

IDENTIFICATION													
NOM DE LA LOCALITE _____	<table style="width:100%; border-collapse: collapse;"> <tr> <td style="width: 60%;">NUMERO DE GRAPPE.....</td> <td style="width: 40%;">NUMERO DE GRAPPE.....</td> </tr> <tr> <td>NUMERO DU MENAGE.....</td> <td>NUMERO DU MENAGE.....</td> </tr> <tr> <td>REGION.....</td> <td>CODE REGION.....</td> </tr> <tr> <td>URBAIN/RURAL (urbain=1, rural=2).....</td> <td>CODE MILIEU.....</td> </tr> <tr> <td>CONAKRY/CAPITALE REGION NATURELLE/AUTRE VILLE/RURAL..... (Conakry=1, Capitale Régionale=2, Autre ville=3, Rural=4)</td> <td>CODE DETAILLEE DU MILIEU.....</td> </tr> <tr> <td>NOM DE LA FEMME SELECTIONNEE _____</td> <td>NUMERO DE LIGNE DE LA FEMME.....</td> </tr> </table>	NUMERO DE GRAPPE.....	NUMERO DE GRAPPE.....	NUMERO DU MENAGE.....	NUMERO DU MENAGE.....	REGION.....	CODE REGION.....	URBAIN/RURAL (urbain=1, rural=2).....	CODE MILIEU.....	CONAKRY/CAPITALE REGION NATURELLE/AUTRE VILLE/RURAL..... (Conakry=1, Capitale Régionale=2, Autre ville=3, Rural=4)	CODE DETAILLEE DU MILIEU.....	NOM DE LA FEMME SELECTIONNEE _____	NUMERO DE LIGNE DE LA FEMME.....
NUMERO DE GRAPPE.....		NUMERO DE GRAPPE.....											
NUMERO DU MENAGE.....		NUMERO DU MENAGE.....											
REGION.....		CODE REGION.....											
URBAIN/RURAL (urbain=1, rural=2).....		CODE MILIEU.....											
CONAKRY/CAPITALE REGION NATURELLE/AUTRE VILLE/RURAL..... (Conakry=1, Capitale Régionale=2, Autre ville=3, Rural=4)		CODE DETAILLEE DU MILIEU.....											
NOM DE LA FEMME SELECTIONNEE _____		NUMERO DE LIGNE DE LA FEMME.....											
NOM DU CHEF DE MENAGE _____													
NUMERO DE GRAPPE.....													
NUMERO DU MENAGE.....													
REGION.....													
URBAIN/RURAL (urbain=1, rural=2).....													
CONAKRY/CAPITALE REGION NATURELLE/AUTRE VILLE/RURAL..... (Conakry=1, Capitale Régionale=2, Autre ville=3, Rural=4)													
NOM DE LA FEMME SELECTIONNEE _____													

VISITES D'ENQUETRIX													
	1	2	3	VISITE FINALE									
DATE	_____	_____	_____	JOUR <table style="display: inline-table; border-collapse: collapse;"><tr><td style="border: 1px solid black; width: 20px; height: 20px;"></td><td style="border: 1px solid black; width: 20px; height: 20px;"></td></tr></table>									
NON DE L'ENQUETRICE	_____	_____	_____	MOIS <table style="display: inline-table; border-collapse: collapse;"><tr><td style="border: 1px solid black; width: 20px; height: 20px;"></td><td style="border: 1px solid black; width: 20px; height: 20px;"></td><td style="border: 1px solid black; width: 20px; height: 20px;"></td><td style="border: 1px solid black; width: 20px; height: 20px;"></td></tr></table>									
RESULTAT*	_____	_____	_____	ANNEE <table style="display: inline-table; border-collapse: collapse;"><tr><td style="border: 1px solid black; width: 20px; height: 20px; text-align: center;">1</td><td style="border: 1px solid black; width: 20px; height: 20px; text-align: center;">9</td><td style="border: 1px solid black; width: 20px; height: 20px; text-align: center;">9</td><td style="border: 1px solid black; width: 20px; height: 20px; text-align: center;">9</td></tr></table>	1	9	9	9					
1	9	9	9										
PROCHAINE VISITE: DATE	_____	_____		NOM <table style="display: inline-table; border-collapse: collapse;"><tr><td style="border: 1px solid black; width: 20px; height: 20px;"></td><td style="border: 1px solid black; width: 20px; height: 20px;"></td><td style="border: 1px solid black; width: 20px; height: 20px;"></td><td style="border: 1px solid black; width: 20px; height: 20px;"></td></tr></table>									
HEURE	_____	_____		RESULTAT <table style="display: inline-table; border-collapse: collapse;"><tr><td style="border: 1px solid black; width: 20px; height: 20px;"></td></tr></table>									
				NBRE. TOTAL DE VISITES <table style="display: inline-table; border-collapse: collapse;"><tr><td style="border: 1px solid black; width: 20px; height: 20px;"></td></tr></table>									
<p>*CODES RESULTAT</p> <table style="width:100%; border-collapse: collapse;"> <tr> <td style="width: 25%;">1 REMPLI</td> <td style="width: 25%;">4 REFUSE</td> <td style="width: 25%;">7 AUTRE _____</td> </tr> <tr> <td>2 PAS A LA MAISON</td> <td>5 PARTIELLEMENT REMPLI</td> <td style="text-align: right;">(préciser)</td> </tr> <tr> <td>3 DIFFERE</td> <td>6 INCAPACITE</td> <td></td> </tr> </table>					1 REMPLI	4 REFUSE	7 AUTRE _____	2 PAS A LA MAISON	5 PARTIELLEMENT REMPLI	(préciser)	3 DIFFERE	6 INCAPACITE	
1 REMPLI	4 REFUSE	7 AUTRE _____											
2 PAS A LA MAISON	5 PARTIELLEMENT REMPLI	(préciser)											
3 DIFFERE	6 INCAPACITE												

LANGUE DE L'INTERVIEW** _____	<table border="1" style="width: 20px; height: 20px;"></table>
INTERPRETE:.....OUI = 1 / NON = 2	<table border="1" style="width: 20px; height: 20px;"></table>
<p>**CODES LANGUE:</p> <p>1=FRANÇAIS / 2=SOUSSOU / 3=PEULH / 4=MALINKE / 5=KISSI / 6=TOMA / 7=KPELE / 8=AUTRES</p>	

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

N°	QUESTIONS ET FILTRES	CODES	A
101	ENREGISTRER L'HEURE	HEURE..... MINUTES.....	<input type="text"/> <input type="text"/>
105	En quel mois et quelle année êtes-vous née?	MOIS..... NSP MOIS.....98 ANNEE..... NSP ANNEE.....9998	<input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>
106	Quel âge aviez-vous à votre dernier anniversaire? COMPARER ET CORRIGER 105 ET/OU 106 SI INCOHERENTS	AGE EN ANNEES REVOLUES.....	<input type="text"/>
106A	Comprenez-vous le français?	OUI.....1 NON.....2	
107	Avez-vous fréquenté l'école?	OUI.....1 NON.....2	→114
108	Quel est le plus haut niveau d'études que vous avez atteint: primaire, secondaire 1, secondaire 2, professionnel A, professionnel B ou supérieur?	PRIMAIRE.....1 SECONDAIRE 1.....2 SECONDAIRE 2.....3 PROFESSIONNEL A.....4 PROFESSIONNEL B.....5 SUPERIEUR.....6	
109	Quelle est la dernière (année/classe) que vous avez achevée à ce niveau?	ANNEE.....	<input type="text"/>
110	VERIFIER 106: AGEE DE 24 ANS <input type="checkbox"/> AGEE DE 25 ANS OU PLUS <input type="checkbox"/>		→111A
111	Est-ce que vous allez à l'école actuellement?	OUI.....1 NON.....2	→113
111A	A quel âge avez-vous arrêté d'aller à l'école?	AGE..... FREQUENTE ENCORE.....94	<input type="text"/> →113
112	Quelle est la raison principale pour laquelle vous avez arrêté d'aller à l'école?	TOMBEE ENCEINTE.....01 S'EST MARIEE.....02 GARDE DES ENFANTS +JEUNES.....03 FAMILLE AVAIT BESOIN D'AIDE AUX CHAMPS OU AU TRAVAIL.....04 POUVAIT PAS PAYER LES FRAIS.....05 DEVAIT GAGNER DE L'ARGENT.....06 PREFERENCE POUR EMPLOI/POUR ALLER TRAVAILLER.....07 SUFFISAMMENT SCOLARISEE.....08 ECHEC A L'ECOLE.....09 N'AIME PAS L'ECOLE.....10 ECOLE INACCESSIBLE/TROP LOIN...11 AUTRE.....96 (PRECISER) NSP.....98	

113		VERIFIER 108:			
	PRIMAIRE	<input type="checkbox"/>	SECONDAIRE OU PLUS	<input type="checkbox"/>	→114A
114	Pouvez-vous lire et comprendre une lettre ou un journal facilement, avec difficulté ou pas du tout ?			FACILEMENT.....1 DIFFICILEMENT.....2 PAS DU TOUT.....3	→115A
114A	Avez-vous l'habitude de lire un journal ou un magazine, au moins une fois par mois?			OUI.....1 NON.....2	→115A
115	Avez-vous l'habitude de lire un journal ou un magazine, au moins une fois par semaine?			OUI.....1 NON.....2	
115A	Avez-vous l'habitude d'écouter la radio?			OUI.....1 NON.....2	→116D
116	Avez-vous l'habitude d'écouter la radio chaque jour?			OUI.....1 NON.....2	→116B
116A	Quels jours de la semaine avez-vous l'habitude d'écouter la radio? ENREGISTRER TOUTES LES REPONSES DONNEES. SI LA REPONSE EST "TOUS LES JOURS", "ÇA DÉPEND", "N'IMPORTE" OU "NSP", VOUS NE DEVEZ ENCERCLER QU'UN SEUL CODE.			LUNDI.....A MARDI.....B MERCREDI.....C JEUDI.....D VENDREDI.....E SAMEDI.....F DIMANCHE.....G TOUS LES JOURS.....H ÇA DEPEND/N'IMPORTE.....X NSP.....Z	
116B	A quelles heures avez-vous l'habitude d'écouter la radio? ENREGISTRER TOUTES LES REPONSES DONNEES. SI LA REPONSE EST "TOUTE LA JOURNEE", "ÇA DEPEND", "N'IMPORTE" OU "NSP", VOUS NE DEVEZ ENCERCLER QU'UN SEUL CODE.			AVANT 8 HEURES.....A DE 8 A 12 HEURES.....B DE 12 A 14 HEURES.....C DE 14 A 18 HEURES.....D DE 18 A 20 HEURES.....E AU DELA DE 20 HEURES.....F TOUTE LA JOURNEE.....G ÇA DEPEND/N'IMPORTE.....X NSP.....Z	
116C	Quel genre d'émission radio avez-vous l'habitude d'écouter? INSISTER POUR OBTENIR LE GENRE D'EMISSION. ENREGISTRER TOUTES LES EMISSIONS ECOUTEES.			VARIETE MUSICALE.....A SPORT.....B JOURNAL PARLE.....C REPORTAGE.....D EMISSION SUR LA SANTE.....E AUTRE _____ X (PRECISER)	
116D	Avez-vous l'habitude de regarder la télévision?			OUI.....1 NON.....2	→118
117	Avez-vous l'habitude de regarder la télévision au moins une fois par semaine?			OUI.....1 NON.....2	

	QUESTIONS ET FILTRES	CODES	
117A	<p>Quels jours de la semaine avez-vous l'habitude de regarder la télévision?</p> <p>ENREGISTRER TOUTES LES REPONSES DONNEES. SI LA REponse EST "TOUS LES JOURS", "ÇA DEPEND", "N'IMPORTE" OU "NSP", VOUS NE DEVEZ ENCECLER QU'UN SEUL CODE.</p>	LUNDI.....A MARDI.....B MERCREDI.....C JEUDI.....D VENDREDI.....E SAMEDI.....F DIMANCHE.....G TOUS LES JOURS.....H ÇA DEPEND/N'IMPORTE.....X NSP.....Z	
117B	<p>A quelles heures avez-vous l'habitude de regarder la télévision?</p> <p>ENREGISTRER TOUTES LES REPONSES DONNEES. SI LA REponse EST "TOUTE LA JOURNEE", "ÇA DEPEND", "N'IMPORTE" OU "NSP", VOUS NE DEVEZ ENCECLER QU'UN SEUL CODE.</p>	AVANT 8 HEURES.....A DE 8 A 12 HEURES.....B DE 12 A 14 HEURES.....C DE 14 A 18 HEURES.....D DE 18 A 20 HEURES.....E AU DELA DE 20 HEURES.....F TOUTE LA JOURNEE.....G ÇA DEPEND/N'IMPORTE.....X NSP.....Z	
117C	<p>Quel genre d'émission avez-vous l'habitude de regarder?</p> <p>ENREGISTRER TOUTES LES EMISSIONS REGARDEES.</p>	VARIETE MUSICALE.....A SPORT.....B FILM/FEUILLETON.....C JOURNAL TELEVISE.....D REPORTAGE.....E EMISSION SUR LA SANTE.....F AUTRE.....X (PRECISER)	
118	<p>Quelle est votre religion?</p>	MUSULMAN.....1 CHRETIEN.....2 ANIMISTE.....3 SANS RELIGION.....4 AUTRE.....5 (PRECISER)	
119	<p>Quelle est votre nationalité?</p>	GUINEENNE.....1 SIERRA LEONAISE.....2 LIBERIANE.....3 GUINEENNE BISSAU.....4 MALIENNE.....5 AUTRE.....6 (PRECISER)	→201
120	<p>Quelle est votre ethnie?</p>	SOUSSOU.....01 PEULH.....02 MALINKE.....03 KISSI.....04 TOMA.....05 GUERZE.....06 AUTRE.....96 (PRECISER)	
121	<p>Quelle langue parlez-vous principalement à la maison?</p>	SOUSSOU.....01 PEULH.....02 MALINKE.....03 KISSI.....04 TOMA.....05 GUERZE.....06 FRANCAIS.....07 ANGLAIS.....08 ARABE.....09 AUTRE.....96 (PRECISER)	

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

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

212	213	214	215	216	217	218	219	220	221
Quel nom a été donné à votre (premier/suivant) enfant? (NOM)	(NOM) est-ce une naissance simple ou multiple?	(NOM) est-ce un garçon ou une fille?	En quel mois et quelle année est né(e) (NOM)? INSISTER: Quelle est sa date de naissance? OU: En quelle saison est-il/elle né(e)? SI MOIS/SAISON INCONNUS = 98	(NOM) est-il/elle toujours en vie?	Quel âge avait (NOM) à son dernier anniversaire? NOTER L'AGE EN ANNEES REVOLUES	(NOM) vit-il/elle avec vous?	Quel âge avait (NOM) quand il/elle est mort(e)? SI "1 AN", INSISTER: Quel âge avait (NOM) en mois? NOTER EN JOURS SI MOINS D'1 MOIS; EN MOIS SI MOINS DE 2 ANS; OU EN ANNEES.	SOUSTRAYRE L'ANNEE DE NAISSANCE DE (NOM) DE L'ANNEE DE NAISSANCE PRECEDENTE. LA DIFFERENCE EST-ELLE DE 4 ANS OU PLUS?	Y-a-t-il eu d'autres naissances vivantes entre (NOM DE LA NAISSANCE PRECEDENTE) et (NOM)?
01	SIMP..1 MULT..2	GARÇ..1 FILL..2	MOIS.... AN	OUI..1 NON..2 ↓ 219	AGE EN ANNEES	OUI...1 NON...2 (ENFANT SUIVANT)	JOURS...1 MOIS....2 ANNEES..3		
02	SIMP..1 MULT..2	GARÇ..1 FILL..2	MOIS.... AN	OUI..1 NON..2 ↓ 219	AGE EN ANNEES	OUI...1 NON...2 (ALLEZ A 220)	JOURS...1 MOIS....2 ANNEES..3	OUI....1 NON....2 (NAIS. SUIVANTE)	OUI..1 NON..2
03	SIMP..1 MULT..2	GARÇ..1 FILL..2	MOIS.... AN	OUI..1 NON..2 ↓ 219	AGE EN ANNEES	OUI...1 NON...2 (ALLEZ A 220)	JOURS...1 MOIS....2 ANNEES..3	OUI....1 NON....2 (NAIS. SUIVANTE)	OUI..1 NON..2
04	SIMP..1 MULT..2	GARÇ..1 FILL..2	MOIS.... AN	OUI..1 NON..2 ↓ 219	AGE EN ANNEES	OUI...1 NON...2 (ALLEZ A 220)	JOURS...1 MOIS....2 ANNEES..3	OUI....1 NON....2 (NAIS. SUIVANTE)	OUI..1 NON..2
05	SIMP..1 MULT..2	GARÇ..1 FILL..2	MOIS.... AN	OUI..1 NON..2 ↓ 219	AGE EN ANNEES	OUI...1 NON...2 (ALLEZ A 220)	JOURS...1 MOIS....2 ANNEES..3	OUI....1 NON....2 (NAIS. SUIVANTE)	OUI..1 NON..2
06	SIMP..1 MULT..2	GARÇ..1 FILL..2	MOIS.... AN	OUI..1 NON..2 ↓ 219	AGE EN ANNEES	OUI...1 NON...2 (ALLEZ A 220)	JOURS...1 MOIS....2 ANNEES..3	OUI....1 NON....2 (NAIS. SUIVANTE)	OUI..1 NON..2
07	SIMP..1 MULT..2	GARÇ..1 FILL..2	MOIS.... AN	OUI..1 NON..2 ↓ 219	AGE EN ANNEES	OUI...1 NON...2 (ALLEZ A 220)	JOURS...1 MOIS....2 ANNEES..3	OUI....1 NON....2 (NAIS. SUIVANTE)	OUI..1 NON..2

Quel nom a été donné à votre enfant suivant?	(NOM) est-ce une naissance simple ou multiple?	(NOM) est-ce un garçon ou une fille?	En quel mois et quelle année est né(e) (NOM)? INSISTER: Quelle est sa date de naissance? OU: En quelle saison est-il/elle né(e)? SI MOIS/SAISON INCONNUS = 98	(NOM) est-il/elle toujours en vie/	SI VIVANT: Quel âge avait (NOM) à son dernier anniversaire? NOTER L'AGE EN ANNEES REVOLUES	SI VIVANT (NOM) vit-il/elle avec vous?	SI DECEDE: Quel âge avait (NOM) quand il/elle est mort(e)? SI "1 AN", INSISTER: Quel âge avait (NOM) en mois? NOTER EN JOURS SI MOINS D'1 MOIS; EN MOIS SI MOINS DE 2 ANS; OU EN ANNEES.	SOUSTRAYRE L'ANNEE DE NAISSANCE DE L'ANNEE DE L'ANNEE DE NAISSANCE PRECEDENTE. LA DIFFERENCE EST-ELLE DE 4 ANS OU PLUS?	Y-a-t-il eu d'autres naissances vivantes entre (NOM DE LA NAISSANCE PRECEDENTE) et (NOM)?
--	--	--------------------------------------	--	------------------------------------	---	--	--	--	---

08	SIMP..1 MULT..2	GARÇ..1 FILL..2	MOIS.... AN	OUI..1 NON..2 ↓ 219	AGE EN ANNEES <input type="text"/>	OUI...1 NON...2 (ALLEZ A 220)	JOURS...1 MOIS...2 ANNEES..3	OUI....1 NON....2 (NAIS. SUIVANTE)	OUI..1 NON..2
09	SIMP..1 MULT..2	GARÇ..1 FILL..2	MOIS.... AN	OUI..1 NON..2 ↓ 219	AGE EN ANNEES <input type="text"/>	OUI...1 NON...2 (ALLEZ A 220)	JOURS...1 MOIS...2 ANNEES..3	OUI....1 NON....2 (NAIS. SUIVANTE)	OUI..1 NON..2
10	SIMP..1 MULT..2	GARÇ..1 FILL..2	MOIS.... AN	OUI..1 NON..2 ↓ 219	AGE EN ANNEES <input type="text"/>	OUI...1 NON...2 (ALLEZ A 220)	JOURS...1 MOIS...2 ANNEES..3	OUI....1 NON....2 (NAIS. SUIVANTE)	OUI..1 NON..2
11	SIMP..1 MULT..2	GARÇ..1 FILL..2	MOIS.... AN	OUI..1 NON..2 ↓ 219	AGE EN ANNEES <input type="text"/>	OUI...1 NON...2 (ALLEZ A 220)	JOURS...1 MOIS...2 ANNEES..3	OUI....1 NON....2 (NAIS. SUIVANTE)	OUI..1 NON..2

222 SOUSTRAIRE L'ANNEE DE NAISSANCE DU DERNIER ENFANT DE L'ANNEE DE L'INTERVIEW (1999). OUI....1
LA DIFFERENCE EST-ELLE DE 4 ANS OU PLUS? NON....2 → PASSER A 224

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

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

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

↓

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

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

POUR CHAQUE ENFANT DECEDE: L'AGE AU DECES EST ENREGISTRE (Q219)

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

225 VERIFIER 215 ET ENTRER LE NOMBRE DE NAISSANCES VIVANTES DEPUIS JANVIER 1994. S'IL N'Y EN A PAS, NOTER '0'.

N°	QUESTIONS ET FILTRES	CODES	A
227	Etes-vous enceinte en ce moment?	OUI.....1 NON.....2 PAS SURE.....8	} 236
228	De combien de mois êtes-vous enceinte? NOTER LE NOMBRE DE MOIS REVOLUS	MOIS..... <input type="text"/>	
229	Au moment où vous êtes tombée enceinte, vouliez-vous tomber enceinte <u>à ce moment-là</u> , vouliez-vous attendre <u>plus tard</u> , ou vouliez-vous <u>ne plus avoir d'enfant</u> ?	A CE MOMENT-LA.....1 PLUS TARD.....2 NE PLUS AVOIR D'ENFANT.....3	
236	Quand vos dernières règles ont-elles commencé? (INSCRIRE LA DATE, SI ELLE EST DONNEE)	JOURS.....1 <input type="text"/> SEMAINES.....2 <input type="text"/> MOIS.....3 <input type="text"/> ANNEES.....4 <input type="text"/> EN MENOPAUSE.....994 AVANT LA DERNIERE NAISSANCE....995 JAMAIS EU DE REGLES.....996	
237	Entre le premier jour des règles d'une femme et le premier jour de ses règles suivantes, y-a-t-il des moments où elle a plus de chances de tomber enceinte que d'autres?	OUI.....1 NON.....2 NSP.....8	} 300
238	A quels moments du cycle menstruel, une femme a-t-elle le plus de chances de tomber enceinte?	DURANT SES REGLES.....01 JUSTE APRES LA FIN DES REGLES.....02 AU MILIEU DU CYCLE.....03 JUSTE AVANT DEBUT DES REGLES...04 AUTRE _____ 96 (PRECISER) NSP.....98	

