

ENQUÊTE DÉMOGRAPHIQUE ET DE SANTÉ

RÉPUBLIQUE GABONAISE

DIRECTION GÉNÉRALE DE LA STATISTIQUE ET DES ÉTUDES ÉCONOMIQUES

-- QUESTIONNAIRE FEMME --

IDENTIFICATION																																														
NOM DE LA LOCALITÉ _____	<table style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <tr> <td style="width: 60%;">EDSG</td> <td style="width: 40%; text-align: center;"> <table border="1" style="width: 100%; height: 20px;"> <tr><td style="width: 20px; height: 20px;"></td><td style="width: 20px; height: 20px;"></td><td style="width: 20px; height: 20px;"></td></tr> </table> </td> </tr> <tr> <td>STRUCT.</td> <td style="text-align: center;"> <table border="1" style="width: 100%; height: 20px;"> <tr><td style="width: 20px; height: 20px;"></td><td style="width: 20px; height: 20px;"></td><td style="width: 20px; height: 20px;"></td></tr> </table> </td> </tr> <tr> <td>MÉNAGE.</td> <td style="text-align: center;"> <table border="1" style="width: 100%; height: 20px;"> <tr><td style="width: 20px; height: 20px;"></td><td style="width: 20px; height: 20px;"></td><td style="width: 20px; height: 20px;"></td></tr> </table> </td> </tr> <tr> <td>REGION EDSG</td> <td style="text-align: center;"> <table border="1" style="width: 100%; height: 20px;"> <tr><td style="width: 20px; height: 20px;"></td><td style="width: 20px; height: 20px;"></td><td style="width: 20px; height: 20px;"></td></tr> </table> </td> </tr> <tr> <td>PROVINCE</td> <td style="text-align: center;"> <table border="1" style="width: 100%; height: 20px;"> <tr><td style="width: 20px; height: 20px;"></td><td style="width: 20px; height: 20px;"></td><td style="width: 20px; height: 20px;"></td></tr> </table> </td> </tr> <tr> <td>DÉPARTE.</td> <td style="text-align: center;"> <table border="1" style="width: 100%; height: 20px;"> <tr><td style="width: 20px; height: 20px;"></td><td style="width: 20px; height: 20px;"></td><td style="width: 20px; height: 20px;"></td></tr> </table> </td> </tr> <tr> <td>URBAIN/RURAL</td> <td style="text-align: center;"> <table border="1" style="width: 100%; height: 20px;"> <tr><td style="width: 20px; height: 20px;"></td><td style="width: 20px; height: 20px;"></td><td style="width: 20px; height: 20px;"></td></tr> </table> </td> </tr> <tr> <td>RÉSIDENCE</td> <td style="text-align: center;"> <table border="1" style="width: 100%; height: 20px;"> <tr><td style="width: 20px; height: 20px;"></td><td style="width: 20px; height: 20px;"></td><td style="width: 20px; height: 20px;"></td></tr> </table> </td> </tr> <tr> <td>N° DE LIGNE</td> <td style="text-align: center;"> <table border="1" style="width: 100%; height: 20px;"> <tr><td style="width: 20px; height: 20px;"></td><td style="width: 20px; height: 20px;"></td><td style="width: 20px; height: 20px;"></td></tr> </table> </td> </tr> </table>	EDSG	<table border="1" style="width: 100%; height: 20px;"> <tr><td style="width: 20px; height: 20px;"></td><td style="width: 20px; height: 20px;"></td><td style="width: 20px; height: 20px;"></td></tr> </table>				STRUCT.	<table border="1" style="width: 100%; height: 20px;"> <tr><td style="width: 20px; height: 20px;"></td><td style="width: 20px; height: 20px;"></td><td style="width: 20px; height: 20px;"></td></tr> </table>				MÉNAGE.	<table border="1" style="width: 100%; height: 20px;"> <tr><td style="width: 20px; height: 20px;"></td><td style="width: 20px; height: 20px;"></td><td style="width: 20px; height: 20px;"></td></tr> </table>				REGION EDSG	<table border="1" style="width: 100%; height: 20px;"> <tr><td style="width: 20px; height: 20px;"></td><td style="width: 20px; height: 20px;"></td><td style="width: 20px; height: 20px;"></td></tr> </table>				PROVINCE	<table border="1" style="width: 100%; height: 20px;"> <tr><td style="width: 20px; height: 20px;"></td><td style="width: 20px; height: 20px;"></td><td style="width: 20px; height: 20px;"></td></tr> </table>				DÉPARTE.	<table border="1" style="width: 100%; height: 20px;"> <tr><td style="width: 20px; height: 20px;"></td><td style="width: 20px; height: 20px;"></td><td style="width: 20px; height: 20px;"></td></tr> </table>				URBAIN/RURAL	<table border="1" style="width: 100%; height: 20px;"> <tr><td style="width: 20px; height: 20px;"></td><td style="width: 20px; height: 20px;"></td><td style="width: 20px; height: 20px;"></td></tr> </table>				RÉSIDENCE	<table border="1" style="width: 100%; height: 20px;"> <tr><td style="width: 20px; height: 20px;"></td><td style="width: 20px; height: 20px;"></td><td style="width: 20px; height: 20px;"></td></tr> </table>				N° DE LIGNE	<table border="1" style="width: 100%; height: 20px;"> <tr><td style="width: 20px; height: 20px;"></td><td style="width: 20px; height: 20px;"></td><td style="width: 20px; height: 20px;"></td></tr> </table>			
EDSG		<table border="1" style="width: 100%; height: 20px;"> <tr><td style="width: 20px; height: 20px;"></td><td style="width: 20px; height: 20px;"></td><td style="width: 20px; height: 20px;"></td></tr> </table>																																												
STRUCT.		<table border="1" style="width: 100%; height: 20px;"> <tr><td style="width: 20px; height: 20px;"></td><td style="width: 20px; height: 20px;"></td><td style="width: 20px; height: 20px;"></td></tr> </table>																																												
MÉNAGE.		<table border="1" style="width: 100%; height: 20px;"> <tr><td style="width: 20px; height: 20px;"></td><td style="width: 20px; height: 20px;"></td><td style="width: 20px; height: 20px;"></td></tr> </table>																																												
REGION EDSG		<table border="1" style="width: 100%; height: 20px;"> <tr><td style="width: 20px; height: 20px;"></td><td style="width: 20px; height: 20px;"></td><td style="width: 20px; height: 20px;"></td></tr> </table>																																												
PROVINCE		<table border="1" style="width: 100%; height: 20px;"> <tr><td style="width: 20px; height: 20px;"></td><td style="width: 20px; height: 20px;"></td><td style="width: 20px; height: 20px;"></td></tr> </table>																																												
DÉPARTE.	<table border="1" style="width: 100%; height: 20px;"> <tr><td style="width: 20px; height: 20px;"></td><td style="width: 20px; height: 20px;"></td><td style="width: 20px; height: 20px;"></td></tr> </table>																																													
URBAIN/RURAL	<table border="1" style="width: 100%; height: 20px;"> <tr><td style="width: 20px; height: 20px;"></td><td style="width: 20px; height: 20px;"></td><td style="width: 20px; height: 20px;"></td></tr> </table>																																													
RÉSIDENCE	<table border="1" style="width: 100%; height: 20px;"> <tr><td style="width: 20px; height: 20px;"></td><td style="width: 20px; height: 20px;"></td><td style="width: 20px; height: 20px;"></td></tr> </table>																																													
N° DE LIGNE	<table border="1" style="width: 100%; height: 20px;"> <tr><td style="width: 20px; height: 20px;"></td><td style="width: 20px; height: 20px;"></td><td style="width: 20px; height: 20px;"></td></tr> </table>																																													
NOM DU CHEF DE MÉNAGE _____																																														
CODE EDSG																																														
NUMÉRO DE STRUCTURE																																														
NUMÉRO DE MÉNAGE DANS LA STRUCTURE																																														
RÉGION EDSG _____																																														
PROVINCE _____																																														
DÉPARTEMENT _____																																														
URBAIN/RURAL (URBAIN=1, RURAL=2).....																																														
RÉSIDENCE : LIBREVILLE – PORT-GENTIL =1 / AUTRES VILLES =2 / RURAL =3																																														
NOM ET N° DE LIGNE DE LA FEMME (DU QUESTIONNAIRE MÉNAGE) _____																																														

VISITES D'ENQUÊTRICE																														
	1	2	3	VISITE FINALE																										
DATE	_____	_____	_____	<table style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <tr> <td style="width: 60%;">JOUR</td> <td style="width: 40%; text-align: center;"> <table border="1" style="width: 100%; height: 20px;"> <tr><td style="width: 20px; height: 20px;"></td><td style="width: 20px; height: 20px;"></td><td style="width: 20px; height: 20px;"></td></tr> </table> </td> </tr> <tr> <td>MOIS</td> <td style="text-align: center;"> <table border="1" style="width: 100%; height: 20px;"> <tr><td style="width: 20px; height: 20px;"></td><td style="width: 20px; height: 20px;"></td><td style="width: 20px; height: 20px;"></td></tr> </table> </td> </tr> <tr> <td>ANNÉE</td> <td style="text-align: center;"> <table border="1" style="width: 100%; height: 20px;"> <tr><td style="width: 20px; height: 20px; text-align: center;">2</td><td style="width: 20px; height: 20px; text-align: center;">0</td><td style="width: 20px; height: 20px; text-align: center;">0</td><td style="width: 20px; height: 20px; text-align: center;">0</td></tr> </table> </td> </tr> <tr> <td>NOM</td> <td style="text-align: center;"> <table border="1" style="width: 100%; height: 20px;"> <tr><td style="width: 20px; height: 20px;"></td><td style="width: 20px; height: 20px;"></td><td style="width: 20px; height: 20px;"></td></tr> </table> </td> </tr> <tr> <td>RÉSULTAT</td> <td style="text-align: center;"> <table border="1" style="width: 100%; height: 20px;"> <tr><td style="width: 20px; height: 20px;"></td><td style="width: 20px; height: 20px;"></td><td style="width: 20px; height: 20px;"></td></tr> </table> </td> </tr> </table>	JOUR	<table border="1" style="width: 100%; height: 20px;"> <tr><td style="width: 20px; height: 20px;"></td><td style="width: 20px; height: 20px;"></td><td style="width: 20px; height: 20px;"></td></tr> </table>				MOIS	<table border="1" style="width: 100%; height: 20px;"> <tr><td style="width: 20px; height: 20px;"></td><td style="width: 20px; height: 20px;"></td><td style="width: 20px; height: 20px;"></td></tr> </table>				ANNÉE	<table border="1" style="width: 100%; height: 20px;"> <tr><td style="width: 20px; height: 20px; text-align: center;">2</td><td style="width: 20px; height: 20px; text-align: center;">0</td><td style="width: 20px; height: 20px; text-align: center;">0</td><td style="width: 20px; height: 20px; text-align: center;">0</td></tr> </table>	2	0	0	0	NOM	<table border="1" style="width: 100%; height: 20px;"> <tr><td style="width: 20px; height: 20px;"></td><td style="width: 20px; height: 20px;"></td><td style="width: 20px; height: 20px;"></td></tr> </table>				RÉSULTAT	<table border="1" style="width: 100%; height: 20px;"> <tr><td style="width: 20px; height: 20px;"></td><td style="width: 20px; height: 20px;"></td><td style="width: 20px; height: 20px;"></td></tr> </table>			
JOUR	<table border="1" style="width: 100%; height: 20px;"> <tr><td style="width: 20px; height: 20px;"></td><td style="width: 20px; height: 20px;"></td><td style="width: 20px; height: 20px;"></td></tr> </table>																													
MOIS	<table border="1" style="width: 100%; height: 20px;"> <tr><td style="width: 20px; height: 20px;"></td><td style="width: 20px; height: 20px;"></td><td style="width: 20px; height: 20px;"></td></tr> </table>																													
ANNÉE	<table border="1" style="width: 100%; height: 20px;"> <tr><td style="width: 20px; height: 20px; text-align: center;">2</td><td style="width: 20px; height: 20px; text-align: center;">0</td><td style="width: 20px; height: 20px; text-align: center;">0</td><td style="width: 20px; height: 20px; text-align: center;">0</td></tr> </table>	2	0	0	0																									
2	0	0	0																											
NOM	<table border="1" style="width: 100%; height: 20px;"> <tr><td style="width: 20px; height: 20px;"></td><td style="width: 20px; height: 20px;"></td><td style="width: 20px; height: 20px;"></td></tr> </table>																													
RÉSULTAT	<table border="1" style="width: 100%; height: 20px;"> <tr><td style="width: 20px; height: 20px;"></td><td style="width: 20px; height: 20px;"></td><td style="width: 20px; height: 20px;"></td></tr> </table>																													
NOM DE L'ENQUÊTRICE	_____	_____	_____																											
RÉSULTAT*	_____	_____	_____																											
PROCHAINE VISITE :DATE	_____	_____		<table style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <tr> <td style="width: 60%;">NOMBRE TOTAL DE VISITES</td> <td style="width: 40%; text-align: center;"> <table border="1" style="width: 100%; height: 20px;"> <tr><td style="width: 20px; height: 20px;"></td><td style="width: 20px; height: 20px;"></td><td style="width: 20px; height: 20px;"></td></tr> </table> </td> </tr> </table>	NOMBRE TOTAL DE VISITES	<table border="1" style="width: 100%; height: 20px;"> <tr><td style="width: 20px; height: 20px;"></td><td style="width: 20px; height: 20px;"></td><td style="width: 20px; height: 20px;"></td></tr> </table>																								
NOMBRE TOTAL DE VISITES	<table border="1" style="width: 100%; height: 20px;"> <tr><td style="width: 20px; height: 20px;"></td><td style="width: 20px; height: 20px;"></td><td style="width: 20px; height: 20px;"></td></tr> </table>																													
HEURE	_____	_____	_____																											
<p>*CODES RÉSULTAT:</p> <table style="width: 100%;"> <tr> <td style="width: 33%;">1 REMPLI</td> <td style="width: 33%;">4 REFUSÉ</td> <td style="width: 33%;"></td> </tr> <tr> <td>2 PAS À LA MAISON</td> <td>5 REMPLI PARTIELLEMENT</td> <td>7 AUTRE _____</td> </tr> <tr> <td>3 DIFFÉRÉ</td> <td>6 INCAPACITÉ</td> <td style="text-align: right;">(PRÉCISER)</td> </tr> </table>					1 REMPLI	4 REFUSÉ		2 PAS À LA MAISON	5 REMPLI PARTIELLEMENT	7 AUTRE _____	3 DIFFÉRÉ	6 INCAPACITÉ	(PRÉCISER)																	
1 REMPLI	4 REFUSÉ																													
2 PAS À LA MAISON	5 REMPLI PARTIELLEMENT	7 AUTRE _____																												
3 DIFFÉRÉ	6 INCAPACITÉ	(PRÉCISER)																												

CONTRÔLEUSE	CHEF D'ÉQUIPE	CONT. BUREAU	SAISI PAR						
NOM _____	NOM _____	<table border="1" style="width: 100%; height: 20px;"> <tr><td style="width: 20px; height: 20px;"></td><td style="width: 20px; height: 20px;"></td><td style="width: 20px; height: 20px;"></td></tr> </table>				<table border="1" style="width: 100%; height: 20px;"> <tr><td style="width: 20px; height: 20px;"></td><td style="width: 20px; height: 20px;"></td><td style="width: 20px; height: 20px;"></td></tr> </table>			
DATE _____	DATE _____	<table border="1" style="width: 100%; height: 20px;"> <tr><td style="width: 20px; height: 20px;"></td><td style="width: 20px; height: 20px;"></td><td style="width: 20px; height: 20px;"></td></tr> </table>				<table border="1" style="width: 100%; height: 20px;"> <tr><td style="width: 20px; height: 20px;"></td><td style="width: 20px; height: 20px;"></td><td style="width: 20px; height: 20px;"></td></tr> </table>			

SECTION 1
CARACTÉRISTIQUES SOCIO-DÉMOGRAPHIQUES DES ENQUÊTÉES

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

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

107	Avez-vous fréquenté l'école?	OUI 1 NON 2	→108
107A	Avez-vous fréquenté un centre d'alphabétisation?	OUI 1 NON 2	→114
108	Quel est le plus haut niveau d'études que vous avez atteint : primaire, secondaire ou supérieur?	PRIMAIRE 1 SECONDAIRE 1 ^{er} CYCLE 2 SECONDAIRE 2 nd CYCLE 3 SUPÉRIEUR 4	
109	Quelle est la dernière (classe/année) que vous avez achevé à ce niveau? *	CLASSE..... <input type="text"/>	<input type="text"/>

*** CODES POUR Q. 109

NIVEAU	PRIMAIRE =1	SECONDAIRE 1 ^{er} CYCLE/ COLLÈGE ENSEIGN. TECHNIQUE= 2	SECOND. 2 nd CYCLE/LYCÉE ENSEIGN. TECHNIQUE=3	SUPÉRIEUR= 4
CLASSE	0= MOINS D'1 AN ACHEVÉ 1= CP1 2= CP2 3= CE1 4= CE2 5= CM1 6= CM2	0= MOINS 1 AN ACHÉVÉ 1= 6è / 1è An. 2= 5è / 2è An. 3= 4è / 3è An. 4= 3è / 4è An.	0= MOINS 1 AN ACHÉVÉ 1= 2 nd e / 1è An. 2= 1ère / 2è An. 3= Terminale / 3è An.	0= MOINS 1 AN ACH. 1= 1è année. 2= 2è année 3= 3è année 4= 4è année ou +

