	CODES	ALLER À
225	Êtes-vous enceinte en ce moment?	OUI 1 NON 2 PAS SÛRE 8	↳ 228
226	De combien de mois êtes-vous enceinte? ENREGISTRER LE NOMBRE DE MOIS RÉVOLUS.	MOIS <input type="text"/>	
227	Au moment où vous êtes tombée enceinte, vouliez-vous tomber enceinte <u>à ce moment-là</u> , vouliez-vous <u>attendre plus tard</u> , ou vouliez-vous <u>ne plus/ne pas avoir d'enfant</u> ?	À CE MOMENT-LÀ 1 PLUS TARD 2 NE PLUS/NE PAS AVOIR D'ENFANT 3	
228	Avez-vous déjà eu une grossesse qui s'est terminée par une fausse couche, un avortement ou un mort-né?	OUI 1 NON 2	→ 235
229	Quand la dernière grossesse de ce genre s'est-elle terminée?	MOIS <input type="text"/> ANNÉE <input type="text"/>	
230	VÉRIFIER 229: DERNIÈRE GROSSESSE TERMINÉE EN JAN. 1995 OU PLUS TARD <input type="text"/> DERNIÈRE GROSS. TERMINÉE AVANT JAN. 1995 <input type="text"/>		→ 233
231	De combien de mois étiez-vous enceinte quand la dernière grossesse de ce genre s'est terminée? ENREGISTRER LE NOMBRE DE MOIS RÉVOLUS.	MOIS <input type="text"/>	
233	Avez-vous eu d'autres grossesses qui ne se sont pas terminées par une naissance vivante?	OUI 1 NON 2	→ 235
234	En tout, combien avez-vous eu de grossesses qui ne se sont pas terminées par une naissance vivante?	NOMBRE <input type="text"/>	
235	Quand vos dernières règles ont-elles commencé? _____ (INSCRIRE LA DATE, SI ELLE EST DONNÉE)	IL Y A ... JOURS 1 <input type="text"/> IL Y A ... SEMAINES 2 <input type="text"/> IL Y A ... MOIS 3 <input type="text"/> IL Y A ... ANNÉES 4 <input type="text"/> EN MÉNOPAUSE/ A EU UNE HYSTÉRECTOMIE 994 AVANT LA DERNIÈRE NAISSANCE 995 JAMAIS EU DE RÈGLES 996	
236	Entre la période des règles et les règles suivantes, y a-t-il certains jours pendant lesquels une femme a plus de chances de tomber enceinte que d'autres si elle a des rapports sexuels?	OUI 1 NON 2 NE SAIT PAS 8	↳ 300
237	Est-ce que ce moment se situe juste avant que les règles ne commencent, pendant la période des règles, juste après que les règles finissent ou au milieu, entre deux périodes de règles?	JUSTE AVANT DÉBUT DES RÈGLES 1 PENDANT LES RÈGLES 2 JUSTE APRÈS LA FIN DES RÈGLES 3 AU MILIEU ENTRE 2 PÉRIODES DE RÈGLES 4 AUTRE 6 NE SAIT PAS 8	↳ 300

**SECTION 3
CONTRACEPTION**

300	VÉRIFIER 120: CÉLIBATAIRE <input type="checkbox"/> MARIÉE <input type="checkbox"/> VEUVE <input type="checkbox"/> _____ DIVORCÉE <input type="checkbox"/>	→301
300A	Maintenant je voudrais vous poser des questions sur la planification familiale – les différents moyens ou méthodes qu'un couple peut utiliser pour retarder ou éviter une grossesse. ENCERCLER CODE 1 À 300B POUR CHAQUE MÉTHODE CITÉE DE FAÇON SPONTANÉE. PUIS CONTINUER LA COLONNE 300B EN DESCENDANT, EN LISANT LE NOM ET LA DESCRIPTION DE CHAQUE MÉTHODE NON CITÉE SPONTANÉMENT. EN CERCLER LE CODE 1 SI LA MÉTHODE EST RECONNUE ET LE CODE 2 SI ELLE N'EST PAS RECONNUE.	
300B	De quels moyens ou méthodes avez-vous entendu parler? POUR LES MÉTHODES NON CITÉES SPONTANÉMENT, DEMANDER : Avez-vous déjà entendu parler de (MÉTHODE) ?	
01	STÉRILISATION FÉMININE Les femmes peuvent subir une opération pour éviter d'avoir d'autres enfants.	OUI 1 NON 2
02	STÉRILISATION MASCULINE Les hommes peuvent subir une opération pour éviter d'avoir d'autres enfants.	OUI 1 NON 2
03	PILULE Les femmes peuvent prendre une pilule chaque jour	OUI 1 NON 2
04	DIU/STÉRILET Les femmes peuvent avoir un stérilet que le médecin ou l'infirmière leur place à l'intérieur.	OUI 1 NON 2
05	INJECTIONS Les femmes peuvent avoir une injection faite par du personnel de santé pour éviter de tomber enceinte pendant un mois ou plus.	OUI 1 NON 2
06	IMPLANTS Les femmes peuvent se faire insérer sous la peau de la partie supérieure du bras plusieurs petits bâtonnets qui les empêchent de tomber enceinte pendant une année ou plus.	OUI 1 NON 2
07	CONDOM Les hommes peuvent se mettre une capote en caoutchouc au pénis pendant les rapports sexuels.	OUI 1 NON 2
08	CONDOM FÉMININ Les femmes peuvent se placer un étui dans leur vagin avant les rapports sexuels.	OUI 1 NON 2
09	DIAPHRAGME Les femmes peuvent se placer un diaphragme dans leur vagin avant les rapports sexuels.	OUI 1 NON 2
10	MOUSSE, GELÉE OU TABLETTES VAGINALES Les femmes peuvent s'insérer un suppositoire, se mettre de la gelée ou de la crème dans leur vagin avant les rapports sexuels.	OUI 1 NON 2
11	MÉTHODE DE L'ALLAITEMENT MATERNEL ET DE L'AMÉNORRHÉE (MAMA) Jusqu'à 6 mois après une naissance, une femme peut utiliser une méthode qui nécessite d'allaiter souvent, jour et nuit, et que ses règles ne soient pas revenues.	OUI 1 NON 2
12	RYTHME/CONTINENCE PÉRIODIQUE Chaque mois qu'une femme est sexuellement active, elle peut éviter une grossesse en évitant les rapports sexuels les jours du mois où elle a plus de chances de tomber enceinte.	OUI 1 NON 2
13	RETRAIT Les hommes peuvent faire attention et se retirer avant l'éjaculation.	OUI 1 NON 2
14	PILULE DU LENDEMAIN Les femmes peuvent prendre une pilule les jours après les rapports sexuels, jusqu'au troisième jour après, pour éviter de tomber enceinte.	OUI 1 NON 2
15	Avez-vous entendu parler d'autres moyens ou méthodes que les femmes ou les hommes peuvent utiliser pour éviter une grossesse?	OUI 1 _____ (PRÉCISER) NON 2

N°.	QUESTIONS ET FILTRES	CODES	ALLER À
300C	Diriez-vous que vous approuvez ou que vous désapprouvez les couples qui utilisent une méthode pour éviter de tomber enceinte?	APPROUVE 1 DÉSAPPROUVE 2 NE SAIT PAS/PAS SÛRE 3	
300D	Trouvez-vous acceptable ou pas acceptable que des informations sur la planification familiale soient données: a) À la radio? b) À la télévision?	PAS NE ACCEP- ACCEP- SAIT TABLE TABLE PAS RADIO 1 2 8 TÉLÉVISION 1 2 8	
300E	Au cours des derniers mois, avez-vous entendu parler de planification familiale: a) À la radio? b) À la télévision? c) Dans des journaux ou magazines? d) Sur des affiches? e) Au cours de réunions, de meetings? f) Dans les établissements sanitaires?	OUI NON RADIO 1 2 TÉLÉVISION 1 2 JOURNAUX OU MAGAZINES 1 2 AFFICHES 1 2 RÉUNIONS, MEETINGS 1 2 ÉTABLIS. SANITAIRES 1 2	
300F	Pensez-vous que, dans l'avenir, quand vous serez mariée, vous utiliserez une méthode pour retarder ou éviter une grossesse?	OUI 1 NON 2 NE SAIT PAS 8	↳ 300H
300G	Quelle méthode préféreriez-vous utiliser?	STÉRILISATION FÉMININE 01 STÉRILISATION MASCULINE 02 PILULE 03 DIU 04 INJECTIONS 05 IMPLANTS 06 CONDOM 07 CONDOM FÉMININ 08 DIAPHRAGME 09 MOUSSE/GELÉE 10 MAMA 11 CONTINENCE PÉRIODIQUE 12 RETRAIT 13 AUTRE 96 PAS SÛRE/NE SAIT PAS ENCORE 98	↳ 300HA
300H	Quelle est la raison principale pour laquelle vous pensez que vous n'utiliserez pas de méthode dans l'avenir?	SOUS-FÉCONDE/STÉRILE 14 VEUT AUTANT D'ENFANTS QUE POSSIBLE 15 ENQUÊTÉE OPPOSÉE 21 MARI SERA OPPOSÉ 22 AUTRES PERSONNES OPPOSÉES 23 INTERDITS RELIGIEUX 24 CONNAÎT AUCUNE MÉTHODE 31 CONNAÎT AUCUNE SOURCE 32 PROBLÈMES DE SANTÉ 41 PEUR DES EFFETS SECONDAIRES 42 PAS ACCESSIBLE/TROP LOIN 43 TROP CHER 44 PAS PRATIQUE À UTILISER 45 INTERFÈRE AVEC DES FONCTIONS NATURELLES DU CORPS 46 AUTRE 96 NE SAIT PAS 98	
300HA	Si vous pouviez choisir exactement le nombre d'enfants à avoir dans votre vie, combien voudriez-vous en avoir? INSISTER POUR OBTENIR UNE RÉPONSE NUMÉRIQUE	NOMBRE..... <input type="text"/> <input type="text"/> AUTRE _____ 96 (PRÉCISER)	
300J	Parmi ces enfants, combien souhaiteriez-vous de garçons, combien souhaiteriez-vous de filles, et pour combien d'entre eux, le sexe n'aurait-il pas d'importance?	N'IM- GARÇONS FILLES PORTE NOMBRE.... <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> AUTRE _____ 96 (PRÉCISER)	

PASSER À Q.501

301	Maintenant je voudrais vous poser des questions sur la planification familiale – les différents moyens ou méthodes qu'un couple peut utiliser pour retarder ou éviter une grossesse. ENCERCLER CODE 1 À 301A POUR CHAQUE MÉTHODE CITÉE DE FAÇON SPONTANÉE. PUIS CONTINUER LA COLONNE 301A EN DESCENDANT, EN LISANT LE NOM ET LA DESCRIPTION DE CHAQUE MÉTHODE NON CITÉE SPONTANÉMENT. EN CERCLER LE CODE 1 SI LA MÉTHODE EST RECONNUE ET LE CODE 2 SI ELLE N'EST PAS RECONNUE. . PUIS, POUR CHAQUE MÉTHODE AVEC CODE 1 EN CERCLÉ À 301A, POSER 302.	
301 A	De quels moyens ou méthodes avez-vous entendu parler? POUR LES MÉTHODES NON CITÉES SPONTANÉMENT, DEMANDER : Avez-vous déjà entendu parler de (MÉTHODE)?	302 Avez-vous déjà utilisé (MÉTHODE)?
01	STÉRILISATION FÉMININE Les femmes peuvent subir une opération pour éviter d'avoir d'autres enfants.	OUI..... 1 NON 2 ↘ ↓
02	STÉRILISATION MASCULINE Les hommes peuvent subir une opération pour éviter d'avoir d'autres enfants.	OUI..... 1 NON 2 ↘ ↓
03	PILULE Les femmes peuvent prendre une pilule chaque jour	OUI..... 1 NON 2 ↘ ↓
04	DIU/STÉRILET Les femmes peuvent avoir un stérilet que le médecin ou l'infirmière leur place à l'intérieur.	OUI..... 1 NON 2 ↘ ↓
05	INJECTIONS Les femmes peuvent avoir une injection faite par du personnel de santé pour éviter de tomber enceinte pendant un mois ou plus.	OUI..... 1 NON 2 ↘ ↓
06	IMPLANTS Les femmes peuvent se faire insérer sous la peau de la partie supérieure du bras plusieurs petits bâtonnets qui les empêchent de tomber enceinte pendant une année ou plus.	OUI..... 1 NON 2 ↘ ↓
07	CONDOM Les hommes peuvent se mettre une capote en caoutchouc au pénis pendant les rapports sexuels.	OUI..... 1 NON 2 ↘ ↓
08	CONDOM FÉMININ Les femmes peuvent se placer un étui dans leur vagin avant les rapports sexuels.	OUI..... 1 NON 2 ↘ ↓
09	DIAPHRAGME Les femmes peuvent se placer un diaphragme dans leur vagin avant les rapports sexuels.	OUI..... 1 NON 2 ↘ ↓
10	MOUSSE, GELÉE OU TABLETTES VAGINALES Les femmes peuvent s'insérer un suppositoire, se mettre de la gelée ou de la crème dans leur vagin avant les rapports sexuels.	OUI..... 1 NON 2 ↘ ↓
11	MÉTHODE DE L'ALLAITEMENT MATERNEL ET DE L'AMÉNORRHÉE (MAMA) Jusqu'à 6 mois après une naissance, une femme peut utiliser une méthode qui nécessite d'allaiter souvent, jour et nuit, et que ses règles ne soient pas revenues.	OUI..... 1 NON 2 ↘ ↓
12	RYTHME/CONTINENCE PÉRIODIQUE Chaque mois qu'une femme est sexuellement active, elle peut éviter une grossesse en évitant les rapports sexuels les jours du mois où elle a le plus de chances de tomber enceinte.	OUI..... 1 NON 2 ↘ ↓
13	RETRAIT Les hommes peuvent faire attention et se retirer avant l'éjaculation.	OUI..... 1 NON 2 ↘ ↓
14	PILULE DU LENDEMAIN Les femmes peuvent prendre une pilule les jours après les rapports sexuels, jusqu'au troisième jour après, pour éviter de tomber enceinte.	OUI..... 1 NON 2 ↘ ↓
15	Avez-vous entendu parler d'autres moyens ou méthodes que les femmes ou les hommes peuvent utiliser pour éviter une grossesse?	OUI..... 1 NON 2 ↘ ↓
	(PRÉCISER) _____	OUI 1 NON 2
	(PRÉCISER) _____	OUI 1 NON 2
303	VÉRIFIER 302: PAS UN SEUL "OUI" <input type="checkbox"/> AU MOINS UN "OUI" <input type="checkbox"/> (N'A JAMAIS UTILISÉ) (A DÉJÀ UTILISÉ)	→306