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

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

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

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

305	Avez-vous déjà utilisé un moyen quelconque ou essayé quelque chose pour retarder la survenue d'une grossesse ou éviter de tomber enceinte?	OUI.....1 NON.....2	→331
307	Qu'avez-vous fait ou utilisé? CORRIGER 303 ET 304 (ET 302 SI NECESSAIRE).		
309	Maintenant, je voudrais vous parler du moment où pour la première fois, vous avez fait quelque chose ou utilisé une méthode pour éviter de tomber enceinte. Combien d'enfants vivants aviez-vous à ce moment-là? SI AUCUN ENREGISTRER '00'	NOMBRE D'ENFANTS..... <input type="text"/> <input type="text"/>	
310	Au moment où vous avez commencé à utiliser la planification familiale pour la première fois, était-ce parce que vous vouliez avoir un autre enfant, mais vous le vouliez plus tard, ou parce que vous ne vouliez plus avoir d'enfant?	VOULAIT ENFANT PLUS TARD.....1 NE VOULAIT PLUS D'ENFANT.....2 AUTRE _____ 6 (PRECISER)	
311	VERIFIER 303: FEMME NON STERILISEE <input type="checkbox"/> FEMME STERILISEE <input type="checkbox"/>		→314A
312	VERIFIER 227: PAS ENCEINTE OU PAS SURE <input type="checkbox"/> ENCEINTE <input type="checkbox"/>		→332
313	En ce moment, faites-vous quelque chose ou utilisez-vous une méthode pour éviter de tomber enceinte?	OUI.....1 NON.....2	→331
314	Quelle méthode utilisez-vous?	PILULE.....01 DIU.....02 INJECTION.....03 IMPLANT.....04 DIAPHRAGME/MOUSSE/GELEE.....05 CONDOM.....06 STERILISATION FEMININE.....07 STERILISATION MASCULINE.....08 CONTINENCE PERIODIQUE.....09 RETRAIT.....10 AUTRE _____ 96 (PRECISER)	→325A →317A →322A →325A
314A	ENCERCLER '07' POUR STERILISATION FEMININE		
314B	Pourquoi utilisez-vous la pilule plutôt qu'une autre méthode?	COUT/MOINS CHER.....01 PLUS DISPONIBLE.....02 M'A ETE PRESCRIT.....03 PLUS EFFICACE.....04 PAS EFFETS SECONDAIRES.....05 ÇA ME CONVIENT.....06 SEULE METHODE CONNUE.....07 METHODE REVERSIBLE.....08 AUTRE _____ 96 (PRECISER)	
315	Puis-je voir la boîte de pilules que vous utilisez en ce moment? SI LE PAQUET EST MONTRE, ENCEINTE LE CODE CORRESPONDANT	PLANYL.....01 OVRETTE.....02 LO FEMENAL.....03 MINIDRIL.....04 STEDIRIL.....05 ADEPAL.....06 MICROGYNON.....07 AUTRE _____ 96 (PRECISER) BOITE NON VUE.....98	→317
316	Quel est le nom de la marque des pilules que vous utilisez en ce moment?	PLANYL.....01 OVRETTE.....02 LO FEMENAL.....03 MINIDRIL.....04 STEDIRIL.....05 ADEPAL.....06 MICROGYNON.....07 AUTRE _____ 96 (PRECISER) NSP.....98	

317	Combien vous coûte une boîte (cycle) de pilules?	COUT..... <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> GRATUIT.....9996 NSP.....9998	→326
317A	Pourquoi avez-vous eu (vous ou votre conjoint/partenaire) une opération pour ne plus avoir d'enfants plutôt que que d'utiliser une autre méthode?	COUT/MOINS CHER.....01 PLUS DISPONIBLE.....02 M'A ETE PRESCRIT.....03 PLUS EFFICACE.....04 PAS EFFETS SECONDAIRES.....05 ÇA ME CONVIENT.....06 SEULE METHODE CONNUE.....07 METHODE DEFINITIVE.....08 AUTRE _____ 96 (PRECISER)	
318	Où a eu lieu l'opération pour ne plus avoir d'enfant? S'IL S'AGIT D'UN HOPITAL, D'UN CENTRE DE SANTE OU D'UNE CLINIQUE, ECRIRE LE NOM DE L'ENDROIT. INSISTER POUR DETERMINER LE TYPE DE SERVICE ET ENCERCLER LE CODE APPROPRIE. _____ (NOM DE L'ENDROIT)	SECTEUR PUBLIC HOPITAL.....11 AUTRE _____ 16 (PRECISER) SECTEUR MEDICAL PRIVE DOCTEUR/CLINIQUE PRIVEE.....21 CLINIQUE AGBEF.....22 AUTRE MED.PRIV. _____ 26 (PRECISER) AUTRE _____ 96 (PRECISER) NSP.....98	
319	Regrettez-vous d'avoir eu (ou que votre mari ait eu) une opération pour ne plus avoir d'enfants?	OUI.....1 NON.....2	→321
320	Pourquoi regrettez-vous l'opération?	ENQUETEE VEUT AUTRE ENFANT.....01 MARI/CONJOINT VEUT ENFANT.....02 EFFETS SECONDAIRES.....03 ENFANT DECEDE.....04 AUTRE _____ 96 (PRECISER)	
321	En quel mois et quelle année la stérilisation a-t-elle eu lieu?	MOIS..... <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> ANNEE..... <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>	→327
322A	Pourquoi utilisez-vous la continence périodique plutôt qu'une autre méthode?	COUT/NE COUTE RIEN.....01 PAS PROBLEME DE DISPONIBILITE.....02 M'A ETE PRESCRIT.....03 PLUS EFFICACE.....04 PAS EFFETS SECONDAIRES.....05 ÇA ME CONVIENT.....06 SEULE METHODE CONNUE.....07 METHODE REVERSIBLE.....08 AUTRE _____ 96 (PRECISER)	
323	Comment déterminez-vous les jours de votre cycle menstruel pendant lesquels vous ne devez pas avoir de relations sexuelles?	BASEE SUR LE CALENDRIER.....01 BASEE SUR TEMPERATURE CORPS.....02 BASEE SUR MUCUS CERVICAL (METHODE BILLINGS).....03 BASEE SUR TEMPERATURE DU CORPS ET MUCUS CERVICAL.....04 PAS DE SYSTEME SPECIFIQUE.....05 AUTRE _____ 96 (PRECISER)	→326

325A	Pourquoi utilisez-vous (METHODE CITEE A Q.314) plutôt qu'une autre méthode?	COUT/PAS CHER/COUTE RIEN.....01 PAS PROBLEME DE DISPONIBILITE..02 M'A ETE PRESCRIT.....03 PLUS EFFICACE.....04 PAS EFFETS SECONDAIRES.....05 ÇA ME CONVIENT.....06 SEULE METHODE CONNUE.....07 METHODE REVERSIBLE.....08 PROTEGE CONTRE SIDA/MST.....09 AUTRE _____ 96 (PRECISER)
326	Depuis combien de mois utilisez-vous (METHODE) de façon continue? SI MOINS DE 1 MOIS, NOTER '00'.	MOIS..... <input type="text"/> <input type="text"/> 8 ANS OU PLUS.....96
327	VERIFIER 314: ENCERCLER LE CODE DE LA METHODE:	PILULE.....01 DIU.....02 INJECTION.....03 IMPLANT.....04 DIAPHRAGME/MOUSSE/GELEE.....05 CONDOM.....06 STERILISATION FEMININE.....07 STERILISATION MASCULINE.....08 CONTINENCE PERIODIQUE.....09 RETRAIT.....10 AUTRE METHODE.....96
328	Où avez-vous obtenu (METHODE) la dernière fois? S'IL S'AGIT D'UN HOPITAL, D'UN CENTRE DE SANTE OU D'UNE CLINIQUE, ECRIRE LE NOM DE L'ENDROIT. INSISTER POUR DETERMINER LE TYPE DE SERVICE ET ENCERCLER LE CODE APPROPRIE. _____ (NOM DE L'ENDROIT)	SECTEUR PUBLIC HOPITAL.....11 CENTRE DE SANTE/PMI.....12 DISPENSAIRE.....13 POSTE MEDICAL.....14 AGENT COMMUNAUTAIRE/SBC.....15 AUTRE PUBLIC _____ 16 (PRECISER) SECTEUR MEDICAL PRIVE DOCTEUR PRIVE.....21 CLINIQUE PRIVEE.....22 CENTRE DE PF.....23 PHARMACIE/DEPOT PHARMACEUT...24 AUTRE MEDICAL PRIVE _____ 26 (PRECISER) AUTRE SECTEUR PRIVE BOUTIQUE/MARCHE.....31 BAR/BOITE DE NUIT.....32 KIOSQUE.....33 CIRCUIT COMMERCIAL INFORMEL...34 EGLISE/TEMPLE.....35 CONNAISSANCES/PARENTS.....36 GUERISSEUR TRADITIONNEL.....37 AUTRE _____ 96 (PRECISER)
329	Connaissez-vous un autre endroit où vous auriez pu vous procurer (METHODE) la dernière fois?	OUI.....1 NON.....2
329A	Au moment de la stérilisation, connaissiez-vous un autre endroit où vous auriez pu subir cette même opération?	→ 334

3298 Les gens choisissent l'endroit où se procurer des services de planification familiale, pour différentes raisons.

Quelles sont les raisons pour lesquelles vous êtes allée à (NOM DE L'ENDROIT CITE A Q.328 OU Q.318) plutôt qu'à l'autre endroit que vous connaissez?

ENREGISTRER TOUT CE QUI EST MENTIONNE
SI LA REPONSE EST "NSP" VOUS NE DEVEZ ENCERCLER
QUE CE CODE.

Autres raisons?

- ACCESSIBILITE
- PLUS PROCHE DOMICILE.....A
- PLUS PROCHE MARCHÉ/TRAVAIL....B
- TRANSPORT DISPONIBLE.....C
- RAISONS RELATIVES AU SERVICE
- PERSONNEL PLUS COMPETENT/
- AIMABLE.....D
- PLUS PROPRE.....E
- OFFRE PLUS D'INTIMITE.....F
- ATTENTE MOINS LONGUE.....G
- TEMPS D'OUVERTURE PLUS LONG...H
- MEME ETABLISSEMENT OFFRE
- D'AUTRES SERVICES.....I
- DISPONIBILITE DE LA METHODE
- A TOUS MOMENTS.....J
- COUTS PLUS FAIBLES/MOINS CHER...K
- VOULAIT ANONYMAT.....L
- AUTRE _____ X
- (PRECISER)
- NSP.....Z

330 ENQUETRIXE:
-SI VOUS N'AVEZ ENCERCLE QU'UN SEUL CODE A Q.329B,
ENCERCLER ICI LE CODE CORRESPONDANT A LA MEME REPONSE
ET PASSER A Q.334.
-SI VOUS AVEZ ENCERCLE PLUSIEURS CODES A Q.329B,
POSER LA QUESTION SUIVANTE ET ENCERCLER LA REPONSE.

Parmi les raisons que vous m'avez données, quelle est la raison principale?

- ACCESSIBILITE
- PLUS PROCHE DOMICILE.....11
- PLUS PROCHE MARCHÉ/TRAVAIL...12
- TRANSPORT DISPONIBLE.....13
- RAISONS RELATIVES AU SERVICE
- PERSONNEL PLUS COMPETENT/
- AIMABLE.....21
- PLUS PROPRE.....22
- OFFRE PLUS D'INTIMITE.....23
- ATTENTE MOINS LONGUE.....24
- TEMPS D'OUVERTURE PLUS LONG..25
- MEME ETABLISSEMENT OFFRE
- D'AUTRES SERVICES.....26
- DISPONIBILITE DE LA METHODE
- A TOUS MOMENTS.....27
- COUTS PLUS FAIBLES/MOINS CHER..31
- VOULAIT ANONYMAT.....41
- AUTRE _____ 96
- (PRECISER)
- NSP.....98

→334

331 VERIFIER 227:

PAS ENCEINTE
OU PAS SURE

ENCEINTE

→332

NO.	QUESTIONS ET FILIÈRES	CODES	A
331A	Quelle est la principale raison pour laquelle vous n'utilisez pas une méthode pour éviter une grossesse?	NON MARIEE.....11 RAISONS LIEES A LA FECONDITE PAS DE RAPPORTS SEXUELS.....21 RAP. SEX. PEU FREQUENTS.....22 MENOPAUSEE/HYSTERECTOMIE.....23 SOUS-FECONDE/STERILE.....24 POST-PARTUM/ALLAITEMENT.....25 VEUT DES (D'AUTRES) ENFANTS...26 OPPOSITION A L'UTILISATION ENQUETEE OPPOSEE.....31 MARI/CONJOINT OPPOSE.....32 AUTRES PERS. OPPOSEES.....33 INTERDITS RELIGIEUX.....34 TABOUS CULTURELS.....35 MANQUE DE CONNAISSANCE NE CONNAIT AUCUNE METHODE....41 NE CONNAIT AUCUNE SOURCE.....42 RAISONS LIEES AUX METHODES PROBLEMES DE SANTE.....51 PEUR DES EFFETS SECONDAIRES...52 PAS ACCESSIBLE/TROP LOIN.....53 TROP CHERE.....54 PAS PRATIQUE A UTILISER.....55 INTERFERE AVEC LE PROCESSUS NORMAL DU CORPS.....56 AUTRE _____ 96 (PRECISER) NSP.....98	
332	Connaissez-vous un endroit où vous pouvez vous procurer une méthode de planification familiale?	OUI.....1 NON.....2 →334	
333	Où est-ce? S'IL S'AGIT D'UN HOPITAL, D'UN CENTRE DE SANTE OU D'UNE CLINIQUE, ECRIRE LE NOM DE L'ENDROIT. INSISTER POUR DETERMINER LE TYPE DE SERVICE ET ENCECLER LE CODE APPROPRIE. _____ (NOM DE L'ENDROIT)	SECTEUR PUBLIC HOPITAL.....11 CENTRE DE SANTE/PMI.....12 DISPENSAIRE.....13 POSTE MEDICAL.....14 AGENT COMMUNAUTAIRE/SBC.....15 AUTRE PUBLIC _____ 16 (PRECISER) SECTEUR MEDICAL PRIVE DOCTEUR PRIVE.....21 CLINIQUE PRIVEE.....22 CENTRE DE PF.....23 PHARMACIE/DEPOT PHARMACEUT...24 AUTRE MEDICAL PRIVE _____ 26 (PRECISER) AUTRE SECTEUR PRIVE BOUTIQUE/MARCHE.....31 BAR/BOITE DE NUIT.....32 KIOSQUE.....33 CIRCUIT COMMERCIAL INFORMEL...34 EGLISE/TEMPLE.....35 CONNAISSANCES/PARENTS.....36 GUERISSEUR TRADITIONNEL.....37 AUTRE _____ 96 (PRECISER)	
334	Avez-vous reçu la visite d'un agent qui vous a parlé de la planification familiale au cours des 12 derniers mois?	OUI.....1 NON.....2	
335	Avez-vous été dans un établissement de santé pour n'importe quelle raison au cours des 12 derniers mois?	OUI.....1 NON.....2 →337	

NO.	QUESTIONS ET FILTRES	CODES	A
336	Est-ce que quelqu'un de l'établissement de santé vous a parlé des méthodes de planification familiale?	OUI.....1 NON.....2	
337	Pensez-vous que le fait d'allaiter peut influencer les chances d'une femme de tomber enceinte?	OUI.....1 NON.....2 NSP.....8	→401
338	Pensez-vous que l'allaitement augmente ou diminue les chances d'une femme de tomber enceinte?	AUGMENTE.....1 DIMINUE.....2 ÇA DEPEND.....3 NSP.....8	→401
339	VERIFIER 210: UNE OU PLUSIEURS NAISSANCES <input type="checkbox"/> AUCUNE NAISSANCE <input type="checkbox"/>		→401
340	Avez-vous déjà compté sur l'allaitement comme un moyen d'éviter de tomber enceinte?	OUI.....1 NON.....2	→401
341	VERIFIER 227 ET 311: PAS ENCEINTE OU PAS SURE ET NON STERILISEE <input type="checkbox"/> ENCEINTE OU STERILISEE <input type="checkbox"/>		→401
342	Comptez-vous actuellement sur l'allaitement pour éviter de tomber enceinte?	OUI.....1 NON.....2	

401	VERIFIER 225 : UNE OU PLUSIEURS NAISSANCES DEPUIS JANV.1994	<input type="checkbox"/>	AUCUNE NAISSANCE DEPUIS JANVIER 1994	<input type="checkbox"/>	(PASSER A 465)
-----	---	--------------------------	---	--------------------------	----------------

402 INSCRIRE LE NOM, LE N° DE LIGNE ET L'ETAT DE SURVIE DE CHAQUE NAISSANCE DEPUIS JANVIER 1994 DANS LE TABLEAU. POSER LES QUESTIONS A PROPOS DE TOUTES CES NAISSANCES. COMMENCER PAR LA DERNIERE NAISSANCE. (S'IL Y A PLUS DE TROIS NAISSANCES, UTILISEZ UN QUESTIONNAIRE SUPPLEMENTAIRE).

Maintenant, je voudrais vous poser quelques questions à propos de la santé des enfants que vous avez eus durant les cinq dernières années. (Nous parlerons d'un enfant à la fois)

403 VOIR SECTION 2: N° DE LIGNE DE LA Q. 212	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
--	----------------------	----------------------	----------------------

404 SELON Q. 212 ET Q. 216	DERNIERE NAISSANCE	AVANT-DERNIERE NAISS.	AV. AVANT-DERNIERE NAISS.
	NOM _____	NOM _____	NOM _____
	<input type="checkbox"/> VIVANT <input type="checkbox"/> DECEDE	<input type="checkbox"/> VIVANT <input type="checkbox"/> DECEDE	<input type="checkbox"/> VIVANT <input type="checkbox"/> DECEDE

405 Au moment où vous êtes tombée enceinte de (NOM), vouliez-vous tomber enceinte, à ce moment-là, vouliez-vous attendre plus tard, ou vouliez-vous ne plus (pas) avoir d'enfants?	A CE MOMENT-LA.....1 (PASSER A 407) ←	A CE MOMENT-LA.....1 (PASSER A 407) ←	A CE MOMENT-LA.....1 (PASSER A 407) ←
	PLUS TARD.....2	PLUS TARD.....2	PLUS TARD.....2
	NE VOULAIT PLUS.....3 (PASSER A 407) ←	NE VOULAIT PLUS.....3 (PASSER A 407) ←	NE VOULAIT PLUS.....3 (PASSER A 407) ←

406 Combien de temps auriez-vous voulu attendre?	MOIS.....1 <input type="text"/>	MOIS.....1 <input type="text"/>	MOIS.....1 <input type="text"/>
	ANNEES.....2 <input type="text"/>	ANNEES.....2 <input type="text"/>	ANNEES.....2 <input type="text"/>
	NSP.....998	NSP.....998	NSP.....998

407 Quand vous étiez enceinte de (NOM), avez-vous vu quelqu'un pour des soins prénatals au sujet de cette grossesse ?	PROFESSIONNEL DE SANTE MEDECIN.....A INFIRMIERE.....B SAGE-FEMME.....C AUTRE PERSONNE ACCOUCHEUSE FORMEE/ MATRONE.....D ACCOUCHEUSE TRADITIONNELLE.....E GUERISSEUR TRADITIONNEL.F AUTRE.....X (PRECISER) PERSONNE.....Y (PASSER A 410) ←	PROFESSIONNEL DE SANTE MEDECIN.....A INFIRMIERE.....B SAGE-FEMME.....C AUTRE PERSONNE ACCOUCHEUSE FORMEE/ MATRONE.....D ACCOUCHEUSE TRADITIONNELLE.....E GUERISSEUR TRADITIONNEL.F AUTRE.....X (PRECISER) PERSONNE.....Y (PASSER A 410) ←	PROFESSIONNEL DE SANTE MEDECIN.....A INFIRMIERE.....B SAGE-FEMME.....C AUTRE PERSONNE ACCOUCHEUSE FORMEE/ MATRONE.....D ACCOUCHEUSE TRADITIONNELLE.....E GUERISSEUR TRADITIONNEL.F AUTRE.....X (PRECISER) PERSONNE.....Y (PASSER A 410) ←
SI OUI: Qui avez-vous consulté? Quelqu'un d'autre?			
INSISTER POUR OBTENIR LE TYPE DE PERSONNE. ENREGISTRER TOUTES LES PERSONNES CITEES.			