N°.	QUESTIONS ET FILTRES	CODES	ALLER À
110	VÉRIFIER 106: ÂGÉE DE 24 ANS OU MOINS <input type="checkbox"/> ÂGÉE DE 25 ANS OU PLUS <input type="checkbox"/>		→113
111	Est-ce que vous allez à l'école actuellement?	OUI..... 1 NON 2	→113
112	Quelle est la raison principale pour laquelle vous avez arrêté d'aller à l'école?	S'EST MARIÉE 01 TOMBÉE ENCEINTE 02 GARDE ENFANTS PLUS JEUNES 03 FAMILLE AVAIT BESOIN AIDE AU TRAVAIL 04 POUVAIT PAS PAYER ÉTUDE 05 DEVAIT GAGNER DE L'ARGENT 06 SUFFISAMMENT SCOLARISÉE 07 N'AIMAIT PAS ÉCOLE 08 ÉCOLE INACCESSIBLE/TROP LOIN 09 RAISONS DE SANTÉ 10 AUTRE 96 NE SAIT PAS 98	
113	VÉRIFIER 108: PRIMAIRE <input type="checkbox"/> SECONDAIRE OU SUPÉRIEUR <input type="checkbox"/>		→115
114	Maintenant, je voudrais que vous me lisiez cette phrase à voix haute; lisez-en le plus que vous pouvez. MONTRER VOTRE CARTE À L'ENQUÊTÉE SI L'ENQUÊTÉE NE PEUT PAS LIRE LA PHRASE ENTIÈRE, INSISTER : Pouvez-vous lire une partie de la phrase ?	NE PEUT PAS LIRE DU TOUT 1 PEUT LIRE CERTAINES PARTIES 2 PEUT LIRE TOUTE LA PHRASE 3 PAS DE CARTE DANS LANGUE QUI CONVIENT 4	→116
115	Lisez-vous un journal ou un magazine pratiquement chaque jour, au moins une fois par semaine, moins d'une fois par semaine ou pas du tout?	PRATIQUEMENT CHAQUE JOUR 1 AU MOINS UNE FOIS PAR SEMAINE 2 MOINS D'UNE FOIS PAR SEMAINE 3 PAS DU TOUT 4	
116	Avez-vous l'habitude d'écouter la radio?	OUI 1 NON 2	→117
116A	Avez-vous l'habitude d'écouter la radio chaque jour ou pratiquement chaque jour?	OUI 1 NON 2	→116C
116B	Quels jours de la semaine avez-vous le plus l'habitude d'écouter la radio? ENREGISTRER TOUTES LES RÉPONSES. SI LA RÉPONSE EST " ÇA DÉPEND/N'IMPORTE " OU " NE SAIT PAS ", VOUS NE DEVEZ ENCERCLER QU'UN SEUL CODE.	LUNDI A MARDI B MERCREDI C JEUDI D VENDREDI E SAMEDI F DIMANCHE G ÇA DÉPEND/N'IMPORTE X NE SAIT PAS Z	
116C	À quelle heure avez-vous le plus l'habitude d'écouter la radio? ENREGISTRER TOUTES LES RÉPONSES. SI LA RÉPONSE EST " ÇA DÉPEND/N'IMPORTE " OU " NE SAIT PAS ", VOUS NE DEVEZ ENCERCLER QU'UN SEUL CODE.	AVANT 8 HEURES (TÔT MATIN) A DE 8 À 12 HEURES (MATINÉE) B DE 12 À 14 HEURES (MIDI) C DE 14 À 18 HEURES (APRÈS-MIDI) D DE 18 À 20 HEURES (SOIRÉE) E APRÈS 20 HEURES (NUIT) F TOUTE LA JOURNÉE G ÇA DÉPEND/N'IMPORTE X NE SAIT PAS Z	

N°.	QUESTIONS ET FILTRES	CODES	ALLER À
117	Regardez-vous la télévision pratiquement chaque jour, au moins une fois par semaine, moins d'une fois par semaine ou pas du tout?	PRATIQUEMENT CHAQUE JOUR 1 AU MOINS UNE FOIS PAR SEMAINE 2 MOINS D'UNE FOIS PAR SEMAINE 3 PAS DU TOUT 4	
118	Quelle est votre religion?	CATHOLIQUE 1 PROTESTANTE 2 AUTRE REL. CHRÉTIENNE 3 MUSULMANE 4 ANIMISTE 5 AUTRE 6 SANS RELIGION 7	
119	Quelle est votre nationalité ?	GABONAISE 01 CAMEROUNAISE 02 CONGOLAISE (BRAZZA.) 03 CONGOLAISE (KINSHA.) 04 ÉQUATO-GUINÉENNE 05 BÉNINOISE 06 MALIENNE 07 NIGÉRIANE 08 SÉNÉGALAISE 09 TOGOLAISE 10 AUTRE AFRIQUE 11 FRANÇAISE 12 LIBANAISE 13 AUTRE 96	} → 201
119A	Etes-vous Gabonaise d'origine ?	OUI 1 NON 2	→ 201
120	Quelle est votre ethnie ?	FANG 01 KOTA-KELE 02 MBEDE-TEKE 03 MYENE 04 NZABI-DUMA 05 OKANDE-TSOGHO 06 SHIRA-PUNU/VILI 07 PYGMEE 08 AUTRE 96	

**SECTION 2
REPRODUCTION**

N°.	QUESTIONS ET FILTRES	CODES	ALLER À								
201	Maintenant, je voudrais vous poser des questions sur toutes les naissances que vous avez eues au cours de votre vie. Avez-vous donné naissance à des enfants?	OUI..... 1 NON..... 2	→206								
202	Avez-vous des fils ou filles à qui vous avez donné naissance et qui vivent actuellement avec vous?	OUI..... 1 NON..... 2	→204								
203	Combien de fils vivent avec vous? Combien de filles vivent avec vous? SI AUCUN, ENREGISTRER '00'.	FILS À LA MAISON <table border="1" style="display: inline-table; vertical-align: middle;"><tr><td> </td><td> </td></tr><tr><td> </td><td> </td></tr></table> FILLES À LA MAISON..... <table border="1" style="display: inline-table; vertical-align: middle;"><tr><td> </td><td> </td></tr><tr><td> </td><td> </td></tr></table>									
204	Avez-vous des fils ou filles à qui vous avez donné naissance, qui sont toujours en vie mais qui ne vivent pas avec vous?	OUI..... 1 NON..... 2	→206								
205	Combien de fils sont en vie mais ne vivent pas avec vous? Combien de filles sont en vie mais ne vivent pas avec vous? SI AUCUN, ENREGISTRER '00'.	FILS AILLEURS <table border="1" style="display: inline-table; vertical-align: middle;"><tr><td> </td><td> </td></tr><tr><td> </td><td> </td></tr></table> FILLES AILLEURS..... <table border="1" style="display: inline-table; vertical-align: middle;"><tr><td> </td><td> </td></tr><tr><td> </td><td> </td></tr></table>									
206	Avez-vous déjà donné naissance à un garçon ou une fille qui est né vivant mais qui est décédé par la suite? SI NON, INSISTER : Aucun enfant qui a crié ou a montré un signe de vie mais qui n'a survécu que quelques heures ou quelques jours?	OUI..... 1 NON..... 2	→208								
207	Combien de garçons sont décédés? Combien de filles sont décédées? SI AUCUN, ENREGISTRER '00'.	GARÇONS DÉCÉDÉS..... <table border="1" style="display: inline-table; vertical-align: middle;"><tr><td> </td><td> </td></tr><tr><td> </td><td> </td></tr></table> FILLES DÉCÉDÉES <table border="1" style="display: inline-table; vertical-align: middle;"><tr><td> </td><td> </td></tr><tr><td> </td><td> </td></tr></table>									
208	FAITES LA SOMME DES RÉPONSES À Q. 203, 205, ET 207, ET ENREGISTRER LE TOTAL. SI AUCUN, ENREGISTRER '00'.	TOTAL..... <table border="1" style="display: inline-table; vertical-align: middle;"><tr><td> </td><td> </td></tr></table>									
209	VÉRIFIER 208: Je voudrais être sûre d'avoir bien compris : vous avez eu au TOTAL _____ naissances au cours de votre vie. Est-ce bien exact? OUI <table border="1" style="display: inline-table; vertical-align: middle;"><tr><td> </td></tr></table> NON <table border="1" style="display: inline-table; vertical-align: middle;"><tr><td> </td></tr></table> → INSISTER ET CORRIGER 201-208 COMME IL SE DOIT.										
210	VÉRIFIER 208: UNE NAISSANCE OU PLUS <table border="1" style="display: inline-table; vertical-align: middle;"><tr><td> </td></tr></table> AUCUNE NAISSANCE <table border="1" style="display: inline-table; vertical-align: middle;"><tr><td> </td></tr></table> _____				→226						

211 Maintenant je voudrais faire la liste de toutes vos naissances, qu'elles soient encore en vie ou non, en partant de la 1 ^{ère} que vous avez eue. NOTER LE NOM DE TOUTES LES NAISSANCES À Q.212. NOTER LES JUMEAUX / TRIPLÉS SUR DES LIGNES SÉPARÉES.								
212	213	214	215	216	217: SI EN VIE:	218 SI EN VIE	219 SI DÉCÉDÉ:	220
Quel nom a été donné à votre (premier/suivant) enfant? (NOM)	Parmi ces naissances, y avait-il des jumeaux?	(NOM) est-ce un garçon ou une fille?	En quel mois et quelle année est né(e) (NOM)? INSISTER : Quelle est sa date de naissance?	(NOM) est-il/elle toujours en vie?	Quel âge avait (NOM) à son dernier anniversaire ? NOTER ÂGE EN ANNÉES RÉVOLUES.	(NOM) vit-il/elle avec vous?	Quel âge avait (NOM) quand il/elle est décédé(e)? SI '1 AN', INSISTER: Quel âge avait (NOM) en mois? NOTER EN JOURS SI MOINS D'1 MOIS; EN MOIS SI MOINS DE 2 ANS; OU EN ANNÉES.	Y a-t-il eu d'autres naissances vivantes entre (NOM DE LA NAISSANCE PRÉCÉDENTE) et (NOM)?
01	SIMP... 1 MULT.. 2	GAR.. 1 FILLE 2	MOIS... <input type="text"/> ANNÉE <input type="text"/>	OUI.....1 NON2 ↓ 219	ÂGE EN ANNÉES <input type="text"/>	OUI..... 1 NON ... 2 PASSER À NAIS. SUIV. <-	JOURS..... 1 <input type="text"/> MOIS.....2 <input type="text"/> ANNÉES..3 <input type="text"/>	
02	SIMP... 1 MULT.. 2	GAR.. 1 FILLE 2	MOIS... <input type="text"/> ANNÉE <input type="text"/>	OUI.....1 NON2 ↓ 219	ÂGE EN ANNÉES <input type="text"/>	OUI..... 1 NON ... 2 PASSER Q.220 <-	JOURS..... 1 <input type="text"/> MOIS.....2 <input type="text"/> ANNÉES..3 <input type="text"/>	OUI.....1 NON2
03	SIMP... 1 MULT.. 2	GAR.. 1 FILLE 2	MOIS... <input type="text"/> ANNÉE <input type="text"/>	OUI.....1 NON2 ↓ 219	ÂGE EN ANNÉES <input type="text"/>	OUI..... 1 NON ... 2 PASSER Q.220 <-	JOURS..... 1 <input type="text"/> MOIS.....2 <input type="text"/> ANNÉES..3 <input type="text"/>	OUI.....1 NON2
04	SIMP... 1 MULT.. 2	GAR.. 1 FILLE 2	MOIS... <input type="text"/> ANNÉE <input type="text"/>	OUI.....1 NON2 ↓ 219	ÂGE EN ANNÉES <input type="text"/>	OUI..... 1 NON ... 2 PASSER Q.220 <-	JOURS..... 1 <input type="text"/> MOIS.....2 <input type="text"/> ANNÉES..3 <input type="text"/>	OUI.....1 NON2
05	SIMP... 1 MULT.. 2	GAR.. 1 FILLE 2	MOIS... <input type="text"/> ANNÉE <input type="text"/>	OUI.....1 NON2 ↓ 219	ÂGE EN ANNÉES <input type="text"/>	OUI..... 1 NON ... 2 PASSER Q.220 <-	JOURS..... 1 <input type="text"/> MOIS.....2 <input type="text"/> ANNÉES..3 <input type="text"/>	OUI.....1 NON2
06	SIMP... 1 MULT.. 2	GAR.. 1 FILLE 2	MOIS... <input type="text"/> ANNÉE <input type="text"/>	OUI.....1 NON2 ↓ 219	ÂGE EN ANNÉES <input type="text"/>	OUI..... 1 NON ... 2 PASSER Q.220 <-	JOURS..... 1 <input type="text"/> MOIS.....2 <input type="text"/> ANNÉES..3 <input type="text"/>	OUI.....1 NON2
07	SIMP... 1 MULT.. 2	GAR.. 1 FILLE 2	MOIS... <input type="text"/> ANNÉE <input type="text"/>	OUI.....1 NON2 ↓ 219	ÂGE EN ANNÉES <input type="text"/>	OUI..... 1 NON ... 2 PASSER Q.220 <-	JOURS..... 1 <input type="text"/> MOIS.....2 <input type="text"/> ANNÉES..3 <input type="text"/>	OUI.....1 NON2

212	213	214	215	216	217: SI EN VIE:	218 SI EN VIE	219 SI DÉCÉDÉ:	220
Quel nom a été donné à votre (premier/suivant) enfant? (NOM)	Parmi ces naissances, y avait-il des jumeaux?	(NOM) est-ce un garçon ou une fille?	En quel mois et quelle année est né(e) (NOM)? INSISTER : Quelle est sa date de naissance?	(NOM) est-il/elle toujours en vie?	Quel âge avait (NOM) à son dernier anniversaire?	(NOM) vit-il/elle avec vous?	Quel âge avait (NOM) quand il/elle est décédé(e)? SI '1 AN', INSISTER: Quel âge avait (NOM) en mois? NOTER EN JOURS SI MOINS D'1 MOIS; EN MOIS SI MOINS DE 2 ANS; OU EN ANNÉES.	Y a-t-il eu d'autres naissances vivantes entre (NOM DE LA NAISSANCE PRÉCÉDENTE) et (NOM)?
08	SIMP... 1 MULT.. 2	GAR.. 1 FILLE 2	MOIS.... <input type="text"/> ANNÉE <input type="text"/>	OUI.....1 NON2 ↓ 219	ÂGE EN ANNÉES <input type="text"/>	OUI..... 1 NON ... 2 PASSER Q.220 ←	JOURS.....1 MOIS.....2 ANNÉES..3 <input type="text"/>	OUI.....1 NON2
09	SIMP... 1 MULT.. 2	GAR.. 1 FILLE 2	MOIS.... <input type="text"/> ANNÉE <input type="text"/>	OUI.....1 NON2 ↓ 219	ÂGE EN ANNÉES <input type="text"/>	OUI..... 1 NON ... 2 PASSER Q.220 ←	JOURS.....1 MOIS.....2 ANNÉES..3 <input type="text"/>	OUI.....1 NON2
10	SIMP... 1 MULT.. 2	GAR.. 1 FILLE 2	MOIS.... <input type="text"/> ANNÉE <input type="text"/>	OUI.....1 NON2 ↓ 219	ÂGE EN ANNÉES <input type="text"/>	OUI..... 1 NON ... 2 PASSER Q.220 ←	JOURS.....1 MOIS.....2 ANNÉES..3 <input type="text"/>	OUI.....1 NON2
11	SIMP... 1 MULT.. 2	GAR.. 1 FILLE 2	MOIS.... <input type="text"/> ANNÉE <input type="text"/>	OUI.....1 NON2 ↓ 219	ÂGE EN ANNÉES <input type="text"/>	OUI..... 1 NON ... 2 PASSER Q.220 ←	JOURS.....1 MOIS.....2 ANNÉES..3 <input type="text"/>	OUI.....1 NON2
12	SIMP... 1 MULT.. 2	GAR.. 1 FILLE 2	MOIS.... <input type="text"/> ANNÉE <input type="text"/>	OUI.....1 NON2 ↓ 219	ÂGE EN ANNÉES <input type="text"/>	OUI..... 1 NON ... 2 PASSER Q.220 ←	JOURS.....1 MOIS.....2 ANNÉES..3 <input type="text"/>	OUI.....1 NON2
222	Avez-vous eu d'autres naissances vivantes depuis la naissance de (NOM DE LA DERNIÈRE NAISSANCE)?					OUI 1 NON..... 2		
223	<p>COMPARER 208 AVEC NOMBRE DE NAISSANCES ENREGISTRÉES DANS LE TABLEAU CI-DESSUS ET COCHER:</p> <p>NOMBRES SONT ÉGAUX <input type="checkbox"/> NOMBRES SONT DIFFÉRENTS <input type="checkbox"/> → INSISTER ET CORRIGER, PUIS VÉRIFIER <input type="checkbox"/></p> <p>↓ VÉRIFIER :</p> <p>POUR CHAQUE NAISSANCE : L'ANNÉE DE NAISSANCE EST ENREGISTRÉE.</p> <p>POUR CHAQUE ENFANT VIVANT : L'ÂGE ACTUEL EST ENREGISTRÉ.</p> <p>POUR CHAQUE ENFANT DÉCÉDÉ : L'ÂGE AU DÉCÈS EST ENREGISTRÉ.</p> <p>POUR L'ÂGE AU DÉCÈS 12 MOIS OU 1 AN : INSISTER POUR DÉTERMINER LE NOMBRE EXACT DE MOIS.</p>							
224	VÉRIFIER 215 ET ENREGISTRER LE NOMBRE DE NAISSANCES EN 1995 OU PLUS TARD. SI AUCUNE, ENREGISTRER '0'.							<input type="text"/>

N°.	QUESTIONS ET FILTRES	CODES	ALLER À
226	Êtes-vous enceinte en ce moment?	OUI..... 1 NON 2 PAS SÛRE 8	→ 229
227	De combien de mois êtes-vous enceinte? ENREGISTRER LE NOMBRE DE MOIS RÉVOLUS.	MOIS..... <input type="text"/>	
228	Au moment où vous êtes tombée enceinte, vouliez-vous tomber enceinte <u>à ce moment-là</u> , vouliez-vous <u>attendre plus tard</u> , ou vouliez-vous <u>ne plus/ne pas avoir d'enfant</u> ?	À CE MOMENT-LÀ 1 PLUS TARD 2 NE PLUS/NE PAS AVOIR D'ENFANT 3	
229	Avez-vous déjà eu une grossesse qui s'est terminée par une fausse couche, un avortement ou un mort-né?	OUI..... 1 NON 2	→ 246
230	Quand la dernière grossesse de ce genre s'est-elle terminée?	MOIS..... <input type="text"/> ANNÉE..... <input type="text"/>	
231	VÉRIFIER 230: DERNIÈRE GROSSESSE TERMINÉE EN <input type="text"/> JAN. 1995 OU PLUS TARD <input type="text"/>	DERNIÈRE GROSS. TERMINÉE <input type="text"/> AVANT JAN. 1995	→ 245
232	De combien de mois étiez-vous enceinte quand la dernière grossesse de ce genre s'est terminée? ENREGISTRER LE NOMBRE DE MOIS RÉVOLUS.	MOIS..... <input type="text"/>	
233	Est-ce que cette grossesse s'est terminée par un avortement provoqué?	OUI..... 1 NON 2	→ 244
234	Avez-vous décidé, vous-même, de faire cet avortement, ou avez-vous été poussée ou forcée par quelqu'un d'autre à faire cet avortement?	A DÉCIDÉ ELLE-MÊME 1 QUELQU'UN AUTRE 2	→ 236
235	Qui vous a poussée ou forcée à faire cet avortement?	PROFESSIONNEL DE SANTÉ..... 1 LE PÈRE 2 LA MÈRE 3 LE MARI/PARTENAIRE..... 4 AMI(E)S 5 AUTRE 6	
236	Pour quelle raison principale avez-vous décidé de mettre fin à cette grossesse?	PROBLÈMES DE SANTÉ..... 01 TROP JEUNE POUR AVOIR ENFANT 02 TROP ÂGÉE POUR AVOIR ENFANT .. 03 DÉJÀ TROP D'ENFANTS..... 04 NAISS. TROP RAPPROCHÉES..... 05 PEUR DES PARENTS..... 06 MARI/PARTENAIRE NE VOULAIT PAS L'ENFANT 07 POUR POURSUIVRE SCOLARITÉ..... 08 POUR CONTINUER DE TRAVAILLER 09 DIFFICULTÉS ÉCONOMIQUES/ MANQUE D'ARGENT..... 10 AUTRE 96	
237	Pouvez-vous me dire quels moyens ou quelles procédures ont été utilisés pour terminer cette grossesse?	DILATATION & CURETAGE..... A ASPIRATION B SONDE C INJECTIONS..... D COMPRIMÉS..... E PLANTES/DÉCOCTIONS..... F AUTRE X NE SAIT PAS..... Z	
238	Où a eu lieu l'avortement?	SECTEUR PUBLIC HÔPITAL/CENTRE MÉDICAL/	