N°.	QUESTIONS ET FILTRES	CODES	ALLER À
304	Avez-vous déjà utilisé un moyen quelconque ou essayé quelque chose pour retarder une grossesse ou éviter de tomber enceinte?	OUI..... 1 NON 2	→315
305	Qu'avez-vous fait ou utilisé? CORRIGER 302 ET 303 (ET 301A SI NÉCESSAIRE).		
306	Maintenant, je voudrais vous poser des questions sur le 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"/>	
307	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 RAISON 6	
307A	Au moment où vous avez commencé à utiliser la planification familiale pour la première fois, qui a pris la décision?	ENQUÊTÉE A DÉCIDÉ SEULE 1 MARI A DÉCIDÉ 2 ENQUÊTÉE ET MARI ONT DÉCIDÉ ENSEMBLE 3 ENQUÊTÉE ET QUELQU'UN D'AUTRE ONT DÉCIDÉ ENSEMBLE 4 QUELQU'UN D'AUTRE A DÉCIDÉ 5	
308	VÉRIFIER 302 (01): FEMME NON STÉRILISÉE <input type="checkbox"/> FEMME STÉRILISÉE <input type="checkbox"/>		→311
309	VÉRIFIER 225: NON ENCEINTE OU PAS SÛRE <input type="checkbox"/> ENCEINTE <input type="checkbox"/>		→315
310	En ce moment, faites-vous quelque chose ou utilisez-vous une méthode pour éviter de tomber enceinte?	OUI..... 1 NON 2	→315
311	VÉRIFIER 302 (01): FEMME NON STÉRILISÉE <input type="checkbox"/> FEMME STÉRILISÉE <input type="checkbox"/> Quelle méthode utilisez-vous? ENCERCLER '01' POUR LA STÉRILISATION FÉMININE	STÉRILISATION FÉMININE 01 STÉRILISATION MASCULINE 02 PILULE 03 DIU/STÉRILET 04 INJECTIONS 05 IMPLANTS 06 CONDOM 07 CONDOM FÉMININ 08 DIAPHRAGME 09 MOUSSE/GELÉE/TABLETTE VAGIN 10 MAMA 11 CONTINENCE PÉRIODIQUE 12 RETRAIT 13 AUTRE MÉTHODE 96	
311A	Au moment où vous avez commencé à utiliser (MÉTHODE DE Q.311) pour la première fois, qui a pris la décision d'utiliser cette méthode plutôt qu'une autre?	ENQUÊTÉE A DÉCIDÉ SEULE 1 MARI A DÉCIDÉ 2 ENQUÊTÉE ET MARI ONT DÉCIDÉ ENSEMBLE 3 ENQUÊTÉE ET QUELQU'UN D'AUTRE ONT DÉCIDÉ ENSEMBLE 4 QUELQU'UN D'AUTRE A DÉCIDÉ 5	
312	VÉRIFIER 311: FEMME OU HOMME STÉRILISÉ <input type="checkbox"/> AUTRES MÉTHODES <input type="checkbox"/> En quel mois et en quelle année la stérilisation a-t-elle été effectuée? En quel mois et en quelle année avez-vous commencé à utiliser (MÉTHODE DE Q.311) de façon continue?	MOIS <input type="text"/> ANNÉE <input type="text"/>	

N°.	QUESTIONS ET FILTRES	CODES	ALLER À
313	VÉRIFIER 311: ENCERCLER LE CODE DE LA MÉTHODE:	STÉRILISATION FÉMININE.....01 STÉRILISATION MASCULINE.....02 PILULE.....03 DIU/STÉRILET.....04 INJECTIONS.....05 IMPLANTS.....06 CONDOM.....07 CONDOM FÉMININ.....08 DIAPHRAGME.....09 MOUSSE/GELÉE/TABLETTE VAGIN...10 MAMA.....11 CONTINENCE PÉRIODIQUE.....12 RETRAIT.....13 AUTRE MÉTHODE.....96	→315
314	VÉRIFIER 313: FEMME OU HOMME STÉRILISÉ <input type="checkbox"/> Où a eu lieu la stérilisation? AUTRES MÉTHODES <input type="checkbox"/> Où avez-vous obtenu (MÉTHODE DE Q.313) la dernière fois? S'IL S'AGIT D'UN CENTRE DE <u>PLANNING FAMILIAL</u> , INSISTER POUR DÉTERMINER S'IL S'AGIT D'UN CENTRE DE PLANNING FAMILIAL À L'HÔPITAL OU AU CENTRE DE SANTÉ ET ENCELER LE CODE APPROPRIÉ. S'IL S'AGIT D'UNE <u>MATERNITÉ</u> , INSISTER POUR DÉTERMINER S'IL S'AGIT D'UNE MATERNITÉ À L'HÔPITAL OU AU CENTRE DE SANTÉ ET ENCELER LE CODE APPROPRIÉ.	SECTEUR PUBLIC HÔPITAL.....11 CENTRE NATIONAL D'HYGIÈNE.....12 CENTRE DE SANTÉ/PMI.....13 POSTE DE SANTÉ.....14 PHARMACIE CENTRE DE SANTÉ/ HOPITAL.....15 AGENT SANTÉ COMMUNAUTAIRE 16 SECTEUR PARA PUBLIC CLINIQUE DE LA SNIM.....21 DISPENSARE/PMI DE CNSS.....22 SECTEUR MÉDICAL PRIVÉ CLINIQUE PRIVÉE.....31 CABINET MÉDICAL.....32 LABORATOIRE D'ANALYSE.....33 CABINET DE SOIN.....34 PHARMACIE.....35 DÉPÔT PHARMACEUTIQUE.....36 AUTRE SOURCE MARCHÉ.....41 AMIES/PARENTS.....42 AUTRE.....96	→318
315	Connaissez-vous un endroit où vous pouvez vous procurer une méthode de planification familiale?	OUI.....1 NON.....2	→318
316	Quel est cet endroit? INSISTER: Aucun autre endroit? S'IL S'AGIT D'UN CENTRE DE <u>PLANNING FAMILIAL</u> , INSISTER POUR DÉTERMINER S'IL S'AGIT D'UN CENTRE DE PLANNING FAMILIAL À L'HÔPITAL OU AU CENTRE DE SANTÉ ET ENCELER LE CODE APPROPRIÉ. S'IL S'AGIT D'UNE <u>MATERNITÉ</u> , INSISTER POUR DÉTERMINER S'IL S'AGIT D'UNE MATERNITÉ À L'HÔPITAL OU AU CENTRE DE SANTÉ ET ENCELER LE CODE APPROPRIÉ. ENREGISTRER TOUT CE QUI EST MENTIONNÉ.	SECTEUR PUBLIC HÔPITAL.....A CENTRE NATIONAL D'HYGIÈNE.....B CENTRE DE SANTÉ/PMI.....C POSTE DE SANTÉ.....D PHARMACIE CENTRE DE SANTÉ/ HOPITAL.....E AGENT SANTÉ COMMUNAUTAIRE...F SECTEUR PARA PUBLIC CLINIQUE DE LA SNIM.....G DISPENSARE/PMI DE CNSS.....H SECTEUR MÉDICAL PRIVÉ CLINIQUE PRIVÉE.....I CABINET MÉDICAL.....J LABORATOIRE D'ANALYSE.....K CABINET DE SOIN.....L PHARMACIE.....M DÉPÔT PHARMACEUTIQUE.....N AUTRE SOURCE MARCHÉ.....O AMIES/PARENTS.....P AUTRE.....X	
318	Au cours des 12 derniers mois, êtes-vous allée dans un établissement de santé pour n'importe quelle raison?	OUI.....1 NON.....2	→401
319	Est-ce que quelqu'un de l'établissement de santé vous a parlé de méthodes de planification familiale?	OUI.....1 NON.....2	

SECTION 4A
GROSSESSE, SOINS POSTNATALS ET ALLAITEMENT

401	VÉRIFIER 224: UNE OU PLUSIEURS NAISSANCES DEPUIS JANVIER 95	<input type="checkbox"/> PAS DE NAISSANCE DEPUIS JANVIER 95	<input type="checkbox"/> _____ →482
402	<p>INSCRIRE LE NUMÉRO DE LIGNE, LE NOM ET L'ÉTAT DE SURVIE DE CHAQUE NAISSANCE DEPUIS 1995. POSER LES QUESTIONS POUR TOUTES CES NAISSANCES. COMMENCER PAR LA DERNIÈRE NAISSANCE. (S'IL Y A PLUS DE 2 NAISSANCES, UTILISER LA DERNIÈRE COLONNE DES QUESTIONNAIRES SUPPLÉMENTAIRES).</p> <p>Maintenant, je voudrais vous poser des questions sur la santé de tous vos enfants nés dans les 5 dernières années. (Nous parlerons d'un enfant à la fois)</p>		
403	NUMÉRO DE LIGNE DE Q 212	DERNIÈRE NAISSANCE NUMÉRO DE LIGNE <input type="text"/>	AVANT-DERNIÈRE NAISS NUMÉRO DE LIGNE <input type="text"/>
404	SELON Q. 212 ET Q. 216	NOM _____ VIVANT <input type="checkbox"/> MORT <input type="checkbox"/>	NOM _____ VIVANT <input type="checkbox"/> MORT <input type="checkbox"/>
405	Au moment où vous êtes tombée enceinte de (NOM), vouliez-vous tomber enceinte à <u>ce moment-là</u> , vouliez-vous <u>attendre</u> plus tard, Ou vouliez-vous <u>ne plus avoir</u> d'enfant du tout?	À CE MOMENT 1 (PASSER À 407) ← _____ PLUS TARD 2 NE VOULAIT PLUS..... 3 (PASSER À 407) ← _____	À CE MOMENT 1 (PASSER À 422) ← _____ PLUS TARD 2 NE VOULAIT PLUS..... 3 (PASSER À 422) ← _____
406	Combien de temps auriez-vous souhaité attendre?	MOIS 1 <input type="text"/> ANNÉES 2 <input type="text"/> NE SAIT PAS 998	MOIS 1 <input type="text"/> ANNÉES..... 2 <input type="text"/> NE SAIT PAS 998
407	Pour cette grossesse, avez-vous reçu des soins prénatals? SI OUI: Qui avez-vous consulté? Quelqu'un d'autre? INSISTER POUR OBTENIR LE TYPE DE PERSONNE ET ENREGISTRER TOUTES LES PERSONNES VUES.	PROFESSIONNELS DE LA SANTÉ MÉDECINA SAGE-FEMMEB INFIRMIÈREC ACCOUCHEUSE AUXILIAIRE/ MATRONE D ACCOUCHEUSE TRADITIONNELLE E GUÉRISSEUR/MARABOUT F AUTRE X PERSONNE Y (PASSER À 415) ← _____	
408	De combien de mois étiez-vous enceinte lors de votre première consultation prénatale?	MOIS <input type="text"/> NE SAIT PAS 98	
409	Combien de fois avez-vous été en consultation durant cette grossesse?	NOMBRE DE FOIS <input type="text"/> NE SAIT PAS 98	
410	VÉRIFIER 409: NOMBRE DE CONSULTATIONS PRÉNATALES REÇUES	UNE FOIS <input type="checkbox"/> (PASSER À 412)	PLUS D'UNE FOIS OU NSP <input type="checkbox"/>

		DERNIÈRE NAISSANCE NOM _____	AVANT-DERNIÈRE NAISSANCE NOM _____
411	De combien de mois étiez-vous enceinte la dernière fois que vous avez passé une visite prénatale?	MOIS <input type="text"/> <input type="text"/> NE SAIT PAS 98	
412	Durant cette grossesse, avez-vous eu les examens suivants, au moins une fois? Avez-vous été pesée? Vous-a-t-on mesurée? Vous-a-t-on pris la tension? Avez-vous donné un échantillon d'urine? Avez-vous donné du sang?	OUI NON POIDS 1 2 TAILLE 1 2 TENSION 1 2 URINE 1 2 SANG 1 2	
413	Vous-a-t-on parlé des signes de complications de la grossesse?	OUI 1 NON 2 (PASSER À 415) <----- NE SAIT PAS 8	
414	Vous-a-t-on dit où aller si vous aviez ces complications?	OUI 1 NON 2 NE SAIT PAS 8	
415	Durant cette grossesse, vous-a-t-on fait une injection dans la fesse pour éviter au bébé d'avoir le tétanos, c'est-à-dire des convulsions après la naissance?	OUI 1 NON 2 (PASSER À 416) <----- NE SAIT PAS 8	
415A	Durant cette grossesse, combien de fois avez-vous eu cette injection?	NOMBRE DE FOIS <input type="text"/> NE SAIT PAS 8	
416	Durant cette grossesse, avez-vous acheté des comprimés de fer? MONTRER COMPRIMÉ.	OUI 1 NON 2 (PASSER À 418) <----- NE SAIT PAS 8	
417	Durant toute la grossesse, pendant combien de jours avez-vous pris du fer, en comprimés? SI LA RÉPONSE N'EST PAS NUMÉRIQUE, INSISTER POUR OBTENIR UN NOMBRE APPROXIMATIF DE JOURS.	NOMBRE DE JOURS <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> NE SAIT PAS 998	
418	Durant cette grossesse, avez-vous eu des difficultés pour voir à la lumière du jour?	OUI 1 NON 2 NE SAIT PAS 8	
419	Durant cette grossesse, avez-vous des difficultés pour voir au crépuscule ou au coucher du soleil?	OUI 1 NON 2 NE SAIT PAS 8	
420	Durant cette grossesse, avez-vous pris des médicaments pour éviter le paludisme?	OUI 1 NON 2 (PASSER À 422) <----- NE SAIT PAS 8	
421	Quel était ce médicament? ENREGISTRER TOUT CE QUI EST MENTIONNÉ. Un autre médicament ?	CHLOROQUINE/NIVAQUINE A AUTRES ANTI-PALUDÉENS B REMÈDES TRADITIONNELS C AUTRES X MÉDICAMENT INCONNU Y	