408 De combien de mois étiez-vous enceinte lors de votre première consultation prénatale?	MOIS..... <input type="text"/>	MOIS..... <input type="text"/>	MOIS..... <input type="text"/>
	NSP.....98	NSP.....98	NSP.....98

409 Combien de fois avez-vous été en consultation prénatale durant cette grossesse?	NOMBRE DE FOIS..... <input type="text"/>	NOMBRE DE FOIS..... <input type="text"/>	NOMBRE DE FOIS..... <input type="text"/>
	NSP.....98	NSP.....98	NSP.....98

410 Quand vous étiez enceinte de (NOM) vous a-t-on fait une injection dans le bras ou la fesse pour éviter au bébé d'attraper le tétanos, c'est-à-dire d'avoir des convulsions après la naissance?	OUI.....1 NON.....2 (PASSER A 412) ← NSP.....8	OUI.....1 NON.....2 (PASSER A 412) ← NSP.....8	OUI.....1 NON.....2 (PASSER A 412) ← NSP.....8
--	---	---	---

411 Pendant cette grossesse, combien de fois avez-vous eu cette injection?	NOMBRE..... <input type="text"/>	NOMBRE..... <input type="text"/>	NOMBRE..... <input type="text"/>
	NSP.....8	NSP.....8	NSP.....8

		DERNIERE NAISSANCE NOM _____	AVANT-DERNIERE NAISS. NOM _____	AV. AVANT-DERNIERE NAISS. NOM _____
412	Où avez-vous accouché de (NOM)?	DOMICILE VOTRE DOMICILE.....11 AUTRE DOMICILE.....12 SECTEUR PUBLIC HOPITAL.....21 MATERNITE.....22 CENTRE DE SANTE/PMI.....23 SECTEUR PRIVE HOPITAL PRIVE/CLINIQUE.31 AUTRE _____ 96 (PRECISER)	DOMICILE VOTRE DOMICILE.....11 AUTRE DOMICILE.....12 SECTEUR PUBLIC HOPITAL.....21 MATERNITE.....22 CENTRE DE SANTE/PMI.....23 SECTEUR PRIVE HOPITAL PRIVE/CLINIQUE.31 AUTRE _____ 96 (PRECISER)	DOMICILE VOTRE DOMICILE.....11 AUTRE DOMICILE.....12 SECTEUR PUBLIC HOPITAL.....21 MATERNITE.....22 CENTRE DE SANTE/PMI.....23 SECTEUR PRIVE HOPITAL PRIVE/CLINIQUE.31 AUTRE _____ 96 (PRECISER)
413	Qui vous a assisté pendant l'accouchement de (NOM)? Quelqu'un d'autre? INSISTER POUR OBTENIR LE TYPE DE PERSONNE. ENREGISTRER TOUTES LES PERSONNES CITEES.	PROFESSIONNEL DE SANTE MEDECIN.....A INFIRMIERE.....B SAGE-FEMME.....C AUTRE PERSONNE ACCOUCHEUSE FORMEE/ MATRONE.....E ACCOUCHEUSE TRADITIONNELLE.....F AMI/PARENTS/VOISINS.....G AUTRE _____ X (PRECISER) PERSONNE.....Y	PROFESSIONNEL DE SANTE MEDECIN.....A INFIRMIERE.....B SAGE-FEMME.....C AUTRE PERSONNE ACCOUCHEUSE FORMEE/ MATRONE.....E ACCOUCHEUSE TRADITIONNELLE.....F AMI/PARENTS/VOISINS.....G AUTRE _____ X (PRECISER) PERSONNE.....Y	PROFESSIONNEL DE SANTE MEDECIN.....A INFIRMIERE.....B SAGE-FEMME.....C AUTRE PERSONNE ACCOUCHEUSE FORMEE/ MATRONE.....E ACCOUCHEUSE TRADITIONNELLE.....F AMI/PARENTS/VOISINS.....G AUTRE _____ X (PRECISER) PERSONNE.....Y
415	Avez-vous accouché de (NOM) par césarienne?	OUI.....1 NON.....2	OUI.....1 NON.....2	OUI.....1 NON.....2
416	Quand (NOM) est né(e), était-il/elle: très gros(se), plus gros(se) que la moyenne, moyen(ne), plus petit(e) que la moyenne, ou très petit(e)?	TRES GROS.....1 PLUS GROS QUE LA MOYENNE.....2 MOYEN.....3 PLUS PETIT QUE LA MOYENNE.....4 TRES PETIT.....5 NSP.....8	TRES GROS.....1 PLUS GROS QUE LA MOYENNE.....2 MOYEN.....3 PLUS PETIT QUE LA MOYENNE.....4 TRES PETIT.....5 NSP.....8	TRES GROS.....1 PLUS GROS QUE LA MOYENNE.....2 MOYEN.....3 PLUS PETIT QUE LA MOYENNE.....4 TRES PETIT.....5 NSP.....8
417	(NOM) a-t-il/elle été pesé à la naissance?	OUI.....1 NON.....2 (PASSER A 418A) ←	OUI.....1 NON.....2 (PASSER A 418A) ←	OUI.....1 NON.....2 (PASSER A 418A) ←
418	Combien pesait (NOM)? ENREGISTRER LE POIDS PORTE SUR LE CARNET DE SANTE, SI DISPONIBLE	GRAMMES DU CARNET...1 <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> GRAMMES DE MEMOIRE...2 <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> NSP.....99998	GRAMMES DU CARNET...1 <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> GRAMMES DE MEMOIRE...2 <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> NSP.....99998	GRAMMES DU CARNET...1 <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> GRAMMES DE MEMOIRE...2 <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> NSP.....99998
418A	Au cours du premier mois et demi qui a suivi la naissance de (NOM), avez-vous consulté quelqu'un pour contrôler votre état de santé ou celui du bébé?	OUI.....1 NON.....2 (PASSER A 419) ←	OUI.....1 NON.....2 (PASSER A 420) ←	OUI.....1 NON.....2 (PASSER A 420) ←
418B	Combien de jours après l'accouchement a eu lieu la première consultation?	JOURS AP. ACCOUCHE..1 <input type="text"/> <input type="text"/> SEMAINES AP. ACC...2 0 <input type="text"/> NSP.....998	JOURS AP. ACCOUCHE..1 <input type="text"/> <input type="text"/> SEMAINES AP. ACC...2 0 <input type="text"/> NSP.....998	JOURS AP. ACCOUCHE..1 <input type="text"/> <input type="text"/> SEMAINES AP. ACC...2 0 <input type="text"/> NSP.....998

NOM _____

NOM _____

NOM _____

418C	Au cours de cette consultation, qui a contrôlé votre état de santé ou celui du bébé?	PROFESSIONNEL DE SANTE MEDECIN.....01 INFIRMIERE.....02 SAGE-FEMME.....03 AUTRE PERSONNE ACCOUCHEUSE FORMEE/ MATRONE.....04 ACCOUCHEUSE TRADITIONNELLE.....05 GUERISSEUR TRADITION...06 AUTRE _____ 96 (PRECISER)	PROFESSIONNEL DE SANTE MEDECIN.....01 INFIRMIERE.....02 SAGE-FEMME.....03 AUTRE PERSONNE ACCOUCHEUSE FORMEE/ MATRONE.....04 ACCOUCHEUSE TRADITIONNELLE.....05 GUERISSEUR TRADITION...06 AUTRE _____ 96 (PRECISER)	PROFESSIONNEL DE SANTE MEDECIN.....01 INFIRMIERE.....02 SAGE-FEMME.....03 AUTRE PERSONNE ACCOUCHEUSE FORMEE/ MATRONE.....04 ACCOUCHEUSE TRADITIONNELLE.....05 GUERISSEUR TRADITION...06 AUTRE _____ 96 (PRECISER)
418D	Où a eu lieu cette première consultation?	DOMICILE VOTRE DOMICILE.....11 AUTRE DOMICILE.....12 SECTEUR PUBLIC HOPITAL.....21 MATERNITE.....22 CENTRE DE SANTE/PMI...23 SECTEUR PRIVE HOPITAL PRIVE/CLINIQUE.31 AUTRE _____ 96 (PRECISER)	DOMICILE VOTRE DOMICILE.....11 AUTRE DOMICILE.....12 SECTEUR PUBLIC HOPITAL.....21 MATERNITE.....22 CENTRE DE SANTE/PMI...23 SECTEUR PRIVE HOPITAL PRIVE/CLINIQUE.31 AUTRE _____ 96 (PRECISER)	DOMICILE VOTRE DOMICILE.....11 AUTRE DOMICILE.....12 SECTEUR PUBLIC HOPITAL.....21 MATERNITE.....22 CENTRE DE SANTE/PMI...23 SECTEUR PRIVE HOPITAL PRIVE/CLINIQUE.31 AUTRE _____ 96 (PRECISER)
418E	Au cours de cette visite, est-ce que la personne que vous avez consultée vous a donné des informations ou conseils sur la planification familiale?	OUI1 NON.....2	OUI1 NON.....2	OUI1 NON.....2
419	Vos règles sont-elles revenues depuis la naissance de (NOM)?	OUI1 (PASSER A 421) ← NON.....2 (PASSER A 422) ←		
420	Vos règles sont-elles revenues entre la naissance de (NOM) et votre grossesse suivante?		OUI1 NON.....2 (PASSER A 424) ←	OUI1 NON.....2 (PASSER A 424) ←
421	Pendant combien de mois après la naissance de (NOM) n'avez-vous pas eu de règles?	MOIS..... <input type="text"/> <input type="text"/> NSP.....98	MOIS..... <input type="text"/> <input type="text"/> NSP.....98	MOIS..... <input type="text"/> <input type="text"/> NSP.....98
422	VOIR 227: FEMME ENCEINTE?	PAS ENCEINTE <input type="checkbox"/> ENCEINTE OU PAS SURE <input type="checkbox"/> (PASSER A 424)		
423	Avez-vous repris les rapports sexuels depuis la naissance de (NOM)?	OUI.....1 NON.....2 (PASSER A 425) ←		
424	Pendant combien de mois après la naissance de (NOM) n'avez-vous pas eu de rapports sexuels?	MOIS..... <input type="text"/> <input type="text"/> NSP.....98	MOIS..... <input type="text"/> <input type="text"/> NSP.....98	MOIS..... <input type="text"/> <input type="text"/> NSP.....98
425	Avez-vous allaité (NOM)?	OUI.....1 NON.....2 (PASSER A 431) ←	OUI.....1 NON.....2 (PASSER A 431) ←	OUI.....1 NON.....2 (PASSER A 431) ←

	NOM _____	NOM _____	NOM _____	
426	Combien de temps après sa naissance avez-vous mis (NOM) au sein pour la première fois? SI MOINS DE 1 HEURE, INSCRIRE '00' HEURE. SI MOINS DE 24 HEURES, INSCRIRE DES HEURES. AUTREMENT, INSCRIRE DES JOURS.	IMMEDIATEMENT.....000 HEURES.....1 <input type="text"/> <input type="text"/> JOURS.....2 <input type="text"/> <input type="text"/>	IMMEDIATEMENT.....000 HEURES.....1 <input type="text"/> <input type="text"/> JOURS.....2 <input type="text"/> <input type="text"/>	IMMEDIATEMENT.....000 HEURES.....1 <input type="text"/> <input type="text"/> JOURS.....2 <input type="text"/> <input type="text"/> (PASSER A 429) ←
427	VOIR 404: ENFANT VIVANT?	VIVANT <input type="checkbox"/> DECEDE <input type="checkbox"/> (PASSER A 429)	VIVANT <input type="checkbox"/> DECEDE <input type="checkbox"/> (PASSER A 429)	
428	Allaitiez-vous encore (NOM)?	OUI.....1 (PASSER A 432) ← NON.....2	OUI.....1 (PASSER A 432) ← NON.....2	
429	Pendant combien de mois avez-vous allaité (NOM)?	MOIS..... <input type="text"/> <input type="text"/> NSP.....98	MOIS..... <input type="text"/> <input type="text"/> NSP.....98	MOIS..... <input type="text"/> <input type="text"/> NSP.....98
430	Pourquoi avez-vous arrêté d'allaiter (NOM)?	MERE MALADE/FAIBLE.....01 ENFANT MALADE/FAIBLE.....02 ENFANT DECEDE.....03 PROBLEME DE SEIN.....04 LAIT INSUFFISANT.....05 MERE TRAVAILLE.....06 ENFANT A REFUSE.....07 AGE DU SEVRAGE.....08 TOMBEE ENCEINTE.....09 A COMMENCE A UTILISER LA CONTRACEPTION.....10 AUTRE _____ 96 (PRECISER)	MERE MALADE/FAIBLE.....01 ENFANT MALADE/FAIBLE.....02 ENFANT DECEDE.....03 PROBLEME DE SEIN.....04 LAIT INSUFFISANT.....05 MERE TRAVAILLE.....06 ENFANT A REFUSE.....07 AGE DU SEVRAGE.....08 TOMBEE ENCEINTE.....09 A COMMENCE A UTILISER LA CONTRACEPTION.....10 AUTRE _____ 96 (PRECISER)	MERE MALADE/FAIBLE.....01 ENFANT MALADE/FAIBLE.....02 ENFANT DECEDE.....03 PROBLEME DE SEIN.....04 LAIT INSUFFISANT.....05 MERE TRAVAILLE.....06 ENFANT A REFUSE.....07 AGE DU SEVRAGE.....08 TOMBEE ENCEINTE.....09 A COMMENCE A UTILISER LA CONTRACEPTION.....10 AUTRE _____ 96 (PRECISER)
431	VOIR 404: ENFANT VIVANT?	VIVANT <input type="checkbox"/> DECEDE <input type="checkbox"/> (PASSER A 434) (RETOURNER A 405 DANS LA COLONNE SUIVANTE OU SI PLUS DE NAISSANCE PASSER A 440)	VIVANT <input type="checkbox"/> DECEDE <input type="checkbox"/> (PASSER A 434) (RETOURNER A 405 DANS LA COLONNE SUIVANTE OU SI PLUS DE NAISSANCE PASSER A 440)	VIVANT <input type="checkbox"/> DECEDE <input type="checkbox"/> (RETOURNER A 405 DANS LA COLONNE SUIVANTE OU SI PLUS DE NAISSANCE PASSER A 440)
432	Combien de fois avez-vous allaité (NOM) la nuit dernière entre le coucher et lever du soleil? SI REPONSE NON-NUMERIQUE, INSISTER POUR EVALUER LE NOMBRE	NOMBRE D'ALLAITEMENTS DE NUIT <input type="text"/> <input type="text"/>	NOMBRE D'ALLAITEMENTS DE NUIT <input type="text"/> <input type="text"/>	
433	Combien de fois avez-vous allaité (NOM) hier, pendant les heures de la journée? SI REPONSE NON-NUMERIQUE, INSISTER POUR EVALUER LE NOMBRE	NOMBRE D'ALLAITEMENTS DE JOUR <input type="text"/> <input type="text"/>	NOMBRE D'ALLAITEMENTS DE JOUR <input type="text"/> <input type="text"/>	

434	(NOM) a-t-il/elle bu quelque chose au biberon, hier ou la nuit dernière?	OUI.....1	OUI.....1
		NON.....2	NON.....2
		NSP.....8	NSP.....8

435	Est-ce que (NOM) a reçu, à n'importe quel moment, hier ou la nuit dernière, un des aliments ou boissons suivants:	OUI NON NSP			OUI NON NSP					
		Eau?	EAU	1	2	8	EAU	1	2	8
		Eau sucrée?	EAU SUCREE.....	1	2	8	EAU SUCREE.....	1	2	8
		Jus?	JUS.....	1	2	8	JUS.....	1	2	8
		Tisane?	TISANE.....	1	2	8	TISANE.....	1	2	8
		Lait en boîte pour bébé?	LAIT BOITE/BEBE.....	1	2	8	LAIT BOITE/BEBE.....	1	2	8
		Lait en boîte ou en poudre?	LAIT BOITE/POUDRE...	1	2	8	LAIT BOITE/POUDRE...	1	2	8
		Lait d'animal/lait frais?	LAIT D'ANIMAL/FRAIS.	1	2	8	LAIT D'ANIMAL/FRAIS.	1	2	8
		Préparation pour bébé?	PREPARATION BEBE....	1	2	8	PREPARATION BEBE....	1	2	8
		N'importe quel autre liquide?	AUTRES LIQUIDES.....	1	2	8	AUTRES LIQUIDES.....	1	2	8
		Aliment solide ou en bouillie?	SOLIDE/BOUILLIE.....	1	2	8	SOLIDE/BOUILLIE.....	1	2	8

439		RETOURNER A 405 DANS LA COLONNE SUIVANTE OU, SI PLUS DE NAISSANCE, ALLER A 440.	RETOURNER A 405 DANS LA COLONNE SUIVANTE OU, SI PLUS DE NAISSANCE, ALLER A 440.

440 NOTER LE NOM ET LE N° DE LIGNE DE CHAQUE NAISSANCE DEPUIS JANVIER 1994 DANS LE TABLEAU.
 POSER LES QUESTIONS A PROPOS DE TOUTES CES NAISSANCES. COMMENCER PAR LA DERNIERE NAISSANCE. (S'IL Y A PLUS DE TROIS
 NAISSANCES, UTILISEZ UN QUESTIONNAIRE SUPPLEMENTAIRE).

441	VOIR SECTION 2: N° DE LIGNE DE LA Q. 212	DERNIERE NAISSANCE <input type="text"/>	AVANT-DERNIERE NAISS. <input type="text"/>	AV. AVANT-DERNIERE NAISS. <input type="text"/>
-----	--	--	---	---

442	SELON Q. 212 ET Q. 216	NOM _____ VIVANT <input type="checkbox"/> DECEDE <input type="checkbox"/> ALLER A 442 DANS COLONNE SUIVANTE OU, SI PLUS DE NAISS. ALLER A 465	NOM _____ VIVANT <input type="checkbox"/> DECEDE <input type="checkbox"/> ALLER A 442 DANS COLONNE SUIVANTE OU, SI PLUS DE NAISS. ALLER A 465	NOM _____ VIVANT <input type="checkbox"/> DECEDE <input type="checkbox"/> ALLER A 442 DANS COLONNE SUIVANTE OU, SI PLUS DE NAISS. ALLER A 465
-----	---------------------------	---	---	---

443	Avez-vous un carnet où les vaccinations de (NOM) sont inscrites? SI OUI: Puis-je la voir, s'il vous plaît?	OUI, VU.....1 (PASSER A 445) ← OUI, NON VU.....2 (PASSER A 447) ← PAS DE CARNET.....3	OUI, VU.....1 (PASSER A 445) ← OUI, NON VU.....2 (PASSER A 447) ← PAS DE CARNET.....3	OUI, VU.....1 (PASSER A 445) ← OUI, NON VU.....2 (PASSER A 447) ← PAS DE CARNET.....3
-----	--	---	---	---

444	Avez-vous déjà eu un carnet de vaccination pour (NOM)?	OUI.....1 (PASSER A 447) ← NON.....2	OUI.....1 (PASSER A 447) ← NON.....2	OUI.....1 (PASSER A 447) ← NON.....2
-----	---	--	--	--

445	(1)COPIER LES DATES DE VACCINATIONS POUR CHAQUE VACCIN A PARTIR DU CARNET. (2)INSCRIRE '44' DANS LA COLONNE 'JOUR', SI LE CARNET INDIQUE QU'UNE VACCINATION A ETE FAITE, MAIS LA DATE N'A PAS ETE REPORTEE.	BCG	JOUR MOIS ANNEE BCG <input type="text"/>	JOUR MOIS ANNEE BCG <input type="text"/>	JOUR MOIS ANNEE BCG <input type="text"/>
		POLIO 0 (à naiss.)	P0 <input type="text"/>	P0 <input type="text"/>	P0 <input type="text"/>
		POLIO 1	P1 <input type="text"/>	P1 <input type="text"/>	P1 <input type="text"/>
		POLIO 2	P2 <input type="text"/>	P2 <input type="text"/>	P2 <input type="text"/>
		POLIO 3	P3 <input type="text"/>	P3 <input type="text"/>	P3 <input type="text"/>
		DTCocq 1	D1 <input type="text"/>	D1 <input type="text"/>	D1 <input type="text"/>
		DTCocq 2	D2 <input type="text"/>	D2 <input type="text"/>	D2 <input type="text"/>
		DTCocq 3	D3 <input type="text"/>	D3 <input type="text"/>	D3 <input type="text"/>
ROUGEOLE	ROU <input type="text"/>	ROU <input type="text"/>	ROU <input type="text"/>		
FIEVRE JAUNE	F.J <input type="text"/>	F.J <input type="text"/>	F.J <input type="text"/>		

446	(NOM) a-t-il reçu des vaccina- tions qui ne sont pas inscrites sur ce carnet? ENREGISTRER 'OUI' SEULEMENT SI L'ENQUETEE MENTIONNE LE(S) VACCIN(S) DU BCG, POLIO 0-3, DTCocq 1-3, ROUGEOLE ET/OU FIEVRE JAUNE.	OUI.....1 (INSISTER SUR LE TYPE DE VACCIN ET INSCRIRE '66' DANS LA COLONNE CORRESPONDANT AU JOUR A Q.445, PUIS PASSER A 449) NON.....2 NSP.....8 (PASSER A 449) ←	OUI.....1 (INSISTER SUR LE TYPE DE VACCIN ET INSCRIRE '66' DANS LA COLONNE CORRESPONDANT AU JOUR A Q.445, PUIS PASSER A 449) NON.....2 NSP.....8 (PASSER A 449) ←	OUI.....1 (INSISTER SUR LE TYPE DE VACCIN ET INSCRIRE '66' DANS LA COLONNE CORRESPONDANT AU JOUR A Q.445, PUIS PASSER A 449) NON.....2 NSP.....8 (PASSER A 449) ←
-----	--	---	---	---

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

	NOM	NOM	NOM		
453	Où avez-vous demandé des conseils ou un traitement? Quelque part ailleurs? ENREGISTRER TOUT CE QUI EST MENTIONNE	SECTEUR PUBLIC HOPITAL.....A CENTRE DE SANTE/PMI.....B DISPENSARE.....C POSTE MEDICAL.....D AUTRE PUBLIC.....E (PRECISER) SECTEUR MEDICAL PRIVE DOCTEUR PRIVE.....F CLINIQUE/HOPITAL PRIVE...G PHARMACIE/DEPOT PHARMAC..H AUTRE MEDICAL PRIVE.....I (PRECISER) AUTRE SECTEUR PRIVE GUERISSEUR TRADITIONNEL..J AUTRE.....X (PRECISER)	SECTEUR PUBLIC HOPITAL.....A CENTRE DE SANTE/PMI.....B DISPENSARE.....C POSTE MEDICAL.....D AUTRE PUBLIC.....E (PRECISER) SECTEUR MEDICAL PRIVE DOCTEUR PRIVE.....F CLINIQUE/HOPITAL PRIVE...G PHARMACIE/DEPOT PHARMAC..H AUTRE MEDICAL PRIVE.....I (PRECISER) AUTRE SECTEUR PRIVE GUERISSEUR TRADITIONNEL..J AUTRE.....X (PRECISER)	SECTEUR PUBLIC HOPITAL.....A CENTRE DE SANTE/PMI.....B DISPENSARE.....C POSTE MEDICAL.....D AUTRE PUBLIC.....E (PRECISER) SECTEUR MEDICAL PRIVE DOCTEUR PRIVE.....F CLINIQUE/HOPITAL PRIVE...G PHARMACIE/DEPOT PHARMAC..H AUTRE MEDICAL PRIVE.....I (PRECISER) AUTRE SECTEUR PRIVE GUERISSEUR TRADITIONNEL..J AUTRE.....X (PRECISER)	
454	(NOM) a-t-il/elle eu la diarrhée durant les deux dernières semaines?	OUI.....1 NON.....2 (PASSER A 464) ← NSP.....8	OUI.....1 NON.....2 (PASSER A 464) ← NSP.....8	OUI.....1 NON.....2 (PASSER A 464) ← NSP.....8	
455	Est-ce qu'il y avait du sang dans les selles?	OUI.....1 NON.....2 NSP.....8	OUI.....1 NON.....2 NSP.....8	OUI.....1 NON.....2 NSP.....8	
456	Le pire jour de la diarrhée, combien de selles (NOM) a-t-il/elle eu?	NOMBRE DE SELLES..... NSP.....98	NOMBRE DE SELLES..... NSP.....98	NOMBRE DE SELLES..... NSP.....98	
457	(NOM) a-t-il/elle reçu la même quantité de liquide qu'avant la diarrhée, plus, ou moins?	MEME.....1 PLUS.....2 MOINS.....3 NSP.....8	MEME.....1 PLUS.....2 MOINS.....3 NSP.....8	MEME.....1 PLUS.....2 MOINS.....3 NSP.....8	
458	(NOM) a-t-il/elle reçu la même quantité de nourriture qu'avant la diarrhée, plus, ou moins?	MEME.....1 PLUS.....2 MOINS.....3 NSP.....8	MEME.....1 PLUS.....2 MOINS.....3 NSP.....8	MEME.....1 PLUS.....2 MOINS.....3 NSP.....8 (PASSER A 459) ←	
458A	VOIR 428: ENFANT ALLAITE?	'OUI' A 428 <input type="checkbox"/> ↓ (PASSER A 459)	'NON' A 428 OU 428 NON POSEE <input type="checkbox"/> ↓ (PASSER A 459)	'OUI' A 428 <input type="checkbox"/> ↓ (PASSER A 459)	'NON' A 428 OU 428 NON POSEE <input type="checkbox"/> ↓ (PASSER A 459)
458B	(NOM) a-t-il/elle reçu la même quantité de lait maternel qu'avant la diarrhée, plus, ou moins?	MEME.....1 PLUS.....2 MOINS.....3	MEME.....1 PLUS.....2 MOINS.....3		