N°.	QUESTIONS ET FILTRES	CODES	ALLER À
	se sont terminées par un avortement provoqué? SI "AUCUN", ENREGISTRER '00'.	NOMBRE <input type="text"/> <input type="text"/>	
246	VÉRIFIER 229, 233, 244 ET 245: 233 = 'OUI' OU, 245 = 1 OU PLUS: AU MOINS 1 GROSSESSE TERMINÉE PAR AVORTE- MENT PROVOQUÉ <input type="checkbox"/>	229 = 'NON', OU 233 ET 244 = 'NON', OU 245 = '00': AUCUNE GROSS. TERMINÉE PAR AVORTEMENT PROVOQUÉ <input type="checkbox"/>	→ 250
247	Quel âge aviez-vous lorsque vous avez eu votre (première) grossesse qui s'est terminée par un avortement provoqué?	ÂGE RÉVOLU <input type="text"/> <input type="text"/>	
248	Si vous aviez une autre grossesse que vous ne souhaitez pas, seriez- vous prête à refaire un avortement?	OUI 1 NON 2 NE PEUT PLUS TOMBER ENCEINTE 3 NE SAIT PAS 8	
249	En plus de la (des) grossesse(s) qui s'est (se sont) terminée(s) par un avortement provoqué, avez-vous fait d'autres tentatives d'avortement qui ont échoué? SI OUI: En plus de la (des) grossesse(s) qui s'est (se sont) terminée(s) par un avortement provoqué, combien avez-vous fait d'autres tentatives d'avortement?	NOMBRE <input type="text"/> <input type="text"/> NON 95	} → 251
250	Au cours de votre vie, avez-vous fait des tentatives d'avortement qui ont échoué? SI OUI: En tout, au cours de votre vie, combien avez-vous fait de tentatives d'avortement?	NOMBRE <input type="text"/> <input type="text"/> NON 95	
251	Quand vos dernières règles ont-elles commencé? _____ (INSCRIRE LA DATE, SI ELLE EST DONNÉE)	IL Y A ... JOURS 1 <input type="text"/> <input type="text"/> IL Y A ... SEMAINES 2 <input type="text"/> <input type="text"/> IL Y A ... MOIS 3 <input type="text"/> <input type="text"/> IL Y A ... ANNÉES 4 <input type="text"/> <input type="text"/> EN MÉNOPAUSE/ A EU UNE HYSTÉRECTOMIE 994 AVANT LA DERNIÈRE NAISSANCE ... 995 JAMAIS EU DE RÉGLES 996	→ 253
252	Quel âge aviez-vous lorsque vous avez eu vos premières règles?	ÂGE RÉVOLU <input type="text"/> <input type="text"/> NE SAIT PAS 98	
253	Entre la période des règles et les règles suivantes, y a-t-il certains jours pendant lesquels une femme a plus de chances de tomber enceinte que d'autres si elle a des rapports sexuels?	OUI 1 NON 2 NE SAIT PAS 8	} → 301
254	Est-ce que ce moment se situe juste avant que les règles ne commencent, pendant la période des règles, juste après que les règles finissent ou au milieu, entre deux périodes de règles?	JUSTE AVANT DÉBUT DES RÉGLES 1 PENDANT LES RÉGLES 2 JUSTE APRÈS LAFIN DES RÉGLES 3 AU MILIEU ENTRE 2 PÉRIODES DE RÉGLES 4 AUTRE 6 NE SAIT PAS 8	

SECTION 3 - CONTRACEPTION

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

N°.	QUESTIONS ET FILTRES	CODES	ALLER À
304	Avez-vous déjà utilisé un moyen quelconque ou essayé quelque chose pour retarder une grossesse ou éviter de tomber enceinte?	OUI 1 NON 2	→315
305	Qu'avez-vous fait ou utilisé? CORRIGER 302 ET 303 (ET 301A SI NÉCESSAIRE).		
306	Maintenant, je voudrais vous poser des questions sur le moment où, pour la première fois, vous avez fait quelque chose ou utilisé une méthode pour éviter de tomber enceinte. Combien d'enfants vivants aviez-vous à ce moment-là? SI AUCUN, ENREGISTRER "00".	NOMBRE D'ENFANTS <input type="text"/> <input type="text"/>	
307	Au moment où vous avez commencé à utiliser la planification familiale pour la première fois, était-ce parce que vous vouliez avoir un autre enfant, mais vous le vouliez plus tard, ou parce que vous ne vouliez plus avoir d'enfant?	VOULAIT ENFANT PLUS TARD 1 NE VOULAIT PLUS D'ENFANT 2 AUTRE RAISON 6	
308	VÉRIFIER 302 (01): FEMME NON STÉRILISÉE <input type="checkbox"/> FEMME STÉRILISÉE <input type="checkbox"/>		→311
309	VÉRIFIER 226: NON ENCEINTE OU PAS SÛRE <input type="checkbox"/> ENCEINTE <input type="checkbox"/>		→315
310	En ce moment, faites-vous quelque chose ou utilisez-vous une méthode pour éviter de tomber enceinte?	OUI 1 NON 2	→315
311	VÉRIFIER 302 (01): FEMME NON STÉRILISÉE <input type="checkbox"/> FEMME STÉRILISÉE <input type="checkbox"/> Quelle méthode utilisez-vous? ENCERCLER '01' POUR LA STÉRILISATION FÉMININE	STÉRILISATION FÉMININE 01 STÉRILISATION MASCULINE 02 PILULE 03 DIU/STÉRILET 04 INJECTIONS 05 IMPLANTS 06 CONDOM/CAPOTE 07 CONDOM FÉMININ 08 DIAPHRAGME 09 MOUSSE/GELÉE/TABLETTE VAGIN 10 MAMA (MÉTHODE ALLAITEMENT) 11 CONTINENCE PÉRIODIQUE 12 RETRAIT 13 AUTRE MÉTHODE 96	
312	VÉRIFIER 311: FEMME OU HOMME STÉRILISÉ <input type="checkbox"/> AUTRES MÉTHODES <input type="checkbox"/> En quel mois et en quelle année la stérilisation a-t-elle été effectuée? En quel mois et en quelle année avez-vous commencé à utiliser (MÉTHODE DE Q.311) de façon continue?	MOIS <input type="text"/> <input type="text"/> ANNÉE <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>	
312A	VÉRIFIER 311: CODE '03' PILULE <input type="checkbox"/> AUTRES CODES <input type="checkbox"/>		→313
312B	Au moment où vous avez commencé à utiliser la pilule pour la première fois, avez-vous consulté un médecin, une sage-femme ou une infirmière?	OUI 1 NON 2	

N°.	QUESTIONS ET FILTRES	CODES	ALLER À
312C	Au moment où vous vous êtes procurée des pilule la dernière fois, avez-vous consulté un médecin, une sage-femme ou une infirmière?	OUI 1 NON 2	
313	VÉRIFIER 311: ENCERCLER LE CODE DE LA MÉTHODE:	STÉRILISATION FÉMININE 01 STÉRILISATION MASCULINE 02 PILULE 03 DIU/STÉRILET 04 INJECTIONS 05 IMPLANTS 06 CONDOM/CAPOTE 07 CONDOM FÉMININ 08 DIAPHRAGME 09 MOUSSE/GELÉE/TABLETTE VAGIN .. 10 MAMA (MÉTHODE ALLAITEMENT) 11 CONTINENCE PÉRIODIQUE 12 RETRAIT 13 AUTRE MÉTHODE 96	} → 315
314	VÉRIFIER 313: FEMME OU HOMME STÉRILISÉ <input type="checkbox"/> Où a eu lieu la stérilisation? AUTRES MÉTHODES <input type="checkbox"/> Où avez-vous obtenu (MÉTHODE DE Q.313) la dernière fois?	SECTEUR PUBLIC HÔPITAL/CENTRE MÉDICAL/ CENTRE DE SANTÉ 11 INFIRMERIE MILITAIRE 12 CENTRE DE SMI 13 DISPENSARE 14 CASE DE SANTÉ 15 PHARMACIE DE L'HOPITAL/ CENTRE SANTÉ 16 SECTEUR PARA-PUBLIC HÔPITAL DE LA CNSS 21 CENTRE MÉDICO-SOCIAL CNSS 22 PHARMACIE DE LA CNSS 23 SECTEUR MÉDICAL PRIVÉ CLINIQUE PRIVÉE 31 CABINET MÉDECIN PRIVÉ 32 CABINET SOINS/INFIRMERIE 33 PHARMACIE PRIVÉE 34 MARCHÉ/BOUTIQUE/ÉTALAGE 41 AMIS/PARENTS 42 AUTRE ENDROIT 96	} → 318
315	Connaissez-vous un endroit où vous pouvez vous procurer une méthode de planification familiale?	OUI 1 NON 2	→ 318
316	Quel est cet endroit? INSISTER: Aucun autre endroit? ENREGISTRER TOUT CE QUI EST MENTIONNÉ.	SECTEUR PUBLIC HÔPITAL/CENTRE MÉDICAL/ CENTRE DE SANTÉ A INFIRMERIE MILITAIRE B CENTRE DE SMI C DISPENSARE D CASE DE SANTÉ E PHARMACIE DE L'HOPITAL/ CENTRE SANTÉ F SECTEUR PARA-PUBLIC HÔPITAL DE LA CNSS G CENTRE MÉDICO-SOCIAL CNSS H PHARMACIE DE LA CNSS I SECTEUR MÉDICAL PRIVÉ CLINIQUE PRIVÉE J CABINET MÉDECIN PRIVÉ K CABINET SOINS/INFIRMERIE L PHARMACIE PRIVÉE M MARCHÉ/BOUTIQUE/ÉTALAGE N AMIS/PARENTS O AUTRE ENDROIT X	

N°.	QUESTIONS ET FILTRES	CODES	ALLER À
318	Au cours des 12 derniers mois, êtes-vous allée dans un établissement de santé pour n'importe quelle raison?	OUI 1 NON..... 2	→320
319	Est-ce que quelqu'un de l'établissement de santé vous a parlé de méthodes de planification familiale?	OUI 1 NON..... 2	
320	Pensez-vous que le fait d'allaiter peut influencer les chances d'une femme de tomber enceinte?	OUI 1 NON..... 2	→401
321	Pensez-vous que le fait d'allaiter augmente ou diminue les chances d'une femme de tomber enceinte?	AUGMENTE 1 DIMINUE..... 2 ÇA DÉPEND..... 3 NE SAIT PAS..... 8	→401
322	VÉRIFIER 208: AU MOINS UNE <input type="checkbox"/> AUCUNE <input type="checkbox"/> NAISSANCE <input type="checkbox"/> NAISSANCE <input type="checkbox"/>		→401
323	Avez-vous déjà compté sur l'allaitement comme un moyen d'éviter de tomber enceinte?	OUI 1 NON..... 2	→401
324	VÉRIFIER 226 ET 311 : PAS ENCEINTE OU <input type="checkbox"/> ENCEINTE OU <input type="checkbox"/> PAS SÛRE ET PAS SÛRE ET <input type="checkbox"/> NON STÉRILISÉE NON STÉRILISÉE <input type="checkbox"/>		→401
325	Comptez-vous actuellement sur l'allaitement pour éviter de tomber enceinte?	OUI 1 NON..... 2	

SECTION 4A
GROSSESSE, SOINS POSTNATALS ET ALLAITEMENT

401	VÉRIFIER 224: UNE OU PLUSIEURS NAISSANCES DEPUIS JANVIER 95	<input type="checkbox"/> ↓	PAS DE NAISSANCE DEPUIS JANVIER 95	<input type="checkbox"/> _____ → 482	
402	INSCRIRE LE NUMÉRO DE LIGNE, LE NOM ET L'ÉTAT DE SURVIE DE CHAQUE NAISSANCE DEPUIS 1995. POSER LES QUESTIONS POUR TOUTES CES NAISSANCES. COMMENCER PAR LA DERNIÈRE NAISSANCE. (S'IL Y A PLUS DE 2 NAISSANCES, UTILISER LA DERNIÈRE COLONNE DES QUESTIONNAIRES SUPPLÉMENTAIRES). Maintenant, je voudrais vous poser des questions sur la santé de tous vos enfants nés dans les 5 dernières années. (Nous parlerons d'un enfant à la fois)				
403	NUMÉRO DE LIGNE DE Q 212	DERNIÈRE NAISSANCE NUMÉRO DE LIGNE	<input style="width: 30px; height: 20px;" type="text"/>	AVANT-DERNIÈRE NAISS NUMÉRO DE LIGNE	<input style="width: 30px; height: 20px;" type="text"/>
404	SELON Q. 212 ET Q. 216	NOM _____ VIVANT <input type="checkbox"/> MORT <input type="checkbox"/>	↓	NOM _____ VIVANT <input type="checkbox"/> MORT <input type="checkbox"/>	↓
405	Au moment où vous êtes tombée enceinte de (NOM), vouliez-vous tomber enceinte à <u>ce moment-là</u> , vouliez-vous <u>attendre</u> plus tard, Ou vouliez-vous <u>ne plus avoir</u> d'enfant du tout?	À CE MOMENT 1 (PASSER À 407) ← _____ PLUS TARD 2 NE VOULAIT PLUS 3 (PASSER À 407) ← _____	À CE MOMENT 1 (PASSER À 422) ← _____ PLUS TARD 2 NE VOULAIT PLUS 3 (PASSER À 422) ← _____		
406	Combien de temps auriez-vous souhaité attendre?	MOIS 1 <input style="width: 30px; height: 20px;" type="text"/> ANNÉES 2 <input style="width: 30px; height: 20px;" type="text"/> NE SAIT PAS 998	MOIS 1 <input style="width: 30px; height: 20px;" type="text"/> ANNÉES 2 <input style="width: 30px; height: 20px;" type="text"/> NE SAIT PAS 998		
407	Pour cette grossesse, avez-vous reçu des soins prénatals? SI OUI: Qui avez-vous consulté? Quelqu'un d'autre? INSISTER POUR OBTENIR LE TYPE DE PERSONNE ET ENREGISTRER TOUTES LES PERSONNES VUES.	PROFESSIONNELS DE LA SANTÉ MÉDECIN A SAGE-FEMME B INFIRMIER(E)/INF. ASSISTANT. C AUTRE PERSONNEL DE SANTÉ MATRONE D AGENT SANTÉ VILLAGE/ ACCOUCHEUSE TRADITIO. FORMÉE (AVEC BOÎTE)..... E ACCOUCHEUSE TRADITIO. NON FORMÉE (SANS BOÎTE)..... F NGANGA/MARABOUT G AUTRE X PERSONNE Y (PASSER À 415) ← _____			
407A	Avez-vous reçu un carnet de maternité pour cette grossesse? SI 'OUI': Puis-je le voir?	OUI, VU 1 OUI, NON VU 2 PAS DE CARNET 3			
408	De combien de mois étiez-vous enceinte lors de votre première consultation prénatale?	MOIS <input style="width: 30px; height: 20px;" type="text"/> NE SAIT PAS 98			

		DERNIÈRE NAISSANCE NOM _____	AVANT-DERNIÈRE NAISSANCE NOM _____
409	Combien de fois avez-vous été en consultation durant cette grossesse?	NOMBRE DE FOIS..... <input type="text"/> <input type="text"/> NE SAIT PAS..... 98	
410	VÉRIFIER 409: NOMBRE DE CONSULTATIONS PRÉNATALES REÇUES	UNE FOIS <input type="text"/> (PASSER À 412) PLUS D'UNE FOIS OU NSP <input type="text"/> ↓	
411	De combien de mois étiez-vous enceinte la dernière fois que vous avez passé une visite prénatale?	MOIS..... <input type="text"/> <input type="text"/> NE SAIT PAS..... 98	
412	Durant cette grossesse, avez-vous eu les examens suivants, au moins une fois? Avez-vous été pesée? Vous-a-t-on mesurée? Vous-a-t-on pris la tension? Avez-vous donné un échantillon d'urine? Avez-vous donné du sang? Avez-vous eu un touché vaginal? Vous a-t-on examiné la conjonctive/ et les muqueuses	OUI NON POIDS.....1 2 TAILLE.....1 2 TENSION.....1 2 URINE.....1 2 SANG.....1 2 TOUCHÉ VAGINAL.....1 2 CONJONC./MUQUEUSE..1 2	
413	Vous-a-t-on parlé des signes de complications de la grossesse?	OUI..... 1 NON..... 2 (PASSER À 415) ← NE SAIT PAS..... 8	
414	Vous-a-t-on dit où aller si vous aviez ces complications?	OUI..... 1 NON..... 2 NE SAIT PAS..... 8	
415	Durant cette grossesse, vous-a-t-on fait une injection qui est faite généralement à l'épaule pour éviter au bébé d'avoir le tétanos, c'est-à-dire des convulsions après la naissance?	OUI..... 1 NON..... 2 (PASSER À 416) ← NE SAIT PAS..... 8	
415A	Durant cette grossesse, combien de fois avez-vous eu cette injection?	NOMBRE DE FOIS..... <input type="text"/> NE SAIT PAS 8	
416	Durant cette grossesse, vous a-t-on donné ou avez-vous acheté des médicaments contenant du fer pour ajouter le sang?	OUI..... 1 NON..... 2 (PASSER À 418) ← NE SAIT PAS..... 8	
417	Durant toute la grossesse, pendant combien de jours avez-vous pris ce médicament? SI LA RÉPONSE N'EST PAS NUMÉRIQUE, INSISTER POUR OBTENIR UN NOMBRE APPROXIMATIF DE JOURS.	NOMBRE DE JOURS..... <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> NE SAIT PAS..... 998	
418	Durant cette grossesse, avez-vous eu des difficultés pour voir à la lumière du jour?	OUI..... 1 NON..... 2 NE SAIT PAS..... 8	