		DERNIÈRE NAISSANCE NOM _____	AVANT-DERNIÈRE NAISSANCE NOM _____
422	Quand (NOM) est né(e), était-il/elle: Très gros, plus gros que la moyenne, moyen, Plus petit que la moyenne, ou très petit?	TRÈS GROS 1 PLUS GROS QUE LA MOYENNE .. 2 MOYEN 3 PLUS PETIT QUE LA MOYENNE .. 4 TRÈS PETIT 5 NE SAIT PAS 8	TRÈS GROS 1 PLUS GROS QUE LA MOYENNE .. 2 MOYEN 3 PLUS PETIT QUE LA MOYENNE .. 4 TRÈS PETIT 5 NE SAIT PAS 8
423	(NOM) a-t-il/elle été pesé(e) à la naissance?	OUI 1 NON 2 (PASSER À 425) <----- NE SAIT PAS 8	OUI 1 NON 2 (PASSER À 425) <----- NE SAIT PAS 8
424	Combien (NOM) pesait-il/elle? ENREGISTRER LE POIDS PORTÉ SUR LE CARNET DE SANTÉ, SI DISPONIBLE.	GRAMMES DU CARNET 1 <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> GRAMMES DE MÉMOIRE 2 <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> NE SAIT PAS 99998	GRAMMES DU CARNET 1 <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> GRAMMES DE MÉMOIRE 2 <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> NE SAIT PAS 99998
425	Qui vous a assisté pendant l'accouchement de (NOM)? Quelqu'un d'autre? INSISTER POUR OBTENIR LE TYPE DE PERSONNE. ENREGISTRER TOUTES LES PERSONNES CITÉES.	PROFESSIONNELS DE LA SANTÉ MÉDECIN A SAGE-FEMME B INFIRMIÈRE C ACCOUCHEUSE AUXILIAIRE/ MATRONE D ACCOUCHEUSE TRADITIONNELLE E PARENTES/AMIES G AUTRE X PERSONNE Y	PROFESSIONNELS DE LA SANTÉ MÉDECIN A SAGE-FEMME B INFIRMIÈRE C ACCOUCHEUSE AUXILIAIRE/ MATRONE D ACCOUCHEUSE TRADITIONNELLE E PARENTES/AMIES G AUTRE X PERSONNE Y
426	Où avez-vous accouché de (NOM)? S'IL S'AGIT D'UNE MATERNITÉ, INSISTER POUR DÉTERMINER S'IL S'AGIT D'UNE MATERNITÉ À L'HÔPITAL OU AU CENTRE DE SANTÉ ET ENCERCLER LE CODE APPROPRIÉ.	DOMICILE VOTRE DOMICILE 11 (PASSER À 427C) <----- AUTRE DOMICILE 12 SECTEUR PUBLIC HÔPITAL 21 CENTRE DE SANTÉ/PMI 22 POSTE DE SANTÉ 23 SECTEUR PARA PUBLIC CLINIQUE DE LA SNIM 31 SECTEUR MÉDICAL PRIVÉ CLINIQUE PRIVÉE 41 AUTRE 96 (PASSER À 427C) <-----	DOMICILE VOTRE DOMICILE 11 (PASSER À 427C) <----- AUTRE DOMICILE 12 SECTEUR PUBLIC HÔPITAL 21 CENTRE DE SANTÉ/PMI 22 POSTE DE SANTÉ 23 SECTEUR PARA PUBLIC CLINIQUE DE LA SNIM 31 SECTEUR MÉDICAL PRIVÉ CLINIQUE PRIVÉE 41 AUTRE 96 (PASSER À 427C) <-----
427	Avez-vous accouché de (NOM) par césarienne?	OUI 1 NON 2	OUI 1 NON 2
427A	Avez-vous été satisfaite des services que vous avez reçu à (NOM DE L'ÉTABLISSEMENT DE Q.426) au moment de l'accouchement?	OUI 1 (PASSER À 427C) <----- NON 2	OUI 1 (PASSER À 427C) <----- NON 2

		DERNIÈRE NAISSANCE NOM _____	AVANT-DERNIÈRE NAISSANCE NOM _____								
427B	Quelle est la raison principale pour laquelle vous n'avez pas été satisfaite?	ÉTABLISS. DIFFICILEMENT ACCESSIBLE/TROP LOIN... 11 TROP CHER 12 TEMPS ATTENTE TROP LONG .. 21 MAUVAIS ÉQUIPEMENT 22 MÉDICAMENTS ESSENTIELS NON DISPONIBLES..... 23 MANQUE D'HYGIÈNE 24 MANQUE DE CONFIDENTIALITÉ 25 PERSONNEL INCOMPÉTENT 31 PERSONNEL PAS AIMABLE 32 PAS DE PERSONNEL FÉMININ .. 33 AUTRE 96 NE SAIT PAS 98	ÉTABLISS. DIFFICILEMENT ACCESSIBLE/TROP LOIN... 11 TROP CHER 12 TEMPS ATTENTE TROP LONG.. 21 MAUVAIS ÉQUIPEMENT 22 MÉDICAMENTS ESSENTIELS NON DISPONIBLES..... 23 MANQUE D'HYGIÈNE 24 MANQUE DE CONFIDENTIALITÉ 25 PERSONNEL INCOMPÉTENT 31 PERSONNEL PAS AIMABLE 32 PAS DE PERSONNEL FÉMININ .. 33 AUTRE 96 NE SAIT PAS 98								
427C	Est-ce que la naissance de (NOM) a été déclarée à l'état civil?	OUI 1 (PASSERÀ 428) <----- NON 2 NE SAIT PAS 8 (PASSERÀ 428) <-----	OUI 1 (PASSERÀ 428) <----- NON 2 NE SAIT PAS 8 (PASSERÀ 428) <-----								
427D	Quelle est la raison principale pour laquelle la naissance de (NOM) n'a pas été déclarée à l'état civil?	NE VEUT PAS DÉCLARER 11 NE VOIT PAS UTILITÉ DE L'ÉTAT CIVIL..... 12 NE CONNAÎT PAS L'ÉTAT CIVIL/ MANQUE D'INFORMATION . 13 NE SAIT PAS OÙ ALLER 14 ÉTAT CIVIL TROP LOIN..... 15 COUTE TROP CHER..... 16 ENQUÊTÉE NE DÉCIDE PAS..... 17 NE SAIT PAS 98	NE VEUT PAS DÉCLARER 11 NE VOIT PAS UTILITÉ DE L'ÉTAT CIVIL..... 12 NE CONNAÎT PAS L'ÉTAT CIVIL/ MANQUE D'INFORMATION . 13 NE SAIT PAS OÙ ALLER 14 ÉTAT CIVIL TROP LOIN..... 15 COUTE TROP CHER..... 16 ENQUÊTÉE NE DÉCIDE PAS..... 17 NE SAIT PAS 98								
428	Après la naissance de (NOM), est-ce qu'un professionnel de la santé ou une sage-femme traditionnelle vous a examinée ?	OUI 1 NON 2 (PASSER À 432) <-----	OUI 1 (PASSER À 434) <----- NON 2								
429	Après combien de jours ou de semaines après l'accouchement avez-vous eu votre premier examen de santé ENREGISTRER "00" SI MÊME JOUR.	JOURS APRÈS ACC. 1 <table border="1" style="display: inline-table; vertical-align: middle;"><tr><td> </td><td> </td></tr><tr><td> </td><td> </td></tr></table> SEMAINES APR. ACC .. 2 <table border="1" style="display: inline-table; vertical-align: middle;"><tr><td> </td><td> </td></tr><tr><td> </td><td> </td></tr></table> NE SAIT PAS 998									
430	Qui vous a examinée à ce moment-là? INSISTER POUR LA PERSONNE LA PLUS QUALIFIÉE.	PROFESSIONNELS DE LA SANTÉ MÉDECIN 11 SAGE-FEMME..... 12 INFIRMIÈRE 13 ACCOUCHEUSE AUXILIAIRE/ MATRONE 14 ACCOUCHEUSE TRADITIONNELLE 21 GUÉRISSEUR/MARABOUT 22 AUTRE 96									

		DERNIÈRE NAISSANCE NOM _____	AVANT-DERNIÈRE NAISSANCE NOM _____
431	Où a eu lieu ce premier examen de santé? S'IL S'AGIT D'UNE MATERNITÉ, INSISTER POUR DÉTERMINER S'IL S'AGIT D'UNE MATERNITÉ À L'HÔPITAL OU AU CENTRE DE SANTÉ ET ENCERCLER LE CODE APPROPRIÉ.	DOMICILE VOTRE DOMICILE 11 (PASSER À 432) <----- AUTRE DOMICILE 12 SECTEUR PUBLIC HÔPITAL 21 CENTRE DE SANTÉ/PMI 22 POSTE DE SANTÉ 23 SECTEUR PARA PUBLIC CLINIQUE DE LA SNIM 31 DISPENSARE/PMI CNSS 32 SECTEUR MÉDICAL PRIVÉ CLINIQUE PRIVÉE 41 CABINET MÉDICAL 42 AUTRE 96 (PASSER À 432) <-----	
431A	Avez-vous été satisfaite des services que vous avez reçu à (NOM DE L'ÉTABLISSEMENT DE Q.431) au moment du premier examen de santé?	OUI 1 (PASSER À 432) <----- NON 2	
431B	Quelle est la raison principale pour laquelle vous n'avez pas été satisfaite?	ÉTABLISS. DIFFICILEMENT ACCESSIBLE/TROP LOIN... 11 TROP CHER 12 TEMPS ATTENTE TROP LONG .. 21 MAUVAIS ÉQUIPEMENT 22 MÉDICAMENTS ESSENTIELS NON DISPONIBLES 23 MANQUE D'HYGIÈNE 24 MANQUE CONFIDENTIALITÉ 25 PERSONNEL INCOMPÉTENT 31 PERSONNEL PAS AIMABLE 32 PAS DE PERSONNEL FÉMININ .. 33 AUTRE 96 NE SAIT PAS 98	
432	Dans les deux premiers mois qui ont suivi l'accouchement, avez-vous reçu une dose de vitamine A comme celle-ci? MONTRER LA GÉLULE.	OUI 1 NON 2	
433	Est-ce que vos règles sont revenues depuis la naissance de (NOM)?	OUI 1 (PASSER À 435) <----- NON 2 (PASSER À 436) <-----	
434	Est-ce que vos règles sont revenues entre la naissance de (NOM) et votre grossesse suivante?		OUI 1 NON 2 (PASSER À 438) <----- NAISSANCE MULTIPLE 3
435	Pendant combien de mois après la naissance de (NOM) n'avez-vous pas eu vos règles?	MOIS <input type="text"/> <input type="text"/> NE SAIT PAS 98	MOIS <input type="text"/> <input type="text"/> NE SAIT PAS 98
436	VÉRIFIER 225: ENQUÊTÉE ENCEINTE?	NON <input type="checkbox"/> ENCEINTE <input type="checkbox"/> EN- <input type="checkbox"/> OU PAS SÛRE <input type="checkbox"/> CEINTE ✓ (PASSER À 438) <-----	
437	Avez-vous repris les rapports sexuels depuis la naissance de (NOM)?	OUI 1 NON 2 (PASSER À 439) <-----	

		DERNIÈRE NAISSANCE	AVANT-DERNIÈRE NAISSANCE
		NOM _____	NOM _____
438	Pendant combien de mois après la naissance de (NOM) n'avez-vous pas eu de rapports sexuels?	MOIS <input type="text"/> <input type="text"/> NE SAIT PAS 98	MOIS <input type="text"/> <input type="text"/> NE SAIT PAS 98
439	Avez-vous allaité (NOM) au sein?	OUI 1 NON 2 (PASSER À 444) < <input type="text"/>	OUI 1 NON 2 (PASSER À 444) < <input type="text"/>
440	Combien de temps après la naissance avez-vous mis (NOM) au sein pour la première fois? SI MOINS D'1 HEURE, NOTER <input type="text"/> 00' HEURE. SI MOINS DE 24 HEURES, NOTER EN HEURES. AUTREMENT, NOTER EN JOURS.	IMMÉDIATEMENT 000 HEURES 1 <input type="text"/> <input type="text"/> JOURS 2 <input type="text"/> <input type="text"/>	IMMÉDIATEMENT 000 HEURES 1 <input type="text"/> <input type="text"/> JOURS 2 <input type="text"/> <input type="text"/>
440A	Juste après la naissance, avez-vous donné à (NOM) quelque chose à boire ou à manger autre que le lait maternel?	OUI 1 NON 2 (PASSER À 441) < <input type="text"/>	OUI 1 NON 2 (PASSER À 441) < <input type="text"/>
440B	Qu'est-ce que vous lui avez donné à boire ou à manger autre que le lait maternel? Autre chose ?	EAU A EAU BÉNITE B LAIT DE CHÈVRE C AUTRE LAIT D DATTE MACHÉE E AUTRE LIQUIDE/SOLIDE X	EAU A EAU BÉNITE B LAIT DE CHÈVRE C AUTRE LAIT D DATTE MACHÉE E AUTRE LIQUIDE/SOLIDE X
441	VÉRIFIER 404: ENFANT VIVANT?	EN VIE <input type="checkbox"/> DÉCÉDÉ <input type="checkbox"/> ↓ (PASSER À 443) < <input type="text"/>	EN VIE <input type="checkbox"/> DÉCÉDÉ <input type="checkbox"/> ↓ (PASSER À 443) < <input type="text"/>
442	Allaitez-vous encore (NOM)?	OUI 1 (PASSER À 445) < <input type="text"/> NON 2	OUI 1 (PASSER À 445) < <input type="text"/> NON 2
443	Pendant combien de mois avez-vous allaité (NOM) ?	MOIS <input type="text"/> <input type="text"/> NE SAIT PAS 98	MOIS <input type="text"/> <input type="text"/> NE SAIT PAS 98
444	VÉRIFIER 404: ENFANT EN VIE?	EN VIE <input type="checkbox"/> DÉCÉDÉ <input type="checkbox"/> ↓ (PASSER À 447) (RETOURNER À 405, COLONNE SUIVANTE, OU SI PLUS DE NAISSANCE, PASSER À 451)	EN VIE <input type="checkbox"/> DÉCÉDÉ <input type="checkbox"/> ↓ (PASSER À 447) (RETOURNER À 405, DERNIÈRE COLONNE DU NOUV. QUESTIONNAIRE, OU SI PLUS DE NAISSANCE, PASSER À 451)
445	Combien de fois avez-vous allaité la nuit dernière, entre le coucher et le lever du soleil? SI RÉPONSE NON NUMÉRIQUE, INSISTER POUR OBTENIR UN NOMBRE APPROXIMATIF	NOMBRE ALLAITEMENTS DE NUIT. <input type="text"/> <input type="text"/>	NOMBRE ALLAITEMENTS DE NUIT. <input type="text"/> <input type="text"/>
446	Hier, combien de fois avez-vous allaité pendant la journée? SI RÉPONSE NON NUMÉRIQUE, INSISTER POUR OBTENIR UN NOMBRE APPROXIMATIF.	NOMBRE ALLAITEMENTS DE JOUR <input type="text"/> <input type="text"/>	NOMBRE ALLAITEMENTS DE JOUR <input type="text"/> <input type="text"/>
447	Est-ce que (NOM) a bu quelque chose au biberon hier ou la nuit dernière?	OUI 1 NON 2 NE SAIT PAS 8	OUI 1 NON 2 NE SAIT PAS 8

		DERNIÈRE NAISSANCE NOM _____	AVANT-DERNIÈRE NAISSANCE NOM _____		
449	Maintenant, je voudrais vous demander quels liquides [NOM] a reçu, hier durant le jour ou la nuit. Hier durant le jour ou la nuit (NOM) a-t-il/elle reçu :		OUI	NON	NSP
a	Eau?	EAU	1	2	8
b	Préparation artificielle pour bébé?	PRÉPARATION	1	2	8
c	Tout type de lait, autre que le lait maternel comme le lait en boîte, en poudre, ou le lait frais d'animal?	AUTRE LAIT	1	2	8
d	Jus de fruit?	JUS	1	2	8
e	Autres liquides tels qu'eau sucrée, infusion, café, boissons gazeuses, ou bouillons?	AUTRES LIQUIDES	1	2	8
449A	Maintenant, je voudrais vous demander quels aliments autres que liquides [NOM] a reçu, hier durant le jour ou la nuit. Hier durant le jour ou la nuit (NOM) a-t-il/elle reçu :		OUI	NON	NSP
f	Aliments à base de céréales comme mil, maïs, riz ou blé?	CÉRÉALES	1	2	8
g	Autres aliments à base de tubercules ou racines, comme des pommes de terre, des patates douces ou des carottes?	TUBERCULES	1	2	8
h	Tout fruit ou légume comme des bananes, oranges, pommes, mangues ou des dattes?	FRUIT/LÉGUME	1	2	8
i	Viande, volaille, poisson ou oeufs?	VIANDE/OEUF/ POISSON	1	2	8
j	Tout autre aliment solide ou semi-solide?	AUTRE ALIMENT	1	2	8
450		RETOURNER À 405 DANS LA PROCHAINE COLONNE; OU, SI PLUS AUCUNE NAISSANCE, ALLER À 451.	RETOURNER À 405 DANS DERNIÈRE COLONNE DU NOUVEAU QUESTIONNAIRE OU, SI PLUS AUCUNE NAISSANCE, ALLER À 451.		