459	Quand (NOM) avait la diarrhée, lui a-t-on donné à boire l'une des choses suivantes: Un liquide préparé à partir d'un sachet de SRO comme celui-ci? MONTRER LE SACHET DE SRO Solution maison eau/sel/sucre? Une bouillie légère? Soupe? Lait ou préparation pour bébé? Boisson base de yaourt? Eau? N'importe quel autre liquide?				
			OUI NON NSP	OUI NON NSP	OUI NON NSP
		SACHET SRO.....1 2 8	SACHET SRO.....1 2 8	SACHET SRO.....1 2 8	
		SOL. EAU/SEL/SUCRE.1 2 8	SOL. EAU/SEL/SUCRE.1 2 8	SOL. EAU/SEL/SUCRE.1 2 8	
		BOUILLIE LEGERE....1 2 8	BOUILLIE LEGERE....1 2 8	BOUILLIE LEGERE....1 2 8	
		SOUPE.....1 2 8	SOUPE.....1 2 8	SOUPE.....1 2 8	
		LAIT/PREPARATION...1 2 8	LAIT/PREPARATION...1 2 8	LAIT/PREPARATION...1 2 8	
		BOISSON YAOURT.....1 2 8	BOISSON YAOURT.....1 2 8	BOISSON YAOURT.....1 2 8	
EAU.....1 2 8	EAU.....1 2 8	EAU.....1 2 8			
AUTRES LIQUIDES....1 2 8	AUTRES LIQUIDES....1 2 8	AUTRES LIQUIDES....1 2 8			

460	Est-ce que quelque chose d'autre a été donné pour traiter la diarrhée?	OUI.....1	OUI.....1	OUI.....1
		NON.....2	NON.....2	NON.....2
		(PASSER A 462) ←	(PASSER A 462) ←	(PASSER A 462) ←
		NSP.....8	NSP.....8	NSP.....8

461	Qu'est-ce qui a été donné pour traiter la diarrhée? Quelques chose d'autre? INSCRIRE TOUT CE QUI EST CITE	COMPRIME OU SIROP.....A INJECTIONB INTRAVEINEUSE/PERFUSION...C REMEDE-MAISON/ PLANTES MEDICINALES...D	COMPRIME OU SIROP.....A INJECTIONB INTRAVEINEUSE/PERFUSION...C REMEDE-MAISON/ PLANTES MEDICINALES...D	COMPRIME OU SIROP.....A INJECTIONB INTRAVEINEUSE/PERFUSION...C REMEDE-MAISON/ PLANTES MEDICINALES...D
		AUTRE _____ X	AUTRE _____ X	AUTRE _____ X
		(PRECISER)	(PRECISER)	(PRECISER)

462	Avez-vous demandé des conseils ou un traitement pour la diarrhée?	OUI.....1	OUI.....1	OUI.....1
		NON.....2	NON.....2	NON.....2
		(PASSER A 464) ←	(PASSER A 464) ←	(PASSER A 464) ←

463	Où avez-vous demandé des conseils ou un traitement? Quelques part ailleurs? ENREGISTRER TOUT CE QUI EST MENTIONNE	SECTEUR PUBLIC HOPITAL.....A CENTRE DE SANTE/PMI.....B DISPENSAIRE.....C POSTE MEDICAL.....D	SECTEUR PUBLIC HOPITAL.....A CENTRE DE SANTE/PMI.....B DISPENSAIRE.....C POSTE MEDICAL.....D	SECTEUR PUBLIC HOPITAL.....A CENTRE DE SANTE/PMI.....B DISPENSAIRE.....C POSTE MEDICAL.....D
		AUTRE PUBLIC _____ E	AUTRE PUBLIC _____ E	AUTRE PUBLIC _____ E
		(PRECISER)	(PRECISER)	(PRECISER)
		SECTEUR MEDICAL PRIVE DOCTEUR PRIVE.....F CLINIQUE/HOPITAL PRIVE...G PHARMACIE/DEPOT PHARMAC..H	SECTEUR MEDICAL PRIVE DOCTEUR PRIVE.....F CLINIQUE/HOPITAL PRIVE...G PHARMACIE/DEPOT PHARMAC..H	SECTEUR MEDICAL PRIVE DOCTEUR PRIVE.....F CLINIQUE/HOPITAL PRIVE...G PHARMACIE/DEPOT PHARMAC..H
		AUTRE MEDICAL PRIVE _____ I	AUTRE MEDICAL PRIVE _____ I	AUTRE MEDICAL PRIVE _____ I
		(PRECISER)	(PRECISER)	(PRECISER)
		AUTRE SECTEUR PRIVE GUERISSEUR TRADITIONNEL..J	AUTRE SECTEUR PRIVE GUERISSEUR TRADITIONNEL..J	AUTRE SECTEUR PRIVE GUERISSEUR TRADITIONNEL..J
		AUTRE _____ X	AUTRE _____ X	AUTRE _____ X
		(PRECISER)	(PRECISER)	(PRECISER)

464	RETOURNER A 442 DANS LA COLONNE SUIVANTE OU, SI PLUS DE NAISSANCE, ALLER A 465.	RETOURNER A 442 DANS LA COLONNE SUIVANTE OU, SI PLUS DE NAISSANCE, ALLER A 465.	RETOURNER A 442 DANS LA COLONNE SUIVANTE OU, SI PLUS DE NAISSANCE, ALLER A 465.
-----	---	---	---

No.	QUESTIONS ET FILTRES	CODES	PASSER A
465	Quand un enfant a la diarrhée, est-ce-qu'on devrait lui donner à boire moins de liquides que d'habitude, la même quantité, ou plus de liquides que d'habitude?	MOINS DE LIQUIDES.....1 ENVIRON LA MEME QUANTITE.....2 PLUS DE LIQUIDES.....3 NSP.....8	
466	Quand un enfant a la diarrhée, est-ce-qu'on devrait lui donner à manger moins que d'habitude, la même quantité, ou plus que d'habitude?	MOINS A MANGER.....1 ENVIRON LA MEME QUANTITE.....2 PLUS A MANGER.....3 NSP.....8	
467	Quand un enfant a la diarrhée, quels sont les symptômes qui vous indiquent qu'il/elle devrait être emmené(e) dans un établissement sanitaire ou auprès d'un personnel de santé? Quelqu'autre symptôme? ENREGISTRER TOUT CE QUI EST MENTIONNE.	SELLES LIQUIDES REPETEES.....A DES SELLES LIQUIDES.....B VOMISSEMENTS REPETES.....C DES VOMISSEMENTS.....D SANG DANS LES SELLES.....E FIEVRE.....F SOIF IMPORTANTE.....G NE MANGE PAS/NE BOIT PAS BIEN.....H DEVIENT PLUS MALADE/ TRES MALADE.....I NE VA PAS MIEUX.....J AUTRE _____ X (PRECISER) NSP.....Z	
467A	Qu'est-ce qui, d'après vous, cause la diarrhée chez les enfants de moins de 5 ans? ENREGISTRER TOUT CE QUI EST MENTIONNE.	DENTITION.....A CHALEUR.....B MICROBES.....C VERS INTESTINAUX.....D LAIT MATERNEL TRES CHAUD.....E ALIMENTATION (INDIGESTIONS).....F AUTRE _____ X (PRECISER) NSP.....Z	
467B	Quelle est la cause principale de la diarrhée chez les enfants de moins de 5 ans? ENREGISTRER UNE SEULE REPONSE.	DENTITION.....01 CHALEUR.....02 MICROBES.....03 VERS INTESTINAUX.....04 LAIT MATERNEL TRES CHAUD.....05 ALIMENTATION (INDIGESTIONS).....06 AUTRE _____ 96 (PRECISER) NSP.....98	
467C	Quelles sont les conséquences de la diarrhée chez les enfants de moins de 5 ans? ENREGISTRER TOUT CE QUI EST MENTIONNE.	DESHYDRATATION.....A MALNUTRITION.....B MORT.....C AUTRE _____ X (PRECISER) NSP.....Z	
467D	La plupart des cas des épisodes de diarrhée sont-ils pour vous peu graves, graves ou très graves?	PEU GRAVES.....1 GRAVES.....2 TRES GRAVES.....3	

468	<p>Quand un enfant souffre de la toux, quels sont les symptômes qui vous indiquent qu'il/elle devrait être emmené(e) dans un établissement sanitaire ou auprès de personnel de santé?</p> <p>Quelqu'autre symptôme?</p> <p>ENREGISTRER TOUT CE QUI EST MENTIONNE.</p>	<p>RESPIRATION RAPIDE.....A DIFFICULTE A RESPIRER.....B RESPIRATION BRUYANTE.....C FIEVRE.....D INCAPABLE DE BOIRE.....E NE MANGE PAS/NE BOIT PAS BIEN...F DEVIENT PLUS MALADE/ TRES MALADE.....G NE VA PAS MIEUX.....H AUTRE _____ X (PRECISER) NSP.....Z</p>
-----	---	---

469	<p>VERIFIER 459, TOUTES LES COLONNES:</p> <p>AUCUN ENFANT N'A RECU DES SRO OU 459 NON POSEE <input type="checkbox"/></p> <p>AU MOINS UN ENFANT A RECU DES SRO <input type="checkbox"/></p>	→472
-----	--	------

470	<p>Avez-vous déjà entendu parler d'un produit spécial appelé SRO que l'on peut obtenir pour traiter la diarrhée?</p>	<p>OUI.....1 NON.....2 →477</p>
-----	--	--

471	<p>Avez-vous déjà utilisé ce produit?</p>	<p>OUI.....1 NON.....2 →477</p>
-----	---	--

472	<p>Où avez-vous obtenu le SRO la dernière fois?</p> <p>S'IL S'AGIT D'UN HOPITAL, D'UN CENTRE DE SANTE OU D'UNE CLINIQUE, ECRIRE LE NOM DE L'ENDROIT. INSISTER POUR DETERMINER LE TYPE DE SERVICE ET ENCERCLER LE CODE APPROPRIE.</p> <p>_____ (NOM DE L'ENDROIT)</p>	<p>SECTEUR PUBLIC HOPITAL.....11 CENTRE DE SANTE/PMI.....12 DISPENSAIRE.....13 POSTE MEDICAL.....14 AGENT COMMUNAUTAIRE/SBC.....15 AUTRE PUBLIC _____ 16 (PRECISER) SECTEUR MEDICAL PRIVE DOCTEUR.....21 CLINIQUE.PRIVEE.....22 PHARMACIE.....23 DEPOT PHARMACEUTIQUE.....24 AUTRE MEDICAL PRIVE _____ 26 (PRECISER) AUTRE SECTEUR PRIVE BOUTIQUE/MARCHE.....31 CIRCUIT COMMERCIAL INFORMEL...32 CONNAISSANCES/PARENTS.....33 GUERISSEUR TRADITIONNEL.....34 AUTRE _____ 96 (PRECISER)</p>
-----	--	---

473	Avez-vous actuellement un sachet de SRO chez vous?	OUI.....1 NON.....2 →476A
474	Puis-je voir le sachet de SRO que vous avez? SI LE SACHET EST MONTRE, ENCERCLER LE CODE CORRESPONDANT	ORASEL.....1 SRO UNICEF.....2 SRO USAID.....3 SRO CHINOIS.....4 AUTRE.....6 →476 (PRECISER) SACHET NON VU.....5
475	Connaissez-vous le nom de la marque du sachet de SRO que vous avez en ce moment? NOTER LE NOM DE LA MARQUE	ORASEL.....1 SRO UNICEF.....2 SRO USAID.....3 SRO CHINOIS.....4 AUTRE.....6 (PRECISER) NSP.....8
476	Combien vous a coûté le sachet de SRO que vous avez en ce moment?	COUT EN FG..... <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> GRATUIT......996 NSP......998
476A	Quelle était votre source d'information sur le type de SRO que vous utilisez?	TELEVISION.....01 RADIO.....02 JOURNAUX.....03 HOPITAL/CENTRE DE SANTE.....04 AMIS/PARENTS.....05 Panneaux/Affiches.....06 AUTRE.....96 (PRECISER)
476B	Qui a conseillé ou décidé de donner ce SRO?	MOI-MEME.....01 LE PERE.....02 LES GRANS PARENTS.....03 LES VOISINS.....04 PROFESSIONNEL DE LA SANTE.....05 GUERISSEUR TRADITIONNEL.....06 AUTRE.....96 (PRECISER)
477	VERIFIER 459, TOUTES LES COLONNES: AUCUN ENFANT N'A RECU DE SOLUTION SEL/SUCRE OU 459 NON POSEE <input type="checkbox"/> AU MOINS UN ENFANT A RECU SOLUTION SEL/SUCRE <input type="checkbox"/>	→501
478	Avez-vous déjà entendu parler d'une solution de sel, de sucre et d'eau que l'on prépare à la maison et que l'on donne aux enfants pour traiter la diarrhée?	OUI.....1 NON.....2 →501
479	Avez-vous déjà préparé cette solution?	OUI.....1 NON.....2

501	Etes-vous actuellement mariée ou vivez-vous actuellement avec un homme?	OUI, ACTUELLEMENT MARIEE.....1 OUI, VIT AVEC UN HOMME.....2 MARIAGE NON CONSOMME.....3 NON, PAS EN UNION.....4	→507 →515F
502	Avez-vous déjà été mariée ou avez-vous déjà vécu avec un homme?	OUI, A ETE MARIEE.....1 OUI, A VECU AVEC UN HOMME.....2 NON.....3	→515F
505	Quelle est votre situation matrimoniale actuelle: êtes-vous veuve, divorcée ou séparée?	VEUVE.....1 DIVORCEE.....2 SEPARÉE.....3	→511
507	Est-ce que votre mari/conjoint vit avec vous, ou vit-il ailleurs?	VIT AVEC ELLE.....1 VIT AILLEURS.....2	
507A	NOTER LE NUMERO DE LIGNE DE SON MARI SELON LE QUESTIONNAIRE MENAGE. S'IL NE FIGURE PAS DANS LE MENAGE, NOTER '00'.		<input type="text" value=""/> <input type="text" value=""/>
508	Est-ce-que votre mari/conjoint a d'autres épouses, en plus de vous-même?	OUI.....1 NON.....2	→511
509	Combien d'autres femmes a-t-il?	NOMBRE..... <input type="text" value=""/> <input type="text" value=""/> NSP.....98	→511
510	Etes-vous la première, la seconde,.....épouse?	RANG..... <input type="text" value=""/> <input type="text" value=""/>	
511	Avez-vous été mariée ou avez-vous vécu avec un homme, une fois ou plus d'une fois?	UNE FOIS.....1 PLUS D'UNE FOIS.....2	→512
511A	Combien de temps s'est-il écoulé entre la fin de votre avant-dernière union et le début de votre dernière union (de votre union actuelle)? SI MOINS D'UN AN, ENREGISTRER '00'.	DUREE EN ANNEES REVOLUES... <input type="text" value=""/> <input type="text" value=""/>	
512	VERIFIER 511: <div style="display: flex; justify-content: space-around;"> <div style="text-align: center;"> <p>MARIEE/A VECU AVEC UN HOMME SEULEMENT UNE FOIS</p> <p>↓</p> <p>En quel mois et quelle année, avez-vous commencé à vivre avec votre mari/conjoint?</p> </div> <div style="text-align: center;"> <p>MARIEE/A VECU AVEC UN HOMME PLUS D'UNE FOIS</p> <p>↓</p> <p>Maintenant nous allons parler de votre premier mari/conjoint. En quel mois et quelle année, avez-vous commencé à vivre avec lui?</p> </div> </div>	MOIS..... <input type="text" value=""/> <input type="text" value=""/> NSP MOIS.....98 ANNEE..... <input type="text" value=""/> <input type="text" value=""/> <input type="text" value=""/> <input type="text" value=""/> NSP ANNEE.....9998	→514A
513	Quel âge aviez-vous quand vous avez commencé à vivre avec lui?	AGE..... <input type="text" value=""/> <input type="text" value=""/>	

A

514A VERIFIER 501:

ACTUELLEMENT MARIEE
 OU
 VIT AVEC UN HOMME

PAS EN UNION → 515F

515 Maintenant, je voudrais vous poser quelques questions sur votre activité sexuelle afin de mieux comprendre certains problèmes en rapport avec la planification familiale.

Il y a combien de temps que vous avez eu votre dernier rapport sexuel avec (votre mari/l'homme avec qui vous vivez)?

SI "JAMAIS EU DE RAPPORTS", RETOURNER A Q.501, ENCERCLER LE CODE 3 (MARIAGE NON CONSOMME) ET SUIVRE LES NOUVELLES INSTRUCTIONS DE PASSAGE A PARTIR DE Q.501.

NOMBRE DE JOURS.....1	<input type="text"/>	<input type="text"/>
NOMBRE DE SEMAINES.....2	<input type="text"/>	<input type="text"/>
NOMBRE DE MOIS.....3	<input type="text"/>	<input type="text"/>
NOMBRE D'ANNEES.....4	<input type="text"/>	<input type="text"/>

AVANT LA DERNIERE NAISSANCE...996

515A VERIFIER 301 ET 302:

CONNAIT LE CONDOM NE CONNAIT PAS LE CONDOM

Lors de votre dernier rapport sexuel avec (votre mari/l'homme avec qui vous vivez) un condom a-t-il été utilisé?

Certains hommes utilisent un condom (capote anglaise) c'est-à-dire qu'ils se mettent une capote en caoutchouc au pénis durant les rapports sexuels. Lors de votre dernier rapport sexuel avec (votre mari/l'homme avec qui vous vivez) un condom a-t-il été utilisé?

OUI.....1	} → 515B
NON.....2	
NSP.....8	

515AA Lors de ce dernier rapport sexuel, qui a proposé d'utiliser le condom?

ENQUETEE ELLE-MEME.....1
MARI/CONJOINT.....2
LES DEUX.....3

515B Avez-vous eu des rapports sexuels avec quelqu'un d'autre que votre mari/l'homme avec qui vous vivez au cours des 12 derniers mois?

OUI.....1	} → 517
NON.....2	

515C Quand avez-vous eu, pour la dernière fois, des rapports sexuels avec quelqu'un d'autre que (votre mari/l'homme avec qui vous vivez)?

NOMBRE DE JOURS.....1	<input type="text"/>	<input type="text"/>
NOMBRE DE SEMAINES.....2	<input type="text"/>	<input type="text"/>
NOMBRE DE MOIS.....3	<input type="text"/>	<input type="text"/>

AVANT LA DERNIERE NAISSANCE...996

515CA La dernière fois que vous avez eu des rapports sexuels avec quelqu'un d'autre que votre mari/homme avec qui vous vivez, était-ce avec un partenaire régulier, une connaissance, pour de l'argent, ou avec quelqu'un d'autre?

PARTENAIRE REGULIER.....1
CONNAISSANCE.....2
POUR DE L'ARGENT.....3
QUELQU'UN D'AUTRE.....4

515D Un condom a-t-il été utilisé à cette occasion?

OUI.....1	} → 515E
NON.....2	
NSP.....8	

515DA Lors de ce dernier rapport sexuel, qui a proposé d'utiliser le condom?

ENQUETEE ELLE-MEME.....1
PARTENAIRE.....2
LES DEUX.....3

515E Au cours des 12 derniers mois, avec combien de personnes différentes autres que (votre mari/l'homme avec qui vous vivez) avez-vous eu des rapports sexuels?

NOMBRE DE PERSONNES.....	<input type="text"/>	<input type="text"/>	} → 517
NSP.....98			

vos problèmes en rapport avec la planification familiale.

Il y a combien de temps que vous avez eu votre dernier rapport sexuel (si vous en avez déjà eu)?

NOMBRE DE JOURS.....1	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
NOMBRE DE SEMAINES.....2	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
NOMBRE DE MOIS.....3	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
NOMBRE D'ANNEES.....4	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
AVANT LA DERNIERE NAISSANCE...996		

515FA La dernière fois que vous avez eu des rapports sexuels, était-ce avec un partenaire régulier, une connaissance, pour de l'argent, ou avec quelqu'un d'autre?

PARTENAIRE REGULIER.....1
CONNAISSANCE.....2
POUR DE L'ARGENT.....3
QUELQU'UN D'AUTRE.....4

515G VERIFIER 301 ET 302:

<p>CONNAIT LE CONDOM <input type="checkbox"/></p> <p>↓</p> <p>Lors de votre dernier rapport sexuel, un condom a-t-il été utilisé?</p>	<p>NE CONNAIT PAS LE CONDOM <input type="checkbox"/></p> <p>↓</p> <p>Certains hommes utilisent un condom (capote anglaise) c'est-à-dire qu'ils se mettent une capote en caoutchouc au pénis durant les rapports sexuels. Lors de votre dernier rapport sexuel, un condom a-t-il été utilisé?</p>
---	--

OUI.....1	} → 515H
NON.....2	
NSP.....8	

515GA Lors de ce dernier rapport sexuel, qui a proposé d'utiliser le condom?