		DERNIÈRE NAISSANCE NOM _____	AVANT-DERNIÈRE NAISSANCE NOM _____
419	Durant cette grossesse, avez-vous eu des difficultés pour voir au crépuscule ou au coucher du soleil?	OUI..... 1 NON 2 NE SAIT PAS..... 8	
420	Durant cette grossesse, avez-vous pris des médicaments pour éviter le paludisme?	OUI..... 1 NON 2 (PASSER À 422) ← NE SAIT PAS..... 8	
421	Quel était ce médicament? ENREGISTRER TOUT CE QUI EST MENTIONNÉ.	CHLOROQUINE/NIVAQUINE..... A AUTRES ANTI-PALUDÉENS B PLANTES/DÉCOCTION C AUTRES X MÉDICAMENT INCONNU Y	
422	Quand (NOM) est né(e), était-il/elle: Très gros, plus gros que la moyenne, moyen, Plus petit que la moyenne, ou très petit?	TRÈS GROS..... 1 PLUS GROS QUE LA MOYENNE.. 2 MOYEN..... 3 PLUS PETIT QUE LA MOYENNE.. 4 TRÈS PETIT 5 NE SAIT PAS..... 8	TRÈS GROS..... 1 PLUS GROS QUE LA MOYENNE.. 2 MOYEN..... 3 PLUS PETIT QUE LA MOYENNE.. 4 TRÈS PETIT 5 NE SAIT PAS..... 8
423	(NOM) a-t-il/elle été pesé(e) à la naissance?	OUI..... 1 NON 2 (PASSER À 425) ← NE SAIT PAS..... 8	OUI..... 1 NON 2 (PASSER À 425) ← NE SAIT PAS..... 8
424	Combien (NOM) pesait-il/elle? ENREGISTRER LE POIDS PORTÉ SUR LE CARNET DE L'ENFANT, SI DISPONIBLE.	GRAMMES DU CARNET 1 <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> GRAMMES DE MÉMOIRE 2 <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> NE SAIT PAS..... 99998	GRAMMES DU CARNET 1 <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> GRAMMES DE MÉMOIRE 2 <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> NE SAIT PAS..... 99998
425	Qui vous a assisté pendant l'accouchement de (NOM)? Quelqu'un d'autre? INSISTER POUR OBTENIR LE TYPE DE PERSONNE. ENREGISTRER TOUTES LES PERSONNES CITÉES.	PROFESSIONNELS DE LA SANTÉ MÉDECIN A SAGE-FEMME B INFIRMIER(E)/INF. ASSISTANT. C AUTRE PERSONNEL DE SANTÉ MATRONE D AGENT SANTÉ VILLAGE./ ACCOUCHEUSE TRADITIO. FORMÉE (AVEC BOÎTE)..... E ACCOUCHEUSE TRADITIO. NON FORMÉE (SANS BOÎTE)..... F PARENTES/AMIES G AUTRE X PERSONNE..... Y	PROFESSIONNELS DE LA SANTÉ MÉDECIN A SAGE-FEMME B INFIRMIER(E)/INF. ASSISTANT. C AUTRE PERSONNEL DE SANTÉ MATRONE D AGENT SANTÉ VILLAGE./ ACCOUCHEUSE TRADITIO. FORMÉE (AVEC BOÎTE)..... E ACCOUCHEUSE TRADITIO. NON FORMÉE (SANS BOÎTE)..... F PARENTES/AMIES G AUTRE X PERSONNE..... Y

		DERNIÈRE NAISSANCE NOM _____	AVANT-DERNIÈRE NAISSANCE NOM _____
426	Où avez-vous accouché de (NOM)? S'IL S'AGIT D'UNE MATERNITÉ, INSISTER POUR DÉTERMINER S'IL S'AGIT D'UNE MATERNITÉ À L'HÔPITAL OU AU CENTRE DE SANTÉ ET ENCERCLER LE CODE APPROPRIÉ.	DOMICILE VOTRE DOMICILE 11 (PASSER À 426C) ◀-----┘ AUTRE DOMICILE 12 SECTEUR PUBLIC HÔPITAL/CENTRE MÉDI- CAL/CENTRE SANTÉ.21 AUTRE ÉTABLIS. PUBLIC.22 SECTEUR PARA PUBLIC HÔPITAL DE LA CNSS31 SECTEUR MÉDICAL PRIVÉ CLINIQUE41 AUTRE ÉTABLIS. PRIVÉ.42 AUTRE 96 (PASSER À 426C) ◀-----┘	DOMICILE VOTRE DOMICILE 11 (PASSER À 426C) ◀-----┘ AUTRE DOMICILE..... 12 SECTEUR PUBLIC HÔPITAL/CENTRE MÉDI- CAL/CENTRE SANTÉ..... 21 AUTRE ÉTABLIS. PUBLIC. 22 SECTEUR PARA PUBLIC HÔPITAL DE LA CNSS 31 SECTEUR MÉDICAL PRIVÉ CLINIQUE 41 AUTRE ÉTABLIS. PRIVÉ. 42 AUTRE 96 (PASSER À 426C) ◀-----┘
426A	Avez-vous été satisfaite des services que vous avez reçus à (NOM DE L'ÉTABLISSEMENT DE Q.426) au moment de l'accouchement de (NOM)?	OUI..... 1 (PASSERÀ 426E) ◀-----┘ NON 2	OUI..... 1 (PASSERÀ 426E) ◀-----┘ NON 2
426B	Quelle est la raison principale pour laquelle vous n'avez pas été satisfaite?	ÉTABLISS. DIFFICILEMENT ACCESSIBLE/TROP LOIN ... 11 TROP CHER..... 12 TEMPS ATTENTE TROP LONG .. 21 MAUVAIS ÉQUIPEMENT 22 MÉDICAMENTS ESSENTIELS NON DISPONIBLES 23 MANQUE D'HYGIÈNE 24 MANQUE DE CONFIDENTIALITÉ/ D'INTIMITÉ 25 MANQUE DE PERSONNEL 31 PERSONNEL PAS QUALIFIÉ 32 PERSONNEL PAS AIMABLE 33 AUTRE 96 NE SAIT PAS 98	ÉTABLISS. DIFFICILEMENT ACCESSIBLE/TROP LOIN ... 11 TROP CHER 12 TEMPS ATTENTE TROP LONG .. 21 MAUVAIS ÉQUIPEMENT 22 MÉDICAMENTS ESSENTIELS NON DISPONIBLES 23 MANQUE D'HYGIÈNE 24 MANQUE DE CONFIDENTIALITÉ/ D'INTIMITÉ..... 25 MANQUE DE PERSONNEL 31 PERSONNEL PAS QUALIFIÉ 32 PERSONNEL PAS AIMABLE 33 AUTRE 96 NE SAIT PAS 98
426C	VÉRIFIER 426: LIEU DE L'ACCOUCHEMENT ?	MAISON <input type="checkbox"/> AUTRES <input type="checkbox"/> '11' OU '12' <input type="checkbox"/> CODES <input type="checkbox"/> OU AUTRE <input type="checkbox"/> '96' <input type="checkbox"/> (PASSER À ↓ 426E)	MAISON <input type="checkbox"/> AUTRES <input type="checkbox"/> '11' OU '12' <input type="checkbox"/> CODES <input type="checkbox"/> OU AUTRE <input type="checkbox"/> '96' <input type="checkbox"/> (PASSER À ↓ 426E)

		DERNIÈRE NAISSANCE NOM _____	AVANT-DERNIÈRE NAISSANCE NOM _____
426D	Quelle est la raison principale pour laquelle vous n'avez pas accouché de (NOM) dans une structure sanitaire?	ÉTABLISS. DIFFICILEMENT ACCESSIBLE/TROP LOIN ... 11 TROP CHER 12 TEMPS ATTENTE TROP LONG .. 21 MAUVAIS ÉQUIPEMENT 22 MÉDICAMENTS ESSENTIELS NON DISPONIBLES 23 MANQUE D'HYGIÈNE 24 MANQUE DE CONFIDENTIALITÉ/ D'INTIMITÉ 25 MANQUE DE PERSONNEL 31 PERSONNEL PAS QUALIFIÉ 32 PERSONNEL PAS AIMABLE 33 PRÉFÈRE LA MAISON 41 PAS EU TEMPS D'ARRIVER 51 AUTRE 96 NE SAIT PAS 98	ÉTABLISS. DIFFICILEMENT ACCESSIBLE/TROP LOIN ... 11 TROP CHER 12 TEMPS ATTENTE TROP LONG .. 21 MAUVAIS ÉQUIPEMENT 22 MÉDICAMENTS ESSENTIELS NON DISPONIBLES 23 MANQUE D'HYGIÈNE 24 MANQUE DE CONFIDENTIALITÉ/ D'INTIMITÉ 25 MANQUE DE PERSONNEL 31 PERSONNEL PAS QUALIFIÉ 32 PERSONNEL PAS AIMABLE 33 PRÉFÈRE LA MAISON 41 PAS EU TEMPS D'ARRIVER 51 AUTRE 96 NE SAIT PAS 98
426E	(NOM) est-il né à terme ou prématurément?	À TERME 1 PRÉMATURÉMENT 2 NE SAIT PAS 8	À TERME 1 PRÉMATURÉMENT 2 NE SAIT PAS 8
426F	VÉRIFIER 426: LIEU DE L'ACCOUCHEMENT ?	MAISON '11' OU '12' <input type="checkbox"/> AUTRES CODES <input type="checkbox"/> OU AUTRE '96' <input type="checkbox"/> (PASSER À 427A) ↓	MAISON '11' OU '12' <input type="checkbox"/> AUTRES CODES <input type="checkbox"/> OU AUTRE '96' <input type="checkbox"/> (PASSER À 427A) ↓
427	Avez-vous accouché de (NOM) par césarienne?	OUI 1 NON 2	OUI 1 NON 2
427A	Est-ce que la naissance de (NOM) a été déclarée à l'état civil?	OUI 1 NON 2 NE SAIT PAS 8	OUI 1 NON 2 NE SAIT PAS 8
428	Après la naissance de (NOM), est-ce que vous êtes allée en consultation pour être examinée ?	OUI 1 NON 2 (PASSER À 433) ←	OUI 1 (PASSER À 434) ← NON 2
429	Après combien de jours ou de semaines après l'accouchement avez-vous eu votre premier examen de santé ENREGISTRER "00" SI MÊME JOUR.	JOURS APRÈS ACC. 1 <input type="text"/> SEMAINES APR. ACC. . 2 <input type="text"/> NE SAIT PAS 998	
430	Qui vous a examinée à ce moment-là? INSISTER POUR LA PERSONNE LA PLUS QUALIFIÉE.	PROFESSIONNELS DE LA SANTÉ MÉDECIN 11 SAGE-FEMME 12 INFIRMIER(E)/INF. ASSISTANT 13 AUTRE PERSONNEL DE SANTÉ MATRONE 21 AGENT SANTÉ VILLAGE./ ACCOUCHEUSE TRADITIO. FORMÉE (AVEC BOÎTE) 22 ACCOUCHEUSE TRADITIO. NON FORMÉE (SANS BOÎTE) 31 AUTRE 96	

		DERNIÈRE NAISSANCE NOM _____	AVANT-DERNIÈRE NAISSANCE NOM _____
431	Où a eu lieu ce premier examen de santé? S'IL S'AGIT D'UNE MATERNITÉ, INSISTER POUR DÉTERMINER S'IL S'AGIT D'UNE MATERNITÉ À L'HÔPITAL OU AU CENTRE DE SANTÉ ET ENCERCLER LE CODE APPROPRIÉ.	DOMICILE VOTRE DOMICILE 11 AUTRE DOMICILE 12 SECTEUR PUBLIC HÔPITAL/CENTRE MÉDICAL/CENTRE SANTÉ21 INFIRMERIE MILITAIRE.....22 CENTRE DE SMI.....23 DISPENSARE24 CASE DE SANTÉ.....25 SECTEUR PARA PUBLIC HÔPITAL DE LA CNSS31 CENTRE MÉDICO-SOCIAL DE LA CNSS.....32 SECTEUR MÉDICAL PRIVÉ CLINIQUE41 CABINET DE MÉDECIN.....42 CABINET DE SOINS/ INFIRMERIE.43 AUTRE 96	
433	Est-ce que vos règles sont revenues depuis la naissance de (NOM)?	OUI..... 1 (PASSER À 435) <-----> NON..... 2 (PASSER À 436) <----->	
434	Est-ce que vos règles sont revenues entre la naissance de (NOM) et votre grossesse suivante?		OUI..... 1 NON..... 2 (PASSER À 438) <----->
435	Pendant combien de mois après la naissance de (NOM) n'avez-vous pas eu vos règles?	MOIS..... <input type="text"/> <input type="text"/> NE SAIT PAS..... 98	MOIS..... <input type="text"/> <input type="text"/> NE SAIT PAS..... 98
436	VÉRIFIER 226: ENQUÊTÉE ENCEINTE?	NON <input type="checkbox"/> ENCEINTE <input type="checkbox"/> EN- <input type="checkbox"/> OU PAS SÛRE <input type="checkbox"/> CEINTE (PASSER À 438) <----->	
437	Avez-vous repris les rapports sexuels depuis la naissance de (NOM)?	OUI..... 1 NON..... 2 (PASSER À 439) <----->	
438	Pendant combien de mois après la naissance de (NOM) n'avez-vous pas eu de rapports sexuels?	MOIS..... <input type="text"/> <input type="text"/> NE SAIT PAS..... 98	MOIS..... <input type="text"/> <input type="text"/> NE SAIT PAS..... 98
439	Avez-vous allaité (NOM) au sein?	OUI..... 1 NON..... 2 (PASSER À 444) <----->	OUI..... 1 NON..... 2 (PASSER À 444) <----->
440	Combien de temps après la naissance avez-vous mis (NOM) au sein pour la première fois? SI MOINS D'1 HEURE, NOTER '00' HEURE. SI MOINS DE 24 HEURES, NOTER EN HEURES. AUTREMENT, NOTER EN JOURS.	IMMÉDIATEMENT 000 (PASSER À 440B) <-----> HEURES 1 <input type="text"/> <input type="text"/> JOURS..... 2 <input type="text"/> <input type="text"/>	IMMÉDIATEMENT 000 (PASSER À 440B) <-----> HEURES 1 <input type="text"/> <input type="text"/> JOURS..... 2 <input type="text"/> <input type="text"/>

		DERNIÈRE NAISSANCE NOM _____	AVANT-DERNIÈRE NAISSANCE NOM _____
440A	Dans les premières vingt quatre heures, avant de donner le sein à (NOM), lui avez-vous donné quelque chose d'autre à boire? SI 'OUI': Que lui avez-vous donné à boire?	EAU SUCRÉE..... 1 LAIT ARTIFICIEL/LAIT ANIMAL..... 2 DÉCOCTION/INFUSION..... 3 AUTRE..... 6 NON/N'A RIEN DONNÉ..... 7	EAU SUCRÉE..... 1 LAIT ARTIFICIEL/LAIT ANIMAL..... 2 DÉCOCTION/INFUSION..... 3 AUTRE..... 6 NON/N'A RIEN DONNÉ..... 7
440B	Avez-vous donné le premier lait jaune à (NOM)?	OUI..... 1 (PASSER À 441) ← NON..... 2	OUI..... 1 (PASSER À 441) ← NON..... 2
440C	Pourquoi n'avez-vous pas donné le premier lait jaune à (NOM)?	MAUVAIS POUR SANTÉ MÈRE 1 MAUVAIS POUR SANTÉ ENFANT 2 AUTRE..... 6 (PRÉCISER)	MAUVAIS POUR SANTÉ MÈRE 1 MAUVAIS POUR SANTÉ ENFANT 2 AUTRE..... 6 (PRÉCISER)
441	VÉRIFIER 404: ENFANT VIVANT?	EN VIE <input type="checkbox"/> DÉCÉDÉ <input type="checkbox"/> ↓ (PASSER À 443) ←	EN VIE <input type="checkbox"/> DÉCÉDÉ <input type="checkbox"/> ↓ (PASSER À 443) ←
442	Allaitez-vous encore (NOM)?	OUI..... 1 (PASSER À 445) ← NON..... 2	OUI..... 1 (PASSER À 445) ← NON..... 2
443	Pendant combien de mois avez-vous allaité (NOM) ?	MOIS..... <input type="text"/> <input type="text"/> NE SAIT PAS..... 98	MOIS..... <input type="text"/> <input type="text"/> NE SAIT PAS..... 98
444	VÉRIFIER 404: ENFANT EN VIE?	EN VIE <input type="checkbox"/> DÉCÉDÉ <input type="checkbox"/> ↓ (PASSER À 447) (RETOURNER À 405, COLONNE SUIVANTE, OU SI PLUS DE NAISSANCE, PASSER À 451)	EN VIE <input type="checkbox"/> DÉCÉDÉ <input type="checkbox"/> ↓ (PASSER À 447) (RETOURNER À 405, DERNIÈRE COLONNE DU NOUV. QUESTIONNAIRE, OU SI PLUS DE NAISSANCE, PASSER À 451)
445	Combien de fois avez-vous allaité la nuit dernière, entre le coucher et le lever du soleil? SI RÉPONSE NON NUMÉRIQUE, INSISTER POUR OBTENIR UN NOMBRE APPROXIMATIF	NOMBRE ALLAITEMENTS DE NUIT. <input type="text"/> <input type="text"/>	NOMBRE ALLAITEMENTS DE NUIT. <input type="text"/> <input type="text"/>
446	Hier, combien de fois avez-vous allaité pendant la journée? SI RÉPONSE NON NUMÉRIQUE, INSISTER POUR OBTENIR UN NOMBRE APPROXIMATIF.	NOMBRE ALLAITEMENTS DE JOUR <input type="text"/> <input type="text"/>	NOMBRE ALLAITEMENTS DE JOUR <input type="text"/> <input type="text"/>
447	Est-ce que (NOM) a bu quelque chose au biberon hier ou la nuit dernière?	OUI..... 1 NON..... 2 NE SAIT PAS..... 8	OUI..... 1 NON..... 2 NE SAIT PAS..... 8