**SECTION 4B
VACCINATION ET SANTÉ**

451	INSCRIRE LE NUMÉRO DE LIGNE, LE NOM, L'ÉTAT DE SURVIE DE CHAQUE NAISSANCE SURVENUE DEPUIS JANVIER 95. (S'IL Y A PLUS DE 2 NAISSANCES, UTILISER LA DERNIÈRE COLONNE DES QUESTIONNAIRES SUPPLÉMENTAIRES).		
452	NUMÉRO DE LIGNE DE Q.212	DERNIÈRE NAISSANCE NUMÉRO DE LIGNE <input type="text"/>	AVANT-DERNIÈRE NAISSANCE NUMÉRO DE LIGNE..... <input type="text"/>
453	SELON Q.212 ET Q.216	NOM _____	NOM _____
		VIVANT <input type="checkbox"/> DÉCÉDÉ <input type="checkbox"/> ↓ (ALLER À 453, COLONNE SUIVANTE OU, SI PLUS DE NAISSANCE ALLER À 481)	VIVANT <input type="checkbox"/> DÉCÉDÉ <input type="checkbox"/> ↓ (ALLER À 453, DERNIÈRE COLONNE DU NOUVEAU QUESTIONNAIRE OU SI PLUS DE NAISSANCES ALLER À 481)
454	Est-ce que (NOM) a reçu une dose de vitamine A, comme cela, au cours des 6 derniers mois? MONTRER LA GÉLULE.	OUI..... 1 NON 2 NE SAIT PAS 8	OUI..... 1 NON 2 NE SAIT PAS 8
455	Avez-vous un carnet de vaccination pour (NOM) ? SI OUI: Puis-je le voir, s'il vous plait?	OUI, VU..... 1 (PASSER À 457) ← OUI, PAS VU..... 2 (PASSER À 459) ← PAS DE CARNET 3	OUI, VU..... 1 (PASSER À 457) ← OUI, PAS VU..... 2 (PASSER À 459) ← PAS DE CARNET 3
456	Avez-vous déjà eu un carnet de vaccination pour (NOM)?	OUI..... 1 (PASSER À 459) ← NON 2	OUI..... 1 (PASSER À 459) ← NON 2
457	(1) COPIER LES DATES DE VACCINATION POUR CHAQUE VACCIN, À PARTIR DU CARNET. (2) NOTER '44' DANS LA COLONNE 'JOUR' SI LE CARNET INDIQUE QU'UN VACCIN A ÉTÉ FAIT MAIS QUE LA DATE N'A PAS ÉTÉ REPORTÉE.		
		JOUR MOIS ANNÉE	JOUR MOIS ANNÉE
	BCG	BCG	BCG
	POLIO 0 (à la naissance)	P0.....	P0.....
	POLIO 1	P1.....	P1.....
	POLIO 2	P2.....	P2.....
	POLIO 3	P3.....	P3.....
	DTC 1	D1.....	D1.....
	DTC 2	D2.....	D2.....
	DTc 3	D3.....	D3.....
	Rougeole	ROUG ..	ROUG ..
	VITAMINE A (LA PLUS RÉCENTE)	VIT. A ...	VIT. A ...
458	Est-ce que (NOM) a reçu des vaccinations qui ne sont pas inscrites sur ce carnet, y compris les vaccinations faites le jour d'une campagne nationale de vaccination? ENREGISTRER [OUI] SEULEMENT SI L'ENQUÊTÉE MENTIONNE BCG, POLIO 0-3, DTCoq 1-3, ET/OU ROUGEOLE. ¹	OUI..... 1 (INSISTER SUR LE TYPE DE VACCIN ET ÉCRIRE '66' DANS LA COL. CORRESPONDANT AU JOUR EN 457) (PASSER À 463) ← NON 2 (PASSER À 463) ← NE SAIT PAS..... 8	OUI..... 1 (INSISTER SUR LE TYPE DE VACCIN ET ÉCRIRE '66' DANS LA COL. CORRESPONDANT AU JOUR EN 457) (PASSER À 463) ← NON 2 (PASSER À 463) ← NE SAIT PAS..... 8

		DERNIÈRE NAISSANCE NOM _____	AVANT-DERNIÈRE-NAISSANCE NOM _____
459	Est-ce que (NOM) a reçu des vaccinations pour lui éviter de contracter des maladies, y compris les vaccinations reçues le jour d'une campagne nationale de vaccination?	OUI.....1 NON.....2 (PASSER À 463)← NE SAIT PAS.....8	OUI.....1 NON.....2 (PASSER À 463)← NE SAIT PAS.....8
460	Dites-moi, s'il vous plaît, si (NOM) a reçu l'une des vaccinations suivantes:		
460A	La vaccination du BCG contre la tuberculose, c'est-à-dire une injection dans la face interne de l'avant-bras gauche qui laisse, généralement, une cicatrice?	OUI.....1 NON.....2 NE SAIT PAS.....8	OUI.....1 NON.....2 NE SAIT PAS.....8
460B	Le vaccin de la polio, c'est-à-dire des gouttes dans la bouche?	OUI.....1 NON.....2 (PASSER À 460E)← NE SAIT PAS.....8	OUI.....1 NON.....2 (PASSER À 460E)← NE SAIT PAS.....8
460C	Quand le premier vaccin contre la polio a-t-il été donné, juste après la naissance ou plus tard?	JUSTE APRÈS LA NAISSANCE.....1 PLUS TARD.....2	JUSTE APRÈS LA NAISSANCE.....1 PLUS TARD.....2
460D	Combien de fois le vaccin de la polio a-t-il été donné?	NOMBRE DE FOIS..... <input type="text"/>	NOMBRE DE FOIS..... <input type="text"/>
460E	La vaccination du DTC, c'est-à-dire une injection faite à la fesse donnée généralement en même temps que les gouttes contre la polio?	OUI.....1 NON.....2 (PASSER À 460G)← NE SAIT PAS.....8	OUI.....1 NON.....2 (PASSER À 460G)← NE SAIT PAS.....8
460F	Combien de fois?	NOMBRE DE FOIS..... <input type="text"/>	NOMBRE DE FOIS..... <input type="text"/>
460G	Une injection à la partie externe du bras droit contre la rougeole?	OUI.....1 NON.....2 NE SAIT PAS.....8	OUI.....1 NON.....2 NE SAIT PAS.....8
463	Est-ce que (NOM) a eu de la fièvre, à un moment quelconque, dans les deux dernières semaines ?	OUI.....1 NON.....2 (PASSER À 463F)← NE SAIT PAS.....8	OUI.....1 NON.....2 (PASSER À 463F)← NE SAIT PAS.....8
463A	Est-ce que (NOM) a de la fièvre en ce moment?	OUI.....1 NON.....2 NE SAIT PAS.....8	OUI.....1 NON.....2 NE SAIT PAS.....8
463B	Avez-vous demandé des conseils ou recherché un traitement pour la fièvre?	OUI.....1 NON.....2 (PASSER À 463D)←	OUI.....1 NON.....2 (PASSER À 463D)←
463C	Où avez-vous recherché des conseils ou un traitement en premier lieu?	SECTEUR PUBLIC HÔPITAL.....11 CENTRE DE SANTÉ/PMI.....12 POSTE DE SANTÉ.....13 PHARMACIE DU CENTRE DE SANTÉ/HÔPITAL.....14 AGENT DE SANTÉ COMMUNAUTAIRE.....15 SECTEUR PARA PUBLIC CLINIQUE DE LA SNIM.....21 DISPENSARE/PMI CNSS.....22 SECTEUR MÉDICAL PRIVÉ CLINIQUE PRIVÉE.....31 CABINET MÉDICAL.....32 CABINET DE SOINS.....33 PHARMACIE.....34 DÉPÔT PHARMACEUTIQUE.....35 AUTRE SOURCE ACCOUCHEUSE TRADITION.....41 GUÉRISSEUR MARABOUT.....42 AUTRE.....96	SECTEUR PUBLIC HÔPITAL.....11 CENTRE DE SANTÉ/PMI.....12 POSTE DE SANTÉ.....13 PHARMACIE DU CENTRE DE SANTÉ/HÔPITAL.....14 AGENT DE SANTÉ COMMUNAUTAIRE.....15 SECTEUR PARA PUBLIC CLINIQUE DE LA SNIM.....21 DISPENSARE/PMI CNSS.....22 SECTEUR MÉDICAL PRIVÉ CLINIQUE PRIVÉE.....31 CABINET MÉDICAL.....32 CABINET DE SOINS.....33 PHARMACIE.....34 DÉPÔT PHARMACEUTIQUE.....35 AUTRE SOURCE ACCOUCHEUSE TRADITION.....41 GUÉRISSEUR MARABOUT.....42 AUTRE.....96

		DERNIÈRE NAISSANCE NOM _____	AVANT-DERNIÈRE-NAISSANCE NOM _____
463D	Est-ce que quelque chose a été donné à (NOM) pour traiter la fièvre?	OUI.....1 NON.....2 (PASSER À 463F)←——— NE SAIT PAS.....8	OUI.....1 NON.....2 (PASSER À 463F)←——— NE SAIT PAS.....8
463E	Qu'a-t-on donné pour traiter la fièvre? Quelque chose d'autre? ENREGISTRER TOUT CE QUI EST MENTIONNÉ.	CHLOROQUINE/NIVAQUINE A QUINIFORME B PALUJET C QUINIMAX D AUTRES ANTI-PALUDÉENS E REMÈDES TRADITIONNELS F AUTRES X MÉDICAMENT INCONNU Y	CHLOROQUINE/NIVAQUINE..... A QUINIFORME B PALUJET C QUINIMAX D AUTRES ANTI-PALUDÉENS E REMÈDES TRADITIONNELS..... F AUTRES X MÉDICAMENT INCONNU Y
463F	Est-ce que (NOM) dort d'habitude sous une moustiquaire ?	OUI.....1 NON.....2 NE SAIT PAS.....8	OUI.....1 NON.....2 NE SAIT PAS.....8
463G	Est-ce que (NOM) a dormi sous une moustiquaire la nuit dernière?	OUI.....1 NON.....2 NE SAIT PAS.....8	OUI.....1 NON.....2 NE SAIT PAS.....8
464	Est-ce que (NOM) a souffert de la toux, à un moment quelconque, au cours des deux dernières semaines	OUI.....1 NON.....2 (PASSER À 472)←——— NE SAIT PAS.....8	OUI.....1 NON.....2 (PASSER À 472)←——— NE SAIT PAS.....8
465	Quand (NOM) souffrait de la toux, respirait-il/elle plus vite que d'habitude avec un souffle court et rapide?	OUI.....1 NON.....2 NE SAIT PAS.....8	OUI.....1 NON.....2 NE SAIT PAS.....8
467	Avez-vous demandé des conseils ou recherché un traitement pour la toux?	OUI.....1 NON.....2 (PASSER À 472)←———	OUI.....1 NON.....2 (PASSER À 472)←———
468	Où avez-vous recherché des conseils ou un traitement en premier lieu?	SECTEUR PUBLIC HÔPITAL.....11 CENTRE DE SANTÉ/PMI.....12 POSTE DE SANTÉ.....13 PHARMACIE DU CENTRE DE SANTÉ/HÔPITAL.....14 AGENT DE SANTÉ COMMUNAUTAIRE.....15 SECTEUR PARA PUBLIC CLINIQUE DE LA SNIM.....21 DISPENSARE/PMI CNSS.....22 SECTEUR MÉDICAL PRIVÉ CLINIQUE PRIVÉE.....31 CABINET MÉDICAL.....32 CABINET DE SOINS.....33 PHARMACIE.....34 DÉPÔT PHARMACEUTIQUE.....35 AUTRE SOURCE ACCOUCHEUSE TRADITION.....41 GUÉRISSEUR MARABOUT.....42 AUTRE.....96	SECTEUR PUBLIC HÔPITAL.....11 CENTRE DE SANTÉ/PMI.....12 POSTE DE SANTÉ.....13 PHARMACIE DU CENTRE DE SANTÉ/HÔPITAL.....14 AGENT DE SANTÉ COMMUNAUTAIRE.....15 SECTEUR PARA PUBLIC CLINIQUE DE LA SNIM.....21 DISPENSARE/PMI CNSS.....22 SECTEUR MÉDICAL PRIVÉ CLINIQUE PRIVÉE.....31 CABINET MÉDICAL.....32 CABINET DE SOINS.....33 PHARMACIE.....34 DÉPÔT PHARMACEUTIQUE.....35 AUTRE SOURCE ACCOUCHEUSE TRADITION.....41 GUÉRISSEUR MARABOUT.....42 AUTRE.....96
472	Est-ce-que (NOM) a eu la diarrhée au cours des deux dernières semaines?	OUI.....1 NON.....2 (PASSER À 480)←——— NE SAIT PAS.....8	OUI.....1 NON.....2 (PASSER À 480)←——— NE SAIT PAS.....8
472A	Y-avait-il du sang dans les selles?	OUI.....1 NON.....2 NE SAIT PAS.....8	OUI.....1 NON.....2 NE SAIT PAS.....8
473	Maintenant, je voudrais savoir quelle quantité de liquide (NOM) a reçu durant sa diarrhée. Lui avez-vous donné à boire moins que d'habitude, environ la même quantité ou plus que d'habitude ? SI MOINS, INSISTER: Lui avez-vous donné à boire beaucoup moins que d'habitude ou un peu moins que d'habitude?	BEAUCOUP MOINS1 UN PEU MOINS.....2 ENVIRON LA MÊME QUANTITÉ ...3 PLUS.....4 RIEN À BOIRE.....5 NE SAIT PAS.....8	BEAUCOUP MOINS1 UN PEU MOINS.....2 ENVIRON LA MÊME QUANTITÉ ...3 PLUS.....4 RIEN À BOIRE.....5 NE SAIT PAS.....8