ENQUETEE ELLE-MEME.....1
PARTENAIRE.....2
LES DEUX.....3

515H VERIFIER 515F:

MOINS DE 12 MOIS DEPUIS LES DERNIERS RAPPORTS SEXUELS

12 MOIS OU PLUS DEPUIS LES DERNIERS RAPPORTS SEXUELS

→ 517

515I Au cours des 12 derniers mois, avec combien de personnes différentes avez-vous eu des rapports sexuels?

NOMBRE DE PERSONNES.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
NSP.....98		

517 Connaissez-vous un endroit où vous pouvez vous procurer des condoms?

OUI.....1	} → 518A
NON.....2	

518 Où est-ce?

S'IL S'AGIT D'UN HOPITAL, D'UN CENTRE DE SANTE OU D'UNE CLINIQUE, ECRIRE LE NOM DE L'ENDROIT. INSISTER POUR DETERMINER LE TYPE DE SERVICE ET ENCERCLER LE CODE APPROPRIE.

(NOM DE L'ENDROIT)

SECTEUR PUBLIC	
HOPITAL.....11	
CENTRE DE SANTE/PMI.....12	
DISPENSARE.....13	
POSTE MEDICAL.....14	
AUTRE PUBLIC.....16	
(PRECISER)	
SECTEUR MEDICAL PRIVE	
DOCTEUR PRIVE.....21	
CLINIQUE/HOPITAL PRIVE.....22	
CENTRE DE PF.....23	
PHARMACIE/DEPOT PHARMACEUT.....24	
AUTRE MEDICAL PRIVE.....26	
(PRECISER)	
AUTRE SECTEUR PRIVE	
BOUTIQUE/MARCHE.....31	
BAR/BOITE DE NUIT.....32	
KIOSQUE.....33	
CIRCUIT COMMERCIAL INFORMEL...34	
EGLISE/TEMPLE.....35	
CONNAISSANCES/PARENTS.....36	
GUERISSEUR TRADITIONNEL.....37	
AUTRE.....96	
(PRECISER)	

NO.	QUESTIONS ET FILTRES	CODES	A
518A	VERIFIER 515A, 515D ET 515G AU MOINS 1 'OUI' <input type="checkbox"/>	AUCUN 'OUI' <input type="checkbox"/>	519
518B	Où avez-vous obtenu les condoms la dernière fois? S'IL S'AGIT D'UN HOPITAL, D'UN CENTRE DE SANTE OU D'UNE CLINIQUE, ECRIRE LE NOM DE L'ENDROIT. INSISTER POUR DETERMINER LE TYPE DE SERVICE ET ENCERCLER LE CODE APPROPRIE. _____ (NOM DE L'ENDROIT)	SECTEUR PUBLIC HOPITAL.....11 CENTRE DE SANTE/PMI.....12 DISPENSAIRE.....13 POSTE MEDICAL.....14 AUTRE PUBLIC _____ 16 (PRECISER) SECTEUR MEDICAL PRIVE DOCTEUR PRIVE.....21 CLINIQUE/HOPITAL PRIVE.....22 CENTRE DE PF.....23 PHARMACIE/DEPOT PHARMACEUT....24 AUTRE MEDICAL PRIVE _____ 26 (PRECISER) AUTRE SECTEUR PRIVE BOUTIQUE/MARCHE.....31 BAR/BOITE DE NUIT.....32 KIOSQUE.....33 CIRCUIT COMMERCIAL INFORMEL..34 EGLISE/TEMPLE.....35 CONNAISSANCES/PARENTS.....36 GUERISSEUR TRADITIONNEL.....37 PARTENAIRE AVAIT LE CONDOM.....41 → 519 AUTRE _____ 96 (PRECISER)	
518C	Connaissez-vous le nom de la marque des condoms que vous avez utilisés la dernière fois? _____ NOTER LE NOM DE LA MARQUE	PRUDENCE.....01 PRUDENCE NOUVEAU.....02 PROMESSE.....03 PROTECTOR.....04 GOLD CIRCLE.....05 COOL.....06 AUTRE _____ 96 (PRECISER) NSP.....98	
518D	La dernière fois que vous avez acheté des condoms, combien en avez-vous acheté? DETERMINER LE NOMBRE DE CONDOMS ET ENREGISTRER CE NOMBRE. ENREGISTRER '90' POUR 90 ET PLUS.	NOMBRE DE CONDOMS..... <input type="text"/> <input type="text"/> NSP.....98	
518E	Combien avez-vous payé?	COUT..... <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> GRATUIT.....9996 NSP.....9998	
519	Quel âge aviez-vous quand vous avez eu votre premier rapport sexuel?	AGE..... <input type="text"/> <input type="text"/> PREMIERE FOIS AU MARIAGE.....96	

601	VERIFIER 314: NI LUI NI ELLE STERILISE <input type="checkbox"/> LUI OU ELLE STERILISE <input type="checkbox"/>		→ 612
602	VERIFIER 227: PAS ENCEINTE OU PAS SURE <input type="checkbox"/> ENCEINTE <input type="checkbox"/> Maintenant, j'ai quelques questions au sujet de l'avenir. Voudriez-vous avoir un (autre) enfant, ou préféreriez-vous ne pas avoir d'(autres) enfants?	AVOIR UN (AUTRE) ENFANT.....1 PAS D'AUTRE/AUCUN.....2 DIT NE PEUT PAS ETRE ENCEINTE...3 INDECISE/NSP.....8	→ 604 → 606 → 604
603	VERIFIER 227: PAS ENCEINTE OU PAS SURE <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 l'enfant que vous attendez, combien de temps voudriez-vous attendre avant la naissance d'un autre enfant?	MOIS.....1 ANNEES.....2 BIENTOT/MAINTENANT.....993 DIT PEUT PAS ETRE ENCEINTE...994 APRES LE MARIAGE.....995 AUTRE _____ 996 (PRECISER) NSP.....998	→ 606
604	VERIFIER 227: PAS ENCEINTE OU PAS SURE <input type="checkbox"/> ENCEINTE <input type="checkbox"/>		→ 607
605	Si vous tombiez enceinte dans les prochaines semaines, seriez-vous <u>contente</u> , <u>pas contente</u> , ou cela vous serait-il <u>égal</u> ?	CONTENTE.....1 PAS CONTENTE.....2 EGAL.....3	
606	VERIFIER 313: UTILISE UNE METHODE? PAS POSEE <input type="checkbox"/> N'UTILISE PAS ACTUELLEMENT DE METHODE <input type="checkbox"/> UTILISE ACTUELLEMENT UNE METHODE <input type="checkbox"/>		→ 612
607	Pensez-vous que vous utiliserez une méthode pour retarder ou éviter une grossesse dans les 12 prochains mois?	OUI.....1 NON.....2 NSP.....8	→ 609
608	Pensez-vous que vous utiliserez une méthode pour retarder ou éviter une grossesse dans le futur?	OUI.....1 NON.....2 NSP.....8	→ 610
609	Quelle méthode préféreriez-vous utiliser?	PILULE.....01 DIU.....02 INJECTION.....03 IMPLANT.....04 DIAPHRAGME/MOUSSE/GELEE.....05 CONDOM.....06 STERILISATION FEMININE.....07 STERILISATION MASCULINE.....08 CONTINENCE PERIODIQUE.....09 RETRAIT.....10 AUTRE _____ 96 (PRECISER) PAS SURE.....98	→ 612

610	Quelle est la principale raison pour laquelle vous pensez que vous n'utiliserez jamais de méthode?	NON MARIEE.....11 RAISONS LIEES A LA FECONDITE RAP. SEX. PEU FREQUENTS.....22 MENOPAUSEE/HYSTERECTOMIE.....23 SOUS-FECONDE/STERILE.....24 VEUT DES ENFANTS.....26 OPPOSITION A L'UTILISATION ENQUETEE OPPOSEE.....31 MARI/CONJOINT OPPOSE.....32 AUTRES PERS. OPPOSEES.....33 INTERDITS RELIGIEUX.....34 TABOUS CULTURELS.....35 MANQUE DE CONNAISSANCE NE CONNAIT AUCUNE METHODE....41 NE CONNAIT AUCUNE SOURCE.....42 RAISONS LIEES A UNE METHODE PROBLEMES DE SANTE.....51 PEUR DES EFFETS SECONDAIRES...52 PAS ACCESSIBLE/TROP LOIN.....53 TROP CHERE.....54 PAS PRATIQUE A UTILISER.....55 INTERFERE AVEC LE PROCESSUS NORMAL DU CORPS.....56 AUTRE _____ 96 (PRECISER) NSP.....98	→612
-----	--	--	------

611	Utiliserez-vous une méthode si vous étiez mariée?	OUI.....1 NON.....2 NSP.....8
-----	---	-------------------------------------

612	VERIFIER 216: A DES ENFANTS VIVANTS <input type="checkbox"/> N'A PAS D'ENFANTS VIVANTS <input type="checkbox"/> Si vous pouviez revenir à l'époque où vous n'aviez pas d'enfants et choisir exactement le nombre d'enfants à avoir dans toute votre vie, combien voudriez-vous en avoir? Si vous pouviez choisir exactement le nombre d'enfants à avoir dans toute votre vie, combien voudriez-vous en avoir? INSISTER POUR OBTENIR UNE REPONSE NUMERIQUE	NOMBRE..... <input type="text"/> <input type="text"/> SI '00' PASSER A Q.614 AUTRE _____ 96 (PRECISER)	→614
-----	---	---	------

613	Parmi ces enfants, combien souhaiteriez-vous de garçons, combien souhaiteriez-vous de filles, et pour combien d'entre eux, cela n'a-t-il pas d'importance?	GARÇONS NOMBRE..... <input type="text"/> <input type="text"/> AUTRE _____ 96 (PRECISER) FILLES NOMBRE..... <input type="text"/> <input type="text"/> AUTRE _____ 96 (PRECISER) N'IMPORTE NOMBRE..... <input type="text"/> <input type="text"/> AUTRE _____ 96 (PRECISER)
-----	--	---

614	En général, approuvez-vous ou désapprouvez-vous les couples qui utilisent une méthode pour éviter une grossesse?	APPROUVE.....1 DESAPPROUVE.....2 SANS OPINION.....3
-----	--	---

615	Trouvez-vous acceptable ou pas acceptable que des informations sur la planification familiale soient données :	<table border="1"> <thead> <tr> <th></th> <th>ACCEP- TABLE</th> <th>PAS ACCEP- TABLE</th> <th>NSP</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>A la radio?</td> <td>1</td> <td>2</td> <td>8</td> </tr> <tr> <td>A la télévision?</td> <td>1</td> <td>2</td> <td>8</td> </tr> </tbody> </table>		ACCEP- TABLE	PAS ACCEP- TABLE	NSP	A la radio?	1	2	8	A la télévision?	1	2	8
	ACCEP- TABLE	PAS ACCEP- TABLE	NSP											
A la radio?	1	2	8											
A la télévision?	1	2	8											

616	Durant les 6 derniers mois, avez-vous entendu ou vu quelque chose sur la planification familiale:		OUI	NON
	A la radio?	RADIO.....	1	2
	A la télévision?	TELEVISION.....	1	2
	Dans les journaux ou les magazines?	JOURNAUX OU MAGAZINES.....	1	2
	Sur une affiche?	AFFICHE.....	1	2
	Sur un prospectus ou une brochure?	PROSPECTUS OU BROCHURES.....	1	2
	Sur une pancarte ou panneau publicitaire?	PANCARTE/PANNEAU PUB.....	1	2
	Au cours d'une réunion communautaire/d'association?	REUNION.....	1	2

616A	Quelle est votre principale source d'information sur la planification familiale?	AUCUNE.....	01
		PERSONNEL SANTE PUBLIC.....	02
		PERSONNEL SANTE PRIVE.....	03
		PERSONNEL SANTE COMMUNAUTAIRE.....	04
		CLINIQUE DE PF.....	05
		MARI/PARTENAIRE.....	06
		AUTRES PARENTS.....	07
		AMIS/RELATIONS.....	08
		RADIO.....	09
		TELEVISION.....	10
		JOURNAUX/AFFICHES.....	11
		ECOLE/BIBLIOTHEQUE.....	12
		REUNION COMMUNAUTAIRE.....	13
		AUTRE _____	96
		(PRECISER)	
		NSP.....	98

618	Au cours des 12 derniers mois, avez-vous discuté de la planification familiale avec quelqu'un?	OUI.....	1	
		NON.....	2	→620

619	Avec qui en avez-vous discuté?	MARI/CONJOINT.....	A
	Quelqu'un d'autre?	MERE.....	B
		PERE.....	C
		SOEUR(S).....	D
		FRERE(S).....	E
		FILLE.....	F
		BELLE-MERE.....	G
		AMIE(S)/VOISINS.....	H
		AUTRE _____	X
		(PRECISER)	

620	VERIFIER 501: OUI, ACTUELLEMENT MARIEE <input type="checkbox"/>	OUI, VIT AVEC UN HOMME <input type="checkbox"/>	NON, PAS EN UNION <input type="checkbox"/>	→624
-----	--	---	--	------

621	Les époux/conjoints ne sont pas toujours d'accord sur tout. Je voudrais vous poser des questions sur le point de vue de votre mari/conjoint sur la planification familiale. Pensez-vous que votre mari/conjoint approuve ou désapprouve les couples qui utilisent une méthode pour éviter une grossesse?	APPROUVE.....	1
		DESAPPROUVE.....	2
		NSP.....	8

622	Combien de fois, avez-vous parlé avec votre mari/conjoint de la planification familiale, au cours des 12 derniers mois?	JAMAIS.....	1	→622B
		UNE OU DEUX FOIS.....	2	
		PLUS SOUVENT.....	3	

622A	Généralement, qui commence la discussion sur la la planification familiale, vous, votre mari/conjoint ou tous les deux?	ENQUETEE.....	1
		MARI/CONJOINT.....	2
		L'UN OU L'AUTRE.....	3
		NSP.....	8

622B	VERIFIER 313: UTILISE UNE METHODE? OUI, UTILISE ACTUELLEMENT <input type="checkbox"/>	NON, N'UTILISE PAS ACTUELLEMENT OU QUESTION NON POSEE <input type="checkbox"/>	→623
------	--	--	------

622C	Avant de commencer à utiliser (METHODE ACTUELLE), avez-vous discuté avec votre mari/conjoint de la méthode à utiliser?	OUI.....	1
		NON.....	2
		NE SE RAPPELLE PLUS/NSP.....	8

622D	Après avoir commencé à utiliser (METHODE ACTUELLE), avez-vous discuté avec votre mari/conjoint à propos de cette méthode?	OUI.....1 NON.....2 NE SE RAPPELLE PLUS/NSP.....8
622E	VERIFIER 314: ENCERCLER LE CODE DE LA METHODE:	PILULE.....01 DIU.....02 INJECTION.....03 IMPLANT.....04 DIAPHRAGME/MOUSSE/GELEE.....05 CONDOM.....06 →623 STERILISATION FEMININE.....07 STERILISATION MASCULINE.....08 →623 CONTINENCE PERIODIQUE.....09 RETRAIT.....10 →623 AUTRE METHODE.....96
622F	Est-ce que votre mari/conjoint vous a encouragé ou vous a découragé à utiliser (METHODE ACTUELLE)?	ENCOURAGE.....1 DECOURAGE.....2 NI L'UN NI L'AUTRE/NEUTRE.....3 NSP.....8
623	Pensez-vous que votre mari/conjoint veut le même nombre d'enfants que vous, en veut davantage que vous ou en veut moins que vous?	MEME NOMBRE.....1 PLUS D'ENFANTS.....2 MOINS D'ENFANTS.....3 NSP.....8
624	Selon vous, qui devrait prendre la décision d'utiliser une méthode de planification familiale, l'homme ou la femme?	HOMME.....1 FEMME.....2 LES DEUX.....3 QUELQU'UN D'AUTRE.....4
625	Selon vous, généralement, qui prend la décision d'utiliser une méthode de planification familiale, l'homme ou la femme?	HOMME.....1 FEMME.....2 LES DEUX.....3 QUELQU'UN D'AUTRE.....4
626	Pensez-vous que votre mère (tutrice) approuve ou désapprouve les couples qui utilisent une méthode pour éviter ou retarder une grossesse? SI LA MERE (TUTRICE) EST DECEDEE, POSER LA QUESTION AINSI: "Si votre mère (tutrice) était en vie, pensez-vous...."	APPROUVE.....1 DESAPPROUVE.....2 NSP.....8
627	Pensez-vous que votre père (tuteur) approuve ou désapprouve les couples qui utilisent une méthode pour éviter ou retarder une grossesse? SI LE PERE (TUTEUR) EST DECEDE, POSER LA QUESTION AINSI: "Si votre père (tuteur) était en vie, pensez-vous...."	APPROUVE.....1 DESAPPROUVE.....2 NSP.....8
628	Diriez-vous que votre religion est contre ou qu'elle n'est pas contre l'utilisation de la planification familiale?	RELIGION CONTRE LA PF.....1 RELIGION PAS CONTRE2 SA RELIGION N'A PAS DE POSITION A CE SUJET.....3 ENQUETEE N'A PAS DE RELIGION....4 NSP.....8
629	A votre avis, pour améliorer le niveau de vie de la famille, est-il préférable d'avoir une petite famille ou une grande famille?	PETITE FAMILLE.....1 GRANDE FAMILLE.....2 ÇA N'A PAS D'IMPORTANCE/ L'UN OU L'AUTRE.....3 ÇA DEPEND.....4 NSP/SANS OPINION.....8
630	Avez-vous déjà encouragé ou essayé de persuader un(e) ami(e) ou parent à utiliser la planification familiale?	OUI.....1 NON.....2

701	VERIFIER 216 ET 217: UN OU PLUSIEURS ENFANTS VIVANTS AGES DE 6 A 15 <input type="checkbox"/>	AUCUN ENFANT VIVANT AGES DE 6 A 15 <input type="checkbox"/>	→ 801A
702	Quel est le moyen de transport le plus fréquemment utilisé par les enfants dans cette communauté pour se rendre à l'école primaire la plus proche?	A PIED.....1 BICYCLETTE.....2 VOITURE.....3 BUS/CAMION.....4 PIROGUE.....5 DOS D'ANIMAL.....6 AUTRE.....7	
703	Combien de temps mettez-vous pour vous rendre à l'école primaire la plus proche en utilisant le moyen de transport le plus fréquent?	HEURES..... <input type="text"/> MINUTES..... <input type="text"/> NSP.....998	
704	Quel est le nombre idéal moyen d'années scolaires pour une fille?	ANNEES..... <input type="text"/> NSP.....98	
705	Quel est le nombre idéal moyen d'années scolaires pour un garçon?	ANNEES..... <input type="text"/> NSP.....98	

706 INSCRIRE LE NUMERO DE LIGNE DE CHAQUE ENFANT VIVANT AGE DE 6 A 15 ANS. COMMENCEZ PAR L'ENFANT LE PLUS JEUNE. POSEZ LES QUESTIONS A PROPOS DE TOUS CES ENFANTS. S'IL Y A PLUS DE 3 ENFANTS, UTILISEZ UN QUESTIONNAIRE SUPPLEMENTAIRE.

Maintenant, je voudrais vous poser quelques questions à propos de l'éducation de vos enfants qui ont entre 6 et 15 ans. Nous parlerons d'un enfant à la fois.

707	COPIER: LE NUMERO DE LIGNE DE Q212	DERNIER ENFANT NUMERO DE LIGNE <input type="text"/>	AVANT DERNIER ENFANT NUMERO DE LIGNE <input type="text"/>	AV. AVANT DERNIER ENFANT NUMERO DE LIGNE <input type="text"/>
708	COPIER: LE NUMERO DE LIGNE DU QUESTIONNAIRE MENAGE (SI L'ENFANT N'EST PAS DANS LE MENAGE, INSCRIRE '00').	ENFANT LE PLUS JEUNE NUMERO DE LIGNE <input type="text"/>	PRECEDANT AVANT LE +JEUNE NUMERO DE LIGNE <input type="text"/>	AVANT LE PRECEDANT AVANT LE PLUS JEUNE NUMERO DE LIGNE <input type="text"/>
709	VERIFIER Q212 ET Q218	NOM _____ NE VIT <input type="checkbox"/> PAS AVEC SA MERE VIT <input type="checkbox"/> AVEC SA MERE (PASSER A 711)	NOM _____ NE VIT <input type="checkbox"/> PAS AVEC SA MERE VIT <input type="checkbox"/> AVEC SA MERE (PASSER A 711)	NOM _____ NE VIT <input type="checkbox"/> PAS AVEC SA MERE VIT <input type="checkbox"/> AVEC SA MERE (PASSER A 711)

un internat, vit avec son père, vit avec un(e) autre parent(e), vit avec un(e) non-parent(e) ou avec quelqu'un d'autre?

DANS UN INTERNAT.....1
 AVEC PERE.....2
 AVEC AUTRE PARENT.....3
 AVEC UN NON-PARENT...4
 AVEC AUTRE.....6
 (PRECISER)

DANS UN INTERNAT.....1
 AVEC PERE.....2
 AVEC AUTRE PARENT.....3
 AVEC UN NON-PARENT...4
 AVEC AUTRE.....6
 (PRECISER)

DANS UN INTERNAT.....1
 AVEC PERE.....2
 AVEC AUTRE PARENT.....3
 AVEC UN NON-PARENT...4
 AVEC AUTRE.....6
 (PRECISER)

711 Est-ce que (NOM) a déjà fréquenté l'école?

OUI.....1
 (PASSER A 713) ←
 NON.....2

OUI.....1
 (PASSER A 713) ←
 NON.....2

OUI.....1
 (PASSER A 713) ←
 NON.....2

712 Quelles sont les principales raisons pour lesquelles (NOM) n'a jamais fréquenté l'école?

ENREGISTRER TOUT CE QUI EST MENTIONNE. SI LA REPONSE EST "NSP" VOUS DEVEZ ENCERCLER CE CODE.

Autres raisons?