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

SECTION 4B
VACCINATION ET SANTÉ

451	INSCRIRE LE NUMÉRO DE LIGNE, LE NOM, L'ÉTAT DE SURVIE DE CHAQUE NAISSANCE SURVENUE DEPUIS JANVIER 95. (S'IL Y A PLUS DE 2 NAISSANCES, UTILISER DERNIÈRE COLONNE DES QUESTIONNAIRES SUPPLÉMENTAIRES).		
452	NUMÉRO DE LIGNE DE Q.212	DERNIÈRE NAISSANCE NUMÉRO DE LIGNE <input type="text"/> <input type="text"/>	AVANT-DERNIÈRE NAISSANCE NUMÉRO DE LIGNE <input type="text"/> <input type="text"/>
453	SELON Q.212 ET Q.216	NOM _____	NOM _____
		VIVANT <input type="checkbox"/> DÉCÉDÉ <input type="checkbox"/> ↓ (ALLER À 453, COLONNE SUIVANTE OU, SI PLUS DE NAISSANCE ALLER À 481)	VIVANT <input type="checkbox"/> DÉCÉDÉ <input type="checkbox"/> ↓ (ALLER À 453, DERNIÈRE COLONNE DU NOUVEAU QUESTIONNAIRE OU SI PLUS DE NAISSANCES ALLER À 481)
455	Avez-vous un carnet de vaccination pour (NOM) ? SI OUI: Puis-je le voir, s'il vous plaît?	OUI, VU.....1 (PASSER À 457) <----- OUI, PAS VU2 (PASSER À 459) <----- PAS DE CARNET3	OUI, VU.....1 (PASSER À 457) <----- OUI, PAS VU2 (PASSER À 459) <----- PAS DE CARNET3
456	Avez-vous déjà eu un carnet de vaccination pour (NOM)?	OUI.....1 (PASSER À 459) <----- NON.....2	OUI.....1 (PASSER À 459) <----- NON.....2
457	(1) COPIER LES DATES DE VACCINATION POUR CHAQUE VACCIN, À PARTIR DU CARNET. (2) NOTER '44' DANS LA COLONNE 'JOUR' SI LE CARNET INDIQUE QU'UN VACCIN A ÉTÉ FAIT MAIS QUE LA DATE N'A PAS ÉTÉ REPORTÉE.		
		JOUR MOIS ANNÉE	JOUR MOIS ANNÉE
	BCG	BCG..... <input type="text"/>	BCG..... <input type="text"/>
	POLIO 0 (à la naissance)	P0..... <input type="text"/>	P0..... <input type="text"/>
	POLIO 1	P1..... <input type="text"/>	P1..... <input type="text"/>
	POLIO 2	P2..... <input type="text"/>	P2..... <input type="text"/>
	POLIO 3	P3..... <input type="text"/>	P3..... <input type="text"/>
	DTC 1	D1..... <input type="text"/>	D1..... <input type="text"/>
	DTC 2	D2..... <input type="text"/>	D2..... <input type="text"/>
	DTC 3	D3..... <input type="text"/>	D3..... <input type="text"/>
	TETRACOQ/PENTACOQ 1	T/P 1..... <input type="text"/>	T/P 1..... <input type="text"/>
	TETRACOQ/PENTACOQ 2	T/P 2..... <input type="text"/>	T/P 2..... <input type="text"/>
	TETRACOQ/PENTACOQ 3	T/P 3..... <input type="text"/>	T/P 3..... <input type="text"/>
	ROUGEOLE/ROUVAX/ROR	ROUG... <input type="text"/>	ROUG... <input type="text"/>
	FIÈVRE JAUNE	F JAUNE <input type="text"/>	F JAUNE <input type="text"/>

		DERNIÈRE NAISSANCE	AVANT-DERNIÈRE-NAISSANCE
		NOM _____	NOM _____
458	Est-ce que (NOM) a reçu des vaccinations qui ne sont pas inscrites sur ce carnet, y compris les vaccinations faites le jour d'une campagne nationale de vaccination? ENREGISTRER 'OUI' SEULEMENT SI L'ENQUÊTÉE MENTIONNE BCG, POLIO 0-3, DTC 1-3, TETRACOQ/PENTACOQ 1-3, ROUGEOLE ET/OU FIÈVRE JAUNE.	OUI 1 (INSISTER SUR LE TYPE DE <┐ VACCIN ET ÉCRIRE '66' DANS LA COL. CORRESPONDANT AU JOUR EN 457) _____ (PASSER À 463) <┐ NON 2 (PASSER À 463) <┐ NE SAIT PAS 8	OUI 1 (INSISTER SUR LE TYPE DE <┐ VACCIN ET ÉCRIRE '66' DANS LA COL. CORRESPONDANT AU JOUR EN 457) _____ (PASSER À 463) <┐ NON 2 (PASSER À 463) <┐ NE SAIT PAS 8
459	Est-ce que (NOM) a reçu des vaccinations pour lui éviter de contracter des maladies, y compris les vaccinations reçues le jour d'une campagne nationale de vaccination?	OUI 1 NON 2 (PASSER À 463) <┐ NE SAIT PAS 8	OUI 1 NON 2 (PASSER À 463) <┐ NE SAIT PAS 8
460	Dites-moi, s'il vous plaît, si (NOM) a reçu l'une des vaccinations suivantes:		
460A	La vaccination du BCG contre la tuberculose, c'est-à-dire une injection qui se fait généralement à la naissance dans la face interne de l'avant-bras gauche et qui laisse, généralement, une cicatrice?	OUI 1 NON 2 NE SAIT PAS 8	OUI 1 NON 2 NE SAIT PAS 8
460B	Le vaccin de la polio, c'est-à-dire généralement des gouttes dans la bouche?	OUI 1 NON 2 (PASSER À 460E) <┐ NE SAIT PAS 8	OUI 1 NON 2 (PASSER À 460E) <┐ NE SAIT PAS 8
460C	Quand le premier vaccin contre la polio a-t-il été donné, juste après la naissance ou plus tard?	JUSTE APRÈS LA NAISSANCE 1 PLUS TARD 2	JUSTE APRÈS LA NAISSANCE 1 PLUS TARD 2
460D	Combien de fois le vaccin de la polio a-t-il été donné?	NOMBRE DE FOIS <input type="text"/>	NOMBRE DE FOIS <input type="text"/>
460E	La vaccination du DTC, c'est-à-dire une injection faite généralement à l'épaule ou à la cuisse et donnée généralement en même temps que les gouttes contre la polio?	OUI 1 NON 2 (PASSER À 460G) <┐ NE SAIT PAS 8	OUI 1 NON 2 (PASSER À 460G) <┐ NE SAIT PAS 8
460F	Combien de fois?	NOMBRE DE FOIS <input type="text"/>	NOMBRE DE FOIS <input type="text"/>
460G	La vaccination du TETRACOQ ou du PENTACOQ, c'est-à-dire une injection achetée à la pharmacie et qui protège l'enfant contre plusieurs maladies à la fois?	OUI 1 NON 2 (PASSER À 460I) <┐ NE SAIT PAS 8	OUI 1 NON 2 (PASSER À 460I) <┐ NE SAIT PAS 8
460H	Combien de fois?	NOMBRE DE FOIS <input type="text"/>	NOMBRE DE FOIS <input type="text"/>
460I	Une injection contre la rougeole, appelée ROUVAX ou parfois ROR, faite à l'épaule ou à la cuisse et que l'on fait généralement à 9 mois?	OUI 1 NON 2 NE SAIT PAS 8	OUI 1 NON 2 NE SAIT PAS 8
460J	Une injection contre la fièvre jaune qui se fait au Centre de Vaccination International de Nkembo?	OUI 1 NON 2 NE SAIT PAS 8	OUI 1 NON 2 NE SAIT PAS 8

		DERNIÈRE NAISSANCE	AVANT-DERNIÈRE-NAISSANCE
		NOM _____	NOM _____
463	Est-ce que (NOM) a eu de la fièvre, à un moment quelconque, dans les deux dernières semaines ?	OUI 1 NON 2 (PASSER À 463F) <----- NE SAIT PAS 8	OUI 1 NON 2 (PASSER À 463F) <----- NE SAIT PAS 8
463A	Est-ce que (NOM) a de la fièvre en ce moment?	OUI 1 NON 2 NE SAIT PAS 8	OUI 1 NON 2 NE SAIT PAS 8
463B	Avez-vous demandé des conseils ou recherché un traitement pour la fièvre?	OUI 1 NON 2 (PASSER À 463D) <-----	OUI 1 NON 2 (PASSER À 463D) <-----
463C	Où avez-vous recherché des conseils ou un traitement? Quelque part ailleurs? ENREGISTRER TOUT CE QUI EST MENTIONNÉ.	SECTEUR PUBLIC HÔPITAL/CENTRE MÉDICAL/CENTRE SANTÉ A INFIRMERIE MILITAIRE B CENTRE DE SMI C DISPENSARE D CASE DE SANTÉ E PHARMACIE DE L'HOPITAL/CENTRE DE SANTÉ F SECTEUR PARA PUBLIC HÔPITAL DE LA CNSS G CENTRE MÉDICO-SOCIAL DE LA CNSS H PHARMACIE DE LA CNSS I SECTEUR MÉDICAL PRIVÉ CLINIQUE J CABINET DE MÉDECIN K CABINET DE SOINS/INFIRMERIE L PHARMACIE PRIVÉE M AUTRE SOURCE ACCOUCHEUSE TRADITION... N NGANGA/MARABOUT O BOUTIQUE/MARCHÉ P AUTRE X	SECTEUR PUBLIC HÔPITAL/CENTRE MÉDICAL/CENTRE SANTÉ A INFIRMERIE MILITAIRE B CENTRE DE SMI C DISPENSARE D CASE DE SANTÉ E PHARMACIE DE L'HOPITAL/CENTRE DE SANTÉ F SECTEUR PARA PUBLIC HÔPITAL DE LA CNSS G CENTRE MÉDICO-SOCIAL DE LA CNSS H PHARMACIE DE LA CNSS I SECTEUR MÉDICAL PRIVÉ CLINIQUE J CABINET DE MÉDECIN K CABINET DE SOINS/INFIRMERIE L PHARMACIE PRIVÉE M AUTRE SOURCE ACCOUCHEUSE TRADITION... N NGANGA/MARABOUT O BOUTIQUE/MARCHÉ P AUTRE X
463D	Est-ce que quelque chose a été donné à (NOM) pour traiter la fièvre?	OUI 1 NON 2 (PASSER À 463F) <----- NE SAIT PAS 8	OUI 1 NON 2 (PASSER À 463F) <----- NE SAIT PAS 8
463E	Qu'a-t-on donné pour traiter la fièvre? Quelque chose d'autre? ENREGISTRER TOUT CE QUI EST MENTIONNÉ.	CHLOROQUINE/NIVAQUINE A ARSIQUINOFORME B QUINIMAX C AUTRES ANTI-PALUDÉENS D MÉDICAMENT INDÉTERMINÉ E PLANTES DÉCOCTION F AUTRES X NE SAIT PAS Z	CHLOROQUINE/NIVAQUINE A ARSIQUINOFORME B QUINIMAX C AUTRES ANTI-PALUDÉENS D MÉDICAMENT INDÉTERMINÉ E PLANTES DÉCOCTION F AUTRES X NE SAIT PAS Z
463F	Est-ce que (NOM) dort d'habitude sous une moustiquaire ?	OUI 1 NON 2 NE SAIT PAS 8	OUI 1 NON 2 NE SAIT PAS 8
463G	Est-ce que (NOM) a dormi sous une moustiquaire la nuit dernière?	OUI 1 NON 2 NE SAIT PAS 8	OUI 1 NON 2 NE SAIT PAS 8
464	Est-ce que (NOM) a souffert de la toux, à un moment quelconque, au cours des deux dernières semaines	OUI 1 NON 2 (PASSER À 472) <----- NE SAIT PAS 8	OUI 1 NON 2 (PASSER À 472) <----- NE SAIT PAS 8

		DERNIÈRE NAISSANCE NOM _____	AVANT-DERNIÈRE-NAISSANCE NOM _____
465	Quand (NOM) souffrait de la toux, respirait-il/elle plus vite que d'habitude avec un souffle court et rapide?	OUI 1 NON 2 NE SAIT PAS 8	OUI 1 NON 2 NE SAIT PAS 8
467	Avez-vous demandé des conseils ou recherché un traitement pour la toux?	OUI 1 NON 2 (PASSER À 472) <-----	OUI 1 NON 2 (PASSER À 472) <-----
468	Où avez-vous recherché des conseils ou un traitement? Quelque part ailleurs? ENREGISTRER TOUT CE QUI EST MENTIONNÉ.	SECTEUR PUBLIC HÔPITAL/CENTRE MÉDICAL/CENTRE SANTÉ A INFIRMERIE MILITAIRE B CENTRE DE SMI C DISPENSARE D CASE DE SANTÉ E PHARMACIE DE L'HOPITAL/ CENTRE DE SANTÉ F SECTEUR PARA PUBLIC HÔPITAL DE LA CNSS G CENTRE MÉDICO-SOCIAL DE LA CNSS H PHARMACIE DE LA CNSS I SECTEUR MÉDICAL PRIVÉ CLINIQUE J CABINET DE MÉDECIN K CABINET DE SOINS/ INFIRMERIE L PHARMACIE PRIVÉE M AUTRE SOURCE ACCOUCHEUSE TRADITION ... N NGANGA/MARABOUT O BOUTIQUE/MARCHÉ P AUTRE X	SECTEUR PUBLIC HÔPITAL/CENTRE MÉDICAL/CENTRE SANTÉ A INFIRMERIE MILITAIRE B CENTRE DE SMI C DISPENSARE D CASE DE SANTÉ E PHARMACIE DE L'HOPITAL/ CENTRE DE SANTÉ F SECTEUR PARA PUBLIC HÔPITAL DE LA CNSS G CENTRE MÉDICO-SOCIAL DE LA CNSS H PHARMACIE DE LA CNSS I SECTEUR MÉDICAL PRIVÉ CLINIQUE J CABINET DE MÉDECIN K CABINET DE SOINS/ INFIRMERIE L PHARMACIE PRIVÉE M AUTRE SOURCE ACCOUCHEUSE TRADITION ... N NGANGA/MARABOUT O BOUTIQUE/MARCHÉ P AUTRE X
472	Est-ce-que (NOM) a eu la diarrhée au cours des deux dernières semaines?	OUI 1 NON 2 (PASSER À 480) <----- NE SAIT PAS 8	OUI 1 NON 2 (PASSER À 480) <----- NE SAIT PAS 8
472A	Y-avait-il du sang dans les selles?	OUI 1 NON 2 NE SAIT PAS 8	OUI 1 NON 2 NE SAIT PAS 8
473	Maintenant, je voudrais savoir quelle quantité de liquide (NOM) a reçu durant sa diarrhée. Lui avez-vous donné à boire moins que d'habitude, environ la même quantité ou plus que d'habitude ? SI MOINS, INSISTER: Lui avez-vous donné à boire beaucoup moins que d'habitude ou un peu moins que d'habitude?	BEAUCOUP MOINS 1 UN PEU MOINS 2 ENVIRON LA MÊME QUANTITÉ ... 3 PLUS 4 RIEN À BOIRE 5 NE SAIT PAS 8	BEAUCOUP MOINS 1 UN PEU MOINS 2 ENVIRON LA MÊME QUANTITÉ ... 3 PLUS 4 RIEN À BOIRE 5 NE SAIT PAS 8
474	Quand (NOM) a eu la diarrhée, lui avez-vous donné moins à manger que d'habitude, environ la même quantité, plus que d'habitude ou rien à manger du tout? SI MOINS, INSISTER: Lui avez-vous donné à manger beaucoup moins que d'habitude ou un peu moins que d'habitude?	BEAUCOUP MOINS 1 UN PEU MOINS 2 ENVIRON LA MÊME QUANTITÉ ... 3 PLUS 4 A STOPPÉ LA NOURITURE 5 N'A JAMAIS DONNÉ À MANGER ... 6 NE SAIT PAS 8	BEAUCOUP MOINS 1 UN PEU MOINS 2 ENVIRON LA MÊME QUANTITÉ ... 3 PLUS 4 A STOPPÉ LA NOURITURE 5 N'A JAMAIS DONNÉ À MANGER ... 6 NE SAIT PAS 8
475	Lui avez-vous donné l'une des choses suivantes à boire?	OUI NON NSP	OUI NON NSP

		DERNIÈRE NAISSANCE NOM _____	AVANT-DERNIÈRE-NAISSANCE NOM _____
a	Un liquide préparé à partir d'un sachet de SRO?	SACHET SRO 1 2 8	SACHET SRO..... 1 2 8
b	Une solution sucrée-salée?	SUCRÉ-SALÉ..... 1 2 8	SUCRÉ-SALÉ..... 1 2 8
476	Est-ce que quelque chose (d'autre) a été donné pour traiter la diarrhée?	OUI 1 NON..... 2 (PASSER À 478) <----- NE SAIT PAS..... 8	OUI..... 1 NON..... 2 (PASSER À 478) <----- NE SAIT PAS..... 8
477	Qu'a-t-on donné pour traiter la diarrhée? Quelque chose d'autre? ENREGISTRER TOUT CE QUI EST MENTIONNÉ.	COMPRIMÉ OU SIROP A INJECTION..... B PERFUSION INTRAVEINEUSE SONDE GASTRIQUE..... C PLANTES, DÉCOCTION..... D AUTRE X	COMPRIMÉ OU SIROP..... A INJECTION..... B PERFUSION INTRAVEINEUSE SONDE GASTRIQUE..... C PLANTES, DÉCOCTION..... D AUTRE X
478	Avez-vous recherché des conseils ou un traitement pour la diarrhée?	OUI 1 NON..... 2 (PASSER À 480) <-----	OUI..... 1 NON..... 2 (PASSER À 480) <-----
479	Où avez-vous recherché des conseils ou un traitement? Quelque part ailleurs? ENREGISTRER TOUT CE QUI EST MENTIONNÉ.	SECTEUR PUBLIC HÔPITAL/CENTRE MÉDICAL/CENTRE SANTÉ..... A INFIRMERIE MILITAIRE..... B CENTRE DE SMI..... C DISPENSARE..... D CASE DE SANTÉ..... E PHARMACIE DE L'HOPITAL/ CENTRE DE SANTÉ..... F SECTEUR PARA PUBLIC HÔPITAL DE LA CNSS..... G CENTRE MÉDICO-SOCIAL DE LA CNSS..... H PHARMACIE DE LA CNSS..... I SECTEUR MÉDICAL PRIVÉ CLINIQUE..... J CABINET DE MÉDECIN..... K CABINET DE SOINS/ INFIRMERIE..... L PHARMACIE PRIVÉE..... M AUTRE SOURCE ACCOUCHEUSE TRADITION... N NGANGA/MARABOUT..... O BOUTIQUE/MARCHÉ..... P AUTRE X	SECTEUR PUBLIC HÔPITAL/CENTRE MÉDICAL/CENTRE SANTÉ..... A INFIRMERIE MILITAIRE..... B CENTRE DE SMI..... C DISPENSARE..... D CASE DE SANTÉ..... E PHARMACIE DE L'HOPITAL/ CENTRE DE SANTÉ..... F SECTEUR PARA PUBLIC HÔPITAL DE LA CNSS..... G CENTRE MÉDICO-SOCIAL DE LA CNSS..... H PHARMACIE DE LA CNSS..... I SECTEUR MÉDICAL PRIVÉ CLINIQUE..... J CABINET DE MÉDECIN..... K CABINET DE SOINS/ INFIRMERIE..... L PHARMACIE PRIVÉE..... M AUTRE SOURCE ACCOUCHEUSE TRADITION... N NGANGA/MARABOUT..... O BOUTIQUE/MARCHÉ..... P AUTRE X
480		RETOURNER À 453 DANS COLONNE SUIVANTE OU, SI PLUS DE NAISSANCES, ALLER À 481.	RETOURNER À 453 (DERNIÈRE COLONNE DU NOUVEAU QUESTIONNAIRE) OU, SI PLUS DE NAISSANCES, ALLER À 481.
481	VÉRIFIER 475a TOUTES LES COLONNES: AUCUN ENFANT N'A REÇU DE SACHET DE SRO OU Q.475 NON POSÉE <input type="checkbox"/> UN ENFANT A REÇU DES SACHETS DE SRO <input type="checkbox"/> → 501		
482	Avez-vous déjà entendu parler d'un produit spécial appelé SRO que l'on peut obtenir pour traiter la diarrhée?	OUI 1 NON..... 2	