		DERNIÈRE NAISSANCE NOM _____	AVANT-DERNIÈRE-NAISSANCE NOM _____
474	<p>Quand (NOM) a eu la diarrhée, lui avez-vous donné moins à manger que d'habitude, environ la même quantité, plus que d'habitude ou rien à manger du tout?</p> <p>SI MOINS, INSISTER: Lui avez-vous donné à manger beaucoup moins que d'habitude ou un peu moins que d'habitude?</p>	BEAUCOUP MOINS 1 UN PEU MOINS 2 ENVIRON LA MÊME QUANTITÉ ... 3 PLUS 4 A STOPPÉ LA NOURITURE 5 N'A JAMAIS DONNÉ À MANGER ... 6 NE SAIT PAS 8	BEAUCOUP MOINS 1 UN PEU MOINS 2 ENVIRON LA MÊME QUANTITÉ ... 3 PLUS 4 A STOPPÉ LA NOURITURE 5 N'A JAMAIS DONNÉ À MANGER ... 6 NE SAIT PAS 8
475	<p>Lui avez-vous donné l'une des choses suivantes à boire?</p> <p>a Un liquide préparé à partir d'un sachet de poudre à diluer dans de l'eau et donné par l'établissement de santé (SRO)?</p> <p>b Un liquide maison que l'on vous a appris à préparer avec de l'eau du sel et du sucre?</p>	<p style="text-align: center;">OUI NON NSP</p> LIQUIDE SACHET SRO 1 2 8 LIQUIDE MAISON 1 2 8	<p style="text-align: center;">OUI NON NSP</p> LIQUIDE SACHET SRO 1 2 8 LIQUIDE MAISON 1 2 8
476	Est-ce que quelque chose (d'autre) a été donné pour traiter la diarrhée?	OUI 1 NON 2 (PASSER À 478) <----- NE SAIT PAS 8	OUI 1 NON 2 (PASSER À 478) <----- NE SAIT PAS 8
477	<p>Qu'a-t-on donné pour traiter la diarrhée?</p> <p>Quelque chose d'autre?</p> <p>ENREGISTRER TOUT CE QUI EST MENTIONNÉ.</p>	COMPRIMÉ OU SIROP A INJECTION B PERFUSION INTRAVEINEUSE SONDE GASTRIQUE C REMÈDES TRADITIONNELS D AUTRE X	COMPRIMÉ OU SIROP A INJECTION B PERFUSION INTRAVEINEUSE SONDE GASTRIQUE C REMÈDES TRADITIONNELS D AUTRE X
478	Avez-vous recherché des conseils ou un traitement pour la diarrhée?	OUI 1 NON 2 (PASSER À 480) <-----	OUI 1 NON 2 (PASSER À 480) <-----
479	Où avez-vous recherché des conseils ou un traitement en premier lieu?	SECTEUR PUBLIC HÔPITAL 11 CENTRE DE SANTÉ/PMI 12 POSTE DE SANTÉ 13 PHARMACIE DU CENTRE DE SANTÉ/HÔPITAL 14 AGENT DE SANTÉ COMMUNAUTAIRE 15 SECTEUR PARA PUBLIC CLINIQUE DE LA SNIM 21 DISPENSAIRE/PMI CNSS 22 SECTEUR MÉDICAL PRIVÉ CLINIQUE PRIVÉE 31 CABINET MÉDICAL 32 CABINET DE SOINS 33 PHARMACIE 34 DÉPÔT PHARMACEUTIQUE 35 AUTRE SOURCE ACCOUCHEUSE TRADITION... 41 GUÉRISSEUR MARABOUT 42 AUTRE 96	SECTEUR PUBLIC HÔPITAL 11 CENTRE DE SANTÉ/PMI 12 POSTE DE SANTÉ 13 PHARMACIE DU CENTRE DE SANTÉ/HÔPITAL 14 AGENT DE SANTÉ COMMUNAUTAIRE 15 SECTEUR PARA PUBLIC CLINIQUE DE LA SNIM 21 DISPENSAIRE/PMI CNSS 22 SECTEUR MÉDICAL PRIVÉ CLINIQUE PRIVÉE 31 CABINET MÉDICAL 32 CABINET DE SOINS 33 PHARMACIE 34 DÉPÔT PHARMACEUTIQUE 35 AUTRE SOURCE ACCOUCHEUSE TRADITION... 41 GUÉRISSEUR MARABOUT 42 AUTRE 96
480		RETOURNER À 453 DANS COLONNE SUIVANTE OU, SI PLUS DE NAISSANCES, ALLER À 481.	RETOURNER À 453 (DERNIÈRE COLONNE DU NOUVEAU QUESTIONNAIRE) OU, SI PLUS DE NAISSANCES, ALLER À 481.
481	<p>VÉRIFIER 475a TOUTES LES COLONNES:</p> <p>AUCUN ENFANT N'A REÇU DE SACHET DE SRO OU Q.475 NON POSÉE <input type="checkbox"/></p> <p>UN ENFANT A REÇU DES SACHETS DE SRO <input type="checkbox"/></p>		→501
482	Avez-vous déjà entendu parler d'un produit spécial appelé [NOM LOCAL] que l'on peut obtenir pour traiter la diarrhée?	OUI 1 NON 2	

Section 5
PRATIQUES TRADITIONNELLES

N°.	QUESTIONS ET FILTRES	CODES	ALLER À
501	Avez-vous déjà entendu parler de l'excision?	OUI..... 1 NON..... 2	→503
502	Dans certains pays, il existe une pratique qui consiste à couper une partie des organes génitaux externes des filles. Avez-vous déjà entendu parler de cette pratique?	OUI..... 1 NON..... 2	→530
503	Avez-vous été excisée, c'est-à-dire, vous a-t-on coupé une partie de vos organes génitaux externes?	OUI..... 1 NON..... 2	→508
504	Je voudrais maintenant vous poser des questions sur ce qui a été fait à ce moment-là. Vous a-t-on enlevé quelque chose des parties génitales?	OUI..... 1 NON..... 2 NE SAIT PAS..... 8	→506
505	Vous a-t-on seulement entaillé les parties génitales sans rien enlever?	OUI..... 1 NON..... 2 NE SAIT PAS..... 8	↓ →508
506	Quel âge aviez-vous lorsque vous avez subi cette pratique? SI MOINS D'UN AN NOTER EN MOIS; SI MOINS D'UN MOIS, NOTER '00'. SI L'ENQUÊTÉE NE CONNAIT PAS L'ÂGE EXACT, ESSAYER D'OBTENIR UNE ESTIMATION.	ÂGE EN MOIS1 <input type="text"/> <input type="text"/> ÂGE EN ANNÉES.....2 <input type="text"/> <input type="text"/> DURANT PETITE ENFANCE 995 NE SAIT PAS..... 998	
507	Qui a procédé à votre excision?	TRADITIONNEL EXCISEUSE TRADITIONNELLE..... 11 ACCOUCHEUSE TRADITION..... 12 VIEILLE FEMME..... 13 PROFESSIONNEL SANTÉ MÉDECIN/..... 21 INFIRMIÈRE/SAGE-FEMME 22 MATRONE 23 AUTRE 96 NE SAIT PAS..... 98	
508	VÉRIFIER 214 ET 216: A AU MOINS UNE FILLE VIVANTE <input type="checkbox"/> N'A PAS DE FILLE VIVANTE <input type="checkbox"/> OU 214-216 NON POSÉES		→517
509	VÉRIFIER 214 ET 216: A UNE SEULE FILLE VIVANTE <input type="checkbox"/> Est-ce que votre fille a subi ce genre de pratique? SI "OUI", NOTER '01' DANS LES CASES DE DROITES; SI "NON", ENCERCLER '95' A 2 FILLES VIVANTES OU PLUS <input type="checkbox"/> Est-ce que certaines de vos filles ont subi ce genre de pratique? SI "OUI": Combien? NOTER LE NOMBRE DANS LES CASES DE DROITES; SI "AUCUNE", ENCERCLER '95'	NOMBRE EXCISEES <input type="text"/> <input type="text"/> AUCUNE FILLE EXCISEE..... 95	→516
510	VÉRIFIER 509: A UNE SEULE FILLE EXCISÉE <input type="checkbox"/> Quelle est le nom de votre fille qui a été excisée? _____ (NOM DE LA FILLE) VÉRIFIER 212 ET NOTER LE N° DE LIGNE DE LA FILLE A 2 FILLES EXCISÉES OU PLUS <input type="checkbox"/> Sur laquelle de vos filles a-t-on procédé le plus récemment à l'excision? _____ (NOM DE LA FILLE) VÉRIFIER 212 ET NOTER LE N° DE LIGNE DE LA FILLE	NUMÉRO DE LIGNE DE LA FILLE DE Q.212..... <input type="text"/> <input type="text"/>	
511	Je voudrais maintenant vous poser des questions sur ce qui a été fait à	OUI..... 1	→513

N°.	QUESTIONS ET FILTRES	CODES	ALLER À
	(NOM DE LA FILLE de Q.510) à ce moment-là? A-t-on enlevé quelque chose de ses parties génitales?	NON 2 NE SAIT PAS 8	
512	A-t-on seulement entaillé ses parties génitales sans rien enlever?	OUI 1 NON 2 NE SAIT PAS 8	
513	Quel âge avait (NOM DE LA FILLE À Q.510) au moment de l'excision? SI MOINS D'UN AN NOTER EN MOIS; SI MOINS D'UN MOIS, NOTER '00'. SI L'ENQUÊTÉE NE CONNAIT PAS L'ÂGE EXACT, ESSAYER D'OBTENIR UNE ESTIMATION.	ÂGE EN MOIS 1 <input type="text"/> ÂGE EN ANNÉES 2 <input type="text"/> DURANT PETITE ENFANCE 995 NE SAIT PAS 998	
514	Qui a procédé à l'excision ?	TRADITIONNEL EXCISEUSE TRADITIONNELLE 11 ACCOUCHEUSE TRADITIONNELLE 12 VIEILLE FEMME 13 PROFESSIONNEL SANTÉ MÉDECIN/ 21 INFIRMIÈRE/SAGE-FEMME 22 MATRONE 23 AUTRE 96 NE SAIT PAS 98	
515	Est-ce qu'au moment ou après qu'on ait coupé les parties génitales de (NOM DE LA FILLE À Q.511) l'un des problèmes suivants s'est-il produit Saignements excessifs? Difficultés pour uriner ou rétention d'urine? Gonflement de la zone génitale ? Infection de la zone génitale? La blessure ne s'est pas cicatrisée correctement?	<p style="text-align: right;">OUI NON NSP</p> SAIGNEMENT EXCESSIF 1 2 8 DIFFICULTÉS. À URINER/ RETENTION URINE 1 2 8 GONFLEMENT 1 2 8 INFECTION 1 2 8 CICATRISATION 1 2 8	} >517
516	VÉRIFIER 214 ET 216: A UNE SEULE FILLE VIVANTE <input type="checkbox"/> Dans l'avenir, avez-vous l'intention de faire exciser votre fille ? A 2 FILLES VIVANTES OU PLUS <input type="checkbox"/> Dans l'avenir, avez-vous l'intention de faire exciser vos filles ou certaines d'entre elles ?	OUI 1 NON 2 NE SAIT PAS 8	
517	Quels sont les avantages pour une fille d'être excisée? INSISTER: D'autres avantages? ENREGISTRER TOUT CE QUI EST MENTIONNÉ.	MEILLEURE HYGIÈNE A RECONNAISSANCE SOCIALE B MEILLEURE CHANCE MARIAGE C APaiser le DÉSIR SEXUEL DE LA FEMME D PLUS DE PLAISIR SEXUEL POUR L'HOMME E NÉCESSITÉ RELIGIEUSE F AUTRE _____ X (PRÉCISER) AUCUN AVANTAGE Y	
518	Quels sont les avantages pour les filles à ne pas être excisées? INSISTER: Rien d'autre? ENREGISTRER TOUT CE QUI EST MENTIONNÉ.	MOINS DE PROBLÈMES DE SANTÉ .. A MOINS DE PROBLÈMES À L'ACCOUCHEMENT B ÉVITE LA SOUFFRANCE C DAVANTAGE DE PLAISIR SEXUEL POUR LA FEMME D DAVANTAGE PLAISIR SEXUEL POUR L'HOMME E ACCORD AVEC LA RELIGION F	

N°.	QUESTIONS ET FILTRES	CODES	ALLER À
		AUTRE _____ X (PRÉCISER) AUCUN AVANTAGE..... Y	
519	VÉRIFIER 517 ET 518: CODE 'D' NON ENCERCLÉ À Q.517 ET À Q.518 <input type="checkbox"/>	CODE 'D' ENCERCLÉ À Q.517 OU À Q.518 <input type="checkbox"/>	->521
520	Pensez-vous que cette pratique est un moyen d'apaiser le désir sexuel des femmes ou pensez vous, au contraire, qu'elle n'a aucun effet ?	APAISER DÉSIR SEXUEL 1 PAS D'EFFET 2 NE SAIT PAS 8	
521	VÉRIFIER 517 ET 518: CODE 'F' NON ENCERCLÉ À Q.517 ET À Q.518 <input type="checkbox"/>	CODE 'F' ENCERCLÉ À Q.517 OU À Q.518 <input type="checkbox"/>	->523
522	Pensez-vous que le recours à cette pratique est exigée par votre religion ?	OUI..... 1 NON 2 NE SAIT PAS 8	
523	Pensez-vous que cette pratique doit être maintenue ou qu'elle doit disparaître?	MAINTENUE 1 DISPARAITRE 2 CELA DÉPEND 3 NE SAIT PAS 8	
524	Pensez-vous que les hommes tiennent à ce que cette pratique soit conservée ou au contraire, pensez-vous qu'ils sont favorables à son abandon?	CONSERVÉE..... 1 ABANDONNÉE 2 CELA DÉPEND 3 NE SAIT PAS 8	

N°.	QUESTIONS ET FILTRES	CODES	ALLER À
530	Avez-vous déjà entendu parler du gavage?	OUI..... 1 NON 2	→532
531	Dans certains pays, il existe une pratique qui consiste à forcer les petites filles et les jeunes filles à manger pour qu'elles prennent du poids. Avez-vous déjà entendu parler de cette pratique?	OUI..... 1 NON 2	→600
532	Avez-vous été gavée?	OUI..... 1 NON 2	→538
532A	Je voudrais maintenant vous poser des questions sur ce qui a été fait à ce moment-là. Au départ, qui a voulu principalement que vous soyez gavée?	MÈRE..... 1 PÈRE 2 GRAND FRÈRE 3 GRAND-MÈRE..... 4 AUTRES PARENTS..... 6	
533	Au début, qu'est-ce que l'on vous faisait pour vous obliger à vous gaver? INSISTER: Rien d'autre? ENREGISTRER TOUT CE QUI EST MENTIONNÉ	ON ME BATAIT..... A ON M'A CASSÉ LES DOIGTS DES PIEDS/DES MAINS..... B ON ME METTAIT UN ZAYAR POUR ME SERRER LE BRAS C ON ME DONNAIT MÉDICAMENTS..... D AUTRE _____ X (PRÉCISER) RIEN DE PARTICULIER Y	
534	Quel âge aviez-vous lorsque vous avez commencé à être gavée? SI L'ENQUÊTÉE NE CONNAIT PAS L'ÂGE EXACT, ESSAYER D'OBTENIR UNE ESTIMATION.	ÂGE ANNÉES RÉVOLUES <input type="text"/> <input type="text"/>	
534A	VÉRIFIER 106 ÂGE DE L'ENQUÊTÉE: MOINS DE 20 ANS <input type="checkbox"/> 20 ANS OU PLUS <input type="checkbox"/>		→535
534B	Êtes-vous toujours gavée?	OUI..... 1 NON 2	→536
535	Pendant combien de temps avez-vous été gavée? SI MOINS D'UN AN, ENREGISTRER EN MOIS. SI 1 AN OU PLUS, ENREGISTRER EN ANNÉES.	NOMBRE DE MOIS 1 <input type="text"/> <input type="text"/> NOMBRE D'ANNÉES 2 <input type="text"/> <input type="text"/>	
536	Regrettez-vous d'avoir été gavée?	OUI..... 1 NON 2	→538
537	Pourquoi le regrettez-vous? INSISTER: D'autres raisons? ENREGISTRER TOUT CE QUI EST MENTIONNÉ.	TROP GROSSE.....A TROP DOULOUREUX.....B MAUVAIS POUR LA SANTÉ C DÉCHIRURES DE LA PEAU D DEVIENT LAIDE SI PERDS DU POIDS.....E GÊNE POUR TRAVAIL/ POUR SE DÉPLACER F GÊNE POUR GROSSESSE/ POUR ACCOUCHEMENT G MOINS BONNE CHANCE MARIAGE H NE PRÉSENTE AUCUN AVANTAGE I AUTRE _____ X (PRÉCISER) AUCUNE RAISON/NE SAIT PAS Y	
538	VÉRIFIER 214 ET 216: A AU MOINS UNE FILLE VIVANTE <input type="checkbox"/> N'A PAS DE FILLE VIVANTE <input type="checkbox"/> OU 214 ET 216 NON POSÉES		→548

N°.	QUESTIONS ET FILTRES	CODES	ALLER À
539	<p>VÉRIFIER 214 ET 216:</p> <p>A UNE SEULE FILLE VIVANTE <input type="checkbox"/></p> <p>Est-ce que votre fille a été gavée?</p> <p>SI "OUI", NOTER '01' DANS LES CASES DE DROITES; SI "NON", ENCERCLER '95'</p> <p>A 2 FILLES VIVANTES OU PLUS <input type="checkbox"/></p> <p>Est-ce que certaines de vos filles ont été gavées? SI "OUI": Combien? NOTER LE NOMBRE DANS LES CASES DE DROITES; SI "AUCUNE", ENCERCLER '95'</p>	<p>NOMBRE GAVÉES..... <input type="checkbox"/></p> <p>AUCUNE FILLE GAVÉE 95</p>	→545
540	<p>VÉRIFIER 539:</p> <p>A UNE SEULE FILLE GAVÉE <input type="checkbox"/></p> <p>Quelle est le nom de votre fille qui a été gavée?</p> <p>_____</p> <p>(NOM DE LA FILLE)</p> <p>VÉRIFIER 212 ET NOTER LE N° DE LIGNE DE LA FILLE</p> <p>A 2 FILLES GAVÉES OU PLUS <input type="checkbox"/></p> <p>Parmi vos filles, laquelle a été gavée le plus récemment?</p> <p>_____</p> <p>(NOM DE LA FILLE)</p> <p>VÉRIFIER 212 ET NOTER LE N° DE LIGNE DE LA FILLE</p>	<p>NUMÉRO DE LIGNE DE LA FILLE DE Q.212..... <input type="checkbox"/></p>	
540A	<p>Au départ, principalement qui a voulu que (NOM DE LA FILLE DE Q.540) soit gavée?</p>	<p>ENQUÊTÉE ELLE-MÊME..... 1</p> <p>MARI DE L'ENQUÊTÉE..... 2</p> <p>FILS DE L'ENQUÊTÉE..... 3</p> <p>MÈRE DE L'ENQUÊTÉE..... 4</p> <p>AUTRES PARENTS..... 6</p>	
541	<p>Au début, qu'est-ce qui a été fait pour obliger (NOM DE LA FILLE DE Q.540) à se gaver?</p> <p>INSISTER: Rien d'autre?</p> <p>ENREGISTRER TOUT CE QUI EST MENTIONNÉ</p>	<p>ON LA BATAIT..... A</p> <p>ON LUI A CASSÉ LES DOIGTS DES PIEDS/DES MAINS..... B</p> <p>ON LUI METTAIT UN ZAYAR POUR LUI SERRER LE BRAS..... C</p> <p>ON LUI DONNAIT MÉDICAMENTS..... E</p> <p>AUTRE..... X (PRÉCISER)</p> <p>RIEN DE PARTICULIER..... Y</p>	
542	<p>Quel âge avait (NOM DE LA FILLE DE Q.540) lorsque vous avez commencé à la gaver?</p> <p>SI L'ENQUÊTÉE NE CONNAIT PAS L'ÂGE EXACT, ESSAYER D'OBTENIR UNE ESTIMATION.</p>	<p>ÂGE ANNÉES RÉVOLUES..... <input type="checkbox"/></p>	
543	<p>(NOM DE LA FILLE DE Q.540) est-elle toujours gavée?</p>	<p>OUI..... 1</p> <p>NON..... 2</p>	→548
544	<p>Pendant combien de temps (NOM DE LA FILLE DE Q.540) a-t-elle été gavée?</p> <p>SI MOINS D'UN AN, ENREGISTRER EN MOIS. SI 1 AN OU PLUS, ENREGISTRER EN ANNÉES</p>	<p>NOMBRE DE MOIS..... 1 <input type="checkbox"/></p> <p>NOMBRE D'ANNÉES..... 2 <input type="checkbox"/></p>	→548
545	<p>VÉRIFIER 214 ET 216:</p> <p>A UNE SEULE FILLE VIVANTE <input type="checkbox"/></p> <p>Dans l'avenir, avez-vous l'intention de gaver votre fille ?</p> <p>A 2 FILLES VIVANTES OU PLUS <input type="checkbox"/></p> <p>Dans l'avenir, avez-vous l'intention de gaver vos filles ou certaines de vos filles?</p>	<p>OUI..... 1</p> <p>NON..... 2</p> <p>NE SAIT PAS..... 8</p>	→548 →548

546	VÉRIFIER 539: N'A AUCUNE FILLE GAVÉE <input type="checkbox"/>	A AU MOINS UNE FILLE GAVÉE <input type="checkbox"/>	->548
547	VÉRIFIER 214 ET 216: A UNE SEULE FILLE VIVANTE <input type="checkbox"/> Pourquoi vous n'avez pas gavé votre fille et vous n'avez pas l'intention de la gaver? INSISTER: Aucune autre raison? ENREGISTRER TOUT CE QUI EST MENTIONNÉ	A 2 FILLES VIVANTES OU PLUS <input type="checkbox"/> Pourquoi vous n'avez gavé aucune de vos filles et vous n'avez pas l'intention de les gaver? TROP CHER.....A TROP DOULOUREUX.....B MAUVAIS POUR LA SANTÉ.....C DÉCHIRURES DE LA PEAU.....D DEVIENT LAIDE SI PERDS DU POIDS.....E GÊNE POUR TRAVAIL/ POUR SE DÉPLACER.....F GÊNE POUR GROSSESSE/ POUR ACCOUCHEMENT.....G MOINS BONNE CHANCE MARIAGE.....H NE PRÉSENTE AUCUN AVANTAGE.....I OPPOSÉE À CETTE PRATIQUE.....J AUTRE.....X (PRÉCISER) AUCUNE RAISON/NE SAIT PAS.....Y	
548	Quels sont les avantages pour une fille d'être gavée? INSISTER: D'autres avantages? ENREGISTRER TOUT CE QUI EST MENTIONNÉ.	PLUS BELLE.....A MONTRER SON NIVEAU SOCIAL.....B MEILLEURES CHANCES MARIAGE.....C AUTRE.....X (PRÉCISER) AUCUN AVANTAGE.....Y NE SAIT PAS.....Z	
549	Quels sont les avantages pour les filles à ne pas être gavée? INSISTER: D'autres avantages? ENREGISTRER TOUT CE QUI EST MENTIONNÉ.	PLUS BELLE.....A ÉVITE DOULOUR.....B MEILLEURES CHANCES MARIAGE.....C MEILLEUR POUR LA SANTÉ.....D ÉVITE DÉCHIRURES DE LA PEAU.....E ÉVITE DEVENIR LAIDE SI PERDS DU POIDS.....F PLUS FACILE POUR TRAVAIL/ POUR SE DÉPLACER.....G PLUS FACILE GÊNE POUR/GROS- SESSE/ACCOUCHEMENT.....H DAVANTAGE DE PLAISIR SEXUEL POUR ELLE-MEME.....I ACCORD AVEC LA RELIGION.....J AUTRE.....X (PRÉCISER) AUCUN AVANTAGE.....Y NE SAIT PAS.....Z	
550	Pensez-vous que cette pratique doit être maintenue ou qu'elle doit disparaître?	MAINTENUE.....1 DISPARAITRE.....2 CELA DÉPEND.....3 NE SAIT PAS.....8	
551	Pensez-vous que les hommes tiennent à ce que cette pratique soit conservée ou au contraire, pensez-vous qu'ils sont favorables à son abandon?	CONSERVÉE.....1 ABANDONNÉE.....2 CELA DÉPEND.....3 NE SAIT PAS.....8	

SECTION 6
PRÉFÉRENCES EN MATIÈRE DE FÉCONDITÉ

N°	QUESTIONS ET FILTRES	CODES	ALLER À								
600	VÉRIFIER 120: MARIÉE , VEUVE <input type="checkbox"/> DIVORCÉE <input type="checkbox"/> CÉLIBATAIRE <input type="checkbox"/>		→701								
601	VÉRIFIER 311: NI LUI NI ELLE STÉRILISÉ <input type="checkbox"/> OU 311 NON POSÉE <input type="checkbox"/> LUI OU ELLE STÉRILSÉ <input type="checkbox"/>		→614								
602	VÉRIFIER 225: PAS ENCEINTE <input type="checkbox"/> OU PAS SÛRE <input type="checkbox"/> ENCEINTE <input type="checkbox"/> Maintenant j'ai quelques questions au sujet de l'avenir. Voudriez-vous avoir un (un autre) enfant, ou préféreriez-vous ne pas avoir d'(autre) enfant? 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'autre enfant?	AVOIR UN (AUTRE) ENFANT 1 PAS D'AUTRE/AUCUN 2 DIT QU'ELLE NE PEUT PAS TOMBER ENCEINTE 3 INDÉCISE/NE SAIT PAS ET ENCEINTE..... 4 INDÉCISE/ NE SAIT PAS ET PAS ENCEINTE/PAS SÛRE 5	→604 →614 →610 →608								
603	VÉRIFIER 225: PAS ENCEINTE <input type="checkbox"/> OU PAS SÛRE <input type="checkbox"/> ENCEINTE <input type="checkbox"/> Combien de temps voudriez-vous attendre à partir de maintenant avant la naissance d'un (autre) enfant? Après la naissance de l'enfant que vous attendez, combien de temps voudriez-vous attendre avant la naissance d'un autre enfant?	MOIS 1 <table border="1" style="display: inline-table; vertical-align: middle;"><tr><td> </td><td> </td></tr><tr><td> </td><td> </td></tr></table> ANNÉES..... 2 <table border="1" style="display: inline-table; vertical-align: middle;"><tr><td> </td><td> </td></tr><tr><td> </td><td> </td></tr></table> BIENTÔT/MAINTENANT 993 DIT PEUT PAS TOMBER ENCEINTE .. 994 APRÈS MARIAGE..... 995 AUTRE 996 NE SAIT PAS 998									→609 →614 →609
604	VÉRIFIER 225: PAS ENCEINTE <input type="checkbox"/> OU PAS SÛRE <input type="checkbox"/> ENCEINTE <input type="checkbox"/>		→610								
605	VÉRIFIER 310: UTILISE UNE MÉTHODE? NON POSÉE <input type="checkbox"/> NON, N'UTILISE PAS ACTUEL- LEMENT <input type="checkbox"/> OUI, UTILISE ACTUELLEMENT <input type="checkbox"/>		→608								
606	VÉRIFIER 603: NON POSÉE <input type="checkbox"/> 24 MOIS OU PLUS OU 2 ANS OU PLUS <input type="checkbox"/> 00-23 MOIS OU 00-01 ANNÉE <input type="checkbox"/>		→610								

N°	QUESTIONS ET FILTRES	CODES	ALLER À
607	<p>VÉRIFIER 602:</p> <p>VEUT UN/UN AUTRE ENFANT <input type="checkbox"/></p> <p>NE VEUT PAS D'(AUTRE) ENFANT <input type="checkbox"/></p> <p>Vous avez dit que, dans l'immédiat, vous ne vouliez pas avoir (un/un autre) enfant, mais vous n'utilisez pas de méthode pour éviter une grossesse. Pouvez-vous me dire pourquoi?</p> <p>Vous avez dit que vous ne vouliez pas d'(autre) enfant, mais vous n'utilisez pas de méthode pour éviter une grossesse. Pouvez-vous me dire pourquoi?</p> <p>INSISTER : Aucune autre raison ?</p> <p>ENREGISTRER TOUT CE QUI EST MENTIONNÉ.</p>	<p>PAS DE RAPPORTS SEXUELS A</p> <p>RAP. SEXUELS PEU FRÉQUENTS B</p> <p>MÉNOPAUSE//HYSTÉRECTOMIE C</p> <p>SOUS-FÉCONDE/STÉRILE D</p> <p>AMÉNORRÉE POSTPARTUM E</p> <p>ALLAITEMENT F</p> <p>FATALISTE G</p> <p>ENQUÊTÉE OPPOSÉE H</p> <p>MARI OPPOSÉ I</p> <p>AUTRES PERSONNES OPPOSÉES J</p> <p>INTERDITS RELIGIEUX K</p> <p>CONNAÎT AUCUNE MÉTHODE L</p> <p>CONNAÎT AUCUNE SOURCE M</p> <p>PROBLÈMES DE SANTÉ N</p> <p>PEUR DES EFFETS SECONDAIRES O</p> <p>PAS ACCESSIBLE/TROP LOIN P</p> <p>TROP CHER Q</p> <p>PAS PRATIQUE À UTILISER R</p> <p>INTERFÈRE AVEC DES FONCTIONS NORMALES DU CORPS S</p> <p>AUTRE X</p> <p>NE SAIT PAS Z</p>	
608	<p>Dans les semaines qui viennent, si vous découvriez que vous êtes enceinte, cela serait-il un problème important, un petit problème ou cela ne vous poserait-il aucun problème?</p>	<p>PROBLÈME IMPORTANT 1</p> <p>PETIT PROBLÈME 2</p> <p>AUCUN PROBLÈME 3</p> <p>DIT PEUT PAS TOMBER ENCEINTE/ N'A PAS DE RAPPORTS SEX 4</p>	
609	<p>VÉRIFIER 310: UTILISE UNE MÉTHODE?</p> <p>NON POSÉE <input type="checkbox"/> NON, N'UTILISE PAS ACTUELLEMENT <input type="checkbox"/> OUI, UTILISE ACTUELLEMENT <input type="checkbox"/></p>		<p>→614</p>
610	<p>Pensez-vous que, dans l'avenir, vous utiliserez une méthode pour retarder ou éviter une grossesse?</p>	<p>OUI 1</p> <p>NON 2</p> <p>NE SAIT PAS 8</p>	<p>→612</p>
611	<p>Quelle méthode préféreriez-vous utiliser?</p>	<p>STÉRILISATION FÉMININE 01</p> <p>STÉRILISATION MASCULINE 02</p> <p>PILULE 03</p> <p>DIU 04</p> <p>INJECTIONS 05</p> <p>IMPLANTS 06</p> <p>CONDOM 07</p> <p>CONDOM FÉMININ 08</p> <p>DIAPHRAGME 09</p> <p>MOUSSE/GELÉE 10</p> <p>MAMA 11</p> <p>CONTINENCE PÉRIODIQUE 12</p> <p>RETRAIT 13</p> <p>AUTRE 96</p> <p>PAS SÛRE/NE SAIT PAS ENCORE 98</p>	<p>→614</p>

N°	QUESTIONS ET FILTRES	CODES	ALLER À
612	Quelle est la raison principale pour laquelle vous pensez que vous n'utiliserez pas de méthode dans l'avenir?	PAS DE RAP. SEXUELS/RAP. SEXUELS PEU FRÉQUENTS 12 MÉNOPAUSE//HYSTÉRECTOMIE 13 SOUS-FÉCONDE/STÉRILE 14 VEUT AUTANT D'ENFANTS QUE POSSIBLE 15 ENQUÊTÉE OPPOSÉE 21 MARI/PARTENAIRE OPPOSÉ 22 AUTRES PERSONNES OPPOSÉES 23 INTERDITS RELIGIEUX 24 CONNAÎT AUCUNE MÉTHODE 31 CONNAÎT AUCUNE SOURCE 32 PROBLÈMES DE SANTÉ 41 PEUR DES EFFETS SECONDAIRES 42 PAS ACCESSIBLE/TROP LOIN 43 TROP CHER 44 PAS PRATIQUE À UTILISER 45 INTERFÈRE AVEC DES FONCTIONS NATURELLES DU CORPS 46 AUTRE 96 NE SAIT PAS 98	
614	VÉRIFIER 216: A DES EN- FANTS VIVANTS <input type="checkbox"/> Si vous pouviez revenir à l'époque ou vous n'aviez pas d'enfant et choisir exactement le nombre d'enfants à avoir dans votre vie, combien auriez-vous voulu en avoir? INSISTER POUR OBTENIR UNE RÉPONSE NUMÉRIQUE.	N'A PAS D'EN- FANT VIVANT <input type="checkbox"/> Si vous pouviez choisir exactement le nombre d'enfants à avoir dans votre vie, combien voudriez-vous en avoir? NOMBRE..... <input type="text"/> <input type="text"/> AUTRE _____ 96 (PRÉCISER)	→616
615	Parmi ces enfants, combien souhaiteriez-vous de garçons, combien souhaiteriez-vous de filles, et pour combien d'entre eux, le sexe n'aurait-il pas d'importance?	GARÇONS FILLES N'IMPOR NOMBRE... <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> AUTRE _____ 96 (PRÉCISER)	
616	Diriez-vous que vous approuvez ou que vous désapprouvez les couples qui utilisent une méthode pour éviter de tomber enceinte?	APPROUVE 1 DÉSAPPROUVE 2 NE SAIT PAS/PAS SÛRE 8	
617	Au cours des derniers mois, avez-vous entendu parler de planification familiale: a) À la radio? b) À la télévision? c) Dans des journaux ou magazines? d) Sur des affiches? e) Au cours de réunions, de meetings? f) Dans les établissements sanitaires?	OUI NON RADIO 1 2 TÉLÉVISION 1 2 JOURNAUX OU MAGAZINES 1 2 AFFICHES 1 2 RÉUNIONS, MEETINGS 1 2 ÉTABLIS. SANITAIRES 1 2	
617A	VÉRIFIER 120: MARIÉE <input type="checkbox"/> VEUVE, DIVORCÉE <input type="checkbox"/>		→701

N°	QUESTIONS ET FILTRES	CODES	ALLER À
618	Maintenant je voudrais vous parler des opinions de votre mari en matière de planification familiale. Pensez-vous que votre mari approuve ou désapprouve les couples qui utilisent une méthode pour éviter une grossesse?	APPROUVE 1 DÉSAPPROUVE 2 NE SAIT PAS 8	
619	Combien de fois, au cours des 12 derniers mois, avez-vous parlé de la planification familiale avec votre mari?	JAMAIS 1 UNE OU DEUX FOIS 2 PLUS SOUVENT 3	
620	VÉRIFIER 311: NI LUI NI ELLE <input type="checkbox"/> STÉRILISÉ OU 311 NON POSÉE <input type="checkbox"/>		LUI OU ELLE <input type="checkbox"/> STÉRILISÉ →701
621	Pensez-vous que votre mari veut le même nombre d'enfants que vous, en veut davantage que vous ou en veut moins que vous?	MÊME NOMBRE 1 PLUS D'ENFANTS 2 MOINS D'ENFANTS 3 NE SAIT PAS 8	

N°	QUESTIONS ET FILTRES	CODES	ALLER À
710	Quelle est votre occupation, c'est-à-dire, quel genre de travail faites-vous principalement?	<input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>	<input type="text"/> <input type="text"/>
711	VÉRIFIER 710: TRAVAILLE DANS AGRICULTURE <input type="checkbox"/>	NE TRAVAILLE PAS DANS AGRICULTURE <input type="checkbox"/>	→713
712	Travaillez-vous principalement sur votre propre terre, ou sur la terre de votre famille, ou travaillez-vous sur une terre que vous louez, ou travaillez vous sur la terre de quelqu'un d'autre ou sur une terre n'appartenant à personne? ENCERCLER LE CODE '6' POUR LES PÊCHEURS	PROPRE TERRE 1 TERRE DE LA FAMILLE 2 TERRE LOUÉE 3 TERRE DE QUELQU'UN D'AUTRE 4 TERRE À PERSONNE 5 PECHEUR 6	
713	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 À SON COMPTE 3	
714	Travaillez-vous habituellement toute l'année, de manière saisonnière, ou seulement de temps en temps?	TOUTE L'ANNÉE 1 SAISONNIER/PARTIE DE L'ANNÉE 2 TEMPS EN TEMPS 3	
715	Pour ce travail, touchez-vous de l'argent, êtes-vous payée en nature ou n'êtes vous pas du tout payée?	ARGENT SEULEMENT 1 ARGENT ET NATURE 2 EN NATURE SEULEMENT 3 PAS PAYÉE 4	↳801
716	Qui décide principalement comment l'argent que vous gagnez va être utilisé?	ENQUÊTÉE ELLE-MÊME 1 MARI 2 ENQUÊTÉE ET MARI ENSEMBLE 3 PARENTS 4 ENQUÊTÉE ET PARENTS ENSEMBLE .. 5	
717	En général, quelle part des dépenses de votre ménage est payée par ce que vous gagnez : rien, presque rien, une partie, la totalité ou presque la totalité?	RIEN 1 PRESQUE RIEN 2 UNE PARTIE 3 TOTALITÉ/PRESQUE TOTALITÉ 4	

SECTION 8
SIDA ET AUTRES MALADIES SEXUELLEMENT TRANSMISSIBLES

N°.	QUESTIONS ET FILTRES	CODES	ALLER À
801	Maintenant, je voudrais vous parler de quelque chose d'autre. Avez-vous déjà entendu parler d'une maladie appelée SIDA?	OUI 1 NON 2	→817G
802	Y a-t-il quelque chose qu'une personne peut faire pour éviter de contracter le SIDA ou le virus qui cause le SIDA?	OUI 1 NON 2 NE SAIT PAS 8	↓>809
803	Que peut-on faire? Quelque chose d'autre? ENREGISTRER TOUT CE QUI EST MENTIONNÉ.	S'ABSTENIR DE RAPPORTS SEX.A UTILISER DES CONDOMSB LIMITER RAPPORTS SEX. À UN PARTENAIRE /RESTER FIDÈLE À UN SEUL PARTENAIREC LIMITER LE NOMBRE DE PARTE- NAIRES SEXUELS.....D DEMANDER AU PARTENAIRE D'ÊTRE FIDÈLEE ÉVITER RAP. SEX. PROSTITUÉES.....F ÉVITER RAP. SEX. AVEC PERSONNES AYANT BEAUCOUP PARTENAIRE ..G ÉVITER RAP. SEX. HOMOSEXUELSH ÉVITER RAP. SEX. AVEC PERSON. QUI ONT INJECTIONS DROGUESI ÉVITER TRANSFUSIONS SANGJ ÉVITER INJECTIONSK ÉVITER D'EMBRASSER.....L ÉVITER PIQÛRES MOUSTIQUESM AVOIR UN TALISMANN ÉVITER PARTAGER RASOIRS/LAMES .O AUTRE _____ X (PRÉCISER) NE SAIT PASZ	
804	Est-ce qu'on peut se protéger du virus du SIDA en ayant seulement un partenaire sexuel qui n'a aucune autre partenaire?	OUI 1 NON 2 NE SAIT PAS 8	
805	Est-ce qu'on peut contracter le virus du SIDA en se faisant piquer par des moustiques?	OUI 1 NON 2 NE SAIT PAS 8	
806	Est-ce qu'on peut se protéger du virus SIDA en utilisant un condom chaque fois qu'on a des rapports sexuels?	OUI 1 NON 2 NE SAIT PAS 8	
807	Est-ce qu'on peut contracter le virus du SIDA en partageant la nourriture de quelqu'un atteint du SIDA?	OUI 1 NON 2 NE SAIT PAS 8	
808	Est-ce qu'on peut se protéger du virus du SIDA en s'abstenant complètement de rapports sexuels?	OUI 1 NON 2 NE SAIT PAS 8	
809	Est-il possible qu'une personne apparemment en bonne santé ait en fait le virus du SIDA?	OUI 1 NON 2 NE SAIT PAS 8	
809A	Pensez-vous qu'une personne qui a le SIDA ne meurt presque jamais de cette maladie, qu'elle en meurt parfois, ou qu'elle en meurt presque toujours?	PRESQUE JAMAIS 1 PARFOIS 2 PRESQUE TOUJOURS 3 NE SAIT PAS 8	
811	Connaissez-vous personnellement quelqu'un qui a le virus du SIDA ou quelqu'un qui est décédé du SIDA?	OUI 1 NON 2	
812	Est-ce que le virus qui cause le SIDA peut être transmis de la mère à l'enfant?	OUI 1 NON 2 NE SAIT PAS 8	↓>813E

N°.	QUESTIONS ET FILTRES	CODES	ALLER À
813A	Quand le virus qui cause le SIDA peut-il être transmis par la mère à l'enfant? Peut-il être transmis: a) Durant la grossesse? b) Durant l'accouchement? c) Durant l'allaitement?	OUI NONNSP DURANT GROSSESSE1 2 8 DURANT ACCOUCHEM.....1 2 8 DURANT ALLAITEMENT1 2 8	
813E	Depuis que vous avez entendu parler du SIDA, avez-vous fait quelque chose pour vous protéger contre le virus qui cause cette maladie?	OUI1 NON.....2	→814
813F	Qu'avez-vous fait? Quelque chose d'autre? ENREGISTRER TOUT CE QUI EST MENTIONNÉ.	S'ABSTIENT DE RAPPORTS SEX.....A UTILISE DES CONDOMS.....B LIMITE RAPPORTS SEX. À UN PARTENAIRE /RESTER FIDÈLE À UN SEUL PARTENAIREC LIMITE LE NOMBRE DE PARTENAIRE SEXUELS.....D DEMANDE AU PARTENAIRE D'ÊTRE FIDÈLEE ÉVITE RAP. SEX. AVEC PERSONNES AYANT BEAUCOUP PARTENAIRE ..G ÉVITE RAP. AVEC HOMOSEXUELS H ÉVITE RAP. SEX. AVEC PERSON. QUI ONT INJECTIONS DROGUES..... I ÉVITE TRANSFUSIONS SANG..... J ÉVITE INJECTIONS.....K ÉVITE D'EMBRASSERL ÉVITE PIQÛRES MOUSTIQUES.....M CHERCHÉ UN TALISMAN.....N ÉVITE PARTAGER RASOIRS/LAMES.... O AUTRE _____ W (PRÉCISER) AUTRE _____ X (PRÉCISER) NE SAIT PASZ	
814	VÉRIFIER 120: ACTUELLEMENT MARIÉE <input type="checkbox"/> ACTUELLEMENT CÉLIBATAIRE, VEUVE OU DIVORCÉE <input type="checkbox"/>		→816
815	Avez-vous déjà parlé des moyens d'éviter de contracter le virus du SIDA avec votre mari?	OUI1 NON.....2	
816	À votre avis, est-il admissible ou inadmissible de parler du SIDA: a) À la radio ? b) À la télévision? c) Dans les journaux? d) Sur des affiches? e) Au cours de réunions, de meetings? f) Dans les établissements sanitaires? g) Dans les coopératives ou associations? h) Dans les mosquées?	ADMIS- PAS ADMIS- SIBLE SIBLE À LA RADIO1 2 À LA TV1 2 DANS LES JOURNAUX...1 2 SUR DES AFFICHES 1 2 RÉUNIONS, MEETINGS 1 2 ÉTABLIS. SANITAIRES ...1 2 COOPÉRATIVES1 2 MOSQUÉES.....1 2	
817	Si quelqu'un de votre famille contractait le virus qui cause le SIDA, seriez-vous prête à prendre soin de lui ou d'elle dans votre propre ménage?	OUI1 NON.....2 NSP/PAS SÛRE /CELA DÉPEND8	
817A	Est-ce que les personnes atteintes du SIDA et qui travaillent avec d'autres personnes dans des boutiques, des bureaux, des écoles, ou dans des fermes, devraient être autorisées ou non à continuer leur travail ?	PEUT CONTINUER À TRAVAILLER1 PAS CONTINUER À TRAVAILLER.....2 NSP/PAS SÛRE/CELA DÉPEND8	

N°.	QUESTIONS ET FILTRES	CODES	ALLER À
817L	Si vous le souhaitiez, pourriez-vous vous procurer vous-même un condom?	OUI 1 NON 2 NE SAIT PAS/PAS SÛRE 8	
818	(Mis à part le SIDA), avez-vous entendu parler d'(autres) infections qui peuvent être transmises par contact sexuel?	OUI 1 NON 2	→820BA
819	Chez un homme, quels sont les signes ou symptômes qui vous feront penser qu'il a une telle infection? Aucun autre? ENREGISTRER TOUT CE QUI EST MENTIONNÉ.	DOULEURS ABDOMINALES A ÉCOULEMENT/PERTE GÉNITALE/ B ÉCOULEMENT MALODORANT C BRÛLURES URINAIRES D ROUGEURS/INFLAMMATION DE LA ZONE GÉNITALE E GONFLEMENT ZONE GÉNITALE F PLAIE/ULCÈRE GÉNITAL G VERRUE GÉNITALE H SANG DANS LES URINES I PERTE DE POIDS J IMPUISSANCE K AUTRE X (PRÉCISER) PAS DE SYMPTÔMES Y NE SAIT PAS Z	
820	Chez une femme, quels sont les signes et symptômes qui vous feront penser qu'elle a une telle infection? Aucun autre? ENREGISTRER TOUT CE QUI EST MENTIONNÉ.	DOULEURS ABDOMINALES A ÉCOULEMENT/PERTES VAGINALES B PERTES MALODORANTES C BRÛLURES URINAIRES D ROUGEURS/INFLAMMATION DE LA ZONE GÉNITALE E GONFLEMENT ZONE GÉNITALE F PLAIE/ULCÈRE GÉNITAL G VERRUE GÉNITALE H SANG DANS LES URINES I PERTE DE POIDS J INCAPACITÉ DONNER NAISSANCE K AUTRE X (PRÉCISER) PAS DE SYMPTÔMES Y NE SAIT PAS Z	
820A	VÉRIFIER 120: MARIÉE <input type="checkbox"/> VEUVE, DIVORCÉE <input type="checkbox"/> CÉLIBATAIRE <input type="checkbox"/>		→901
820B	Au cours des 12 derniers mois, avez vous eu une maladie sexuellement transmissible?	OUI 1 NON 2 NE SAIT PAS 8	→820C
820BA	VÉRIFIER 120: MARIÉE <input type="checkbox"/> VEUVE, DIVORCÉE <input type="checkbox"/> CÉLIBATAIRE <input type="checkbox"/>		→901
820C	Maintenant, je voudrais vous poser des questions sur votre santé au cours des 12 derniers mois. Parfois, les femmes peuvent avoir des pertes vaginales. Au cours des 12 derniers mois, avez-vous eu des pertes vaginales?	OUI 1 NON 2 NE SAIT PAS 8	→820D
820CA	Lorsque vous avez eu des pertes vaginales, a) Est-ce que les pertes étaient malodorantes? b) Est-ce que les pertes étaient accompagnées de brûlures, de prurit, de la fièvre, ou de douleurs abdominales basses ou lombaires non associées aux règles?	OUI NON a) MALODORANT 1 2 b) AUTRES SIGNES 1 2	

N°.	QUESTIONS ET FILTRES	CODES	ALLER À
820D	Parfois, les femmes peuvent avoir une plaie ou un ulcère génital. Au cours des 12 derniers mois, avez-vous eu une plaie ou un ulcère génital?	OUI 1 NON 2 NE SAIT PAS 8	
820DA	VÉRIFIEZ 820B: 'NON' OU NSP À 820B OU 820B NON POSÉE <input type="checkbox"/> ↓	'OUI' À 820B (A EU UNE MST) <input type="checkbox"/> _____	→820F
820DB	VÉRIFIEZ 820C ET 820CA: 'NON' OU NSP À 820C, OU 'OUI' À 820C, MAIS AUCUN 'OUI' À 820CA, OU 820C ET 820CA NON POSÉES <input type="checkbox"/> ↓	'OUI' À 820C ET, AU MOINS, 1 'OUI' À 820CA (A EU UNE MST) <input type="checkbox"/> _____	→820F
820DC	VÉRIFIEZ 820D: 'OUI' À Q.820D <input type="checkbox"/> ↓	'NON' OU NSP À Q.820D OU Q.820D NON POSÉE <input type="checkbox"/> _____	→901
820F	La dernière fois que vous avez eu (INFECTION DE 820B, 820C, 820D), avez-vous recherché un conseil ou un traitement?	OUI 1 NON..... 2	→820H
820G	La dernière fois que vous avez eu (INFECTION DE 820B, 820C, 820D) avez-vous fait l'une des choses suivantes? Avez vous....	OUI NON	
	a) Recherché conseil ou traitement auprès de personnel de la santé ou dans une structure sanitaire?	CLINIQUE OU HÔPITAL 12	
	b) Recherché conseil ou un traitement auprès d'un guérisseur traditionnel/marabout?	GUÉRISSEUR/ MARABOUT 12	
	c) Recherché conseil ou acheté des médicaments dans une boutique, au marché ou dans une pharmacie?	BOUTIQUE OU PHARMACIE 12	
	d) Recherché conseil auprès d'amis ou de parents?	AMIS OU PARENTS..... 12	
820H	Quand vous avez eu (INFECTION DE 820B, 820C, 820D), en avez vous informé votre mari?	OUI 1 NON..... 2	
820I	Quand vous avez eu (INFECTION DE 820B, 820C, 820D) avez vous fait quelque chose pour éviter d'infecter votre mari?	OUI 1 NON..... 2 MARI DÉJÀ INFECTÉ..... 3	} →901
820J	Qu'avez vous fait pour éviter d'infecter votre mari? Avez vous....	OUI NON	
	a) Arrêté les rapports sexuels?	ARRÊTÉ RAPPORTS1 2	
	b) Utilisé un condom pendant les rapports sexuels?	UTILISÉ CONDOM.....1 2	
	c) Pris des médicaments?	PRIS MÉDICAMENTS.....1 2	

**SECTION 9
MORTALITÉ MATERNELLE**

NO.	QUESTIONS ET FILTRES	CODES						ALLER À
901	Maintenant, je voudrais vous poser des questions sur vos frères et soeurs, c'est-à-dire sur tous les enfants nés de votre mère naturelle, y compris ceux qui vivent avec vous, ceux qui vivent ailleurs et ceux qui sont décédés. À combien d'enfants votre propre mère a-t-elle donné naissance, y compris vous-même?	NOMBRE DE NAISSANCES DE LA MÈRE NATURELLE <input type="text"/>						
902	VÉRIFIER 901: DEUX NAISSANCES OU PLUS <input type="checkbox"/> UNE NAISSANCE SEULEMENT (ENQUÊTÉE SEULE) <input type="checkbox"/>							->914
903	Combien de ces naissances votre mère a-t-elle eues avant votre propre naissance?	NOMBRE DE NAISSANCES PRÉCÉDENTES <input type="text"/>						
904	Quel nom a été donné à votre frère ou soeur le plus âgé (ou suivant)?	[1]	[2]	[3]	[4]	[5]	[6]	
905	(NOM) est-il de sexe masculin ou féminin?	MASCULIN ... 1 FÉMININ 2	MASCULIN... 1 FÉMININ 2	MASCULIN... 1 FÉMININ 2	MASCULIN ... 1 FÉMININ 2	MASCULIN... 1 FÉMININ 2	MASCULIN .. 1 FÉMININ 2	
906	Est-ce que (NOM) est toujours en vie?	OUI 1 NON 2 ↳ ALLER 908 NSP 8 ↳ ALLER À [2]	OUI 1 NON 2 ↳ ALLER 908 NSP 8 ↳ ALLER À [3]	OUI 1 NON 2 ↳ ALLER 908 NSP 8 ↳ ALLER À [4]	OUI 1 NON 2 ↳ ALLER 908 NSP 8 ↳ ALLER À [5]	OUI 1 NON 2 ↳ ALLER 908 NSP 8 ↳ ALLER À [6]	OUI 1 NON 2 ↳ ALLER 908 NSP 8 ↳ ALLER À [7]	
907	Quel âge a (NOM)?	<input type="text"/> ALLER À [2]	<input type="text"/> ALLER À [3]	<input type="text"/> ALLER À [4]	<input type="text"/> ALLER À [5]	<input type="text"/> ALLER À [6]	<input type="text"/> ALLER À [7]	
908	Combien y a-t-il d'années que (NOM) est décédé(e)?	<input type="text"/>						
909	Quel âge avait (NOM) lorsqu'il/elle est décédé(e)?	<input type="text"/> SI HOMME, OU SI FEMME DÉCÉDÉE AVANT L'ÂGE DE 12 ANS, ALLER À [2]	<input type="text"/> SI HOMME, OU SI FEMME DÉCÉDÉE AVANT L'ÂGE DE 12 ANS, ALLER À [3]	<input type="text"/> SI HOMME, OU SI FEMME DÉCÉDÉE AVANT L'ÂGE DE 12 ANS, ALLER À [4]	<input type="text"/> SI HOMME, OU SI FEMME DÉCÉDÉE AVANT L'ÂGE DE 12 ANS, ALLER À [5]	<input type="text"/> SI HOMME, OU SI FEMME DÉCÉDÉE AVANT L'ÂGE DE 12 ANS, ALLER À [6]	<input type="text"/> SI HOMME, OU SI FEMME DÉCÉDÉE AVANT L'ÂGE DE 12 ANS, ALLER À [7]	
910	(NOM) était-elle enceinte quand elle est décédée?	OUI 1 ALLER 913<J NON 2						
911	Est-ce que (NOM) est décédée au cours d'un accouchement?	OUI 1 ALLER 913<J NON 2						
912	Est-ce que (NOM) est décédée dans les deux mois suivant la fin d'une grossesse ou d'un accouchement?	OUI 1 NON 2						
913	À combien d'enfants vivants (NOM) a-t-elle donné naissance au cours de sa vie?	<input type="text"/> ALLER À [2]	<input type="text"/> ALLER À [3]	<input type="text"/> ALLER À [4]	<input type="text"/> ALLER À [5]	<input type="text"/> ALLER À [6]	<input type="text"/> ALLER À [7]	
SI PLUS DE FRÈRES OU SOEURS, ALLER À 914								

904	Quel nom a été donné à votre frère ou soeur le plus âgé (celui suivant)?	[7]	[8]	[9]	[10]	[11]	[12]
905	(NOM) est-il de sexe masculin ou féminin?	MASCULIN ... 1 FÉMININ 2	MASCULIN... 1 FÉMININ 2	MASCULIN... 1 FÉMININ 2	MASCULIN ... 1 FÉMININ 2	MASCULIN... 1 FÉMININ 2	MASCULIN .. 1 FÉMININ 2
906	Est-ce que (NOM) est toujours en vie?	OUI 1 NON 2 ↳ ALLER 908 NSP 8 ↳ ALLER À [8]	OUI 1 NON 2 ↳ ALLER 908 NSP 8 ↳ ALLER À [9]	OUI 1 NON 2 ↳ ALLER 908 NSP 8 ↳ ALLER À [10]	OUI 1 NON 2 ↳ ALLER 908 NSP 8 ↳ ALLER À [11]	OUI 1 NON 2 ↳ ALLER 908 NSP 8 ↳ ALLER À [12]	OUI 1 NON 2 ↳ ALLER 908 NSP 8 ↳ ALLER À [13]
907	Quel âge a (NOM)?	<input type="text"/> <input type="text"/> ALLER À [8]	<input type="text"/> <input type="text"/> ALLER À [9]	<input type="text"/> <input type="text"/> ALLER À [10]	<input type="text"/> <input type="text"/> ALLER À [11]	<input type="text"/> <input type="text"/> ALLER À [12]	<input type="text"/> <input type="text"/> ALLER À [13]
908	Combien y a-t-il d'années 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"/>
909	Quel âge avait (NOM) quand il/elle est décédé(e)?	<input type="text"/> <input type="text"/> SI HOMME, OU SI FEMME DÉCÉDÉE AVANT L'ÂGE DE 12 ANS, ALLER À [8]	<input type="text"/> <input type="text"/> SI HOMME, OU SI FEMME DÉCÉDÉE AVANT L'ÂGE DE 12 ANS, ALLER À [9]	<input type="text"/> <input type="text"/> SI HOMME, OU SI FEMME DÉCÉDÉE AVANT L'ÂGE DE 12 ANS, ALLER À [10]	<input type="text"/> <input type="text"/> SI HOMME, OU SI FEMME DÉCÉDÉE AVANT L'ÂGE DE 12 ANS, ALLER À [11]	<input type="text"/> <input type="text"/> SI HOMME, OU SI FEMME DÉCÉDÉE AVANT L'ÂGE DE 12 ANS, ALLER À [12]	<input type="text"/> <input type="text"/> SI HOMME, OU SI FEMME DÉCÉDÉE AVANT L'ÂGE DE 12 ANS, ALLER À [13]
910	(NOM) était- elle enceinte quand elle est décédée?	OUI 1 ALLER 913<J NON 2	OUI 1 ALLER 913<J NON 2	OUI 1 ALLER 913<J NON 2	OUI 1 ALLER 913<J NON 2	OUI 1 ALLER 913<J NON 2	OUI 1 ALLER 913<J NON 2
911	Est-ce que (NOM) est décédée au cours d'un accouchement?	OUI 1 ALLER 913<J NON 2	OUI 1 ALLER 913<J NON 2	OUI 1 ALLER 913<J NON 2	OUI 1 ALLER 913<J NON 2	OUI 1 ALLER 913<J NON 2	OUI 1 ALLER 913<J NON 2
912	Est-ce que (NOM) est décédée dans les deux mois suivant la fin d'une grossesse ou un 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
913	À combien d'enfants vivants (NOM) a-t-elle donné naissance au cours de sa vie?	<input type="text"/> <input type="text"/> ALLER À [8]	<input type="text"/> <input type="text"/> ALLER À [9]	<input type="text"/> <input type="text"/> ALLER À [10]	<input type="text"/> <input type="text"/> ALLER À [11]	<input type="text"/> <input type="text"/> ALLER À [12]	<input type="text"/> <input type="text"/> ALLER À [13]
SI PLUS DE FRÈRES OU SOEURS, ALLER À 914							
914	ENREGISTRER L'HEURE	HEURES..... <input type="text"/> <input type="text"/> MINUTES <input type="text"/> <input type="text"/>					

**SECTION 10
TAILLE ET POIDS**

1001	<p>À Q.1003 (COLONNE 1), ENREGISTRER LE NOM DE L'ENQUÊTÉE.</p> <p>À Q.1002, 1003 ET 1004 (COLONNES 2 ET 3) ENREGISTRER LE NUMÉRO DE LIGNE DE CHAQUE ENFANT NÉ DEPUIS JANVIER 1995, SON NOM ET SA DATE DE NAISSANCE. DEMANDER ÉGALEMENT LE JOUR DE NAISSANCE DES ENFANTS.</p> <p>À Q.1006 ET 1008, ENREGISTRER LA TAILLE ET LE POIDS DE L'ENQUÊTÉE ET DES ENFANTS. (S'IL Y A PLUS DE 2 ENFANTS NÉS DEPUIS JANVIER 1995 ET TOUJOURS VIVANTS, UTILISER LA DERNIÈRE COLONNE D'UN QUESTIONNAIRE SUPPLÉMENTAIRE).</p>
------	---

		1 ENQUÊTÉE	2 DERNIER ENFANT EN VIE	3 AVANT-DERNIER ENFANT EN VIE
1002	NUMÉRO DE LIGNE DE Q 212		□□	□□
1003	NOM (SELON Q 212 POUR LES ENFANTS)	NOM _____	NOM _____	NOM _____
1004	DATE DE NAISSANCE SELON Q.215, ET DEMANDER LE JOUR NE NAISSANCE		JOUR..... □□ MOIS..... □□ ANNÉE... □□□□	JOUR..... □□ MOIS..... □□ ANNÉE... □□□□
1005	CICATRICE DU BCG FACE INTERNE DE L'AVANT 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 ÉTÉ MESURÉ COUCHÉ OU DEBOUT?		COUCHÉ..... 1 DEBOUT..... 2	COUCHÉ..... 1 DEBOUT..... 2
1008	POIDS (EN KILOGRAMMES)	□□□□, □	0 □□□□, □	0 □□□□, □
1009	DATE DE MESURE ET DE PESÉE	JOUR..... □□ MOIS..... □□ ANNÉE..... □□	JOUR..... □□ MOIS..... □□ ANNÉE..... □□	JOUR..... □□ MOIS..... □□ ANNÉE..... □□
1010	RÉSULTAT	MESURÉE.....1 ABSENTE.....3 REFUS.....4 AUTRE.....6	ENFANT MESURÉ..... 1 ENFANT MALADE..... 2 ENFANT ABSENT..... 3 ENFANT REFUSE..... 4 MÈRE REFUSE..... 5 AUTRE..... 6	ENFANT MESURÉ..... 1 ENFANT MALADE..... 2 ENFANT ABSENT..... 3 ENFANT REFUSE..... 4 MÈRE REFUSE..... 5 AUTRE..... 6
1011	NOM DE L'OPÉRATEUR: _____	□□□	NOM DE L'AIDE: _____	□□□

OBSERVATIONS DE L'ENQUÊTRICE

À REMPLIR APRÈS AVOIR TERMINÉ L'INTERVIEW

COMMENTAIRES SUR L'ENQUÊTÉE :

COMMENTAIRES SUR DES QUESTIONS PARTICULIÈRES :

AUTRES COMMENTAIRES :

OBSERVATIONS DU CHEF D'ÉQUIPE

NOM DU CHEF D'ÉQUIPE : _____ DATE: _____

OBSERVATIONS DE LA CONTRÔLEUSE

NOM DE LA CONTRÔLEUSE: _____ DATE: _____