ENFANT MALADE/FAIBLE/HANDICAPE.....A
 ENFANT ENCORE JEUNE...B
 ECOLE TROP LOIN.....C
 MANQUE D'ENSEIGNANTS...D
 L'ECOLE N'OFFRE PAS LES NIVEAUX DONT A BESOIN.E
 L'ETABLISSEMENT N'EST PAS ADEQUAT (CLASSES INSUFFISNATES, SURCHARGEES, TOILETTES)..F
 ON A BESOIN DE L'ENFANT POUR GARDER LES ENFANTS PLUS JEUNES...G
 ON A BESOIN DE L'ENFANT POUR AIDER AUX TRAVAUX DOMESTIQUES (TRAVAUX DE CHAMPS, ANIMAUX..).....H
 ON A BESOIN DE L'ENFANT POUR TRAVAILLER DANS UNE AFFAIRE FAMILIALE, OU GAGNER DE L'ARGENT.I
 L'ECOLE EST CHERE/PAS D'ARGENT POUR PAYER LES FRAIS SCOLAIRES...J
 L'ECOLE EST UN LIEU DE DELINQUENCE.....K
 L'ECOLE N'EST PAS IMPORTANTE/PAS UTILE...L
 L'ENFANT NE S'INTERESSE PAS A L'ECOLE.....M
 L'ENFANT S'EST MARIE...N
 FILLES SEULEMENT:
 PERTE DE VALEURS.....O
 RISQUE DE GROSSESSE...P
 TRADITIONS/COUTUMES...Q
 PAS DE TOILETTES PRIVEES.....R
 REGLES.....S
 MOQUERIE DES CAMARADES.T
 AUTRE.....X
 (A PRECISER)
 (PASSER A 736)
 NSP.....Z

ENFANT MALADE/FAIBLE/HANDICAPE.....A
 ENFANT ENCORE JEUNE...B
 ECOLE TROP LOIN.....C
 MANQUE D'ENSEIGNANTS...D
 L'ECOLE N'OFFRE PAS LES NIVEAUX DONT A BESOIN.E
 L'ETABLISSEMENT N'EST PAS ADEQUAT (CLASSES INSUFFISNATES, SURCHARGEES, TOILETTES)..F
 ON A BESOIN DE L'ENFANT POUR GARDER LES ENFANTS PLUS JEUNES...G
 ON A BESOIN DE L'ENFANT POUR AIDER AUX TRAVAUX DOMESTIQUES (TRAVAUX DE CHAMPS, ANIMAUX..).....H
 ON A BESOIN DE L'ENFANT POUR TRAVAILLER DANS UNE AFFAIRE FAMILIALE, OU GAGNER DE L'ARGENT.I
 L'ECOLE EST CHERE/PAS D'ARGENT POUR PAYER LES FRAIS SCOLAIRES...J
 L'ECOLE EST UN LIEU DE DELINQUENCE.....K
 L'ECOLE N'EST PAS IMPORTANTE/PAS UTILE...L
 L'ENFANT NE S'INTERESSE PAS A L'ECOLE.....M
 L'ENFANT S'EST MARIE...N
 FILLES SEULEMENT:
 PERTE DE VALEURS.....O
 RISQUE DE GROSSESSE...P
 TRADITIONS/COUTUMES...Q
 PAS DE TOILETTES PRIVEES.....R
 REGLES.....S
 MOQUERIE DES CAMARADES.T
 AUTRE.....X
 (A PRECISER)
 (PASSER A 736)
 NSP.....Z

ENFANT MALADE/FAIBLE/HANDICAPE.....A
 ENFANT ENCORE JEUNE...B
 ECOLE TROP LOIN.....C
 MANQUE D'ENSEIGNANTS...D
 L'ECOLE N'OFFRE PAS LES NIVEAUX DONT A BESOIN.E
 L'ETABLISSEMENT N'EST PAS ADEQUAT (CLASSES INSUFFISNATES, SURCHARGEES, TOILETTES)..F
 ON A BESOIN DE L'ENFANT POUR GARDER LES ENFANTS PLUS JEUNES...G
 ON A BESOIN DE L'ENFANT POUR AIDER AUX TRAVAUX DOMESTIQUES (TRAVAUX DE CHAMPS, ANIMAUX..).....H
 ON A BESOIN DE L'ENFANT POUR TRAVAILLER DANS UNE AFFAIRE FAMILIALE, OU GAGNER DE L'ARGENT.I
 L'ECOLE EST CHERE/PAS D'ARGENT POUR PAYER LES FRAIS SCOLAIRES...J
 L'ECOLE EST UN LIEU DE DELINQUENCE.....K
 L'ECOLE N'EST PAS IMPORTANTE/PAS UTILE...L
 L'ENFANT NE S'INTERESSE PAS A L'ECOLE.....M
 L'ENFANT S'EST MARIE...N
 FILLES SEULEMENT:
 PERTE DE VALEURS.....O
 RISQUE DE GROSSESSE...P
 TRADITIONS/COUTUMES...Q
 PAS DE TOILETTES PRIVEES.....R
 REGLES.....S
 MOQUERIE DES CAMARADES.T
 AUTRE.....X
 (A PRECISER)
 (PASSER A 736)
 NSP.....Z

713 A quel âge (NOM) at-il/elle fréquenté l'école primaire pour la première fois?

ENREGISTRER L'AGE EN ANNEES REVOLUES.

AGE
 NE SAIT PAS.....98
 (PASSER A 716) ←

AGE
 NE SAIT PAS.....98
 (PASSER A 716) ←

AGE
 NE SAIT PAS.....98
 (PASSER A 716) ←

714 VERIFIER 713:

AGE > 7 AGE <=7

 ↓ ↓
 (PASSER A 716)

AGE > 7 AGE <=7

 ↓ ↓
 (PASSER A 716)

AGE > 7 AGE <=7

 ↓ ↓
 (PASSER A 716)

715	Pourquoi (NOM) n'est-il/elle pas allé à l'école quand il/elle avait 7 ans?	MALADE/FAIBLE HANDICAPE.....01 PAS D'ECOLE/SALLES DE CLASSES.....02 ECOLE TROP LOIN.....03 PAS DE PLACE A ECOLE..04 MANQUE D'ENSEIGNANTS..05 MANQUE DE RECRUTEMENT DES ELEVES.....06 DEVAIT SURVEILLER ENFANTS PLUS JEUNES..07 DEVAIT AIDER AUX TRA- VAUX DOMESTIQUES, TRAVAILLER AU CHAMPS/ S'OCCUPER DES ANIM...08 DEVAIT TRAVAILLER DANS UNE AFFAIRE FAMILIALE/ GAGNER DE L'ARGENT...09 PAS D'ARGENT/PAS EN MESURE DE PAYER LES FRAIS SCOLAIRES.....10 ENFANT PAS INTERESSE..11 MIGRATION.....12 AUTRE _____96 (PRECISER) NE SAIT PAS.....98	MALADE/FAIBLE HANDICAPE.....01 PAS D'ECOLE/SALLES DE CLASSES.....02 ECOLE TROP LOIN.....03 PAS DE PLACE A ECOLE..04 MANQUE D'ENSEIGNANTS..05 MANQUE DE RECRUTEMENT DES ELEVES.....06 DEVAIT SURVEILLER ENFANTS PLUS JEUNES..07 DEVAIT AIDER AUX TRA- VAUX DOMESTIQUES, TRAVAILLER AU CHAMPS/ S'OCCUPER DES ANIM...08 DEVAIT TRAVAILLER DANS UNE AFFAIRE FAMILIALE/ GAGNER DE L'ARGENT...09 PAS D'ARGENT/PAS EN MESURE DE PAYER LES FRAIS SCOLAIRES.....10 ENFANT PAS INTERESSE..11 MIGRATION.....12 AUTRE _____96 (PRECISER) NE SAIT PAS.....98	MALADE/FAIBLE HANDICAPE.....01 PAS D'ECOLE/SALLES DE CLASSES.....02 ECOLE TROP LOIN.....03 PAS DE PLACE A ECOLE..04 MANQUE D'ENSEIGNANTS..05 MANQUE DE RECRUTEMENT DES ELEVES.....06 DEVAIT SURVEILLER ENFANTS PLUS JEUNES..07 DEVAIT AIDER AUX TRA- VAUX DOMESTIQUES, TRAVAILLER AU CHAMPS/ S'OCCUPER DES ANIM...08 DEVAIT TRAVAILLER DANS UNE AFFAIRE FAMILIALE/ GAGNER DE L'ARGENT...09 PAS D'ARGENT/PAS EN MESURE DE PAYER LES FRAIS SCOLAIRES.....10 ENFANT PAS INTERESSE..11 MIGRATION.....12 AUTRE _____96 (PRECISER) NE SAIT PAS.....98
716	Quel est le plus haut niveau d'études que (NOM) a atteint?	PRIMAIRE.....1 SECONDAIRE.....2 (PASSER A 736) ←	PRIMAIRE.....1 SECONDAIRE.....2 (PASSER A 736) ←	PRIMAIRE.....1 SECONDAIRE.....2 (PASSER A 736) ←
717	Quelle est la classe la plus élevée que (NOM) a achevée?	CLASSE..... <input type="checkbox"/> NE SAIT PAS.....8	CLASSE..... <input type="checkbox"/> NE SAIT PAS.....8	CLASSE..... <input type="checkbox"/> NE SAIT PAS.....8
718	Est-ce que (NOM) fréquente actuellement l'école primaire?	OUI.....1 (PASSER A 720) ← NON.....2	OUI.....1 (PASSER A 720) ← NON.....2	OUI.....1 (PASSER A 720) ← NON.....2
719	Est-ce que (NOM) a fréquenté l'école à un moment quelconque durant l'année scolaire actuelle?	OUI.....1 NON.....2 (PASSER A 721) ←	OUI.....1 NON.....2 (PASSER A 721) ←	OUI.....1 NON.....2 (PASSER A 721) ←
720	Quelle classe (NOM) fréquente-t-il(elle)/a-t-il/elle fréquenté durant l'année scolaire actuelle?	CLASSE..... <input type="checkbox"/> NE SAIT PAS.....8	CLASSE..... <input type="checkbox"/> NE SAIT PAS.....8	CLASSE..... <input type="checkbox"/> NE SAIT PAS.....8
721	Est-ce que (NOM) a fréquenté l'école à un moment quelconque durant l'année scolaire passée de 1997-98?	OUI.....1 NON.....2 (PASSER A 723) ←	OUI.....1 NON.....2 (PASSER A 723) ←	OUI.....1 NON.....2 (PASSER A 723) ←
722	Quelle classe (NOM) a-t-il/elle fréquenté durant l'année scolaire passée de 1997-98?	CLASSE..... <input type="checkbox"/> NE SAIT PAS.....8	CLASSE..... <input type="checkbox"/> NE SAIT PAS.....8	CLASSE..... <input type="checkbox"/> NE SAIT PAS.....8
723	Est-ce que (NOM) a répété une de ses classes?	OUI.....1 NON.....2 (PASSER A 725) ←	OUI.....1 NON.....2 (PASSER A 725) ←	OUI.....1 NON.....2 (PASSER A 725) ←
724	Combien de fois (NOM) a-t-il/elle répété ses classes?	NBRE DE FOIS..... <input type="checkbox"/>	NBRE DE FOIS..... <input type="checkbox"/>	NBRE DE FOIS..... <input type="checkbox"/>

725	VERIFIER 718:	OUI <input type="checkbox"/> (PASSER A 728)	NON <input type="checkbox"/> (PASSER A 728)	OUI <input type="checkbox"/> (PASSER A 728)	NON <input type="checkbox"/> (PASSER A 728)	OUI <input type="checkbox"/> (PASSER A 728)	NON <input type="checkbox"/> (PASSER A 728)
726	A quel âge (NOM) a-t-il/elle arrêté d'aller à l'école? ENREGISTRER L'AGE EN ANNEES REVOLUES.	AGE NA SAIT PAS.....98	AGE NA SAIT PAS.....98	AGE NA SAIT PAS.....98	AGE NA SAIT PAS.....98	AGE NA SAIT PAS.....98	AGE NA SAIT PAS.....98
727	Quelles sont les principales raisons pour lesquelles (NOM) a-t-il/elle arrêté d'aller à l'école? ENREGISTRER TOUT CE QUI EST MENTIONNE. SI LA REponse EST "NSP" VOUS DEVEZ ENCERCLER CE CODE. Autres raisons?	UNE EDUCATION PUSSEE N'EST PAS IMPORTANTE..A ENFANT N'A PAS REUSSI/ DOIT REPETER SA CLASSE.....B ENFANT MALADE/FAIBLE/HANDICAPE.....C L'ECOLE N'OFFRE PAS LES NIVEAUX DONT A BESOIN.D MANQUE D'ENSEIGNANTS...E L'ETABLISSEMENT N'EST PAS ADEQUAT (CLASSES INSUFFISNATES, SUR-CHARGEES, TOILETTES)..F ON A BESOIN DE L'ENFANT POUR GARDER LES ENFANTS PLUS JEUNES...G ON A BESOIN DE L'ENFANT POUR AIDER AUX TRAVAUX DOMESTIQUES (TRAVAUX DE CHAMPS, ANIMAUX..).....H ON A BESOIN DE L'ENFANT POUR TRAVAILLER DANS UNE AFFAIRE FAMILIALE, OU GAGNER DE L'ARGENT.I L'ENFANT NE S'INTERESSE PAS A L'ECOLE.....J L'ECOLE EST CHERE/PAS D'ARGENT POUR PAYER LES FRAIS SCOLAIRES...K MIGRATION.....L L'ENFANT S'EST MARIE...M FILLES SEULEMENT: PERTE DE VALEURS.....N RISQUE DE GROSSESSE...O TRADITIONS/COUTUMES...P PAS DE TOILETTES PRIVEES.....Q REGLES.....R MOQUERIE DES CAMARADES.S AUTRE.....X (A PRECISER) NSP.....Z (PASSER A 736)	UNE EDUCATION PUSSEE N'EST PAS IMPORTANTE..A ENFANT N'A PAS REUSSI/ DOIT REPETER SA CLASSE.....B ENFANT MALADE/FAIBLE/HANDICAPE.....C L'ECOLE N'OFFRE PAS LES NIVEAUX DONT A BESOIN.D MANQUE D'ENSEIGNANTS...E L'ETABLISSEMENT N'EST PAS ADEQUAT (CLASSES INSUFFISNATES, SUR-CHARGEES, TOILETTES)..F ON A BESOIN DE L'ENFANT POUR GARDER LES ENFANTS PLUS JEUNES...G ON A BESOIN DE L'ENFANT POUR AIDER AUX TRAVAUX DOMESTIQUES (TRAVAUX DE CHAMPS, ANIMAUX..).....H ON A BESOIN DE L'ENFANT POUR TRAVAILLER DANS UNE AFFAIRE FAMILIALE, OU GAGNER DE L'ARGENT.I L'ENFANT NE S'INTERESSE PAS A L'ECOLE.....J L'ECOLE EST CHERE/PAS D'ARGENT POUR PAYER LES FRAIS SCOLAIRES...K MIGRATION.....L L'ENFANT S'EST MARIE...M FILLES SEULEMENT: PERTE DE VALEURS.....N RISQUE DE GROSSESSE...O TRADITIONS/COUTUMES...P PAS DE TOILETTES PRIVEES.....Q REGLES.....R MOQUERIE DES CAMARADES.S AUTRE.....X (A PRECISER) NSP.....Z (PASSER A 736)	UNE EDUCATION PUSSEE N'EST PAS IMPORTANTE..A ENFANT N'A PAS REUSSI/ DOIT REPETER SA CLASSE.....B ENFANT MALADE/FAIBLE/HANDICAPE.....C L'ECOLE N'OFFRE PAS LES NIVEAUX DONT A BESOIN.D MANQUE D'ENSEIGNANTS...E L'ETABLISSEMENT N'EST PAS ADEQUAT (CLASSES INSUFFISNATES, SUR-CHARGEES, TOILETTES)..F ON A BESOIN DE L'ENFANT POUR GARDER LES ENFANTS PLUS JEUNES...G ON A BESOIN DE L'ENFANT POUR AIDER AUX TRAVAUX DOMESTIQUES (TRAVAUX DE CHAMPS, ANIMAUX..).....H ON A BESOIN DE L'ENFANT POUR TRAVAILLER DANS UNE AFFAIRE FAMILIALE, OU GAGNER DE L'ARGENT.I L'ENFANT NE S'INTERESSE PAS A L'ECOLE.....J L'ECOLE EST CHERE/PAS D'ARGENT POUR PAYER LES FRAIS SCOLAIRES...K MIGRATION.....L L'ENFANT S'EST MARIE...M FILLES SEULEMENT: PERTE DE VALEURS.....N RISQUE DE GROSSESSE...O TRADITIONS/COUTUMES...P PAS DE TOILETTES PRIVEES.....Q REGLES.....R MOQUERIE DES CAMARADES.S AUTRE.....X (A PRECISER) NSP.....Z (PASSER A 736)			

728	VERIFIER 709 :	VIT AVEC MERE <input type="checkbox"/>	NE VIT PAS AVEC SA MERE <input type="checkbox"/> (PASSER A 733)	VIT AVEC MERE <input type="checkbox"/>	NE VIT PAS AVEC SA MERE <input type="checkbox"/> (PASSER A 733)	VIT AVEC SA MERE <input type="checkbox"/>	NE VIT PAS AVEC SA MERE <input type="checkbox"/> (PASSER A 733)
-----	----------------	---	---	---	---	--	---

729	Au cours des 2 dernières semaines, combien de jours l'école a-t-elle été ouverte? SI AUCUN, INSCRIRE '00'.	JOURS..... [][]	JOURS..... [][]	JOURS..... [][]
-----	---	----------------------	----------------------	----------------------

730	Combien de jours (NOM) a-t-il/elle fréquenté l'école au cours des 2 dernières semaines? SI AUCUN, INSCRIRE '00'.	JOURS..... <input type="text"/> <input type="text"/>	JOURS..... <input type="text"/> <input type="text"/>	JOURS..... <input type="text"/> <input type="text"/>
731	VERIFIER 729 ET 730:	MEME REPONSE REponses A 729 & 730 DIFFERENTES <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> ↓ ↓ (PASSER A 733)	MEME REPONSE REponses A 729 & 730 DIFFERENTES <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> ↓ ↓ (PASSER A 733)	MEME REPONSE REponses A 729 & 730 DIFFERENTES <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> ↓ ↓ (PASSER A 733)
732	Quelle est la raison principale pour laquelle (NOM) a manqué l'école au cours des 2 dernières semaines?	MALADIE.....01 MAUVAIS TEMPS.....02 ABUS DES ENSEIGNANTS...03 NE VOULAIT PAS ALLER A L'ECOLE/FAISAIT L'E- COLE BUISSIONNIERE...04 DEVAIT SURVEILLER ENFANTS PLUS JEUNES...05 DEVAIT AIDER AUX TRA- VAUX DOMESTIQUES, TRAVAILLER AU CHAMPS/ S'OCCUPER DES ANIM...06 DEVAIT TRAVAILLER DANS UNE AFFAIRE FAMILIALE/ GAGNER DE L'ARGENT...07 FILLES SEULEMENT: MOQUERIE DES CAMA- RADES.....08 RISQUE DE GROSSESSE...09 AVAIT SES REGLES.....10 AUTRE _____ 96 (A PRECISER)	MALADIE.....01 MAUVAIS TEMPS.....02 ABUS DES ENSEIGNANTS...03 NE VOULAIT PAS ALLER A L'ECOLE/FAISAIT L'E- COLE BUISSIONNIERE...04 DEVAIT SURVEILLER ENFANTS PLUS JEUNES...05 DEVAIT AIDER AUX TRA- VAUX DOMESTIQUES, TRAVAILLER AU CHAMPS/ S'OCCUPER DES ANIM...06 DEVAIT TRAVAILLER DANS UNE AFFAIRE FAMILIALE/ GAGNER DE L'ARGENT...07 FILLES SEULEMENT: MOQUERIE DES CAMA- RADES.....08 RISQUE DE GROSSESSE...09 AVAIT SES REGLES.....10 AUTRE _____ 96 (A PRECISER)	MALADIE.....01 MAUVAIS TEMPS.....02 ABUS DES ENSEIGNANTS...03 NE VOULAIT PAS ALLER A L'ECOLE/FAISAIT L'E- COLE BUISSIONNIERE...04 DEVAIT SURVEILLER ENFANTS PLUS JEUNES...05 DEVAIT AIDER AUX TRA- VAUX DOMESTIQUES, TRAVAILLER AU CHAMPS/ S'OCCUPER DES ANIM...06 DEVAIT TRAVAILLER DANS UNE AFFAIRE FAMILIALE/ GAGNER DE L'ARGENT...07 FILLES SEULEMENT: MOQUERIE DES CAMA- RADES.....08 RISQUE DE GROSSESSE...09 AVAIT SES REGLES.....10 AUTRE _____ 96 (A PRECISER)
733	Est-ce que (NOM) fréquente une école publique, une école privée laïque ou une école privée religieuse?	PUBLIQUE.....1 (PASSER A 735) PRIVEE LAIQUE.....2 PRIVEE RELIGIEUSE....3	PUBLIQUE.....1 (PASSER A 735)) PRIVEE LAIQUE.....2 PRIVEE RELIGIEUSE....3	PUBLIQUE.....1 (PASSER A 735) PRIVEE LAIQUE.....2 PRIVEE RELIGIEUSE....3
734	Combien avez-vous payé par mois comme frais de scolarité pour envoyer (NOM) à l'école?	MOIS <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> FG NSP.....999998	MOIS <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> FG NSP.....999998	MOIS <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> FG NSP.....999998

les autres frais pour la scolarisation de (NOM)?

Uniforme et autres vêtements d'école par an?

UNI-FORME FG
NSP.....99998

UNI-FORME FG
NSP.....99998

UNI-FORME FG
NSP.....99998

Emprunt et achat de livres par an?

LI-VRES FG
NSP.....99998

LI-VRES FG
NSP.....99998

LI-VRES FG
NSP.....99998

Stylos, cahiers et autres fournitures par an?

STY-LOS.. FG
NSP.....99998

STY-LOS.. FG
NSP.....99998

STY-LOS.. FG
NSP.....99998

Frais pour repas et transport par jour?

RE-PAS FG
NSP.....99998

RE-PAS FG
NSP.....99998

RE-PAS FG
NSP.....99998

Argent pour cours particuliers par mois?

COURS PART. FG
NSP.....99998

COURS PART. FG
NSP.....99998

COURS PART. FG
NSP.....99998

Argent supplémentaire pour enseignants par mois?

EN-SEI-GNANT FG
NSP.....99998

EN-SEI-GNANT FG
NSP.....99998

EN-SEI-GNANT FG
NSP.....99998

Toutes autres dépenses en moyenne par an?