SECTION 5
MARIAGE ET ACTIVITÉ SEXUELLE

N°.	QUESTIONS ET FILTRES	CODES	ALLER À
501	Êtes-vous actuellement mariée ou vivez-vous actuellement avec un homme?	OUI, ACTUELLEMENT MARIÉE 1 OUI, VIT AVEC UN HOMME 2 NON, PAS EN UNION 3	→ 505
502	Avez-vous déjà été mariée ou avez-vous déjà vécu avec un homme?	OUI, A ÉTÉ MARIÉE 1 OUI, A VÉCU AVEC UN HOMME 2 NON 3	→ 507 → 514
504	Quelle est votre situation matrimoniale actuelle : êtes-vous veuve, divorcée ou séparée?	VEUVE 1 DIVORCÉE 2 SÉPARÉE 3	→ 507
505	Est-ce que votre mari/partenaire vit actuellement avec vous, ou vit-il ailleurs?	VIT AVEC ELLE 1 VIT AILLEURS 2	
506	ENREGISTRER LE NOM DU MARI/PARTENAIRE ET SON NUMÉRO DE LIGNE DE LA FEUILLE MÉNAGE. S'IL N'EST PAS LISTÉ DANS LE MÉNAGE, ENREGISTRER 000.	NOM _____ No DE LIGNE <input type="text"/>	
506A	Est-ce que votre mari/partenaire a d'autres épouses/femmes en plus de vous-même?	OUI 1 NON 2	→ 507
506B	Combien d'autres femmes a-t-il?	NOMBRE <input type="text"/> NE SAIT PAS 8	→ 507
506C	Êtes-vous la première, seconde, femme?	RANG <input type="text"/>	
507	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	
508	VÉRIFIER 507: MARIÉE/ A VÉCU AVEC UN HOMME SEUL. UNE FOIS <input type="text"/> ↓ En quel mois et quelle année avez-vous commencé à vivre avec votre mari/partenaire? MARIÉE/A VÉCU AVEC UN HOMME PLUS D'UNE FOIS <input type="text"/> ↓ Maintenant, nous allons parler de votre premier mari/partenaire. En quel mois et quelle année avez-vous commencé à vivre avec lui?	MOIS <input type="text"/> NE SAIT PAS LE MOIS 98 ANNÉE <input type="text"/> NE SAIT PAS L'ANNÉE 9998	→ 514
509	Quel âge aviez-vous lorsque vous avez commencé à vivre avec lui?	ÂGE <input type="text"/>	
514	Maintenant, je voudrais vous poser quelques questions sur votre activité sexuelle afin de mieux comprendre certains problèmes de la vie familiale? Quel âge aviez-vous quand vous avez eu vos premiers rapports sexuels (si vous en avez déjà eus)?	JAMAIS 00 ÂGE EN ANNÉES <input type="text"/> 1ère FOIS EN COMMENÇANT À ÊTRE AVEC (1er) MARI/PARTENAIRE 95	→ 524
514A	L'homme avec qui vous avez eu vos premiers rapports sexuels était-il plus jeune que vous, plus âgé que vous, beaucoup plus âgé que vous ou avait-il à peu près le même âge?	PLUS JEUNE 1 À PEU PRÈS MÊME ÂGE 2 PLUS ÂGÉ 3 BEAUCOUP PLUS ÂGÉ 4 NE SAIT PAS/NE SE SOUVIENT PAS 8	

N°.	QUESTIONS ET FILTRES	CODES	ALLER À																
515	Il y a combien de temps que vous avez eu vos derniers rapports sexuels ? ENREGISTRER EN 'NOMBRE D'ANNÉES' SEULEMENT SI LES DERNIERS RAPPORTS ONT EU LIEU IL Y A UN AN OU PLUS. SI 12 MOIS OU PLUS, LA RÉPONSE DOIT ÊTRE ENREGISTRÉE EN ANNÉES	NOMBRE DE JOURS 1 <table border="1" style="display: inline-table; vertical-align: middle;"><tr><td> </td><td> </td></tr><tr><td> </td><td> </td></tr></table> NOMBRE DE SEMAINES 2 <table border="1" style="display: inline-table; vertical-align: middle;"><tr><td> </td><td> </td></tr><tr><td> </td><td> </td></tr></table> NOMBRE DE MOIS 3 <table border="1" style="display: inline-table; vertical-align: middle;"><tr><td> </td><td> </td></tr><tr><td> </td><td> </td></tr></table> NOMBRE D'ANNÉES 4 <table border="1" style="display: inline-table; vertical-align: middle;"><tr><td> </td><td> </td></tr><tr><td> </td><td> </td></tr></table>																	→524
516	La dernière fois que vous avez eu des rapports sexuels, est-ce qu'une capote a été utilisée?	OUI..... 1 NON 2	→517																
516A	Quelle est la raison principale pour laquelle vous avez utilisé une capote à cette occasion?	ENQUÊTÉE VEUT ÉVITER MST/SIDA..... 1 ENQ. VEUT ÉVITER GROSSESSE 2 ENQ. VEUT ÉVITER À LA FOIS MST/SIDA ET GROSSESSE 3 N'AVAIT PAS CONFIANCE DANS PARTENAIRE /SOUPÇONNE PARTENAIRE D'AVOIR D'AUTRES PARTENAIRES 4 PARTENAIRE A DEMANDÉ/INSISTÉ..... 5 AUTRE 6 NE SAIT PAS..... 8																	
517	Quelle est votre relation avec l'homme avec qui vous avez eu vos derniers rapports sexuels? SI "FIANCÉ", "AMI", "PARTENAIRE", DEMANDER: Votre fiancé/ami/partenaire vivait-il avec vous quand vous avez eu vos derniers rapports sexuels avec lui? SI "OUI", ENREGISTRER '1', SI "NON", ENREGISTRER '2'	C'EST MON MARI/PARTENAIRE 1 C'EST MON AMI/FIANCÉ 2 C'EST UN AUTRE AMI 3 C'EST RENCONTRE OCCASIONNEL 4 C'EST UN PARENT 5 C'EST UN CLIENT (PROSTITUTION)..... 6 AUTRE 7	→519																
518	Depuis combien de temps avez-vous des relations sexuelles avec cet homme? OU Pendant combien de temps avez-vous des relations sexuelles avec cet homme?	JOURS 1 <table border="1" style="display: inline-table; vertical-align: middle;"><tr><td> </td><td> </td></tr><tr><td> </td><td> </td></tr></table> SEMAINES 2 <table border="1" style="display: inline-table; vertical-align: middle;"><tr><td> </td><td> </td></tr><tr><td> </td><td> </td></tr></table> MOIS 3 <table border="1" style="display: inline-table; vertical-align: middle;"><tr><td> </td><td> </td></tr><tr><td> </td><td> </td></tr></table> ANNÉES 4 <table border="1" style="display: inline-table; vertical-align: middle;"><tr><td> </td><td> </td></tr><tr><td> </td><td> </td></tr></table>																	
519	Au cours des 12 derniers mois, avez-vous eu des rapports sexuels avec quelqu'un d'autre?	OUI..... 1 NON 2	→523A																
520	La dernière fois que vous avez eu des rapports sexuels avec un autre homme, est-ce qu'une capote a été utilisée?	OUI..... 1 NON 2	→521																
520A	Quelle est la raison principale pour laquelle vous avez utilisé une capote à cette occasion?	ENQUÊTÉE VEUT ÉVITER MST/SIDA..... 1 ENQ. VEUT ÉVITER GROSSESSE 2 ENQ. VEUT ÉVITER À LA FOIS MST/SIDA ET GROSSESSE 3 N'AVAIT PAS CONFIANCE DANS PARTENAIRE /SOUPÇONNE PARTENAIRE D'AVOIR D'AUTRES PARTENAIRES 4 PARTENAIRE A DEMANDÉ/INSISTÉ..... 5 AUTRE 6 NE SAIT PAS..... 8																	

N°.	QUESTIONS ET FILTRES	CODES	ALLER À
521	Quelle est votre relation avec cet homme avec qui vous avez eu des rapports sexuels? SI "FIANCÉ", "AMI", "PARTENAIRE", DEMANDER: Votre fiancé/ami/partenaire vivait-il avec vous quand vous avez eu les derniers rapports sexuels avec lui? SI "OUI", ENREGISTRER '1', SI "NON", ENREGISTRER '2'	C'EST MON MARI/PARTENAIRE 1 C'EST MON AMI/FIANCÉ 2 C'EST UN AUTRE AMI 3 C'EST RENCONTRE OCCASIONNEL 4 C'EST UN PARENT 5 C'EST UN CLIENT (PROSTITUTION)..... 6 AUTRE 7	→522A
522	Depuis combien de temps avez-vous des relations sexuelles avec cet homme? OU Pendant combien de temps avez-vous des relations sexuelles avec cet homme?	JOURS 1 SEMAINES 2 MOIS 3 ANNÉES 4	
522A	Mis à part ces deux hommes, avez-vous eu des relations sexuelles avec quelqu'un d'autre au cours des 12 derniers mois ?	OUI 1 NON 2	→523
522B	La dernière fois que vous avez eu des rapports sexuels avec cet autre homme, est-ce qu'une capote a été utilisée?	OUI 1 NON 2	→522D
522C	Quelle est la raison principale pour laquelle vous avez utilisé une capote à cette occasion?	ENQUÊTÉE VEUT ÉVITER MST/SIDA..... 1 ENQ. VEUT ÉVITER GROSSESSE 2 ENQ. VEUT ÉVITER À LA FOIS MST/SIDA ET GROSSESSE 3 N'AVAIT PAS CONFIANCE DANS PARTENAIRE /SOUPÇONNE PARTENAIRE D'AVOIR D'AUTRES PARTENAIRES 4 PARTENAIRE A DEMANDÉ/INSISTÉ..... 5 AUTRE 6 NE SAIT PAS 8	
522D	Quelle est votre relation avec cet autre homme avec qui vous avez eu des rapports sexuels? SI "FIANCÉ", "AMI", "PARTENAIRE", DEMANDER: Votre fiancé/ami/partenaire vivait-il avec vous quand vous avez eu les derniers rapports sexuels avec lui? SI "OUI", ENREGISTRER '1', SI "NON", ENREGISTRER '2'	C'EST MON MARI/PARTENAIRE 1 C'EST MON AMI/FIANCÉ 2 C'EST UN AUTRE AMI 3 C'EST RENCONTRE OCCASIONNEL 4 C'EST UN PARENT 5 C'EST UN CLIENT (PROSTITUTION)..... 6 AUTRE 7	→523
522E	Depuis combien de temps avez-vous des relations sexuelles avec cet homme? OU Pendant combien de temps avez-vous des relations sexuelles avec cet homme?	JOURS 1 SEMAINES 2 MOIS 3 ANNÉES 4	
523	En tout, avec combien d'hommes différents avez-vous eu des relations sexuelles au cours des 12 derniers mois?	NOMBRE DE PARTENAIRES.....	
523A	Vous est-il déjà arrivé de recevoir de l'argent, des cadeaux ou des faveurs en échange de rapports sexuels?	OUI 1 NON 2	→524
523B	La dernière fois que vous avez eu des rapports sexuels en échange d'argent, de cadeaux ou de faveurs, est-ce qu'une capote a été utilisée?	OUI 1 NON 2	

N°.	QUESTIONS ET FILTRES	CODES	ALLER À
524	Connaissez-vous un endroit où l'on peut se procurer des capotes?	OUI..... 1 NON 2	→526
525	Où est-ce? INSISTER: Aucun autre endroit? ENREGISTRER TOUT CE QUI EST MENTIONNÉ.	SECTEUR PUBLIC HÔPITAL/CENTRE MÉDICAL/ CENTRE DE SANTÉ..... A INFIRMERIE MILITAIRE..... B CENTRE DE SMI..... C DISPENSARE..... D CASE DE SANTÉ..... E PHARMACIE DE L'HOPITAL/ CENTRE SANTÉ..... F SECTEUR PARA-PUBLIC HÔPITAL DE LA CNSS..... G CENTRE MÉDICO-SOCIAL CNSS..... H PHARMACIE DE LA CNSS..... I SECTEUR MÉDICAL PRIVÉ CLINIQUE PRIVÉE..... J CABINET MÉDECIN PRIVÉ..... K CABINET SOINS/INFIRMERIE..... L PHARMACIE PRIVÉE..... M MARCHÉ/BOUTIQUE/ÉTALAGE..... N KIOSQUE PMUG..... O AMIS/PARENTS..... P AUTRE ENDROIT..... X	
526	VÉRIFIER 524: <div style="display: flex; justify-content: space-around; align-items: center;"> <div style="text-align: center;"> <p>CONNAÎT UNE SOURCE</p> <p>↓</p> <p>Si vous le souhaitez, seriez-vous prête à vous procurer vous même une capote?</p> </div> <div style="text-align: center;"> <p>NE CONNAÎT PAS DE SOURCE</p> <p>↓</p> <p>Si vous le souhaitez et si vous saviez où aller, seriez-vous prête à vous procurer vous même une capote?</p> </div> </div>	OUI..... 1 NON 2 NE SAIT PAS/N'EST PAS SÛRE 8	

SECTION 6

PRÉFÉRENCES EN MATIÈRE DE FÉCONDITÉ

N°	QUESTIONS ET FILTRES	CODES	ALLER À
601	VÉRIFIER 311: NI LUI NI ELLE STÉRILISÉ <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> OU Q.311 NON POSÉE <input type="checkbox"/>	LUI OU ELLE STÉRILSÉ <input type="checkbox"/>	→614
602	VÉRIFIER 226: PAS ENCEINTE OU PAS SÛRE <input type="checkbox"/> Maintenant j'ai quelques questions au sujet de l'avenir. Voudriez-vous avoir un (un autre) enfant, ou préféreriez-vous ne pas avoir d'(autre) enfant?	ENCEINTE <input type="checkbox"/> Maintenant j'ai quelques questions au sujet de l'avenir. Après l'enfant que vous attendez, voudriez-vous avoir un autre enfant, ou préféreriez-vous ne pas avoir d'autre enfant?	AVOIR UN (AUTRE) ENFANT1 PAS D'AUTRE/AUCUN2 →604 DIT QU'ELLE NE PEUT PAS TOMBER ENCEINTE3 →614 INDÉCISE/NE SAIT PAS ET ENCEINTE4 →610 INDÉCISE/ NE SAIT PAS ET PAS ENCEINTE/PAS SÛRE5 →608
603	VÉRIFIER 226: PAS ENCEINTE OU PAS SÛRE <input type="checkbox"/> Combien de temps voudriez-vous attendre à partir de maintenant avant la naissance d'un (autre) enfant?	ENCEINTE <input type="checkbox"/> Après la naissance de l'enfant que vous attendez, combien de temps voudriez-vous attendre avant la naissance d'un autre enfant?	MOIS 1 <input type="text"/> ANNÉES 2 <input type="text"/> BIENTÔT/MAINTENANT993 →609 DIT PEUT PAS TOMBER ENCEINTE ...994 →614 APRÈS MARIAGE995 AUTRE 996 } →609 NE SAIT PAS998
604	VÉRIFIER 226: PAS ENCEINTE OU PAS SÛRE <input type="checkbox"/> Combien de temps voudriez-vous attendre à partir de maintenant avant la naissance d'un (autre) enfant?	ENCEINTE <input type="checkbox"/>	→610
605	VÉRIFIER 310: UTILISE UNE MÉTHODE? NON POSÉE <input type="checkbox"/> NON, N'UTILISE PAS ACTUELLEMENT <input type="checkbox"/> OUI, UTILISE ACTUELLEMENT <input type="checkbox"/>		→608
606	VÉRIFIER 603: NON POSÉE <input type="checkbox"/> 24 MOIS OU PLUS OU 2 ANS OU PLUS <input type="checkbox"/> 00-23 MOIS OU 00-01ANNÉE <input type="checkbox"/>		→610

N°	QUESTIONS ET FILTRES	CODES	ALLER À
607	<p>VÉRIFIER 602:</p> <p>VEUT UN/UN AUTRE ENFANT <input type="checkbox"/></p> <p>NE VEUT PAS D'(AUTRE) ENFANT <input type="checkbox"/></p> <p>Vous avez dit que, dans l'immédiat, vous ne voulez pas avoir (un/un autre) enfant, mais vous n'utilisez pas de méthode pour éviter une grossesse. Pouvez-vous me dire pourquoi?</p> <p>Vous avez dit que vous ne voulez pas d'(autre) enfant, mais vous n'utilisez pas de méthode pour éviter une grossesse. Pouvez-vous me dire pourquoi?</p> <p>ENREGISTRER TOUT CE QUI EST MENTIONNÉ.</p>	<p>NON MARIÉE A</p> <p>PAS DE RAPPORTS SEXUELS..... B</p> <p>RAP. SEXUELS PEU FRÉQUENTS..... C</p> <p>MÉNOPAUSE//HYSTÉRECTOMIE..... D</p> <p>SOUS-FÉCONDE/STÉRILE E</p> <p>AMÉNORRÉE POSTPARTUM F</p> <p>ALLAITEMENT..... G</p> <p>FATALISTE H</p> <p>ENQUÊTÉE OPPOSÉE..... I</p> <p>MARI/PARTENAIRE OPPOSÉ J</p> <p>AUTRES PERSONNES OPPOSÉES K</p> <p>INTERDITS RELIGIEUX L</p> <p>CONNAÎT AUCUNE MÉTHODE..... M</p> <p>CONNAÎT AUCUN ENDROIT OÙ SE PROCURER..... N</p> <p>PROBLÈMES DE SANTÉ..... O</p> <p>PEUR DES EFFETS SECONDAIRES..... P</p> <p>PAS ACCESSIBLE/TROP LOIN..... Q</p> <p>TROP CHER..... R</p> <p>PAS PRATIQUE À UTILISER..... S</p> <p>INTERFÈRE AVEC DES FONCTIONS NORMALES DU CORPS..... T</p> <p>AUTRE X</p> <p>NE SAIT PAS Z</p>	
608	<p>Dans les semaines qui viennent, si vous découvriez que vous êtes enceinte, cela serait-il un problème important, un petit problème ou cela ne vous poserait-il aucun problème?</p>	<p>PROBLÈME IMPORTANT1</p> <p>PETIT PROBLÈME.....2</p> <p>AUCUN PROBLÈME3</p> <p>DIT PEUT PAS TOMBER ENCEINTE/ N'A PAS DE RAPPORTS SEX.....4</p>	
609	<p>VÉRIFIER 310: UTILISE UNE MÉTHODE?</p> <p>NON POSÉE <input type="checkbox"/> NON, N'UTILISE PAS ACTUELLEMENT <input type="checkbox"/> OUI, UTILISE ACTUELLEMENT <input type="checkbox"/></p>		→614
610	<p>Pensez-vous que, dans l'avenir, vous utiliserez une méthode pour retarder ou éviter une grossesse?</p>	<p>OUI.....1</p> <p>NON.....2</p> <p>NE SAIT PAS.....8</p>	→612
611	<p>Quelle méthode préféreriez-vous utiliser?</p>	<p>STÉRILISATION FÉMININE01</p> <p>STÉRILISATION MASCULINE02</p> <p>PILULE.....03</p> <p>DIU04</p> <p>INJECTIONS.....05</p> <p>IMPLANTS06</p> <p>CONDOM.....07</p> <p>CONDOM FÉMININ08</p> <p>DIAPHRAGME.....09</p> <p>MOUSSE/GELÉE.....10</p> <p>MAMA/MÉTHODE ALLAITEMENT.....11</p> <p>CONTINENCE PÉRIODIQUE.....12</p> <p>RETRAIT.....13</p> <p>AUTRE96</p> <p>PAS SÛRE/NE SAIT PAS ENCORE98</p>	→614

N°	QUESTIONS ET FILTRES	CODES	ALLER À																		
617A	À votre avis, est-il acceptable ou inacceptable de parler de planification familiale: a) À la radio ? b) À la télévision? c) Dans les journaux? d) Sur des affiches? e) Dans les lieux de culte?	<table border="0"> <tr> <td></td> <td>ACCEP- TABLE</td> <td>IN- ACCEP- TABLE</td> </tr> <tr> <td>À LA RADIO</td> <td>1</td> <td>2</td> </tr> <tr> <td>À LA TV</td> <td>1</td> <td>2</td> </tr> <tr> <td>DANS LES JOURNAUX.....</td> <td>1</td> <td>2</td> </tr> <tr> <td>SUR DES AFFICHES</td> <td>1</td> <td>2</td> </tr> <tr> <td>LIEUX DE CULTÉ</td> <td>1</td> <td>2</td> </tr> </table>		ACCEP- TABLE	IN- ACCEP- TABLE	À LA RADIO	1	2	À LA TV	1	2	DANS LES JOURNAUX.....	1	2	SUR DES AFFICHES	1	2	LIEUX DE CULTÉ	1	2	
	ACCEP- TABLE	IN- ACCEP- TABLE																			
À LA RADIO	1	2																			
À LA TV	1	2																			
DANS LES JOURNAUX.....	1	2																			
SUR DES AFFICHES	1	2																			
LIEUX DE CULTÉ	1	2																			
618	VÉRIFIER 501: ACTUELLEMENT <input type="checkbox"/> MARIÉE/VIT AVEC UN HOMME <input type="checkbox"/>	ACTUELLEMENT <input type="checkbox"/> PAS EN UNION <input type="checkbox"/>	→623																		
619	Maintenant je voudrais vous parler des opinions de votre mari/partenaire en matière de planification familiale. Pensez-vous que votre mari/partenaire est d'accord ou n'est pas d'accord avec les couples qui utilisent une méthode pour éviter une grossesse?	D'ACCORD1 PAS D'ACCORD2 NE SAIT PAS/PAS SÛRE8																			
620	Combien de fois, au cours des 12 derniers mois, avez-vous parlé de la planification familiale avec votre mari/partenaire?	AUCUNE FOIS/JAMAIS.....1 UNE OU DEUX FOIS.....2 PLUS SOUVENT3																			
621	VÉRIFIER 311: NI LUI NI ELLE <input type="checkbox"/> STÉRILISÉ <input type="checkbox"/> OU Q.311 NON POSÉE <input type="checkbox"/>	LUI OU ELLE <input type="checkbox"/> STÉRILISÉ <input type="checkbox"/>	→623																		
622	Pensez-vous que votre mari/partenaire veut le même nombre d'enfants que vous, en veut davantage que vous ou en veut moins que vous?	MÊME NOMBRE.....1 PLUS D'ENFANTS.....2 MOINS D'ENFANTS3 NE SAIT PAS8																			
623	À votre avis, qui, dans un couple, devrait prendre la décision d'utiliser une méthode contraceptive: l'homme ou la femme?	HOMME1 FEMME2 LES DEUX ENSEMBLE.....3 QUELQU'UN D'AUTRE.....4 NE SAIT PAS8																			
624	À votre avis, qui, dans un couple, prend généralement la décision d'utiliser une méthode contraceptive: l'homme ou la femme?	HOMME1 FEMME2 LES DEUX ENSEMBLE.....3 QUELQU'UN D'AUTRE.....4 NE SAIT PAS8																			

SECTION 7
CARACTÉRISTIQUES DU CONJOINT ET TRAVAIL DE LA FEMME

N°	QUESTIONS ET FILTRES	CODES	ALLER À
701	<p>VÉRIFIER 501 ET 502:</p> <p>ACTUELLEMENT MARIÉE OU VIT AVEC UN HOMME <input type="checkbox"/></p> <p>A ÉTÉ MARIÉE OU A VÉCU AVEC UN HOMME <input type="checkbox"/></p> <p>"NON" À Q.501 ET 502 JAMAIS ÉTÉ EN UNION <input type="checkbox"/></p>		<p>→703</p> <p>→707</p>
702	Quel âge a eu votre mari/partenaire à son dernier anniversaire?	ÂGE EN ANNÉES RÉVOLUES... <input type="text"/>	
703	Est-ce que votre (dernier) mari/partenaire a fréquenté l'école?	OUI..... 1 NON..... 2	→706
704	Quel est le plus haut niveau d'études qu'il a atteint : Primaire, secondaire ou supérieur?	PRIMAIRE1 SECONDAIRE 1er CYCLE2 SECONDAIRE 2 nd CYCLE.....3 SUPÉRIEUR..... 4 NE SAIT PAS..... 8	→706
705	Quelle est la dernière (classe/année) qu'il a achevé à ce niveau?*	CLASSE/ANNÉE <input type="text"/> NE SAIT PAS..... 8	
706	<p>VÉRIFIER 701:</p> <p>ACTUEL.MARIÉE/VIT AVEC UN HOMME <input type="checkbox"/></p> <p>A ÉTÉ EN UNION <input type="checkbox"/></p> <p>Quelle est l'occupation principale de votre mari/partenaire? C'est-à-dire, quel genre de travail fait-il principalement?</p> <p>Quelle était l'occupation principale de votre (dernier) mari/partenaire? C'est-à-dire, quel genre de travail faisait-il principalement?</p> <p>(NOTER LA PROFESSION ET L'ÉTABLISSEMENT DANS LEQUEL LA PERSONNE TRAVAILLE)</p> <p>DÉTERMINER LE SECTEUR D'ACTIVITÉ ET ENCERCLER LE CODE APPROPRIÉ</p>	<p>AGRICULTURE 11</p> <p>INDUSTRIE/BATIMENT- TRAVAUX PUBLICS 12</p> <p>COMMERCE..... 13</p> <p>SERVICES ET ADMINISTRATION PUBLIQUE..... 14</p> <p>ÉLÈVE/ÉTUDIANT 21</p> <p>RECHERCHE 1er EMPLOI 22</p> <p>CHÔMEUR 23</p> <p>INACTIF (RETRAITÉ/RENTIER/...) 24</p> <p>AUTRE..... 66</p> <p>NE SAIT PAS..... 98</p>	<p>→707</p> <p>→707</p>
706A	<p>À PARTIR DE Q.706:</p> <p>DÉTERMINER LA CATÉGORIE SOCIO-PROFESSIONNELLE ET ENCERCLER LE CODE APPROPRIÉ</p>	<p>SALARIÉ</p> <p>PERSONNEL DE DIRECTION 11</p> <p>CADRE SUPÉRIEUR/INGÉNIEUR 12</p> <p>CADRE MOYEN/AGENT DE MAITRISE 13</p> <p>EMPLOYÉ/OUVRIER QUALIFIÉ..... 14</p> <p>EMPLOYÉ/OUVRIER NON QUALIFIÉ..... 15</p> <p>MANOEUVRE..... 16</p> <p>NON SALARIÉ</p> <p>PATRON (PETITE ENTREPRISE)..... 21</p> <p>TRAVAILLEUR À PROPRE COMPTE (INDÉPENDANT 22</p> <p>APPRENTI 23</p> <p>AIDE FAMILIAL 24</p> <p>AUTRE 66</p> <p>NE SAIT PAS/INDÉTERMINÉ 98</p>	

*** CODES POUR Q. 705

NIVEAU	PRIMAIRE= 1	SECONDAIRE 1er CYCLE/ COLLÈGE ENSEIGNE. TECHNIQUE=2	SECONDAIRE 2 nd CYCLE/ LYCÉE ENSEIGNE. TECHNIQUE=3	SUPÉRIEUR=4
CLASSE	0= MOINS D'1 AN ACHÉVÉ 1= CP1 4= CE2 2= CP2 5= CM1 3= CE1 6= CM2	0= MOINS 1 AN ACHÉVÉ 1= 6è / 1è An. 2= 5è / 2è An. 3= 4è / 3è An. 4= 3è / 4è An.	0= MOINS 1 AN ACHÉVÉ 1= 2nde / 1è An. 2= 1ère / 2è An. 3= Terminale / 3è An.	0= MOINS 1 AN ACH. 1= 1è année. 2= 2è année 3= 3è année 4= 4è année ou +

N°	QUESTIONS ET FILTRES	CODES	ALLER À
707	En dehors de votre travail domestique, est-ce que vous travaillez actuellement?	OUI..... 1 NON 2	→710
708	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 en ce moment quelque chose de ce genre ou un quelconque autre travail?	OUI..... 1 NON 2	→710
709	Avez-vous fait un travail quelconque au cours des 12 derniers mois?	OUI..... 1 NON 2	→720
710	Quelle est votre occupation principale, c'est-à-dire, quel genre de travail faites-vous principalement? (NOTER LA PROFESSION ET L'ÉTABLISSEMENT DANS LEQUEL LA FEMME TRAVAILLE) DÉTERMINER LE SECTEUR D'ACTIVITÉ ET ENCERCLER LE CODE APPROPRIÉ	AGRICULTURE 11 INDUSTRIE/BATIMENT- TRAVAUX PUBLICS 12 COMMERCE..... 13 SERVICES ET ADMINISTRATION PUBLIQUE..... 14 AUTRE..... 66 INDÉTERMINÉ 98	
710A	À PARTIR DE Q.710: DÉTERMINER LA CATÉGORIE SOCIO-PROFESSIONNELLE ET ENCERCLER LE CODE APPROPRIÉ	SALARIÉ PERSONNEL DE DIRECTION 11 CADRE SUPÉRIEUR/INGÉNIEUR 12 CADRE MOYEN/AGENT DE MAITRISE 13 EMPLOYÉ/OUVRIER QUALIFIÉ..... 14 EMPLOYÉ/OUVRIER NON QUALIFIÉ..... 15 MANOEUVRE 16 NON SALARIÉ PATRON (PETITE ENTREPRISE)..... 21 TRAVAILLEUR À PROPRE COMPTE (INDÉPENDANT 22 APPRENTI..... 23 AIDE FAMILIAL 24 AUTRE 66 INDÉTERMINÉ 98	
711	VÉRIFIER 710: TRAVAILLE DANS AGRICULTURE <input type="checkbox"/> NE TRAVAILLE PAS DANS AGRICULTURE <input type="checkbox"/>		→713
712	Travaillez-vous principalement sur votre propre terre, ou sur la terre de votre famille, ou travaillez-vous sur une terre que vous louez ou payez, ou travaillez vous sur la terre de quelqu'un d'autre? SI 'PÊCHEUR', ENCERCLER LE CODE '6'	PROPRE TERRE..... 1 TERRE DE LA FAMILLE 2 TERRE LOUÉE/PAYÉE..... 3 TERRE DE QUELQU'UN D'AUTRE 4 PÊCHEUR 6	
713	Faites-vous ce travail pour un membre de votre famille, pour quelqu'un d'autre, ou êtes-vous à votre compte?	POUR UN MEMBRE DE LA FAMILLE 1 POUR QUELQU'UN D'AUTRE 2 À SON COMPTE 3	
714	Travaillez-vous habituellement toute l'année, de manière saisonnière, ou seulement de temps en temps?	TOUTE L'ANNÉE..... 1 SAISONNIER/PARTIE DE L'ANNÉE..... 2 TEMPS EN TEMPS 3	
715	Pour ce travail, touchez-vous de l'argent, êtes-vous payée en nature ou n'êtes-vous pas du tout payée?	ARGENT SEULEMENT 1 ARGENT ET NATURE..... 2 EN NATURE SEULEMENT 3 PAS PAYÉE..... 4	→718

N°	QUESTIONS ET FILTRES	CODES	ALLER À
716	Qui décide principalement comment l'argent que vous gagnez va être utilisé?	ENQUÊTÉE ELLE-MÊME 1 MARI/PARTENAIRE 2 ENQUÊTÉE ET MARI/PARTENAIRE ENSEMBLE 3 QUELQU'UN D'AUTRE 4 ENQUÊTÉE ET QUELQU'UN D'AUTRE ENSEMBLE 5	
717	En général, quelle part des dépenses de votre ménage est payée par ce que vous gagnez : rien, presque rien, une partie, la totalité ou presque la totalité?	RIEN 1 PRESQUE RIEN..... 2 UNE PARTIE 3 TOTALITÉ/PRESQUE TOTALITÉ 4	
718	VÉRIFIER 217 ET 218: A-T-ELLE UN ENFANT DE 5 ANS OU MOINS VIVANT AVEC ELLE? OUI <input type="checkbox"/> NON <input type="checkbox"/>		→801
719	Qui s'occupe habituellement de (NOM DU PLUS JEUNE ENFANT À LA MAISON) pendant que vous travaillez?	ENQUÊTÉE ELLE-MÊME 01 MARI/PARTENAIRE 02 ENFANT - FILLE PLUS ÂGÉE 03 ENFANT - GARÇON PLUS ÂGÉ..... 04 AUTRES PARENTS 05 VOISIN(E)/AMI(E)S 06 DOMESTIQUE..... 07 ENFANT VA À L'ÉCOLE/AU JARDIN D'ENFANTS/CRÈCHE 08 N'A PAS TRAVILLÉ DEPUIS LA DERNIÈRE NAISSANCE 09 AUTRE..... 96	→801
720	Êtes-vous à la recherche d'un emploi?	OUI..... 1 NON 2	

SECTION 8
SIDA ET AUTRES MALADIES SEXUELLEMENT TRANSMISSIBLES

N°.	QUESTIONS ET FILTRES	CODES	ALLER À
801	Maintenant, je voudrais vous parler de quelque chose d'autre. Avez-vous déjà entendu parler d'une maladie appelée SIDA?	OUI1 NON2	→ 818
801A	De quelles sources d'informations avez-vous le plus appris sur le SIDA? INSISTER: Aucune autre source? ENREGISTRER TOUT CE QUI EST MENTIONNÉ.	RADIO A TÉLÉVISION B JOURNAUX/MAGAZINES C DÉPLIANTS/PROSPECTUS D AFFICHES E ÉTABLISSEMENT/PERSONNEL DE SANTÉ F ÉGLISE/TEMPLES/MOSQUÉE G ÉCOLE/PROFESSEURS H LIEU DE TRAVAIL I RÉUNION D'ASSOCIATION J MARI/PARTENAIRE K PARENTS L AMIS M AUTRE X	
801B	Si vous vouliez plus d'information sur le SIDA, d'où ou de qui souhaiteriez-vous obtenir ces informations? SI PLUSIEURS SOURCES SONT CITÉES, DEMANDER QUELLE EST LA SOURCE PRÉFÉRÉE ET ENCERCLER LE CODE APPROPRIÉ.	RADIO 11 TÉLÉVISION 12 JOURNAUX/MAGAZINES 13 DÉPLIANTS/PROSPECTUS 14 AFFICHES 15 ÉTABLISSEMENT/PERSONNEL DE SANTÉ 21 ÉGLISE/TEMPLES/MOSQUÉE 22 ÉCOLE/PROFESSEURS 23 LIEU DE TRAVAIL 24 RÉUNION D'ASSOCIATION 25 MARI/PARTENAIRE 31 PARENTS 32 AMIS 33 ASSEZ INFORMÉ 95 AUTRE 96	
802	Y a-t-il quelque chose qu'une personne peut faire pour éviter de contracter le SIDA ou le virus qui cause le SIDA?	OUI 1 NON 2 NE SAIT PAS 8	↑ ↓ 809
803	Que peut-on faire? INSISTER: Quelque chose d'autre? ENREGISTRER TOUT CE QUI EST MENTIONNÉ.	SE PROTÉGER/PROTÉGER SES RAPPORTS A S'ABSTENIR DE RAPPORTS SEX. B UTILISER DES CAPOTES C LIMITER RAPPORTS SEX. À UN PARTENAIRE /RESTER FIDÈLE À UN SEUL PARTENAIRE D LIMITER LE NOMBRE DE PARTE- NAIRES SEXUELS E DEMANDER AU PARTENAIRE D'ÊTRE FIDÈLE F ÉVITER RAP. SEX. PROSTITUÉES G ÉVITER RAP. SEX. AVEC HOMMES AYANT BEAUCOUP PARTENAIRE... H ÉVITER RAP. SEX. HOMOSEXUELS I ÉVITER RAP. SEX. AVEC PERSON. QUI ONT INJECTIONS DROGUES ... J ÉVITER TRANSFUSIONS SANG K ÉVITER INJECTIONS L ÉVITER D'EMBRASSER M ÉVITER PIQÛRES MOUSTIQUES N RECHERCHER PROTECTION NGANGA/GRIS-GRIS O ÉVITER PARTAGER RASOIRS/LAMES .. P AUTRE X (PRÉCISER) NE SAIT PAS Z	

N°.	QUESTIONS ET FILTRES	CODES	ALLER À
803A	VÉRIFIER 803: A CITÉ "SE PROTÉGER/ PROTÉGER SES RAPPORTS" <input type="checkbox"/> ✓	N'A PAS CITÉ "SE PROTÉGER/PROTÉGER • SES RAPPORTS" <input type="checkbox"/>	>804
803B	Qu'est ce que "se protéger" / "protéger ses rapports" signifie pour vous? ENREGISTRER TOUT CE QUI EST MENTIONNÉ.	S'ABSTENIR DE RAPPORTS SEX. B UTILISER DES CAPOTES C LIMITER RAPPORTS SEX. À UN PARTENAIRE /RESTER FIDÈLE À UN SEUL PARTENAIRE D LIMITER LE NOMBRE DE PARTE- NAIRES SEXUELS E DEMANDER AU PARTENAIRE D'ÊTRE FIDÈLE F ÉVITER RAP. SEX. PROSTITUÉES G ÉVITER RAP. SEX. AVEC HOMMES AYANT BEAUCOUP PARTENAIRE.. H ÉVITER RAP. SEX. HOMOSEXUELS I AUTRE _____ X (PRÉCISER) NE SAIT PAS Z	
804	Est-ce qu'on peut se protéger du virus du SIDA en ayant seulement un partenaire sexuel qui n'a aucune autre partenaire?	OUI 1 NON 2 NE SAIT PAS 8	
805	Est-ce qu'on peut se protéger du virus SIDA en utilisant une capote chaque fois qu'on a des rapports sexuels?	OUI 1 NON 2 NE SAIT PAS 8	
806	Est-ce qu'on peut se protéger du virus du SIDA en s'abstenant complètement de rapports sexuels?	OUI 1 NON 2 NE SAIT PAS 8	
807	Est-ce qu'on peut contracter le virus du SIDA en se faisant piquer par des moustiques?	OUI 1 NON 2 NE SAIT PAS 8	
808	Est-ce qu'on peut contracter le virus du SIDA en partageant la nourriture de quelqu'un atteint du SIDA?	OUI 1 NON 2 NE SAIT PAS 8	
809	Est-il possible qu'une personne apparemment en bonne santé ait en fait le virus du SIDA?	OUI 1 NON 2 NE SAIT PAS 8	
809A	Pensez-vous qu'une personne qui a le SIDA ne meurt presque jamais de cette maladie, qu'elle en meurt parfois, ou qu'elle en meurt presque toujours?	PRESQUE JAMAIS 1 PARFOIS 2 PRESQUE TOUJOURS 3 NE SAIT PAS 8	
809B	Peut-on guérir du SIDA?	OUI 1 PARFOIS/ÇA DÉPEND 2 NON 3 NE SAIT PAS 8	
811	Connaissez-vous personnellement quelqu'un qui a le SIDA ou quelqu'un qui est décédé du SIDA?	OUI 1 NON 2	
811A	Est-ce qu'on peut contracter le SIDA par envoûtement ou sorcellerie?	OUI 1 NON 2 NE SAIT PAS 8	
812	Est-ce que le virus qui cause le SIDA peut être transmis de la mère à l'enfant?	OUI 1 NON 2 NE SAIT PAS 8	↳813B

N°.	QUESTIONS ET FILTRES	CODES	ALLER À
813A	Quand le virus qui cause le SIDA peut-il être transmis par la mère à l'enfant? Peut-il être transmis: a) Durant la grossesse? b) Durant l'accouchement? c) Durant l'allaitement?	OUI NONNSP DURANT GROSSESSE.....1 2 8 DURANT ACCOUCHEM.....1 2 8 DURANT ALLAITEMENT.....1 2 8	
813B	Depuis que vous avez entendu parler du SIDA, avez-vous fait quelque chose pour vous protéger contre le virus qui cause cette maladie?	OUI1 NON2	→813D
813C	Qu'avez-vous fait? Quelque chose d'autre? ENREGISTRER TOUT CE QUI EST MENTIONNÉ.	SE PROTÈGE/PROTÈGE SES RAPPORTS..... A S'ABSTIENT DE RAPPORTS SEX..... B UTILISE DES CAPOTES C LIMITE RAPPORTS SEX. À UN PARTENAIRE /RESTER FIDÈLE À UN SEUL PARTENAIRE..... D LIMITE LE NOMBRE DE PARTE NAIRES SEXUELS..... E DEMANDE AU PARTENAIRE D'ÊTRE FIDÈLE F ÉVITE RAP. SEX. PROSTITUÉES..... G ÉVITE RAP. SEX. AVEC HOMMES AYANT BEAUCOUP PARTENAIRE.. H ÉVITE RAP. SEX. HOMOSEXUELS I ÉVITE RAP. SEX. AVEC PERSON. QUI ONT INJECTIONS DROGUES ... J ÉVITE TRANSFUSIONS SANG..... K ÉVITE INJECTIONS L ÉVITE D'EMBRASSER M ÉVITE PIQÛRES MOUSTIQUES..... N RECHERCHE PROTECTION NGANGA/GRIS-GRIS O ÉVITE PARTAGER RASOIRS/LAMES..... P AUTRE X (PRÉCISER) NE SAIT PAS Z	→814
813D	Pourquoi n'avez-vous rien fait pour vous protéger contre le virus qui cause le SIDA? ENREGISTRER TOUT CE QUI EST MENTIONNÉ.	N'A PAS DE RAPPORTS SEXUELS. A À UN SEUL PARTENAIRE B PARTENAIRE EST FIDÈLE..... C MANQUE DE CONNAISSANCES/ D'INFORMATION D NE RISQUE RIEN/EST BLINDÉE/ PROTÉGÉE E ÇA NE M'INTÉRESSE PAS/ÇA NE ME PRÉOCCUPE PAS F AUTRE X (PRÉCISER) NE SAIT PAS/N'A PAS DE RAISON Z	
814	VÉRIFIER 501: ACTUELLEMENT MARIÉE/VIT AVEC UN HOMME <input type="checkbox"/> ACTUELLEMENT PAS EN UNION <input type="checkbox"/>		→816
815	Avez-vous déjà parlé des moyens d'éviter de contracter le virus du SIDA avec votre mari/partenaire?	OUI1 NON2	
816	À votre avis, est-il acceptable ou inacceptable de parler du SIDA: a) À la radio ? b) À la télévision? c) Dans les journaux? d) Sur des affiches? e) Dans les lieux de culte?	IN-ACCEP- ACCEP- TABLE TABLE À LA RADIO1 2 À LA TV1 2 DANS LES JOURNAUX....1 2 SUR DES AFFICHES1 2 LIEUX DE CULTÉ1 2	

N°.	QUESTIONS ET FILTRES	CODES	ALLER À
816A	Si une personne apprend qu'elle est infecté par le virus qui cause le SIDA, cette personne devrait-elle être autorisée à garder son état secret ou cette information devrait-elle être communiquée à la communauté?	PEUT ÊTRE GARDÉ SECRET.....1 COMMUNIQUÉ À LA COMMUNAUTÉ2 NSP/PAS SÛRE.....8	
817	Si quelqu'un de votre famille contractait le virus qui cause le SIDA, seriez-vous prête à prendre soin de lui ou d'elle dans votre propre ménage?	OUI.....1 NON2 NSP/PAS SÛRE /CELA DÉPEND8	
817A	Est-ce que les personnes atteintes du SIDA et qui travaillent avec d'autres personnes dans des boutiques, des bureaux, des écoles, ou dans des fermes, devraient être autorisées ou non à continuer leur travail ?	PEUT CONTINUER À TRAVAILLER1 PAS CONTINUER À TRAVAILLER2 NSP/PAS SÛRE/CELA DÉPEND8	
817B	Est-ce qu'on devrait éduquer les enfants de moins de 15 ans sur l'utilisation de la capote pour éviter de contracter le SIDA?	OUI.....1 NON2 NSP/PAS SÛRE/CELA DÉPEND8	
817C	Avez-vous déjà effectué un test pour savoir si vous aviez le virus du SIDA?	OUI.....1 NON2	→817F
817D	Voudriez-vous effectuer un test pour le virus du SIDA?	OUI.....1 NON2 NE SAIT PAS /PAS SÛRE8	
817E	Connaissez-vous un endroit où vous pourriez effectuer un test pour le SIDA?	OUI.....1 NON2	→818
817F	VÉRIFIER 817C: <div style="display: flex; justify-content: space-around; align-items: center;"> <div style="text-align: center;"> <p>A DÉJÀ EFFECTUÉ TEST DU SIDA</p>  <p>↓</p> <p>Où êtes vous allée pour ce test?</p> </div> <div style="text-align: center;"> <p>N'A PAS ENCORE EFFECTUÉ TEST DU SIDA</p>  <p>↓</p> <p>Où pouvez-vous aller pour ce test?</p> </div> </div>	SECTEUR PUBLIC LABORATOIRE NATIONAL (HÔPITAL).....A CENTRE NATIONAL DE TRANS- FUSION SANGUINE (CNTS)B PROGRAMME NATIONAL DE LUTTE CONTRE SIDA (PNLS).....C LABORATOIRE MILITAIRED LABO. FACULTÉ MÉDECINEE SECTEUR PARA PUBLIC HÔPITAL DE LA CNSS.....F CENTRE INTERNATIONAL DE RECHERCHE MÉDICALE DE FRANCEVILLE (CIRMF)G SECTEUR MÉDICAL PRIVÉ CLINIQUE (LABORATOIRE)H CABINET DE MÉDECINI LABO. D'ANALYSE PRIVÉJ AUTRE (TEST NON DISPONIBLE)X	
818	(Mis à part le SIDA), avez-vous entendu parler d'(autres) infections qui peuvent être transmises par contact sexuel?	OUI.....1 NON2	→820C
819	Chez un homme, quels sont les signes ou symptômes qui vous feront penser qu'il a une telle infection? Aucun autre? ENREGISTRER TOUT CE QUI EST MENTIONNÉ.	DOULEURS ABDOMINALESA ÉCOULEMENT/PERTE GÉNITALE/.....B ÉCOULEMENT MALODORANTC BRÛLURES URINAIRESD ROUGEURS/INFLAMMATION DE LA ZONE GÉNITALE.....E GONFLEMENT ZONE GÉNITALE.....F PLAIE/ULCÈRE GÉNITALG VERRUE GÉNITALEH SANG DANS LES URINES.....I PERTE DE POIDSJ IMPUISSANCEK AUTREX (PRÉCISER) PAS DE SYMPTÔMESY NE SAIT PASZ	

N°.	QUESTIONS ET FILTRES	CODES	ALLER À
820	<p>Chez une femme, quels sont les signes et symptômes qui vous feront penser qu'elle a une telle infection?</p> <p>Aucun autre?</p> <p>ENREGISTRER TOUT CE QUI EST MENTIONNÉ.</p>	<p>DOULEURS ABDOMINALES A</p> <p>ÉCOULEMENT/PERTES VAGINALES B</p> <p>PERTES MALODORANTES..... C</p> <p>BRÛLURES URINAIRES D</p> <p>ROUGEURS/INFLAMMATION DE LA ZONE GÉNITALE..... E</p> <p>GONFLEMENT ZONE GÉNITALE..... F</p> <p>PLAIE/ULCÈRE GÉNITAL G</p> <p>VERRUE GÉNITALE H</p> <p>SANG DANS LES URINES..... I</p> <p>PERTE DE POIDS J</p> <p>INCAPACITÉ DONNER NAISSANCE K</p> <p>AUTRE _____ X (PRÉCISER)</p> <p>PAS DE SYMPTÔMES Y</p> <p>NE SAIT PAS Z</p>	
820A	<p>VÉRIFIER 514:</p> <p>A DÉJÀ EU DES RAPPORTS SEXUELS <input type="checkbox"/></p> <p>N'A JAMAIS EU DE RAPPORTS SEXUELS <input type="checkbox"/></p>		→901
820B	<p>Au cours des 12 derniers mois, avez vous eu une maladie sexuellement transmissible?</p>	<p>OUI..... 1</p> <p>NON 2</p> <p>NE SAIT PAS..... 8</p>	}>820D
820C	<p>VÉRIFIER 514:</p> <p>A DÉJÀ EU DES RAPPORTS SEXUELS <input type="checkbox"/></p> <p>N'A JAMAIS EU DE RAPPORTS SEXUELS <input type="checkbox"/></p>		→901
820D	<p>Maintenant, je voudrais vous poser des questions sur votre santé au cours des 12 derniers mois. Parfois, les femmes peuvent avoir des pertes vaginales.</p> <p>Au cours des 12 derniers mois, avez-vous eu des pertes vaginales?</p>	<p>OUI..... 1</p> <p>NON 2</p> <p>NE SAIT PAS..... 8</p>	}>820F
820E	<p>Lorsque vous avez eu des pertes vaginales,</p> <p>a) Est-ce que les pertes étaient malodorantes?</p> <p>b) Est-ce que les pertes étaient accompagnées de brûlures, de prurit, de la fièvre, ou de douleurs abdominales basses ou lombaires non associées aux règles?</p>	<p>OUI NON</p> <p>a) MALODORANT 1 2</p> <p>b) AUTRES SIGNES 1 2</p>	
820F	<p>Parfois, les femmes peuvent avoir une plaie ou un ulcère génital?</p> <p>Au cours des 12 derniers mois, avez-vous eu une plaie ou un ulcère génital?</p>	<p>OUI..... 1</p> <p>NON 2</p> <p>NE SAIT PAS..... 8</p>	
820G	<p>VÉRIFIEZ 820B:</p> <p>'NON' OU NSP À 820B OU 820B NON POSÉE <input type="checkbox"/></p> <p>'OUI' À 820B A EU UNE MST <input type="checkbox"/></p>		→820J
820H	<p>VÉRIFIEZ 820D ET 820E:</p> <p>'NON' OU NSP À 820D, OU 'OUI' À 820D, MAIS AUCUN 'OUI' À 820E, OU 820D ET 820E NON POSÉES <input type="checkbox"/></p> <p>'OUI' À 820D ET, AU MOINS, 1 'OUI' À 820E A EU UNE MST <input type="checkbox"/></p>		→820J

SECTION 9
MORTALITÉ MATERNELLE

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

904	Quel nom a été donné à votre frère ou soeur le plus âgé (celui suivant)?	[7]	[8]	[9]	[10]	[11]	[12]	
905	(NOM) est-il de sexe masculin ou féminin?	MASCULIN... 1 FÉMININ..... 2	MASCULIN ...1 FÉMININ2	MASCULIN... 1 FÉMININ..... 2	MASCULIN ... 1 FÉMININ2	MASCULIN ...1 FÉMININ2	MASCULIN.. 1 FÉMININ.....2	
906	Est-ce que (NOM) est toujours en vie?	OUI 1 NON 2 ↳ ALLER 908 NSP 8 ↳ ALLER À [8]	OUI 1 NON 2 ↳ ALLER 908 NSP 8 ↳ ALLER À [9]	OUI 1 NON 2 ↳ ALLER 908 NSP 8 ↳ ALLER À [10]	OUI 1 NON 2 ↳ ALLER 908 NSP 8 ↳ ALLER À [11]	OUI 1 NON 2 ↳ ALLER 908 NSP 8 ↳ ALLER À [12]	OUI 1 NON 2 ↳ ALLER 908 NSP 8 ↳ ALLER À [13]	
907	Quel âge a (NOM)?	<input type="text"/> ALLER À [8]	<input type="text"/> ALLER À [9]	<input type="text"/> ALLER À [10]	<input type="text"/> ALLER À [11]	<input type="text"/> ALLER À [12]	<input type="text"/> ALLER À [13]	
908	Combien y a-t-il d'années que (NOM) est décédé?	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	
909	Quel âge avait (NOM) quand il/elle est décédé(e)?	<input type="text"/> SI HOMME, OU SI FEMME DÉCÉDÉE AVANT L'ÂGE DE 12 ANS, ALLER À [8]	<input type="text"/> SI HOMME, OU SI FEMME DÉCÉDÉE AVANT L'ÂGE DE 12 ANS, ALLER À [9]	<input type="text"/> SI HOMME, OU SI FEMME DÉCÉDÉE AVANT L'ÂGE DE 12 ANS, ALLER À [10]	<input type="text"/> SI HOMME, OU SI FEMME DÉCÉDÉE AVANT L'ÂGE DE 12 ANS, ALLER À [11]	<input type="text"/> SI HOMME, OU SI FEMME DÉCÉDÉE AVANT L'ÂGE DE 12 ANS, ALLER À [12]	<input type="text"/> SI HOMME, OU SI FEMME DÉCÉDÉE AVANT L'ÂGE DE 12 ANS, ALLER À [13]	
910	(NOM) était- elle enceinte quand elle est décédée?	OUI 1 ALLER 913<J NON 2	OUI 1 ALLER 913<J NON 2	OUI 1 ALLER 913<J NON 2	OUI 1 ALLER 913<J NON 2	OUI 1 ALLER 913<J NON 2	OUI 1 ALLER 913<J NON 2	
911	Est-ce que (NOM) est décédée au cours d'un accouchement?	OUI 1 ALLER 913<J NON 2	OUI 1 ALLER 913<J NON 2	OUI 1 ALLER 913<J NON 2	OUI 1 ALLER 913<J NON 2	OUI 1 ALLER 913<J NON 2	OUI 1 ALLER 913<J NON 2	
912	Est-ce que (NOM) est décédée dans les deux mois suivant la fin d'une grossesse ou un accouchement?	OUI 1 NON 2	OUI 1 NON 2	OUI 1 NON 2	OUI 1 NON 2	OUI 1 NON 2	OUI 1 NON 2	
913	À combien d'enfants vivants (NOM) a-t-elle donné naissance au cours de sa vie?	<input type="text"/> ALLER À [8]	<input type="text"/> ALLER À [9]	<input type="text"/> ALLER À [10]	<input type="text"/> ALLER À [11]	<input type="text"/> ALLER À [12]	<input type="text"/> ALLER À [13]	
SI PLUS DE FRÈRES OU SOEURS, ALLER À 914								
914	ENREGISTRER L'HEURE						HEURES MINUTES	<input type="text"/> <input type="text"/>

SECTION 10
TAILLE ET POIDS

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

	1 ENQUÊTÉE	2 DERNIER ENFANT EN VIE	3 AVANT-DERNIER ENFANT EN VIE
1002	NUMÉRO DE LIGNE DE Q 212	□□	□□
1003	NOM (SELON Q 212 POUR LES ENFANTS)	NOM _____	NOM _____
1004	DATE DE NAISSANCE SELON Q.215, ET DEMANDER LE JOUR NE NAISSANCE	JOUR..... □□ MOIS..... □□ ANNÉE... □□□□	JOUR..... □□ MOIS..... □□ ANNÉE... □□□□
1005	CICATRICE DU BCG FACE INTERNE DE L'AVANT BRAS GAUCHE	CICATRICE VUE1 PAS DE CICATRICE.....2	CICATRICE VUE..... 1 PAS DE CICATRICE..... 2
1006	TAILLE (EN CENTIMÈTRES)	□□□□, □	□□□□, □
1007	L'ENFANT A-T-IL ÉTÉ MESURÉ COUCHÉ OU DEBOUT?	COUCHÉ.....1 DEBOUT2	COUCHÉ..... 1 DEBOUT..... 2
1008	POIDS (EN KILOGRAMMES)	□□□□, □	0 □□□□, □
1009	DATE DE MESURE ET DE PESÉE	JOUR..... □□ MOIS..... □□ ANNÉE..... □□	JOUR..... □□ MOIS..... □□ ANNÉE..... □□
1010	RÉSULTAT	MESURÉE 1 ABSENTE 3 REFUS..... 4 AUTRE..... 6	ENFANT MESURÉ 1 ENFANT MALADE 2 ENFANT ABSENT 3 ENFANT REFUSE 4 MÈRE REFUSE 5 AUTRE 6
1011	NOM DE L'OPÉRATEUR : _____	□□□	NOM DE L'AIDE : _____ □□□

OBSERVATIONS DE L'ENQUÊTRICE

À REMPLIR APRÈS AVOIR TERMINÉ L'INTERVIEW

COMMENTAIRES SUR L'ENQUÊTÉE :

COMMENTAIRES SUR DES QUESTIONS PARTICULIÈRES :

AUTRES COMMENTAIRES :

OBSERVATIONS DU CHEF D'ÉQUIPE

NOM DU CHEF D'ÉQUIPE : _____ DATE: _____

OBSERVATIONS DE LA CONTRÔLEUSE

NOM DE LA CONTRÔLEUSE: _____ DATE: _____