AU-TRES FG
(PRECISER)

AU-TRES FG
(PRECISER)

AU-TRES FG
(PRECISER)

SI AUCUNE DEPENSE POUR DES FRAIS SPECIFIQUES, INSCRIRE '00000'

736 RETOURNER A Q707 POUR L'ENFANT SUIVANT; OU, S'IL N'Y A PLUS D'ENFANT ENTRE 6 ET 15 ANS, PASSER A Q737

737 Quelle est la dépense la plus difficile que vous avez à faire au niveau de l'école primaire?

- AUCUNE DES DÉPENSES N'EST DIFFICILE A FAIRE.....01
 - UNIFORME ET AUTRES VETEMENTS D'ÉCOLE.....02
 - LIVRES, STYLOS, CAHIERS ET AUTRES FOURNITURES SCOLAIRES...03
 - REPAS ET TRANSPORT.....04
 - ARGENT POUR ENSEIGNANTS.....05
 - TOUTES LES DÉPENSES SONT DIFFICILES A FAIRE.....06
 - AUTRE.....96
- (PRECISER)

738 VERIFIER 501

ACTUELLEMENT MARIÉE
OU
VIT AVEC UN HOMME

AUTRES CAS

→ 740

N°	QUESTIONS ET FILTRES	CODES	PASSER A
739	Qui a le dernier mot dans votre famille concernant les sujets suivants: vous ou votre mari, les deux, ou quelqu'un d'autre? Savoir si les enfants doivent fréquenter l'école? L'âge auquel les enfants doivent aller à l'école la première fois? Combien d'argent doit-on dépenser sur l'éducation? Quand les enfants doivent-ils s'arrêter d'aller à l'école?	FEMME MARI DEUX AUTRE (PRÉCISER) 1 2 3 6 _____ 1 2 3 6 _____ 1 2 3 6 _____ 1 2 3 6 _____	
740	Est-ce que les livres scolaires sont facilement accessibles à l'achat dans votre communauté?	OUI.....1 NON.....2 NSP.....8	
741	Est-ce que vous ou quelqu'un de votre famille a contribué à quelque chose de ce qui suit à l'école primaire? A. Argent pour l'école ou pour la construction de logement pour enseignants ou entretien, ou pour autres projets pour l'école, non compris les frais scolaires B. Travail manuel pour supporter ou maintenir les batiments de l'école ou son domaine C. Terrain pour usage par l'école D. Autres _____ (PRÉCISER)	OUI NON 1 2 1 2 1 2	
742	Qui a payé pour et construit l'école dans votre communauté/ l'école que votre enfant fréquente?	GOUVERNEMENT.....1 PARENTS.....2 GOUVERNEMENT ET PARENTS.....3 AUTRE _____6 (PRÉCISER) NSP.....8	
743	Est-ce que vous ou quelqu'un de la famille a contribué en argent ou nature à soutenir un des enseignants d'une école primaire de votre communauté?	OUI.....1 NON.....2 NSP.....8	→745 →745
744	Quel type de contribution ou de soutien?	ARGENT.....A LOGEMENT.....B CHAMP/TERRAIN.....C NOURRITURE.....D AUTRE _____X (PRÉCISER)	
745	Qui paie les salaires des enseignants de l'école primaire dans votre communauté/l'école que votre enfant fréquente?	GOUVERNEMENT.....1 PARENTS.....2 GOUVERNEMENT ET PARENTS.....3 AUTRE _____6 (PRÉCISER)	
746	Est-ce que l'école primaire de votre communauté a une APEAE (Association des Parents d'Élèves et Amis de l'École)?	OUI.....1 NON.....2 NSP.....8	→801A →801A
747	Connaissez-vous un des membres de l'APEAE de l'école primaire de votre communauté?	OUI.....1 NON.....2	
748	Pouvez-vous me citer une activité que l'APEAE a déjà faite ou est en train de faire pour aider l'école primaire de votre communauté?	CONSTRUCTION DE CLASSES.....A ENTRETIEN DE L'ECOLE.....B ACHAT D'EQUIPEMENT.....C ASSISTANCE AUX ENSEIGNANTS.....D AUTRE _____X (PRÉCISER) NSP.....Z	

SECTION 8. SIDA ET AUTRES MALADIES SEXUELLEMENT TRANSMISSIBLES

No.	QUESTIONS ET FILTRES	CODES	PASSER A
801A	Avez-vous déjà entendu parler de maladies qui peuvent se transmettre sexuellement?	OUI.....1 NON.....2	→801K
801B	Quelles maladies connaissez-vous? ENREGISTRER TOUTES LES REPONSES.	SYPHILIS/VEROLE.....A GONORRHEE/BLENNORRAGIE.....B SIDA.....C CONDYLOME/TUMEUR GENITALE.....D ECOULEMENT.....E ULCERATION.....F DOULEUR DANS BAS VENTRE.....G AUTRE _____ W (PRECISER) AUTRE _____ X (PRECISER) NSP.....Z	
801C	VERIFIER 515 ET 515F: A EU DES RAPPORTS SEXUELS <input type="checkbox"/> N'A JAMAIS EU DE RAPPORTS SEXUELS <input type="checkbox"/>		→801K
801D	Au cours des 12 derniers mois, avez-vous eu une de ces maladies?	OUI.....1 NON.....2 NSP.....8	→801K
801E	Quelles maladies avez-vous eues? ENREGISTRER TOUTES LES REPONSES.	SYPHILIS/VEROLE.....A GONORRHEE/BLENNORRAGIE.....B SIDA.....C CONDYLOME/TUMEUR GENITALE.....D ECOULEMENT.....E ULCERATION.....F DOULEUR DANS BAS VENTRE.....G AUTRE _____ W (PRECISER) AUTRE _____ X (PRECISER) NSP.....Z	
801F	La dernière fois que vous avez eu la/les (MALADIE(ES) DE 801E), avez-vous recherché des conseils ou un traitement?	OUI.....1 NON.....2	→801H
801G	Où avez-vous recherché des conseils ou un traitement? Quelque part ailleurs/Quelqu'un d'autre? ENREGISTRER TOUT CE QUI EST MENTIONNE.	SECTEUR PUBLIC HOPITAL.....A CENTRE DE SANTE/PMI.....B DISPENSAIRE.....C POSTE MEDICAL.....D AUTRE PUBLIC _____ E (PRECISER) SECTEUR MEDICAL PRIVE DOCTEUR PRIVE.....F CLINIQUE/HOPITAL PRIVE.....G CENTRE DE PF.....H PHARMACIE/DEPOT PHARMACEUT.....I AUTRE MEDICAL PRIVE _____ J (PRECISER) AUTRE SECTEUR PRIVE BOUTIQUE/MARCHE.....K CIRCUIT COMMERCIAL INFORMEL.....L EGLISE/TEMPLE.....M CONNAISSANCES/PARENTS.....N GUERISSEUR TRADITIONNEL.....O AUTRE _____ X (PRECISER) NSP.....Z	

No.	QUESTIONS ET FILTRES	CODES	PASSER A
801H	Quand vous avez eu la/les (MALADIE(S) DE 801E) avez-vous averti votre/vos partenaire(s)?	OUI.....1 NON.....2	
801I	Quand vous avez eu la/les (MALADIE(S) DE 801E) avez-vous fait quelque chose pour éviter d'infecter votre/vos partenaire(s)?	OUI.....1 NON.....2 PARTENAIRE DEJA INFECTE.....3	→801K
801J	Qu'avez-vous fait? ENREGISTRER TOUT CE QUI EST MENTIONNE.	PAS DE RAPPORTS SEXUELS.....A A UTILISE CONDOMS.....B A PRIS DES MEDICAMENTS.....C AUTRE _____ X (PRECISER)	
801K	VERIFIER 801B: N'A PAS CITE LE "SIDA" OU QUESTION NON POSEE <input type="checkbox"/>	A CITE LE "SIDA" <input type="checkbox"/>	→802
801L	Avez-vous déjà entendu parler d'une maladie appelée SIDA?	OUI.....1 NON.....2	→811C
802	De quelles sources avez-vous eu des informations sur le SIDA? Aucune autre source? ENREGISTRER TOUT CE QUI EST MENTIONNE.	RADIO.....A TV.....B JOURNAUX/MAGAZINES.....C DEPLIANTS/PROSPECTUS.....D CENTRE/AGENT DE SANTE.....E MOSQUEE/EGLISE/TEMPLE.....F ECOLE/PROFESSEUR.....G REUNION D'ASSOCIATION.....H THEATRE POPULAIRE.....I AMI(E)/PARENTS.....J LIEU DE TRAVAIL.....K AUTRE _____ X (PRECISER)	
802A	Si vous vouliez plus d'information sur le SIDA, d'où souhaiteriez-vous obtenir ces informations?	RADIO.....01 TV.....02 JOURNAUX/MAGAZINES.....03 DEPLIANTS/PROSPECTUS.....04 CENTRE/AGENT DE SANTE.....05 MOSQUEE/EGLISE/TEMPLE.....06 ECOLE/PROFESSEUR.....07 REUNION D'ASSOCIATION.....08 THEATRE POPULAIRE.....09 AMI(E)/PARENTS.....10 LIEU DE TRAVAIL.....11 ASSEZ INFORME.....12 AUTRE _____ 96 (PRECISER)	
802B	Comment peut-on attraper le SIDA? Aucune autre façon? ENREGISTRER TOUT CE QUI EST MENTIONNE.	RAPPORTS SEXUELS.....A RAPPORTS SEXUELS AVEC DES PARTENAIRES MULTIPLES.....B RAP. SEXUELS AVEC PROSTITUEES...C NE PAS UTILISER CONDOM.....D RELATIONS HOMOSEXUELLES.....E TRANSFUSION DE SANG.....F INJECTIONS.....G EN EMBRASSANT.....H PIQURES DE MOUSTIQUES.....I LAMES, CISEAUX, COUTEAUX INSTRUMENTS COUPANTS SOUILLES..K AUTRE _____ W (PRECISER) AUTRE _____ X (PRECISER) NSP.....Z	
803	Y-a-t-il quelque chose qu'une personne peut faire pour éviter d'attraper le SIDA ou le virus qui cause le SIDA?	OUI.....1 NON.....2 NSP.....8	→807

No.	QUESTIONS ET FILTRES	CODES	PASSER A
804	<p>Que peut-on faire?</p> <p>Quelque chose d'autre?</p> <p>ENREGISTRER TOUT CE QUI EST MENTIONNE.</p>	<p>S'ABSTENIR DE RAPPORTS SEXUELS..B UTILISER DES CONDOMS.....C EVITER MULTIPLES PARTENAIRES...D EVITER LES PROSTITUEES.....E EVITER REL. HOMOSEXUELLES.....F EVITER TRANSFUSIONS DE SANG....G EVITER INJECTIONS.....H EVITER D'EMBRASSER.....I EVITER PIQURES MOUSTIQUES.....J EVITER LAMES,CISEAUX,COUTEAUX INSTRUMENTS COUPANTS SOUILLES..K CHERCHER LA PROTECTION DES GUERISSEURS TRADITIONNELS.....L</p> <p>AUTRE _____ X (PRECISER)</p> <p>NSP.....Z</p>	
807	<p>Est-il possible qu'une personne qui semble être en bonne santé, soit en fait atteinte du virus du SIDA?</p>	<p>OUI.....1 NON.....2 NSP.....8</p>	
808	<p>Pensez-vous qu'une personne qui a le SIDA ne meurt presque jamais de cette maladie, qu'elle en meurt parfois, ou qu'elle en meurt presque toujours?</p>	<p>PRESQUE JAMAIS.....1 PARFOIS.....2 PRESQUE TOUJOURS.....3 NSP.....8</p>	
808A	<p>Peut-on guérir du SIDA?</p>	<p>OUI.....1 NON.....2 NSP.....8</p>	
808B	<p>Le SIDA peut-il être transmis de la mère à l'enfant?</p>	<p>OUI.....1 NON.....2 NSP.....8</p>	
808C	<p>Connaissez-vous personnellement quelqu'un qui a le SIDA ou qui est mort du SIDA?</p>	<p>OUI.....1 NON.....2 NSP.....8</p>	
809	<p>Pensez-vous que les risques que vous attrapiez le SIDA sont faibles, moyens, importants, ou que vous ne courez aucun risque de l'attraper?</p>	<p>FAIBLES.....1 MOYENS.....2 IMPORTANTES.....3 PAS DE RISQUE DU TOUT.....4 A LE SIDA.....5</p>	<p>→ 809C → 811A</p>
809B	<p>Pourquoi pensez-vous (NE PAS COURIR DE RISQUES/COURIR DE FAIBLES RISQUES) d'attraper le SIDA?</p> <p>Aucune autre raison?</p> <p>ENREGISTRER TOUT CE QUI EST MENTIONNE.</p>	<p>EST FIDELE.....A S'ABSTIENT DE RAP. SEXUELS.....B UTILISE CONDOMS.....C A SEULEMENT 1 PARTENAIRE SEX...D A NOMBRE LIMITE DE PART. SEX...E CONJOINT N'A PAS AUTRES PART...F N'A PAS RELATIONS HOMOSEXUELLES.G N'A PAS TRANSFUSION DE SANG....H N'A PAS D'INJECTIONS.....I EVITE LAMES, CISEAUX,COUTEAUX INSTRUMENTS COUPANTS SOUILLES..K</p> <p>AUTRE _____ X (PRECISER)</p>	<p>→ 811A</p>
809C	<p>Pourquoi pensez-vous courir des risques (MOYENS/ IMPORTANTS) d'attraper le SIDA?</p> <p>Aucune autre raison?</p> <p>ENREGISTRER TOUT CE QUI EST MENTIONNE.</p>	<p>N'UTILISE PAS CONDOMS.....C PLUS D'1 PARTENAIRE SEXUEL.....D NOMBREUX PARTENAIRES SEXUELS...E CONJOINT A AUTRE(S) PARTENAIRE..F RELATIONS HOMOSEXUELLES.....G TRANSFUSION DE SANG.....H INJECTIONS.....I UTILISE LAMES,CISEAUX,COUTEAUX INSTRUMENTS COUPANTS SOUILLES..K</p> <p>AUTRE _____ X (PRECISER)</p>	

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

SECTION 9. MORTALITE MATERNELLE

N°.	QUESTIONS ET FILTRES	CODES	PASSER A
901	<p>Maintenant je voudrais vous poser quelques questions sur vos soeurs et frères, c'est-à-dire, sur tous les enfants nés de votre propre mère naturelle, y compris ceux qui vivent avec vous, ceux qui vivent ailleurs et ceux qui sont décédés.</p> <p>A combien d'enfants votre propre mère a donné naissance, y compris vous-même?</p>	<p>NOMBRE DE NAISSANCES DE LA MERE NATURELLE.... <input type="text"/> <input type="text"/></p>	
902	<p>VERIFIER 901: DEUX NAISSANCES OU PLUS <input type="checkbox"/></p>	<p>SEULEMENT UNE NAISSANCE (ENQUETEE SEULEMENT) <input type="checkbox"/></p>	1001
903	<p>Combien de ces naissances votre mère a-t-elle eues avant votre propre naissance?</p>	<p>NOMBRE DE NAISSANCES PRECEDENTES..... <input type="text"/> <input type="text"/></p>	

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

SI PLUS DE FRERE/SOEUR, PASSER A 1001

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

SI PLUS DE FRERE/SOEUR, PASSER A 1001

SECTION 10. PRATIQUES TRADITIONNELLES

No.	QUESTIONS ET FILTRES	CODES	PASSER A
1001	Avez-vous entendu parler de l'excision?	OUI.....1 NON.....2	→1003
1002	Dans certaines parties de la Guinée et dans d'autres pays, il existe une pratique au cours de laquelle on coupe de la chair dans la zone des parties génitales des filles. Avez-vous entendu parler de cette pratique?	OUI.....1 NON.....2	→1101
1003	Vous-même, avez-vous subi ce type de pratique?	OUI.....1 NON.....2	→1009
1004	Quel âge aviez-vous lorsque vous avez subi ce type de pratique?	AGE EN ANNEES REVOLUES.... <input type="text"/> <input type="text"/> NSP.....98	
1005	Comment appelez-vous le type de pratique que vous avez subi? INSISTER POUR DETERMINER LE NOM EXACT DU TYPE DE PRATIQUE	ABLATION TOTALE DU CLITORIS ET DES PETITES LEVRES A birin baa nè a fikhè a sunna daakhi (Soussou)/Ko labhingol pos haye tonoye koye (Poular)/A ka a bèle bö yen fefe (Maninka)/E gèlè kulo laa (Guerzé).....01 ABLATION TOTALE DU CLITORIS A khaba nè a ra (Soussou)/Ko tiga-hun kun tun haa laabhi (Poular)/A ka do sanfè la le böyen fefe (Maninka)/Lon tii zinyain ya bhè è kulo laa (Guerzé).....02 ABLATION PARTIELLE DU CLITORIS A nde nan khaba a ra (Soussou)/Ko see dha ittanöö (Poular)/A ka dole tè a la ka töto yen (Maninka)/E da tégè löma è gbèli lèlaa (Guerzé)..... 03 PINCEMENT OU BLESSURE A i makhönö nè tun (Soussou)/Kaa ko barmingol tun (Poular)/A ka landa la telen ne kè (Maninka)/Ei maa nwana lö (Guerzé).....04 AUTRE.....96	
1006	Qui a procédé à ce type de pratique?	TRADITIONNEL EXCISEUSE.....11 ACCOUCHEUSE TRADITIONNELLE....12 AUTRE TRADITIONNEL AUTRE.....16 PROFESSIONNEL DE LA SANTÉ MÉDECIN.....21 INFIRMIERE/SAGE-FEMME.....22 AUTRE DE LA SANTÉ AUTRE.....26 (PRECISER) NSP.....98	
1007	Au cours de cette pratique, a-t-on fermé totalement ou presque pendant la couture de la partie taillée?	OUI.....1 NON.....2 NSP.....8	
1008	Au moment de vos premières règles ou au moment de votre mariage, la zone du vagin a-t-elle dû être ouverte en faisant une incision?	OUI.....1 NON.....2	

No.	QUESTIONS ET FILTRES	CODES	PASSER A
1009	VERIFIER 214 ET 216: A AU MOINS <input type="checkbox"/> N'A PAS <input type="checkbox"/> UNE FILLE DE FILLE VIVANTE VIVANTE		1018
1010	Y a-t-il parmi vos filles qui ont subi ce type de pratique? SI OUI, Combien?	NOMBRE DE FILLES EXCISEES..... <input type="text"/> <input type="text"/> PAS DE FILLE EXCISEES.....95	1017
1011	Quelle est la fille qui a subi le plus récemment ce type de pratique? _____ (NOM DE LA FILLE) VERIFIER 212 ET INSCRIRE LE NUMERO DE LIGNE DE LA FILLE	NUMÉRO DE LIGNE DE LA FILLE A PARTIR DE Q.212... <input type="text"/> <input type="text"/>	
1012	Quel âge avait-elle lorsque (NOM DE LA FILLE A PARTIR DE Q.1011) a subi ce type de pratique?	AGE EN ANNEES REVOLUES... <input type="text"/> <input type="text"/> NSP.....98	
1013	Comment appelez-vous le type de pratique que (NOM DE LA FILLE A PARTIR DE Q. 1011) a subi? INSISTER POUR DETERMINER LE NOM EXACT DU TYPE DE PRATIQUE	ABLATION TOTALE DU CLITORIS ET DES PETITES LEVRES A birin baa nè a fikhè a sunna daakhi (Soussou)/Ko labhingol pos haye tonoye koye (Poular)/A ka a bèle bô yen fefe (Maninka)/E gèlè kulo laa (Guerzé).....01 ABLATION TOTALE DU CLITORIS A khaba nè a ra (Soussou)/Ko tighun kun tun haa laabhi (Poular)/A ka do sanfè la le böyen fefe (Maninka)/Lon tii zinyain ya bhè è kulo laa (Guerzé).....02 ABLATION PARTIELLE DU CLITORIS A nde nan khaba a ra (Soussou)/Ko see dha ittanöö (Poular)/A ka dole tè a la ka töto yen (Maninka)/E da tégè löma è gbéli lèlaa (Guerzé)..... 03 PINCEMENT OU BLESSURE A i makhönö nè tun (Soussou)/Kaa ko barmingol tun (Poular)/A ka landa la telen ne kè (Maninka)/Ei maa nwana lö (Guerzé).....04 AUTRE.....96	
1014	Qui a procédé à ce type de pratique?	TRADITIONNEL EXCISEUSE.....11 ACCOUCHEUSE TRADITIONNELLE....12 AUTRE TRADITIONNEL AUTRE.....16 PROFESSIONNEL DE LA SANTÉ MÉDECIN.....21 INFIRMIERE/SAGE-FEMME.....22 AUTRE DE LA SANTÉ AUTRE.....26 (PRECISER) NSP.....98	
1015	Au cours de cette pratique, a-t-on fermé totalement ou presque pendant la couture de la partie taillée?	OUI.....1 NON.....2 NSP.....8	

No.	QUESTIONS ET FILTRES	CODES	PASSER A
1016	Pendant cette pratique ou après, est-ce que (NOM DE LA FILLE A PARTIR DE Q. 1011) a eu :		
	Des saignements excessifs?	SAIGNEMENTS	OUI NON NSP
	Une infection/ou une fièvre?	INFECTION/FIEVRE	1 2 8
	Une difficulté d'uriner ou de la rétention de l'urine?	DIFFICULTE D'URINER/ RETENTION DE L'URINE	1 2 8
	Une enflure?	ENFLURE	1 2 8
	Une blessure qui n'est pas totalement guérie?	PAS TOTAL. GUÉRIE	1 2 8
			→1018
1017	Est-ce que vous avez l'intention de faire subir ce type de cérémonie à une de vos filles?	OUI.....1 NON.....2 NSP.....8	
1018	A votre avis quels sont les avantages, s'il y en a, pour les filles de subir ce type de pratique? ENREGISTRER TOUTES LES REPONSES MENTIONNEES.	PROPRETÉ/HYGIENE.....A APPROBATION SOCIALE.....B MEILLEURE CHANCE DE MARIAGE...C PRESERVE LA VIRGINITE/EVITER LES RELATIONS PRÉMARITALES...D EVITER L'ADULTERE.....E GRAND PLAISIR DU MARI.....F NECESSITÉ RELIGIEUSE.....G AUTRE.....X (PRÉCISER) PAS D'AVANTAGE.....Y	
1019	A votre avis quels sont les inconvénients, s'il y en a, pour les filles de subir ce type de pratique? ENREGISTRER TOUTES LES REPONSES MENTIONNEES.	COMPL. MÉDICALES/PROB.DE SANTÉ.A DOULOUREUX.....B EMPECHE SATIS. SEXUEL. FEMME...C EMPECHE SATIS. SEXUEL. HOMME...D CONTRE LA RELIGION.....E AUTRE.....X (PRÉCISER) PAS D'INCONVÉNIENT.....Y	
1020	Diriez-vous que ce type de pratique empêche les filles d'avoir des relations sexuelles avant le mariage ou n'a aucun effet sur les relations prémaritales?	EMPECHE1 PAS D'EFFET.....2 NSP.....8	
1021	Diriez-vous que ce type de pratique augmente les chances de mariage d'une fille ou n'a aucun effet?	AUGMENTE.....1 PAS D'EFFET.....2 NSP.....8	
1022	Pensez-vous que ce type de pratique est accepté par votre religion?	OUI.....1 NON.....2 NSP.....8	
1023	Pensez-vous que ce type de pratique devrait encore continuer ou devrait être arrêté?	CONTINUER.....1 ARRETER.....2 ÇA DÉPEND.....3 NSP.....8	

SECTION 11. PALUDISME, MOUSTIQUES ET MOUSTIQUAIRES

No.	QUESTIONS ET FILTRES	CODES	PASSER A
1101	Avez-vous entendu parler du paludisme?	OUI.....1 NON.....2	→1117
1102	Quels sont les symptômes du paludisme? ENREGISTRER TOUTES LES REPONSES MENTIONNEES.	FIEVRE.....A REFROIDISSEMENT.....B MAUX DE TETE.....C DOULEURS AUX ARTICULATIONS.....D VOMISSEMENTS.....E DIARRHEE.....F FRISSONS (TREMBLEMENTS).....G TOUX ET DOULEURS A LA GORGE.....H FAIBLESSE.....I MANQUE D'APPETIT.....J AUTRE.....X (PRECISER) NSP.....Z	
1103	Quelles sont les personnes les plus touchées par cette maladie dans votre village? ENREGISTRER TOUTES LES REPONSES MENTIONNEES. SI LA REponse EST "TOUT LE MONDE" OU "NSP", VOUS NE DEVEZ ENCERCLER QU'UN SEUL CODE.	LES ENFANTS.....A LES ADULTES.....B LES VIEILLARDS.....C TOUT LE MONDE.....D NSP.....Z	
1104	Comment attrape-t-on le paludisme? ENREGISTRER TOUTES LES REPONSES MENTIONNEES.	EN TRAVAILLANT LONGTEMPS SOUS LE SOLEIL.....A EN MARCHANT SOUS LA PLUIE.....B EN MARCHANT PIEDS NUS DANS L'EAU.....C EN BUVANT L'EAU SOUILLEE.....D EN SE LAVANT LA NUIT AVEC L'EAU FROIDE.....E EN RESTANT DEHORS DANS LE FROID.F EN BUVANT DE LA BOISSON FRAICHE.G EN SE FAISANT PIQUER PAR LES MOUSTIQUES.....H AUTRE.....X (PRECISER) NSP.....Z	
1105	Avez-vous déjà entendu ou vu des messages éducatifs sur le paludisme?	OUI.....1 NON.....2	→1108
1106	Par quels moyens avez-vous reçu ces messages? ENREGISTRER TOUTES LES REPONSES MENTIONNEES.	TELEVISION.....A RADIO.....B DEPLIANTS.....C AMIS/PARENTS/VOISINS.....D AGENTS DE SANTE.....E AFFICHES.....F BANDEROLE.....G EGLISE.....H ECOLE.....I AUTRE.....X (PRECISER) NSP.....Z	
1107	Sur quoi portaient ces messages? ENREGISTRER TOUTES LES REPONSES MENTIONNEES.	LA PREVENTION.....A LE TRAITEMENT.....B LA TRANSMISSION.....C AUTRE.....X (PRECISER) NSP.....Z	
1108	Pensez-vous que l'on peut mourir du paludisme?	OUI.....1 NON.....2 NSP.....8	→1110
1109	Connaissez-vous quelqu'un qui est mort du paludisme?	OUI.....1 NON.....2	

No.	QUESTIONS ET FILTRES	CODES	PASSER A
1110	Existe-t-il des moyens pour éviter le paludisme?	OUI.....1 NON.....2 NSP.....8	→1112
1111	Comment peut-on éviter le paludisme? ENREGISTRER TOUTES LES REPONSES MENTIONNEES.	UTILISE LA MOUSTIQUAIRE.....A PREND LA NIVAQUINE/CHLOROQUINE..B BOIT DE L'EAU POTABLE.....C EVITE DE SE FAIRE PIQUER PAR LES MOUSTIQUES.....D EVITE DE SE LAVER LA NUIT.....E EVITE DE MARCHER SOUS LE SOLEIL..F EVITE DE SORTIR SOUS LE FROID...G ASSURE LA PROPRETE DE LA MAISON ET ALENTOURS.....H FERME PORTES ET FENETRES AVANT LA NUIT.....I EVITE DE FREQUENTER LES MARAIS..J EVITE DE MARCHER PIEDS NUS SOUS LA PLUIE.....K BONNE ALIMENTATION.....L AUTRE _____X (PRECISER) NSP.....Z	
1112	Avez-vous déjà attrapé le paludisme?	OUI.....1 NON.....2 NSP.....8	→1115
1113	La dernière fois que vous avez attrapé le paludisme, avez-vous eu un traitement?	OUI.....1 NON.....2	→1115
1114	Où avez-vous obtenu ce traitement? ENREGISTRER TOUTES LES REPONSES MENTIONNEES.	A LA PHARMACIE.....A MEDECINE TRADITIONNELLE.....B HOPITAL.....C CENTRE DE SANTE.....D MEDECIN PRIVE/CLINIQUE PRIVEE...E AUTRE _____X (PRECISER)	
1115	Faites-vous personnellement quelque chose pour éviter le paludisme?	OUI.....1 NON.....2	→1117
1116	Que faites-vous pour éviter le paludisme? ENREGISTRER TOUTES LES REPONSES MENTIONNEES.	UTILISE LA MOUSTIQUAIRE.....A PREND LA NIVAQUINE/CHLOROQUINE..B BOIT DE L'EAU POTABLE.....C EVITE DE SE FAIRE PIQUER PAR LES MOUSTIQUES.....D EVITE DE SE LAVER LA NUIT.....E EVITE DE MARCHER SOUS LE SOLEIL..F EVITE DE SORTIR SOUS LE FROID...G ASSURE LA PROPRETE DE LA MAISON ET ALENTOURS.....H FERME PORTES ET FENETRES AVANT LA NUIT.....I EVITE DE FREQUENTER LES MARAIS..J EVITE DE MARCHER PIEDS NUS SOUS LA PLUIE.....K BONNE ALIMENTATION.....L AUTRE _____X (PRECISER) NSP.....Z	
1117	A quel moment de la journée (24 Heures) les moustiques vous embêtent-ils le plus?	LE MATIN.....01 L'APRES-MIDI.....02 LE SOIR.....03 LA NUIT AU LIT.....04 TOUTE LA JOURNEE.....05 AU CHAMP.....06 NE M'EMBETE PAS DU TOUT.....07 PAS DE MOUSTIQUE.....08	→1120

No.	QUESTIONS ET FILTRES	CODES	PASSER A
1118	Pendant quelle saison les moustiques vous embêtent-ils le plus?	PENDANT LA SAISON SECHE.....1 PENDANT LA SAISON DES PLUIES....2 TOUT AU LONG DE L'ANNEE.....3 AUTRE.....6 (PRECISER)	
1119	Comment les moustiques vous embêtent-ils? ENREGISTRER TOUTES LES REPONSES MENTIONNEES.	LEURS PIQUES SONT IRRITANTES...A ILS TRANSMETTENT LE PALUDISME...B ILS EMPECHENT DE DORMIR/FONT DU BRUIT.....C ILS RENDENT MALADES.....D AUTRE.....X (PRECISER)	
1120	Vous protégez-vous contre les moustiques?	OUI.....1 NON.....2	→1123
1121	Comment vous protégez-vous contre les moustiques? ENREGISTRER TOUTES LES REPONSES MENTIONNEES.	UTILISATION DES MOUSTIQUAIRES...A UTILISATION DES INSECTICIDES...B FERMETURE DES FENETRES ET DES PORTES.....C ALLUMER LE FEU DANS MAISON.....D BRULER DES PLANTES TRADI- TIONNELLES DANS LA MAISON.....E S'EMBAUMER AVEC DES PLANTES TRADITIONNELLES.....F S'EMBAUMER AVEC DES POMMADES ANTI-MOUSTIQUES.....G S'HABILLER EN LONGUES MANCHES...H AUTRE.....X (PRECISER) NSP.....Z	→1123A
1123	Pourquoi ne vous protégez-vous pas contre les moustiques? ENREGISTRER TOUTES LES REPONSES MENTIONNEES.	NE SAIT PAS COMMENT LES EVITER..A N'A PAS LES MOYENS FINANCIERS...B N'A PAS DE TEMPS DE LA FAIRE...C NON-DISPONIBILITE DU MATERIEL...D PAS DE MOUSTIQUE.....E AUTRE.....X (PRECISER)	
1123A	VERIFIER 1116 ET 1121 CODES DE "B" A "Z" <input type="checkbox"/> CODE "A" <input type="checkbox"/>		→1128
1124	Savez-vous ce qu'est une moustiquaire?	OUI.....1 NON.....2	→1201
1125	A quoi sert une moustiquaire	SE PROTEGER CONTRE LES MOUSTIQUES.....1 SE PROTEGER CONTRE LE PALUDISME.2 AUTRE.....6 (PRECISER) NSP.....8	
1126	Utilisez-vous une moustiquaire?	OUI.....1 NON.....2	→1128

No.	QUESTIONS ET FILTRES	CODES	PASSER A
1127	Pourquoi n'utilisez-vous pas de moustiquaire? ENREGISTRER TOUTES LES REPONSES MENTIONNEES.	IL N'Y A PAS DE MOUSTIQUE CHEZ MOI.....A LES MOUSTIQUAIRES COUTENT CHERES.....B NE VOIT PAS L'INTERET D'EN AVOIR.....C NE SAIT OU TROUVER/ACHETER.....D RUPTURE DE STOCK AU POINT DE VENTE.....E LA MOUSTIQUAIRE A ETE VOLEE.....F AUTRE.....X (PRECISER) NSP.....Z	→1143
1128	Combien de moustiquaires avez-vous dans votre ménage en ce moment?	NOMBRE <input type="text"/> <input type="text"/> NSP.....98	
1129	Y a-t-il une moustiquaire sur chaque lit dans votre ménage?	OUI.....1 NON.....2	→1131
1130	Pourquoi certains lits/matelas n'ont pas de moustiquaires? ENREGISTRER TOUTES LES REPONSES MENTIONNEES.	LES MOUSTIQUAIRES COUTENT CHERES.....A NE VOIT PAS L'INTERET D'EN METTRE SUR TOUS LES LITS.....B NE VOIT PAS L'INTERET D'EN AVOIR.....C SEULS LES ADULTES ONT BESOIN DE MOUSTIQUAIRES.....D SEULS LES ENFANTS ONT BESOIN DE MOUSTIQUAIRES.....E TOUS LES LITS NE SONT PAS OCCUPES.....F RUPTURE DE STOCK AU POINT DE VENTE.....G ON LES A VOLEES.....H AUTRE.....X (PRECISER)	
1131	Quelles sont les personnes dans votre ménage qui ont utilisé une moustiquaire la nuit dernière? ENREGISTRER TOUTES LES REPONSES MENTIONNEES.	LE CHEF DE FAMILLE.....A LES ADULTES.....B LES ENFANTS.....C LES VISITEURS.....D TOUT LE MONDE.....E PERSONNE.....F AUTRE.....X (PRECISER)	
1132	VERIFIER 1126 OUI <input type="checkbox"/> NON <input type="checkbox"/>		→1143
1132A	La nuit dernière, avez-vous personnellement dormi sous une moustiquaire?	OUI.....1 NON.....2	→1134
1133	Pourquoi n'avez-vous pas dormi la nuit dernière sous une moustiquaire? ENREGISTRER TOUTES LES REPONSES MENTIONNEES.	LES MOUSTIQUAIRES COUTENT CHERES.....A PAS DE MOUSTIQUE A LA MAISON.....B NE VOIT PAS L'INTERET D'EN AVOIR.....C IL FAISAIT CHAUD.....D AUTRE.....X (PRECISER)	
1134	Depuis quand avez-vous votre moustiquaire?	MOINS DE 2 MOIS.....1 2 A 6 MOIS.....2 7 MOIS A 1 AN.....3 PLUS D'UN AN.....4	

No.	QUESTIONS ET FILTRES	CODES	PASSER A
1135	Quels types de moustiquaires utilisez-vous dans votre ménage? ENREGISTRER TOUTES LES REPONSES MENTIONNEES.	TISSU PLEIN.....A EN TOILE.....B AUTRE _____X (PRECISER)	
1136	Comment avez-vous obtenu vos (votre) moustiquaire(s)? ENREGISTRER TOUTES LES REPONSES MENTIONNEES.	ELLE(S) EST(SONT) OFFERTE(S)....A ON L'(LES) A ACHETEE(S).....B AUTRE _____X (PRECISER) NSP.....Z	
1137	Avez-vous obtenu vous-même une moustiquaire?	OUI.....1 NON.....2	→1143
1138	La dernière moustiquaire que vous avez obtenu, de quel type était-elle?	TISSU PLEIN.....1 EN TOILE.....2 AUTRE _____6 (PRECISER)	
1139	Pourquoi avez-vous préféré ce type de moustiquaire? ENREGISTRER TOUTES LES REPONSES MENTIONNEES.	MOINS CHERE.....A LES VOISINS ONT CE TYPE.....B PROTEGE MIEUX CONTRE LES MOUSTIQUES.....C PROTEGE MIEUX CONTRE LE PALU...D SEUL TYPE DISPONIBLE.....E AUTRE _____X (PRECISER)	
1140	Où l'avez-vous obtenue?	BOUTIQUE.....1 PHARMACIE.....2 CENTRE DE SANTE.....3 AU MARCHE.....4 AUTRE _____6 (PRECISER)	
1141	A combien l'avez-vous achetée?	COUT EN FG..... <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> GRATUIT.....99996 NSP.....99998	→1143
1142	Comment trouvez-vous ce prix?	TRES ELEVE.....1 ELEVE.....2 ABORDABLE.....3 TRES BAS.....4 AUTRE _____6 (PRECISER)	
1143	Avez-vous déjà entendu parler des moustiquaires imprégnées d'insecticide?	OUI.....1 NON.....2	→1201
1144	Savez-vous pour quelles raisons ces moustiquaires sont-elles imprégnées d'insecticide?	OUI.....1 NON.....2	→1146
1145	Quelles sont ces raisons? ENREGISTRER TOUTES LES REPONSES MENTIONNEES.	CHASSER LES MOUSTIQUES.....A TUER LES MOUSTIQUES.....B AUTRE _____X (PRECISER) NSP.....Z	
1146	Quelle forme de moustiquaire préférez-vous?	RECTANGULAIRE.....1 CONIQUE.....2 PAS DE PREFERENCE.....3 AUTRE _____6 (PRECISER)	

No.	QUESTIONS ET FILTRES	CODES	PASSER A
1147	Y-a-t-il des couleurs non acceptables?	OUI.....1 NON.....2	→1149
1148	Lesquelles? ENREGISTRER TOUTES LES REPONSES MENTIONNEES.	BLEUE.....A VERTE.....B BLANCHE.....C PAS DE PREFERENCE.....D AUTRE.....X (PRECISER)	
1149	Laquelle des deux moustiquaires, préférez-vous, la moustiquaire ordinaire ou la moustiquaire traitée d'insecticide?	ORDINAIRE.....1 TRAITEE D'INSECTICIDE.....2 PAS DE PREFERENCE.....3 AUTRE.....6 (PRECISER)	
1150	A quel prix, acheteriez-vous une moustiquaire traitée?	COUT EN FG..... NSP.....99998	

58

N°	QUESTIONS ET FILTRES	CODES	PASSER A
1201	VERIFIER 501 ET 502 : ACTUEL. MARIÉ/ VIT AVEC UN HOMME <input type="checkbox"/>	A ÉTÉ MARIÉ OU A VÉCU AVEC UN HOMME <input type="checkbox"/>	1203 1209
1202	Quel âge a eu votre mari/conjoint à son dernier anniversaire?	AGE..... NSP.....98	
1203	Est-ce que votre mari/conjoint a fréquenté l'école?	OUI.....1 NON.....2	1206
1204	Quel est le plus haut niveau d'études qu'il a atteint : primaire, secondaire 1, secondaire 2, professionnel A, professionnel B ou supérieur?	PRIMAIRE.....1 SECONDAIRE 1.....2 SECONDAIRE 2.....3 PROFESSIONNEL A.....4 PROFESSIONNEL B.....5 SUPERIEUR.....6 NSP.....8	1206
1205	Quelle est la dernière classe/année qu'il a achevée à à ce niveau?	ANNEE..... NSP.....8	
1206	Quelle est (était) l'occupation principale de votre mari/conjoint, c'est-à-dire quel genre de travail fait (faisait)-il?	_____ _____	
1209	En dehors de votre travail domestique, est-ce que vous travaillez actuellement?	OUI.....1 NON.....2	1212
1210	Comme vous le savez, certaines femmes ont un travail pour lequel elles sont payées en argent ou en nature. Certaines ont un petit commerce ou travaillent sur les terres ou dans l'affaire de la famille. Faites-vous actuellement quelque chose de ce genre ou un quelconque autre travail?	OUI.....1 NON.....2	1212
1211	Avez-vous fait un travail quelconque durant les 12 derniers mois?	OUI.....1 NON.....2	1217
1212	Quelle est votre occupation, c'est-à-dire quel genre de travail faites-vous principalement?	_____ _____	
1213	VERIFIER 1212: TRAVAILLE DANS L'AGRICULTURE <input type="checkbox"/>	NE TRAVAILLE PAS DANS L'AGRICULTURE <input type="checkbox"/>	1215
1214	Travaillez-vous principalement sur votre propre terre ou celle de votre famille, louez-vous la terre ou travaillez- vous la terre de quelqu'un d'autre?	PROPRE TERRE.....1 TERRE FAMILIALE.....2 TERRE LOUEE.....3 TERRE DE QUELQU'UN D'AUTRE.....4 AUTRE AGRICULTURE.....5	1217
1215	Faites-vous ce travail pour un membre de votre famille, pour quelqu'un d'autre ou êtes-vous à votre compte?	POUR UN MEMBRE DE LA FAMILLE....1 POUR QUELQU'UN D'AUTRE.....2 A SON COMPTE.....3	
1216	Travaillez-vous habituellement toute l'année, de manière saisonnière ou travaillez-vous seulement une fois de temps en temps?	TOUTE L'ANNEE.....1 TRAVAIL SAISONNIER.....2 DE TEMPS EN TEMPS.....3	
1217	FIN DE L'INTERVIEW ENREGISTRER L'HEURE	HEURES..... MINUTES.....	

SECTION 13. POIDS ET TAILLE

1301 VERIFIER 215 ET 217:
 AU MOINS UN ENFANT
 NE VIVANT DEPUIS
 JANVIER 1994

AUCUN ENFANT
 NE VIVANT
 DEPUIS 1994 → FIN

EN 1303, ENREGISTRER LE NOM DE L'ENQUETEE.
 EN 1306 ET 1308 NOTER LA TAILLE ET LE POIDS DE L'ENQUETEE.

EN 1302, 1303 ET 1304 (COLONNES 2-4) ENREGISTRER LE N° DE LIGNE, LE NOM ET LA DATE DE NAISSANCE
 DE CHAQUE ENFANT NE DEPUIS JANVIER 1994 ET ENCORE EN VIE, EN COMMENÇANT PAR LE PLUS JEUNE.

EN 1306 ET 1308, NOTER LA TAILLE ET LE POIDS DES ENFANTS VIVANTS.

NOTE: S'IL Y A PLUS DE 3 ENFANTS VIVANTS NES DEPUIS JANVIER 1994, UTILISEZ UN QUESTIONNAIRE SUPPLEMENTAIRE.

	1 ENQUETEE	2 DERNIER ENFANT EN VIE	3 AVANT-DERNIER ENFANT EN VIE	4 AVANT-AVANT-DERNIER ENFANT EN VIE
1302 N° DE LIGNE DE Q.212 DE LA SECTION 2	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
1303 NOM (DE Q.212 POUR LES ENFANTS)	(NOM)	(NOM)	(NOM)	(NOM)
1304 DATE DE NAISSANCE: -DE Q.215 POUR LES ENFANTS ET DEMANDER LE JOUR DE NAISSANCE	<input type="checkbox"/>	JOUR..... MOIS..... ANNEE	JOUR..... MOIS..... ANNEE	JOUR..... MOIS..... ANNEE
1305 CICATRICE DU BCG SUR L'AVANT-BRAS GAUCHE	<input type="checkbox"/>	CICAT. VUE.....1 PAS DE CICAT...2	CICAT. VUE.....1 PAS DE CICAT...2	CICAT. VUE.....1 PAS DE CICAT...2
1306 TAILLE (en centimètres)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
1307 L'ENFANT A-T-IL ETE MESURE COUCHE OU DEBOUT?	<input type="checkbox"/>	COUCHE.....1 DEBOUT.....2	COUCHE.....1 DEBOUT.....2	COUCHE.....1 DEBOUT.....2
1308 POIDS (en kilogrammes)	<input type="checkbox"/>	0 <input type="checkbox"/>	0 <input type="checkbox"/>	0 <input type="checkbox"/>
1309 DATE DE PESEE ET DE MESURE	JOUR..... MOIS..... AN- NEE	JOUR..... MOIS..... AN- NEE	JOUR..... MOIS..... AN- NEE	JOUR..... MOIS..... AN- NEE
1310 RESULTAT	MESUREE.....1 ABSENTE.....3 REFUSE.....4 AUTRE.....6 (PRECISER)	MESURE.....1 MALADE.....2 ABSENT.....3 ENFANT REFUSE..4 MERE REFUSE...5 AUTRE.....6 (PRECISER)	MESURE.....1 MALADE.....2 ABSENT.....3 ENFANT REFUSE..4 MERE REFUSE...5 AUTRE.....6 (PRECISER)	MESURE.....1 MALADE.....2 ABSENT.....3 ENFANT REFUSE..4 MERE REFUSE...5 AUTRE.....6 (PRECISER)
1311 NOM DE L'OPERATEUR: <input type="checkbox"/>	NOM DE L'ASSISTANT*: <input type="checkbox"/>			

* Codes: Si l'assistant est un membre de l'équipe, inscrire son code, sinon utiliser les codes suivants : Mère (190); Autres membres du ménage (191); Autres personnes (192).

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

Commentaires
sur l'enquêtée:

Commentaires sur des
questions spécifiques:

Autres commentaires:

OBSERVATIONS DU CHEF D'EQUIPE

Nom du Chef d'Equipe:

Date:

OBSERVATIONS DE LA CONTROLEUSE

Nom de la contrôreuse:

Date:
