



N°	QUESTIONS ET FILTRES	CODES	PASSER A															
16	D'où provient l'eau que votre ménage utilise pour se laver les mains et pour laver la vaisselle?	EAU DU ROBINET ROBINET DANS LE LOGEMENT/COUR/PARCELLE.....11 →18 ROBINET PUBLIC.....12 EAU DE PUIITS PUIITS DANS LE LOGEMENT/COUR/PARCELLE.....21 →18 PUIITS PUBLIC.....22 EAU DE SURFACE SOURCE.....31 RIVIERE/RUISSEAU.....32 MARE/LAC.....33 BARRAGE.....34 EAU DE PLUIE.....41 →18 CAMION CITERNE.....51 EAU EN BOUTEILLE.....61 →18 AUTRE.....71 (PRECISER)																
17	Combien de temps faut-il pour aller là-bas, prendre de l'eau et revenir?	MINUTES..... <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> SUR PLACE.....996																
18	Pour boire, votre ménage utilise-t-il l'eau de la même origine?	OUI.....1 →20 NON.....2																
19	D'où provient l'eau que boivent les membres de votre ménage?	EAU DU ROBINET ROBINET DANS LE LOGEMENT/COUR/PARCELLE.....11 ROBINET PUBLIC.....12 EAU DE PUIITS PUIITS DANS LE LOGEMENT/COUR/PARCELLE.....21 PUIITS PUBLIC.....22 EAU DE SURFACE SOURCE.....31 RIVIERE/RUISSEAU.....32 MARE/LAC.....33 BARRAGE.....34 EAU DE PLUIE.....41 CAMION CITERNE.....51 EAU EN BOUTEILLE.....61 AUTRE.....71 (PRECISER)																
20	Quel genre de toilettes y a-t-il dans votre ménage?	CHASSE D'EAU CHASSE D'EAU PERSONNELLE.....11 CHASSE D'EAU EN COMMUN.....12 FOSSE/LATRINES FOSSE SOMMAIRE.....21 FOSSE AMELIOREE ET VENTILEE (FAV) LATRINES...22 PAS DE TOILETTES/NATURE.....31 AUTRE.....41 (PRECISER)																
21	Dans votre ménage, avez-vous?  L'électricité? Une radio? Une télévision? Un réfrigérateur?	<table border="1"> <thead> <tr> <th></th> <th>OUI</th> <th>NON</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>ELECTRICITE.....</td> <td>1</td> <td>2</td> </tr> <tr> <td>RADIO.....</td> <td>1</td> <td>2</td> </tr> <tr> <td>TELEVISION.....</td> <td>1</td> <td>2</td> </tr> <tr> <td>REFRIGERATEUR.....</td> <td>1</td> <td>2</td> </tr> </tbody> </table>		OUI	NON	ELECTRICITE.....	1	2	RADIO.....	1	2	TELEVISION.....	1	2	REFRIGERATEUR.....	1	2	
	OUI	NON																
ELECTRICITE.....	1	2																
RADIO.....	1	2																
TELEVISION.....	1	2																
REFRIGERATEUR.....	1	2																
22	Dans votre ménage, combien de pièces utilisez-vous pour dormir?	PIECES..... <input type="text"/> <input type="text"/>																
23	PRINCIPAL MATERIAU DU PLANCHER.  ENREGISTRER L'OBSERVATION.	PLANCHER NATUREL TERRE/SABLE.....11 BOUSE.....12 PLANCHER SOMMAIRE PLANCHES EN BOIS.....21 PALMES/BAMBOUS.....22 PLANCHER FINI PARQUET OU BOIS CIRE.....31 BANDE DE VINYLE OU ASPHALTE..32 CARRELAGE.....33 CIMENT.....34 MOQUETTE.....35 AUTRE.....41 (PRECISER)																
24	Y-a-t-il quelqu'un de votre ménage qui possède:  Une bicyclette? Une mobylette ou motocyclette? Une voiture?	<table border="1"> <thead> <tr> <th></th> <th>OUI</th> <th>NON</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>BICYCLETTE.....</td> <td>1</td> <td>2</td> </tr> <tr> <td>MOBYLETTE/MOTOCYCLETTE.....</td> <td>1</td> <td>2</td> </tr> <tr> <td>VOITURE.....</td> <td>1</td> <td>2</td> </tr> </tbody> </table>		OUI	NON	BICYCLETTE.....	1	2	MOBYLETTE/MOTOCYCLETTE.....	1	2	VOITURE.....	1	2				
	OUI	NON																
BICYCLETTE.....	1	2																
MOBYLETTE/MOTOCYCLETTE.....	1	2																
VOITURE.....	1	2																



N°	QUESTIONS ET FILTRES	CODES	PASSER A
117	<p>VERIFIER Q.4 DANS LE QUESTIONNAIRE MENAGE</p> <p>L'ENQUETEE N'EST PAS RESIDENTE <input type="checkbox"/></p>	<p>L'ENQUETEE EST RESIDENTE <input type="checkbox"/></p>	→201
118	<p>Maintenant je voudrais vous poser quelques questions sur l'endroit où vous vivez habituellement.</p> <p>Vivez-vous habituellement dans une grande ville, une ville ou à la campagne?</p> <p>SI VILLE: Dans quelle ville vivez-vous?</p>	<p>CAPITALE, TRES GRANDE VILLE.....1</p> <p>GRANDE VILLE.....2</p> <p>VILLE.....3</p> <p>CAMPAGNE.....4</p>	
119	<p>Dans quelle région est-ce situé?</p>	<p>_____ <input type="text"/></p>	
120	<p>Maintenant je voudrais vous poser quelques questions sur le ménage dans lequel vous vivez habituellement.</p> <p>D'où provient l'eau que votre ménage utilise pour se laver les mains et pour laver la vaisselle?</p>	<p>EAU DU ROBINET</p> <p>ROBINET DANS LE LOGEMENT/COUR/PARCELLE.....11 →122</p> <p>ROBINET PUBLIC.....12</p> <p>EAU DE PUIITS</p> <p>PUIITS DANS LE LOGEMENT/COUR/PARCELLE.....21 →122</p> <p>PUIITS PUBLIC.....22</p> <p>EAU DE SURFACE</p> <p>SOURCE.....31</p> <p>RIVIERE/RUISSEAU.....32</p> <p>MARE/LAC.....33</p> <p>BARRAGE.....34</p> <p>EAU DE PLUIE.....41 →122</p> <p>CAMION CITERNE.....51</p> <p>EAU EN BOUTEILLE.....61 →122</p> <p>AUTRE _____ 71</p> <p>(PRECISER)</p>	
121	<p>Combien de temps faut-il pour aller là-bas, prendre de l'eau et revenir?</p>	<p>MINUTES..... <input type="text"/></p> <p>SUR PLACE.....996</p>	
122	<p>Pour boire, votre ménage utilise-t-il l'eau de la même origine?</p>	<p>OUI.....1 →124</p> <p>NON.....2</p>	
123	<p>D'où provient l'eau que boivent les membres de votre ménage?</p>	<p>EAU DU ROBINET</p> <p>ROBINET DANS LE LOGEMENT/COUR/PARCELLE.....11</p> <p>ROBINET PUBLIC.....12</p> <p>EAU DE PUIITS</p> <p>PUIITS DANS LE LOGEMENT/COUR/PARCELLE.....21</p> <p>PUIITS PUBLIC.....22</p> <p>EAU DE SURFACE</p> <p>SOURCE.....31</p> <p>RIVIERE/RUISSEAU.....32</p> <p>MARE/LAC.....33</p> <p>BARRAGE.....34</p> <p>EAU DE PLUIE.....41</p> <p>CAMION CITERNE.....51</p> <p>EAU EN BOUTEILLE.....61</p> <p>AUTRE _____ 71</p> <p>(PRECISER)</p>	
124	<p>Quel genre de toilettes y a-t-il dans votre ménage?</p>	<p>CHASSE D'EAU</p> <p>CHASSE D'EAU PERSONNELLE.....11</p> <p>CHASSE D'EAU EN COMMUN.....12</p> <p>FOSSÉ/LATRINES</p> <p>FOSSÉ SOMMAIRE.....21</p> <p>FOSSÉ AMELIOREE ET VENTILEE (FAV) LATRINES.....22</p> <p>PAS DE TOILETTES/NATURE.....31</p> <p>AUTRE _____ 41</p> <p>(PRECISER)</p>	
125	<p>Dans votre ménage, avez-vous?</p> <p>L'électricité?</p> <p>Une radio?</p> <p>Une télévision?</p> <p>Un réfrigérateur?</p>	<p>OUI NON</p> <p>ELECTRICITE.....1 2</p> <p>RADIO.....1 2</p> <p>TELEVISION.....1 2</p> <p>REFRIGERATEUR.....1 2</p>	

N°	QUESTIONS ET FILTRES	CODES	PASSER A												
126	Dans votre ménage, combien de pièces utilisez-vous pour dormir?	PIECES.....	<input type="text"/> <input type="text"/>												
127	Pouvez-vous décrire le plancher* de votre logement?	PLANCHER NATUREL TERRE/SABLE.....11 BOUSE.....12 PLANCHER SOMMAIRE PLANCHES EN BOIS.....21 PALMES/BAMBOUS.....22 PLANCHER FINI PARQUET OU BOIS CIRE.....31 BANDE DE VINYLE OU ASPHALTE..32 CARRELAGE.....33 CIMENT.....34 MOQUETTE.....35 AUTRE.....41 (PRECISER)													
128	Y-a-t-il quelqu'un de votre ménage qui possède:	<table border="0"> <thead> <tr> <th></th> <th data-bbox="1122 569 1154 590">OUI</th> <th data-bbox="1166 569 1198 590">NON</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td data-bbox="354 611 496 632">Une bicyclette?</td> <td data-bbox="1122 611 1138 632">1</td> <td data-bbox="1170 611 1187 632">2</td> </tr> <tr> <td data-bbox="354 632 634 653">Une mobylette ou motocyclette?</td> <td data-bbox="1122 632 1138 653">1</td> <td data-bbox="1170 632 1187 653">2</td> </tr> <tr> <td data-bbox="354 653 464 674">Une voiture?</td> <td data-bbox="1122 653 1138 674">1</td> <td data-bbox="1170 653 1187 674">2</td> </tr> </tbody> </table>		OUI	NON	Une bicyclette?	1	2	Une mobylette ou motocyclette?	1	2	Une voiture?	1	2	
	OUI	NON													
Une bicyclette?	1	2													
Une mobylette ou motocyclette?	1	2													
Une voiture?	1	2													

SECTION 2. REPRODUCTION

N°	QUESTIONS ET FILTRES	CODES	PASSER A
201	Maintenant je voudrais vous poser des questions sur toutes les naissances que vous avez eues durant votre vie. Avez-vous déjà eu une naissance?	OUI.....1 NON.....2	→206
202	Avez-vous donné naissance à des fils ou des filles qui habitent actuellement avec vous?	OUI.....1 NON.....2	→204
203	Combien de vos fils habitent avec vous? Et combien de vos filles habitent avec vous? SI AUCUN(E) INSCRIRE '00'.	FILS A LA MAISON..... FILLES A LA MAISON.....	<input type="text"/> <input type="text"/>
204	Avez-vous donné naissance à des fils ou des filles encore en vie et qui n'habitent pas actuellement avec vous?	OUI.....1 NON.....2	→206
205	Combien de vos fils sont en vie mais n'habitent pas avec vous? Et combien de vos filles sont en vie mais n'habitent pas avec vous? SI AUCUN(E) INSCRIRE '00'.	FILS AILLEURS..... FILLES AILLEURS.....	<input type="text"/> <input type="text"/>
206	Avez-vous donné naissance à un fils ou une fille, né(e) vivant(e) mais décédé(e) par la suite? SI NON, INSISTER: Aucun(e) fils ou fille qui a pleuré ou qui a donné un signe de vie mais qui n'a survécu que quelques heures ou quelques jours?	OUI.....1 NON.....2	→208
207	En tout, combien de vos fils sont décédés? Et combien de vos filles sont décédées? SI AUCUN(E) INSCRIRE '00'.	FILS DECEDES..... FILLES DECEDEES.....	<input type="text"/> <input type="text"/>
208	FAIRE LA SOMME DES REPONSES A 203, 205, ET 207, ET INSCRIRE LE TOTAL. SI AUCUN(E) INSCRIRE '00'.	TOTAL.....	<input type="text"/>
209	VERIFIER 208: Je voudrais être sûre d'avoir bien compris: vous avez eu au TOTAL ___ naissances durant votre vie. Est-ce bien exact? OUI <input type="checkbox"/> NON <input type="checkbox"/> INSISTER ET CORRIGER 201-208 SI NECESSAIRE		
210	VERIFIER 208: UNE OU PLUSIEURS NAISSANCES <input type="checkbox"/> AUCUNE NAISSANCE <input type="checkbox"/>		→223

211 Maintenant, je voudrais vous parler de vos naissances, qu'elles soient encore vivantes ou non, en commençant par la première naissance que vous avez eue.

(INSCRIRE A 212 LE NOM DE TOUTES LES NAISSANCES. INSCRIRE LES Jumeaux et Triples sur des lignes séparées)

212	213	214	215	216	217 SI VIVANT:	218 SI VIVANT:	219 SI L'ENFANT A MOINS DE 15 ANS:	220 SI DECEDE(E):
Quel nom a été donné à votre (premier, suivant) enfant?	(NOM) est-ce un garçon ou une fille?  ENREGISTRER LE GENRE DE NAISSANCE: SIMPLE OU MULTIPLE	(NOM) En quel mois et quelle année est né(e) (NOM)?	En quel mois et quelle année est né(e) (NOM)?  INSISTER: Quelle est sa date de naissance? OU: En quelle saison est-il/elle né(e)?	(NOM)est-il/elle encore en vie?	Quel âge avait (NOM) à son dernier anniversaire?  INSCRIRE L'AGE EN ANNEES REVOLUES	(NOM)vit-il/elle avec vous?	Avec qui vit-il/elle?  SI 15+: PASSER A LA NAISSANCE SUIVANTE	Quel âge avait-il/elle quand il/elle est mort?  SI "1 AN", INSISTER: Quel âge avait (NOM), en mois?  INSCRIRE EN JOURS SI MOINS D'UN MOIS, EN MOIS SI MOINS DE 2 ANS, OU EN ANNEES.

01 _____ (NOM)	SIMP...1 MULT...2	GARÇ..1 FILL..2	MOIS... ANNEE..	OUI...1 NON...2 v 220	AGE EN ANNEES  <input type="text"/>	OUI.....1 (PASSER A NAIS.SUIV.)< NON.....2	PERE.....1 AUTRE PARENT...2 QUELQU'UN AUT...3 (PASSER A NAIS-SANCE SUIVANTE)	JOURS...1 MOIS...2 ANNEES..3
02 _____ (NOM)	SIMP...1 MULT...2	GARÇ..1 FILL..2	MOIS... ANNEE..	OUI...1 NON...2 v 220	AGE EN ANNEES  <input type="text"/>	OUI.....1 (PASSER A NAIS.SUIV.)< NON.....2	PERE.....1 AUTRE PARENT...2 QUELQU'UN AUT...3 (PASSER A NAIS-SANCE SUIVANTE)	JOURS...1 MOIS...2 ANNEES..3
03 _____ (NOM)	SIMP...1 MULT...2	GARÇ..1 FILL..2	MOIS... ANNEE..	OUI...1 NON...2 v 220	AGE EN ANNEES  <input type="text"/>	OUI.....1 (PASSER A NAIS.SUIV.)< NON.....2	PERE.....1 AUTRE PARENT...2 QUELQU'UN AUT...3 (PASSER A NAIS-SANCE SUIVANTE)	JOURS...1 MOIS...2 ANNEES..3
04 _____ (NOM)	SIMP...1 MULT...2	GARÇ..1 FILL..2	MOIS... ANNEE..	OUI...1 NON...2 v 220	AGE EN ANNEES  <input type="text"/>	OUI.....1 (PASSER A NAIS.SUIV.)< NON.....2	PERE.....1 AUTRE PARENT...2 QUELQU'UN AUT...3 (PASSER A NAIS-SANCE SUIVANTE)	JOURS...1 MOIS...2 ANNEES..3
05 _____ (NOM)	SIMP...1 MULT...2	GARÇ..1 FILL..2	MOIS... ANNEE..	OUI...1 NON...2 v 220	AGE EN ANNEES  <input type="text"/>	OUI.....1 (PASSER A NAIS.SUIV.)< NON.....2	PERE.....1 AUTRE PARENT...2 QUELQU'UN AUT...3 (PASSER A NAIS-SANCE SUIVANTE)	JOURS...1 MOIS...2 ANNEES..3
06 _____ (NOM)	SIMP...1 MULT...2	GARÇ..1 FILL..2	MOIS... ANNEE..	OUI...1 NON...2 v 220	AGE EN ANNEES  <input type="text"/>	OUI.....1 (PASSER A NAIS.SUIV.)< NON.....2	PERE.....1 AUTRE PARENT...2 QUELQU'UN AUT...3 (PASSER A NAIS-SANCE SUIVANTE)	JOURS...1 MOIS...2 ANNEES..3
07 _____ (NOM)	SIMP...1 MULT...2	GARÇ..1 FILL..2	MOIS... ANNEE..	OUI...1 NON...2 v 220	AGE EN ANNEES  <input type="text"/>	OUI.....1 (PASSER A NAIS.SUIV.)< NON.....2	PERE.....1 AUTRE PARENT...2 QUELQU'UN AUT...3 (PASSER A NAIS-SANCE SUIVANTE)	JOURS...1 MOIS...2 ANNEES..3
08 _____ (NOM)	SIMP...1 MULT...2	GARÇ..1 FILL..2	MOIS... ANNEE..	OUI...1 NON...2 v 220	AGE EN ANNEES  <input type="text"/>	OUI.....1 (PASSER A NAIS.SUIV.)< NON.....2	PERE.....1 AUTRE PARENT...2 QUELQU'UN AUT...3 (PASSER A NAIS-SANCE SUIVANTE)	JOURS...1 MOIS...2 ANNEES..3

212	213	214	215	216	217	218	219	220
Quel nom a été donné à votre enfant suivant?	(NOM) est-ce un garçon ou une fille?  ENREGISTRER LE GENRE DE NAISSANCE: SIMPLE OU MULTIPLE	En quel mois et quelle année est né(e) (NOM)?  INSISTER: Quelle est sa date de naissance? OU: En quelle saison est-il/elle né(e)?	(NOM)est-il/elle encore en vie?  INSCRIRE L'AGE EN ANNEES REVOLUES	Quel âge avait (NOM) à son dernier anniversaire?  INSCRIRE L'AGE EN ANNEES REVOLUES	(NOM)vit-il/elle avec vous?  SI 15+: PASSER A LA NAISSANCE SUIVANTE	SI L'ENFANT A MOINS DE 15 ANS: Avec qui vit-il/elle?  SI 15+: PASSER A LA NAISSANCE SUIVANTE	SI DECEDE(E): Quel âge avait-il/elle quand il/elle est mort?  SI "1 AN", INSISTER: Quel âge avait (NOM), en mois?  INSCRIRE EN JOURS SI MOINS D'UN MOIS, EN MOIS SI MOINS DE 2 ANS, OU EN ANNEES.	

09 _____ (NOM)	SIMP...1 MULT...2	GARÇ..1 FILL..2	MOIS... ANNEE..	OUI...1 NON...2 ↓ v 220	AGE EN ANNEES <input type="text"/>	OUI.....1 (PASSER A NAIS.SUIV.) NON.....2	PERE.....1 AUTRE PARENT...2 QUELQU'UN AUT...3 (PASSER A NAISSANCE SUIVANTE)	JOURS...1 MOIS...2 ANNEES..3
10 _____ (NOM)	SIMP...1 MULT...2	GARÇ..1 FILL..2	MOIS... ANNEE..	OUI...1 NON...2 ↓ v 220	AGE EN ANNEES <input type="text"/>	OUI.....1 (PASSER A NAIS.SUIV.) NON.....2	PERE.....1 AUTRE PARENT...2 QUELQU'UN AUT...3 (PASSER A NAISSANCE SUIVANTE)	JOURS...1 MOIS...2 ANNEES..3
11 _____ (NOM)	SIMP...1 MULT...2	GARÇ..1 FILL..2	MOIS... ANNEE..	OUI...1 NON...2 ↓ v 220	AGE EN ANNEES <input type="text"/>	OUI.....1 (PASSER A NAIS.SUIV.) NON.....2	PERE.....1 AUTRE PARENT...2 QUELQU'UN AUT...3 (PASSER A NAISSANCE SUIVANTE)	JOURS...1 MOIS...2 ANNEES..3
12 _____ (NOM)	SIMP...1 MULT...2	GARÇ..1 FILL..2	MOIS... ANNEE..	OUI...1 NON...2 ↓ v 220	AGE EN ANNEES <input type="text"/>	OUI.....1 (PASSER A NAIS.SUIV.) NON.....2	PERE.....1 AUTRE PARENT...2 QUELQU'UN AUT...3 (PASSER A NAISSANCE SUIVANTE)	JOURS...1 MOIS...2 ANNEES..3
13 _____ (NOM)	SIMP...1 MULT...2	GARÇ..1 FILL..2	MOIS... ANNEE..	OUI...1 NON...2 ↓ v 220	AGE EN ANNEES <input type="text"/>	OUI.....1 (PASSER A NAIS.SUIV.) NON.....2	PERE.....1 AUTRE PARENT...2 QUELQU'UN AUT...3 (PASSER A NAISSANCE SUIVANTE)	JOURS...1 MOIS...2 ANNEES..3
14 _____ (NOM)	SIMP...1 MULT...2	GARÇ..1 FILL..2	MOIS... ANNEE..	OUI...1 NON...2 ↓ v 220	AGE EN ANNEES <input type="text"/>	OUI.....1 (PASSER A NAIS.SUIV.) NON.....2	PERE.....1 AUTRE PARENT...2 QUELQU'UN AUT...3 (PASSER A 221)	JOURS...1 MOIS...2 ANNEES..3

221	<p>COMPARER 208 AVEC LE NOMBRE DE NAISSANCES ENREGISTREES DANS LE TABLEAU CI-DESSUS ET NOTER:</p> <p>LES NOMBRES SONT LES MEMES <input type="checkbox"/></p> <p>LES NOMBRES SONT DIFFERENTS <input type="checkbox"/> → (VERIFIER ET CORRIGER)</p> <p>VERIFIER: POUR CHAQUE NAISSANCE: L'ANNEE DE NAISSANCE EST ENREGISTREE</p> <p>POUR CHAQUE ENFANT VIVANT: L'AGE ACTUEL EST ENREGISTRE</p> <p>POUR CHAQUE ENFANT DECEDE: L'AGE AU DECES EST ENREGISTRE</p> <p>POUR L'AGE AU DECES 12 MOIS: VERIFIER POUR DETERMINER LE NOMBRE EXACT DE MOIS</p>
222	<p>VERIFIER 215 ET ENTRER LE NOMBRE DE NAISSANCES DEPUIS JANVIER 1987 S'IL N'Y EN A PAS, INSCRIRE '0'.</p>

N°	QUESTIONS ET FILTRES	CODES	PASSER	
			A	
223	Etes-vous enceinte en ce moment?	OUI.....1	}	→226
		NON.....2		
		PAS SURE.....8		
224	De combien de mois êtes-vous enceinte?	MOIS.....	<input type="text"/>	<input type="text"/>
225	Au moment où vous êtes tombée enceinte, vouliez-vous devenir enceinte <u>à ce moment-là</u> , vouliez-vous attendre <u>plus tard</u> , ou vouliez-vous <u>ne pas</u> tomber enceinte?	A CE MOMENT-LA.....1	}	
		PLUS TARD.....2		
		NE VOULAIT PAS.....3		
226	Il y a combien de temps que vos dernières règles ont commencé?	JOURS.....1	}	
		SEMAINES.....2		
		MOIS.....3		
		ANNEES.....4		
		EN MENOPAUSE.....994		
		AVANT LA DERNIERE NAISSANCE...995		
JAMAIS EU DE REGLES.....996				
227	Entre le premier jour des règles d'une femme et le premier jour de ses règles <u>suyvantes</u> , y-a-t-il certains moments où elle a plus de chances de tomber enceinte que d'autres?	OUI.....1	}	→301
		NON.....2		
		NSP.....8		
228	A quel moment du cycle menstruel une femme a le plus de chances de tomber enceinte?	PENDANT SES REGLES.....1	}	
		JUSTE APRES LA FIN DE SES REGLES.....2		
		AU MILIEU DU CYCLE.....3		
		JUSTE AVANT LE DEBUT DE SES REGLES.....4		
		AUTRE.....5		
		(PRECISER)		
NSP.....8				

SECTION 3: CONTRACEPTION

301 Maintenant, je voudrais vous parler de la planification familiale - les différents moyens ou méthodes qu'un couple peut utiliser pour retarder ou éviter une grossesse. De quels moyens ou méthodes avez-vous entendu parler?

ENCERCLEZ LE CODE 1 DANS 302 POUR CHAQUE METHODE MENTIONNEE D'UNE MANIERE SPONTANEE.  
 PUIS CONTINUER LA COLONNE EN LISANT LE NOM ET LA DESCRIPTION DE CHAQUE METHODE NOM MENTIONNEE SPONTANEMENT.  
 ENCERCLEZ LE CODE 2 SI LA METHODE EST RECONNUE, ET LE CODE 3 SI NON RECONNUE.  
 PUIS, POUR CHAQUE METHODE AYANT LE CODE 1 OU 2 ENCERCLE DANS 302, POSER 303-305 AVANT DE PASSER A LA METHODE SUIVANTE.

	302 Avez-vous déjà entendu parler de (METHODE)? LIRE LA DESCRIPTION DE CHAQUE METHODE.	303 Avez-vous déjà utilisé (METHODE)?	304 Savez-vous où l'on peut aller pour se procurer (METHODE)?
01 PILULE Les femmes peuvent prendre une pilule tous les jours.	OUI/SPONTANE.....1 OUI/DESCRIPTION.....2 NON.....3	OUI.....1 NON.....2	OUI.....1 NON.....2
02 DIU Les femmes peuvent avoir un stérilet que le médecin ou l'infirmière leur place dans l'utérus.	OUI/SPONTANE.....1 OUI/DESCRIPTION.....2 NON.....3	OUI.....1 NON.....2	OUI.....1 NON.....2
03 INJECTIONS Les femmes peuvent recevoir une injection par un médecin ou une infirmière pour éviter de tomber enceinte pendant plusieurs mois.	OUI/SPONTANE.....1 OUI/DESCRIPTION.....2 NON.....3	OUI.....1 NON.....2	OUI.....1 NON.....2
04 DIAPHRAGME, MOUSSE, GELEE Les femmes peuvent se mettre à l'intérieur une éponge, un suppositoire, un diaphragme, de la gelée ou de la crème avant d'avoir des rapports sexuels.	OUI/SPONTANE.....1 OUI/DESCRIPTION.....2 NON.....3	OUI.....1 NON.....2	OUI.....1 NON.....2
05 CONDOM Les hommes peuvent se mettre un condom (une capote anglaise) pendant les rapports sexuels.	OUI/SPONTANE.....1 OUI/DESCRIPTION.....2 NON.....3	OUI.....1 NON.....2	OUI.....1 NON.....2
06 STERILISATION FEMININE Les femmes peuvent subir une opération pour ne plus avoir d'enfants	OUI/SPONTANE.....1 OUI/DESCRIPTION.....2 NON.....3	Avez-vous eu une opération pour éviter d'avoir d'autres enfants? OUI.....1 NON.....2	OUI.....1 NON.....2
07 STERILISATION MASCULINE Les hommes peuvent subir une opération pour ne plus avoir d'enfants.	OUI/SPONTANE.....1 OUI/DESCRIPTION.....2 NON.....3	OUI.....1 NON.....2	OUI.....1 NON.....2
08 RYTHME, CONTINENCE PERIODIQUE Les couples peuvent éviter d'avoir des rapports sexuels certains jours du cycle pendant lesquels la femme est plus susceptible de tomber enceinte.	OUI/SPONTANE.....1 OUI/DESCRIPTION.....2 NON.....3	OUI.....1 NON.....2	Savez-vous où l'on peut obtenir des conseils sur la façon de pratiquer la continence périodique? OUI.....1 NON.....2
09 RETRAIT Les hommes peuvent faire attention et se retirer avant l'éjaculation.	OUI/SPONTANE.....1 OUI/DESCRIPTION.....2 NON.....3	OUI.....1 NON.....2	
10 Avez-vous entendu parler d'autres moyens ou méthodes que les femmes ou les hommes peuvent utiliser pour éviter la grossesse? 1 _____ (PRECISER) 2 _____ (PRECISER) 3 _____ (PRECISER)	OUI/SPONTANE.....1 NON.....3	OUI.....1 NON.....2  OUI.....1 NON.....2  OUI.....1 NON.....2	

305 VERIFIER 303: AUCUN "OUI" (N'A JAMAIS UTILISE)  AU MOINS UN "OUI" (A UTILISE)  → PASSER A 308

N°	QUESTIONS ET FILTRES	PASSER A
306	Avez-vous jamais utilisé ou essayé un moyen quelconque pour retarder ou éviter de tomber enceinte?	OUI..... <input type="checkbox"/> NON..... <input type="checkbox"/> →324
307	Qu'avez-vous fait ou utilisé? CORRIGER 303-305 (ET 302 SI NECESSAIRE)	
308	Maintenant je voudrais vous parler du moment où, pour la première fois, vous avez fait quelque chose ou utilisé une méthode pour éviter de tomber enceinte.  Combien d'enfants vivants aviez-vous à ce moment-là?  SI AUCUN, INSCRIRE '00'.	NOMBRE D'ENFANTS..... <input type="text"/> <input type="text"/>
309	VERIFIER 223:  PAS ENCEINTE <input type="checkbox"/> ENCEINTE <input type="checkbox"/> OU PAS SURE <input type="checkbox"/>	→324
310	VERIFIER 303:  FEMME NON <input type="checkbox"/> FEMME <input type="checkbox"/> STERILISEE <input type="checkbox"/> STERILISEE <input type="checkbox"/>	→312A
311	En ce moment, faites-vous quelque chose ou utilisez-vous une méthode pour éviter de tomber enceinte?	OUI.....1 NON.....2 →324
312	Quelle méthode utilisez-vous?	PILULE.....01 DIU.....02 INJECTIONS.....03 DIAPHRAGME/MOUSSE/GELEE.....04 CONDOM.....05 STERILISATION FEMININE.....06 STERILISATION MASCULINE.....07 CONTINENCE PERIODIQUE.....08 RETRAIT.....09 AUTRE.....10 (PRECISER)
312A	ENCERCLER '06' POUR LA STERILISATION FEMININE	→318 →323
313	Au moment où vous avez commencé à utiliser la pilule pour la première fois, avez-vous consulté un médecin ou une infirmière?	OUI.....1 NON.....2 NSP.....8
314	Au moment où vous vous êtes procuré des pilules la dernière fois, avez-vous consulté un médecin ou une infirmière?	OUI.....1 NON.....2
315	Puis-je voir la boîte de pilules que vous utilisez en ce moment?  (INSCRIRE LE NOM DE LA MARQUE)	BOITE VUE.....1 NOM DE LA MARQUE..... <input type="text"/> <input type="text"/> →317 BOITE NON VUE.....2
316	Connaissez-vous le nom de la marque des pilules que vous utilisez en ce moment?  (INSCRIRE LE NOM DE LA MARQUE)	NOM DE LA MARQUE..... <input type="text"/> <input type="text"/> NSP.....98
317	Combien vous coûte une (boîte/cycle) de pilules?	PRIX..... <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> GRATUIT.....996 NSP.....998

N°	QUESTIONS ET FILTRES	CODES	PASSER A						
318	<p>VERIFIER 312:</p> <p>ELLE/IL EST STERILISE(E) <input type="checkbox"/></p> <p>UTILISE UNE AUTRE METHODE <input type="checkbox"/></p> <p>Où a eu lieu la stérilisation?</p> <p>Où avez-vous obtenu (METHODE) la dernière fois?</p> <p>(NOM DE L'ENDROIT)</p>	<p>SECTEUR PUBLIC</p> <p>HOPITAL GOUVERNEMENTAL.....11</p> <p>CENTRE SANTE GOUVERNEMENTAL..12</p> <p>CLINIQUE PLANNING FAMILIAL...13</p> <p>CLINIQUE MOBILE.....14</p> <p>AGENT DE TERRAIN.....15 →321</p> <p>SECTEUR MEDICAL PRIVE</p> <p>CLINIQUE/HOPITAL PRIVE.....21</p> <p>PHARMACIE.....22</p> <p>DOCTEUR PRIVE.....23</p> <p>CLINIQUE MOBILE.....24</p> <p>AGENT DE TERRAIN.....25 →321</p> <p>AUTRE SECTEUR PRIVE</p> <p>BOUTIQUE.....31</p> <p>EGLISE.....32</p> <p>CONNAISSANCES/PARENTES.....33</p> <p>AUTRE.....41 →321</p> <p>(PRECISER)</p> <p>NSP.....98</p>							
319	<p>Combien de temps faut-il pour aller de chez vous à cet endroit?</p> <p>SI MOINS DE 2 HEURES, INSCRIRE LA REPONSE EN MINUTES. AUTREMENT, INSCRIRE EN HEURES.</p>	<p>MINUTES.....1</p> <p>HEURES.....2</p> <p>NSP.....9998</p>	<table border="1"> <tr> <td></td> <td></td> <td></td> </tr> <tr> <td>0</td> <td></td> <td></td> </tr> </table>				0		
0									
320	<p>Est-ce facile ou difficile de se rendre là-bas?</p>	<p>FACILE.....1</p> <p>DIFFICILE.....2</p>							
321	<p>VERIFIER 312:</p> <p>ELLE/IL EST STERILISE(E) <input type="checkbox"/></p> <p>UTILISE UNE AUTRE METHODE <input type="checkbox"/></p>		→323						
322	<p>En quel mois et quelle année la stérilisation a-t-elle eu lieu?</p>	<p>MOIS.....</p> <p>ANNEE.....</p>	→334						
323	<p>Depuis combien de mois utilisez-vous (METHODE ACTUELLE) de façon continue?</p> <p>SI MOINS DE 1 MOIS, INSCRIRE '00'.</p>	<p>MOIS.....</p> <p>8 ANS OU PLUS.....96</p>	→329						
324	<p>Avez-vous l'intention d'utiliser, dans l'avenir, une méthode pour retarder une grossesse ou pour éviter de tomber enceinte?</p>	<p>OUI.....1</p> <p>NON.....2</p> <p>NSP.....8 →330</p>	→326						
325	<p>Quelle est la principale raison pour laquelle vous n'avez pas l'intention d'utiliser une méthode?</p>	<p>VEUT DES ENFANTS.....01</p> <p>MANQUE D'INFORMATION.....02</p> <p>PARTENAIRE DESAPPROUVE.....03</p> <p>COUT TROP ELEVE.....04</p> <p>EFFETS SECONDAIRES.....05</p> <p>PROBLEMES DE SANTE.....06</p> <p>DIFFICILE A OBTENIR.....07</p> <p>RELIGION.....08</p> <p>OPOSEE A LA PLANIF. FAMILIALE.09 →330</p> <p>FATALISTE.....10</p> <p>AUTRES PERSONNES DESAPPROUVENT.11</p> <p>RAPPORTS SEX. PEU FREQUENTS...12</p> <p>DIFFICULTE A TOMBER ENCEINTE...13</p> <p>MENOPAUSE/A EU HYSTERECTOMIE...14</p> <p>PAS COMMODE.....15</p> <p>NON MARIEE.....16</p> <p>AUTRE.....17</p> <p>(PRECISER)</p> <p>NSP.....98</p>							
326	<p>Avez-vous l'intention d'utiliser une méthode dans les 12 prochains mois?</p>	<p>OUI.....1</p> <p>NON.....2</p> <p>NSP.....8</p>							
327	<p>Quand vous utiliserez une méthode, quelle méthode préféreriez-vous utiliser?</p>	<p>PILULE.....01</p> <p>DIU.....02</p> <p>INJECTIONS.....03</p> <p>DIAPHRAGME/MOUSSE/GELEE.....04</p> <p>CONDOM.....05</p> <p>STERILISATION FEMININE.....06</p> <p>STERILISATION MASCULINE.....07</p> <p>CONTINENCE PERIODIQUE.....08</p> <p>RETRAIT.....09</p> <p>AUTRE.....10 →330</p> <p>(PRECISER)</p> <p>PAS SURE.....98</p>							



## SECTION 4A. GROSSESSE ET ALLAITEMENT

401	VERIFIER 222 : UNE OU PLUSIEURS NAISSANCES DEPUIS JANV.1987	<input type="checkbox"/>	AUCUNE NAISSANCE DEPUIS JANVIER 1987	<input type="checkbox"/>	(PASSER A 501)
402	INSCRIRE LE NOM, LE N° DE LIGNE ET L'ETAT DE SURVIE DE CHAQUE NAISSANCE DEPUIS JANVIER 1987 DANS LE TABLEAU. POSER LES QUESTIONS A PROPOS DE TOUTES CES NAISSANCES. COMMENCER PAR LA DERNIERE NAISSANCE. (S'IL Y A PLUS DE TROIS NAISSANCES, UTILISEZ UN QUESTIONNAIRE SUPPLEMENTAIRE).				
	Maintenant, je voudrais vous poser quelques questions à propos de la santé des enfants que vous avez eus durant les cinq dernières années. (Nous parlerons d'un enfant à la fois)				
	N° DE LIGNE DE LA Q. 212	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
	SELON Q. 212 ET Q. 216	DERNIERE NAISSANCE		AVANT-DERNIERE NAISS.	
		NOM	NOM	NOM	NOM
		VIVANT <input type="checkbox"/> DECEDE <input type="checkbox"/>			
403	Au moment où vous êtes tombée enceinte de (NOM), vouliez-vous tomber enceinte à ce moment-là, vouliez-vous attendre plus tard ou vouliez- vous ne plus avoir d'enfant?	A CE MOMENT-LA.....1 (PASSER A 405)←			
		PLUS TARD.....2	PLUS TARD.....2	PLUS TARD.....2	PLUS TARD.....2
		NE VOULAIT PLUS.....3 (PASSER A 405)←			
404	Combien de temps auriez-vous voulu attendre?	MOIS.....1 <input type="text"/>	MOIS.....1 <input type="text"/>	MOIS.....1 <input type="text"/>	MOIS.....1 <input type="text"/>
		ANNEES.....2 <input type="text"/>	ANNEES.....2 <input type="text"/>	ANNEES.....2 <input type="text"/>	ANNEES.....2 <input type="text"/>
		NSP.....998	NSP.....998	NSP.....998	NSP.....998
405	Quand vous étiez enceinte de (NOM), avez-vous vu quelqu'un pour une consultation concer- nant cette grossesse?	PROFESSIONNEL DE SANTE MEDECIN.....A INFIRMIERE/SAGE-FEMME..B SAGE-FEMME AUXILIAIRE..C AUTRE PERSONNE ACCOUCHEUSE (TRADI- TIONNELLE) FORMEE.....D ACCOUCHEUSE TRADI- TIONNELLE.....E AUTRE.....F (PRECISER) PERSONNE.....G (PASSER A 409)←	PROFESSIONNEL DE SANTE MEDECIN.....A INFIRMIERE/SAGE-FEMME..B SAGE-FEMME AUXILIAIRE..C AUTRE PERSONNE ACCOUCHEUSE (TRADI- TIONNELLE) FORMEE.....D ACCOUCHEUSE TRADI- TIONNELLE.....E AUTRE.....F (PRECISER) PERSONNE.....G (PASSER A 409)←	PROFESSIONNEL DE SANTE MEDECIN.....A INFIRMIERE/SAGE-FEMME..B SAGE-FEMME AUXILIAIRE..C AUTRE PERSONNE ACCOUCHEUSE (TRADI- TIONNELLE) FORMEE.....D ACCOUCHEUSE TRADI- TIONNELLE.....E AUTRE.....F (PRECISER) PERSONNE.....G (PASSER A 409)←	PROFESSIONNEL DE SANTE MEDECIN.....A INFIRMIERE/SAGE-FEMME..B SAGE-FEMME AUXILIAIRE..C AUTRE PERSONNE ACCOUCHEUSE (TRADI- TIONNELLE) FORMEE.....D ACCOUCHEUSE TRADI- TIONNELLE.....E AUTRE.....F (PRECISER) PERSONNE.....G (PASSER A 409)←
	SI OUI, Qui avez-vous vu? Quelqu'un d'autre?				
	ENCERCLER TOUTES LES PERSONNES VUES.				
406	Vous a-t-on donné un carnet prénatal pour cette grossesse?	OUI.....1	OUI.....1	OUI.....1	OUI.....1
		NON.....2	NON.....2	NON.....2	NON.....2
		NSP.....8	NSP.....8	NSP.....8	NSP.....8
407	De combien de mois étiez-vous enceinte quand vous avez vu quelqu'un pour la première fois pour une consultation concer- nant cette grossesse?	MOIS..... <input type="text"/>	MOIS..... <input type="text"/>	MOIS..... <input type="text"/>	MOIS..... <input type="text"/>
		NSP.....98	NSP.....98	NSP.....98	NSP.....98
408	Combien de visites prénatales avez-vous fait pendant cette grossesse?	NBRE. DE VISITES.. <input type="text"/>			
		NSP.....98	NSP.....98	NSP.....98	NSP.....98
409	Quand vous étiez enceinte de (NOM) vous a-t-on fait une injection dans le bras pour éviter au bébé d'attraper le tétanos, c'est-à-dire les con- vulsions après la naissance?	OUI.....1	OUI.....1	OUI.....1	OUI.....1
		NON.....2 (PASSER A 411)←	NON.....2 (PASSER A 411)←	NON.....2 (PASSER A 411)←	NON.....2 (PASSER A 411)←
		NSP.....8	NSP.....8	NSP.....8	NSP.....8
410	Combien de fois avez-vous eu cette injection?	NOMBRE..... <input type="text"/>	NOMBRE..... <input type="text"/>	NOMBRE..... <input type="text"/>	NOMBRE..... <input type="text"/>
		NSP.....8	NSP.....8	NSP.....8	NSP.....8

		DERNIERE NAISSANCE NOM _____	AVANT-DERNIERE NAISS. NOM _____	AV. AVANT-DERNIERE NAISS. NOM _____
411	Où avez-vous accouché de (NOM)?	MAISON PROPRE MAISON.....11 AUTRE MAISON.....12 SECTEUR PUBLIC HOPITAL GOUVERN.....21 CENTRE SANTE GOUV.....22 POSTE DE SANTE GOUV.....23 SECTEUR PRIVE HOP. PRI./CLINIQUE....31 AUTRE.....41 (PRECISER)	MAISON PROPRE MAISON.....11 AUTRE MAISON.....12 SECTEUR PUBLIC HOPITAL GOUVERN.....21 CENTRE SANTE GOUV.....22 POSTE DE SANTE GOUV.....23 SECTEUR PRIVE HOP. PRI./CLINIQUE....31 AUTRE.....41 (PRECISER)	MAISON PROPRE MAISON.....11 AUTRE MAISON.....12 SECTEUR PUBLIC HOPITAL GOUVERN.....21 CENTRE SANTE GOUV.....22 POSTE DE SANTE GOUV.....23 SECTEUR PRIVE HOP. PRI./CLINIQUE....31 AUTRE.....41 (PRECISER)
412	Qui vous a assisté pour l'accouchement de (NOM)? Quelqu'un d'autre? INSISTER SUR LE GENRE DE PERSONNE ET ENCERCLER TOUTES LES PERSONNES CITEES.	PROFESSIONNEL DE SANTE MEDECIN.....A INFIRMIERE/SAGE-FEMME..B SAGE-FEMME AUXILIAIRE..C AUTRE PERSONNE ACCOUCHEUSE (TRADI-TIONNELLE) FORMEE....D ACCOUCHEUSE TRADI-TIONNELLE.....E PARENT.....F AUTRE.....G (PRECISER) PERSONNE.....H	PROFESSIONNEL DE SANTE MEDECIN.....A INFIRMIERE/SAGE-FEMME..B SAGE-FEMME AUXILIAIRE..C AUTRE PERSONNE ACCOUCHEUSE (TRADI-TIONNELLE) FORMEE....D ACCOUCHEUSE TRADI-TIONNELLE.....E PARENT.....F AUTRE.....G (PRECISER) PERSONNE.....H	PROFESSIONNEL DE SANTE MEDECIN.....A INFIRMIERE/SAGE-FEMME..B SAGE-FEMME AUXILIAIRE..C AUTRE PERSONNE ACCOUCHEUSE (TRADI-TIONNELLE) FORMEE....D ACCOUCHEUSE TRADI-TIONNELLE.....E PARENT.....F AUTRE.....G (PRECISER) PERSONNE.....H
413	(NOM) est-il/elle né(e) à terme ou prématurément?	A TERME.....1 PREMATUREMENT.....2 NSP.....8	A TERME.....1 PREMATUREMENT.....2 NSP.....8	A TERME.....1 PREMATUREMENT.....2 NSP.....8
414	Avez-vous accouché de (NOM) par césarienne?	OUI.....1 NON.....2	OUI.....1 NON.....2	OUI.....1 NON.....2
415	Quand (NOM) est né(e), était-il/elle: très gros(se), plus gros(se) que la moyenne, moyen(ne), plus petit(e) que la moyenne, ou très petit(e)?	TRES GROS.....1 PLUS GROS QUE LA MOYENNE.....2 MOYEN.....3 PLUS PETIT QUE LA MOYENNE.....4 TRES PETIT.....5 NSP.....8	TRES GRAND.....1 PLUS GRAND QUE LA MOYENNE.....2 MOYEN.....3 PLUS PETIT QUE LA MOYENNE.....4 TRES PETIT.....5 NSP.....8	TRES GRAND.....1 PLUS GRAND QUE LA MOYENNE.....2 MOYEN.....3 PLUS PETIT QUE LA MOYENNE.....4 TRES PETIT.....5 NSP.....8
416	(NOM) a-t-il/elle été pesé à la naissance?	OUI.....1 NON.....2 (PASSER A 418) <—	OUI.....1 NON.....2 (PASSER A 419) <—	OUI.....1 NON.....2 (PASSER A 419) <—
417	Combien pesait-il/elle?	KILOGRAMMES..... <input type="text"/> <input type="text"/> NSP.....98	KILOGRAMMES..... <input type="text"/> <input type="text"/> NSP.....98	KILOGRAMMES..... <input type="text"/> <input type="text"/> NSP.....98
418	Vos règles sont-elles revenues depuis la naissance de (NOM)?	OUI.....1 (PASSER A 420) <— NON.....2 (PASSER A 421) <—		
419	Vos règles sont-elles revenues entre la naissance de (NOM) et votre grossesse suivante?		OUI.....1 NON.....2 (PASSER A 423) <—	OUI.....1 NON.....2 (PASSER A 423) <—
420	Pendant combien de mois après la naissance de (NOM) n'avez-vous pas eu de règles?	MOIS..... <input type="text"/> <input type="text"/> NSP.....98	MOIS..... <input type="text"/> <input type="text"/> NSP.....98	MOIS..... <input type="text"/> <input type="text"/> NSP.....98
421	VOIR 223: FEMME ENCEINTE?	PAS ENCEINTE <input type="checkbox"/> ENCEINTE OU PAS SURE <input type="checkbox"/> (PASSER A 423)		
422	Avez-vous repris les rapports sexuels depuis la naissance de (NOM)?	OUI.....1 NON.....2 (PASSER A 424) <—		
423	Pendant combien de mois après la naissance de (NOM) n'avez-vous pas eu de rapports sexuels?	MOIS..... <input type="text"/> <input type="text"/> NSP.....98	MOIS..... <input type="text"/> <input type="text"/> NSP.....98	MOIS..... <input type="text"/> <input type="text"/> NSP.....98

		DERNIERE NAISSANCE NON	AVANT-DERNIERE NAISS. NON	AV. AVANT-DERNIERE NAISS. NON																														
424	Avez-vous allaité (NOM)?	OUI.....1 (PASSER A 426)←	OUI.....1 (PASSER A 433)←	OUI.....1 (PASSER A 433)←																														
		NON.....2	NON.....2	NON.....2																														
425	Pourquoi n'avez-vous pas allaité (NOM)?	MERE MALADE/FAIBLE.....01 ENFANT MALADE/FAIBLE.....02 ENFANT DECEDE.....03 PROBLEME DE SEIN/ DE BOUT DE SEIN.....04 LAIT INSUFFISANT.....05 TRAVAILLE.....06 ENFANT A REFUSE.....07 AUTRE.....08 (PRECISER) (PASSER A 435)←	MERE MALADE/FAIBLE.....01 ENFANT MALADE/FAIBLE.....02 ENFANT DECEDE.....03 PROBLEME DE SEIN/ DE BOUT DE SEIN.....04 LAIT INSUFFISANT.....05 TRAVAILLE.....06 ENFANT A REFUSE.....07 AUTRE.....08 (PRECISER) (PASSER A 435)←	MERE MALADE/FAIBLE.....01 ENFANT MALADE/FAIBLE.....02 ENFANT DECEDE.....03 PROBLEME DE SEIN/ DE BOUT DE SEIN.....04 LAIT INSUFFISANT.....05 TRAVAILLE.....06 ENFANT A REFUSE.....07 AUTRE.....08 (PRECISER) (PASSER A 435)←																														
426	Combien de temps après sa naissance avez-vous mis (NOM) au sein pour la première fois?  SI MOINS DE 1 HEURE, INSCRIRE '00' HEURE. SI MOINS DE 24 HEURES, INSCRIRE DES HEURES. AUTREMENT, INSCRIRE DES JOURS.	IMMEDIATEMENT.....000 HEURES.....1 JOURS.....2																																
427	VOIR 216: ENFANT VIVANT?	VIVANT <input type="checkbox"/> ↓ DECEDE <input type="checkbox"/> ↓ (PASSER A 433)																																
428	Allaitiez-vous encore (NOM)?	OUI.....1 NON.....2 (PASSER A 433)←																																
429	Combien de fois avez-vous allaité la nuit dernière entre le coucher et lever du soleil?  SI REPONSE NON NUMERIQUE, INSISTER POUR EVALUER LE NOMBRE	NOMBRE D'ALLAITEMENTS DE NUIT <input type="text"/>																																
430	Combien de fois avez-vous allaité hier, pendant les heures de jour?  SI REPONSE NON NUMERIQUE, INSISTER POUR EVALUER LE NOMBRE	NOMBRE D'ALLAITEMENTS DE JOUR <input type="text"/>																																
431	A n'importe quel moment hier ou la nuit dernière avez-vous donné à (NOM) une des choses suivantes:  Eau? Eau sucrée? Jus? Infusion? Lait en boîte pour bébé? Lait frais? Lait en boîte ou en poudre Autres liquides Aliment solide ou en bouillie?	<table> <thead> <tr> <th></th> <th>OUI</th> <th>NON</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>EAU.....1</td> <td>2</td> <td></td> </tr> <tr> <td>EAU SUCREE.....1</td> <td>2</td> <td></td> </tr> <tr> <td>JUS.....1</td> <td>2</td> <td></td> </tr> <tr> <td>INFUSION.....1</td> <td>2</td> <td></td> </tr> <tr> <td>LAIT EN BOITE BEBE.....1</td> <td>2</td> <td></td> </tr> <tr> <td>LAIT FRAIS.....1</td> <td>2</td> <td></td> </tr> <tr> <td>LAIT EN BOITE/POUDRE.....1</td> <td>2</td> <td></td> </tr> <tr> <td>AUTRES LIQUIDES.....1</td> <td>2</td> <td></td> </tr> <tr> <td>ALIMENT SOLIDE/ EN BOUILLIE.....1</td> <td>2</td> <td></td> </tr> </tbody> </table>		OUI	NON	EAU.....1	2		EAU SUCREE.....1	2		JUS.....1	2		INFUSION.....1	2		LAIT EN BOITE BEBE.....1	2		LAIT FRAIS.....1	2		LAIT EN BOITE/POUDRE.....1	2		AUTRES LIQUIDES.....1	2		ALIMENT SOLIDE/ EN BOUILLIE.....1	2			
	OUI	NON																																
EAU.....1	2																																	
EAU SUCREE.....1	2																																	
JUS.....1	2																																	
INFUSION.....1	2																																	
LAIT EN BOITE BEBE.....1	2																																	
LAIT FRAIS.....1	2																																	
LAIT EN BOITE/POUDRE.....1	2																																	
AUTRES LIQUIDES.....1	2																																	
ALIMENT SOLIDE/ EN BOUILLIE.....1	2																																	
432	VOIR 431 : NOURRITURE OU LIQUIDE DONNE HIER	"OUI" POUR UN OU PLUS <input type="checkbox"/> ↓ (PASSER A 437) RIEN DU TOUT <input type="checkbox"/> ↓ (PASSER A 436)																																

	DERNIERE NAISSANCE NOM _____	AVANT-DERNIERE NAISS. NOM _____	AV. AVANT-DERNIERE NAISS. NOM _____
433	Pendant combien de mois avez-vous allaité (NOM)? MOIS..... <input type="text"/> <input type="text"/> JUSQU'A SON DECES.....95 (PASSER A 436) ←	MOIS..... <input type="text"/> <input type="text"/> JUSQU'A SON DECES.....95 (PASSER A 436) ←	MOIS..... <input type="text"/> <input type="text"/> JUSQU'A SON DECES.....95 (PASSER A 436) ←
434	Pourquoi avez-vous arrêté d'allaiter (NOM)? MERE MALADE/FAIBLE.....01 ENFANT MALADE/FAIBLE.....02 ENFANT DECEDE.....03 PROBLEME DE SEIN/ DE BOUT DE SEIN.....04 LAIT INSUFFISANT.....05 TRAVAILLE.....06 ENFANT A REFUSE.....07 AGE DU SEVRAGE.....08 TOMBE ENCEINTE.....09 A COMMENCE A UTILISER LA CONTRACEPTION.....10 AUTRE .....11 (PRECISER)	MERE MALADE/FAIBLE.....01 ENFANT MALADE/FAIBLE.....02 ENFANT DECEDE.....03 PROBLEME DE SEIN/ DE BOUT DE SEIN.....04 LAIT INSUFFISANT.....05 TRAVAILLE.....06 ENFANT A REFUSE.....07 AGE DU SEVRAGE.....08 TOMBE ENCEINTE.....09 A COMMENCE A UTILISER LA CONTRACEPTION.....10 AUTRE .....11 (PRECISER)	MERE MALADE/FAIBLE.....01 ENFANT MALADE/FAIBLE.....02 ENFANT DECEDE.....03 PROBLEME DE SEIN/ DE BOUT DE SEIN.....04 LAIT INSUFFISANT.....05 TRAVAILLE.....06 ENFANT A REFUSE.....07 AGE DU SEVRAGE.....08 TOMBE ENCEINTE.....09 A COMMENCE A UTILISER LA CONTRACEPTION.....10 AUTRE .....11 (PRECISER)
435	VOIR 216: ENFANT VIVANT? VIVANT <input type="checkbox"/> DECEDE <input type="checkbox"/> (PASSER A 437) ↓	VIVANT <input type="checkbox"/> DECEDE <input type="checkbox"/> (PASSER A 437) ↓	VIVANT <input type="checkbox"/> DECEDE <input type="checkbox"/> (PASSER A 437) ↓
436	Avez-vous déjà donné à (NOM) de l'eau, ou quelque chose d'autre à boire ou à manger (autre que le lait maternel)? OUI.....1 NON.....2 (PASSER A 440) ←	OUI.....1 NON.....2 (PASSER A 440) ←	OUI.....1 NON.....2 (PASSER A 440) ←
437	Combien de mois avait (NOM) quand vous avez commencé à lui donner les choses suivantes de façon régulière?: Lait en boîte ou lait autre que le lait maternel? AGE EN MOIS..... <input type="text"/> <input type="text"/> JAMAIS DONNE.....96 Eau? AGE EN MOIS..... <input type="text"/> <input type="text"/> JAMAIS DONNE.....96 Autres liquides? AGE EN MOIS..... <input type="text"/> <input type="text"/> JAMAIS DONNE.....96 Aliment solide ou en bouillie? AGE EN MOIS..... <input type="text"/> <input type="text"/> JAMAIS DONNE.....96 SI MOINS DE 1 HEURE, INSCRIRE '00'.	AGE EN MOIS..... <input type="text"/> <input type="text"/> JAMAIS DONNE.....96 AGE EN MOIS..... <input type="text"/> <input type="text"/> JAMAIS DONNE.....96 AGE EN MOIS..... <input type="text"/> <input type="text"/> JAMAIS DONNE.....96 AGE EN MOIS..... <input type="text"/> <input type="text"/> JAMAIS DONNE.....96 (PASSER A 440)	AGE EN MOIS..... <input type="text"/> <input type="text"/> JAMAIS DONNE.....96 AGE EN MOIS..... <input type="text"/> <input type="text"/> JAMAIS DONNE.....96 AGE EN MOIS..... <input type="text"/> <input type="text"/> JAMAIS DONNE.....96 (PASSER A 440)
438	VOIR 216: ENFANT VIVANT? VIVANT <input type="checkbox"/> DECEDE <input type="checkbox"/> (PASSER A 440) ↓		
439	(NOM) a-t-il/elle bu quelque chose au biberon, hier ou la nuit dernière? OUI.....1 NON.....2 NSP.....8		
440	RETOURNER A 403 POUR LA NAISSANCE SUIVANTE; OU, S'IL N'Y A PLUS DE NAISSANCE, PASSER A LA PREMIERE COLONNE DE 441		

## SECTION 4B. VACCINATION ET SANTE

441 NOTER LE NOM ET LE N° DE LIGNE DE CHAQUE NAISSANCE DEPUIS JANVIER 1987 DANS LE TABLEAU.  
POSER LES QUESTIONS A PROPOS DE TOUTES CES NAISSANCES. COMMENCER PAR LA DERNIERE NAISSANCE. (S'IL Y A PLUS DE TROIS  
NAISSANCES, UTILISEZ UN QUESTIONNAIRE SUPPLEMENTAIRE).

N° DE LIGNE DE LA Q. 212		<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>																																																																																																															
SELON Q. 212 ET Q. 216		DERNIERE NAISSANCE		AVANT-DERNIERE NAISS.		AV. AVANT-DERNIERE NAISS.																																																																																																													
		NOM	NOM	NOM	NOM	NOM	NOM																																																																																																												
		VIVANT <input type="checkbox"/> DECEDE <input type="checkbox"/>	VIVANT <input type="checkbox"/> DECEDE <input type="checkbox"/>	VIVANT <input type="checkbox"/> DECEDE <input type="checkbox"/>	VIVANT <input type="checkbox"/> DECEDE <input type="checkbox"/>	VIVANT <input type="checkbox"/> DECEDE <input type="checkbox"/>	VIVANT <input type="checkbox"/> DECEDE <input type="checkbox"/>																																																																																																												
442	Avez-vous un carnet où les vaccinations de (NOM) sont inscrites?  SI OUI: Puis-je le voir, s'il vous plaît?	OUI, VU.....1 (PASSER A 444)←	OUI, VU.....1 (PASSER A 444)←	OUI, VU.....1 (PASSER A 444)←	OUI, VU.....1 (PASSER A 444)←	OUI, VU.....1 (PASSER A 444)←	OUI, VU.....1 (PASSER A 444)←																																																																																																												
		OUI, NON VU.....2 (PASSER A 446)←	OUI, NON VU.....2 (PASSER A 446)←	OUI, NON VU.....2 (PASSER A 446)←	OUI, NON VU.....2 (PASSER A 446)←	OUI, NON VU.....2 (PASSER A 446)←	OUI, NON VU.....2 (PASSER A 446)←																																																																																																												
		PAS DE CARNET.....3	PAS DE CARNET.....3	PAS DE CARNET.....3	PAS DE CARNET.....3	PAS DE CARNET.....3	PAS DE CARNET.....3																																																																																																												
443	Avez-vous jamais eu de carnet de vaccination pour (NOM)?	OUI.....1 (PASSER A 446)←	OUI.....1 (PASSER A 446)←	OUI.....1 (PASSER A 446)←	OUI.....1 (PASSER A 446)←	OUI.....1 (PASSER A 446)←	OUI.....1 (PASSER A 446)←																																																																																																												
		NON.....2	NON.....2	NON.....2	NON.....2	NON.....2	NON.....2																																																																																																												
444	(1)COPIER LES DATES DE VACCINATIONS POUR CHAQUE VACCIN A PARTIR DU CARNET. (2)INSCRIRE '44' DANS LA COLONNE 'JOUR', SI LA CARTE INDIQUE QU'UNE VACCINATION A ETE FAITE, MAIS LA DATE N'A PAS ETE REPORTEE.	<table border="1"> <thead> <tr> <th></th> <th>JOUR</th> <th>MOIS</th> <th>ANNEE</th> </tr> </thead> <tbody> <tr><td>BCG</td><td></td><td></td><td></td></tr> <tr><td>P1</td><td></td><td></td><td></td></tr> <tr><td>P2</td><td></td><td></td><td></td></tr> <tr><td>P3</td><td></td><td></td><td></td></tr> <tr><td>D1</td><td></td><td></td><td></td></tr> <tr><td>D2</td><td></td><td></td><td></td></tr> <tr><td>D3</td><td></td><td></td><td></td></tr> <tr><td>ROU</td><td></td><td></td><td></td></tr> </tbody> </table>			JOUR	MOIS	ANNEE	BCG				P1				P2				P3				D1				D2				D3				ROU				<table border="1"> <thead> <tr> <th></th> <th>JOUR</th> <th>MOIS</th> <th>ANNEE</th> </tr> </thead> <tbody> <tr><td>BCG</td><td></td><td></td><td></td></tr> <tr><td>P1</td><td></td><td></td><td></td></tr> <tr><td>P2</td><td></td><td></td><td></td></tr> <tr><td>P3</td><td></td><td></td><td></td></tr> <tr><td>D1</td><td></td><td></td><td></td></tr> <tr><td>D2</td><td></td><td></td><td></td></tr> <tr><td>D3</td><td></td><td></td><td></td></tr> <tr><td>ROU</td><td></td><td></td><td></td></tr> </tbody> </table>			JOUR	MOIS	ANNEE	BCG				P1				P2				P3				D1				D2				D3				ROU				<table border="1"> <thead> <tr> <th></th> <th>JOUR</th> <th>MOIS</th> <th>ANNEE</th> </tr> </thead> <tbody> <tr><td>BCG</td><td></td><td></td><td></td></tr> <tr><td>P1</td><td></td><td></td><td></td></tr> <tr><td>P2</td><td></td><td></td><td></td></tr> <tr><td>P3</td><td></td><td></td><td></td></tr> <tr><td>D1</td><td></td><td></td><td></td></tr> <tr><td>D2</td><td></td><td></td><td></td></tr> <tr><td>D3</td><td></td><td></td><td></td></tr> <tr><td>ROU</td><td></td><td></td><td></td></tr> </tbody> </table>			JOUR	MOIS	ANNEE	BCG				P1				P2				P3				D1				D2				D3				ROU			
	JOUR	MOIS	ANNEE																																																																																																																
BCG																																																																																																																			
P1																																																																																																																			
P2																																																																																																																			
P3																																																																																																																			
D1																																																																																																																			
D2																																																																																																																			
D3																																																																																																																			
ROU																																																																																																																			
	JOUR	MOIS	ANNEE																																																																																																																
BCG																																																																																																																			
P1																																																																																																																			
P2																																																																																																																			
P3																																																																																																																			
D1																																																																																																																			
D2																																																																																																																			
D3																																																																																																																			
ROU																																																																																																																			
	JOUR	MOIS	ANNEE																																																																																																																
BCG																																																																																																																			
P1																																																																																																																			
P2																																																																																																																			
P3																																																																																																																			
D1																																																																																																																			
D2																																																																																																																			
D3																																																																																																																			
ROU																																																																																																																			
445	(NOM) a-t-il reçu des vaccinations qui ne sont pas inscrites sur ce carnet?  ENREGISTRER 'OUI' SEULEMENT SI L'ENQUETE MENTIONNE LE(S) VACCIN(S) DU BCG, DTCoq 1-3, POLIO 1-3 ET/OU ROUGEOLE.	OUI.....1 (INSISTER SUR LE TYPE DE VACCIN ET INSCRIRE '66' DANS LA COLONNE CORRESPONDANT AU JOUR EN 444)←	OUI.....1 (INSISTER SUR LE TYPE DE VACCIN ET INSCRIRE '66' DANS LA COLONNE CORRESPONDANT AU JOUR EN 444)←	OUI.....1 (INSISTER SUR LE TYPE DE VACCIN ET INSCRIRE '66' DANS LA COLONNE CORRESPONDANT AU JOUR EN 444)←	OUI.....1 (INSISTER SUR LE TYPE DE VACCIN ET INSCRIRE '66' DANS LA COLONNE CORRESPONDANT AU JOUR EN 444)←	OUI.....1 (INSISTER SUR LE TYPE DE VACCIN ET INSCRIRE '66' DANS LA COLONNE CORRESPONDANT AU JOUR EN 444)←	OUI.....1 (INSISTER SUR LE TYPE DE VACCIN ET INSCRIRE '66' DANS LA COLONNE CORRESPONDANT AU JOUR EN 444)←																																																																																																												
		NON.....2	NON.....2	NON.....2	NON.....2	NON.....2	NON.....2																																																																																																												
		NSP.....8 (PASSER A 448)←	NSP.....8 (PASSER A 448)←	NSP.....8 (PASSER A 448)←	NSP.....8 (PASSER A 448)←	NSP.....8 (PASSER A 448)←	NSP.....8 (PASSER A 448)←																																																																																																												
446	(NOM) a-t-il/elle jamais reçu de vaccination pour lui éviter d'attraper des maladies?	OUI.....1	OUI.....1	OUI.....1	OUI.....1	OUI.....1	OUI.....1																																																																																																												
		NON.....2 (PASSER A 448)←	NON.....2 (PASSER A 448)←	NON.....2 (PASSER A 448)←	NON.....2 (PASSER A 448)←	NON.....2 (PASSER A 448)←	NON.....2 (PASSER A 448)←																																																																																																												
		NSP.....8	NSP.....8	NSP.....8	NSP.....8	NSP.....8	NSP.....8																																																																																																												
447	S'il vous plaît, dites-moi si (NOM) a reçu une des vaccinations suivantes:  Une vaccination du BCG contre la tuberculose, c'est-à-dire une injection dans l'épaule gauche qui a laissé une cicatrice?  Une vaccination contre la polio, c'est à dire des gouttes dans la bouche?  SI OUI: Combien de fois? <input type="text"/>  Une injection contre la rougeole?	OUI.....1	OUI.....1	OUI.....1	OUI.....1	OUI.....1	OUI.....1																																																																																																												
		NON.....2	NON.....2	NON.....2	NON.....2	NON.....2	NON.....2																																																																																																												
		NSP.....8	NSP.....8	NSP.....8	NSP.....8	NSP.....8	NSP.....8																																																																																																												
		NOMBRE DE FOIS..... <input type="text"/>	NOMBRE DE FOIS..... <input type="text"/>	NOMBRE DE FOIS..... <input type="text"/>	NOMBRE DE FOIS..... <input type="text"/>	NOMBRE DE FOIS..... <input type="text"/>	NOMBRE DE FOIS..... <input type="text"/>																																																																																																												
		OUI.....1	OUI.....1	OUI.....1	OUI.....1	OUI.....1	OUI.....1																																																																																																												
		NON.....2	NON.....2	NON.....2	NON.....2	NON.....2	NON.....2																																																																																																												
		NSP.....8	NSP.....8	NSP.....8	NSP.....8	NSP.....8	NSP.....8																																																																																																												
448	VOIR 216: ENFANT VIVANT?	VIVANT <input type="checkbox"/> DECEDE <input type="checkbox"/>	VIVANT <input type="checkbox"/> DECEDE <input type="checkbox"/>	VIVANT <input type="checkbox"/> DECEDE <input type="checkbox"/>	VIVANT <input type="checkbox"/> DECEDE <input type="checkbox"/>	VIVANT <input type="checkbox"/> DECEDE <input type="checkbox"/>	VIVANT <input type="checkbox"/> DECEDE <input type="checkbox"/>																																																																																																												
		(PASSER A 450)	(PASSER A 450)	(PASSER A 450)	(PASSER A 450)	(PASSER A 450)	(PASSER A 450)																																																																																																												
449	RETOURNER A 442 POUR LA NAISSANCE SUIVANTE; OUI, S'IL N'Y A PLUS DE NAISSANCE, PASSER A 480.																																																																																																																		

	DERNIERE NAISSANCE NOM _____	AVANT-DERNIERE NAISS. NOM _____	AV. AVANT-DERNIERE NAISS. NOM _____
450	(NOM) a-t-il/elle eu de la fièvre à un moment quelconque dans les 2 dernières semaines? OUI.....1 NON.....2 NSP.....8	OUI.....1 NON.....2 NSP.....8	OUI.....1 NON.....2 NSP.....8
451	(NOM) a-t-il/elle souffert de la toux à un moment quelconque dans les 2 dernières semaines? OUI.....1 NON.....2 (PASSER A 455)←.....2 NSP.....8	OUI.....1 NON.....2 (PASSER A 455)←.....2 NSP.....8	OUI.....1 NON.....2 (PASSER A 455)←.....2 NSP.....8
452	(NOM) a-t-il/elle souffert de la toux dans les dernières 24 heures? OUI.....1 NON.....2 NSP.....8	OUI.....1 NON.....2 NSP.....8	OUI.....1 NON.....2 NSP.....8
453	Combien de jours (a durée la toux/depuis combien de jours dure la toux)? SI MOINS DE 1 JOUR, INSCRIRE '00'. JOURS..... <input type="text"/> <input type="text"/>	JOURS..... <input type="text"/> <input type="text"/>	JOURS..... <input type="text"/> <input type="text"/>
454	Quand (NOM) était malade avec la toux, respirait-il/elle plus rapidement que d'habitude avec un souffle court et rapide? OUI.....1 NON.....2 NSP.....8	OUI.....1 NON.....2 NSP.....8	OUI.....1 NON.....2 NSP.....8
455	VOIR 450 ET 451: FIEVRE OU TOUX? <input type="checkbox"/> OUI <input type="checkbox"/> AUTRE ↓ v (PASSER A 460)	"OUI" DANS 450 OU 451 <input type="checkbox"/> OUI <input type="checkbox"/> AUTRE ↓ v (PASSER A 460)	"OUI" DANS 450 OU 451 <input type="checkbox"/> OUI <input type="checkbox"/> AUTRE ↓ v (PASSER A 460)
456	Est-ce que quelque chose a été donné pour traiter la fièvre/toux? OUI.....1 NON.....2 (PASSER A 458)←.....2 NSP.....8	OUI.....1 NON.....2 (PASSER A 458)←.....2 NSP.....8	OUI.....1 NON.....2 (PASSER A 458)←.....2 NSP.....8
457	Qu'est-ce qui a été donné pour traiter la fièvre/toux? Quelque chose d'autre? INSCRIRE TOUT CE QUI EST CITE INJECTION.....A ANTIBIOTIQUE (PILULE OU SIROP).....B ANTI-PALUDEEN (PILULE OU SIROP).....C SIROP CONTRE LA TOUX.....D AUTRE PILULE OU SIROP.....E PILULE OU SIROP INCONNU..F REMEDE-MAISON/ PLANTES MEDICINALES.....G AUTRE.....H (PRECISER)	INJECTION.....A ANTIBIOTIQUE (PILULE OU SIROP).....B ANTI-PALUDEEN (PILULE OU SIROP).....C SIROP CONTRE LA TOUX.....D AUTRE PILULE OU SIROP.....E PILULE OU SIROP INCONNU..F REMEDE-MAISON/ PLANTES MEDICINALES.....G AUTRE.....H (PRECISER)	INJECTION.....A ANTIBIOTIQUE (PILULE OU SIROP).....B ANTI-PALUDEEN (PILULE OU SIROP).....C SIROP CONTRE LA TOUX.....D AUTRE PILULE OU SIROP.....E PILULE OU SIROP INCONNU..F REMEDE-MAISON/ PLANTES MEDICINALES.....G AUTRE.....H (PRECISER)
458	Avez-vous demandé des conseils ou un traitement pour la fièvre/toux? OUI.....1 NON.....2 (PASSER A 460)←.....2	OUI.....1 NON.....2 (PASSER A 460)←.....2	OUI.....1 NON.....2 (PASSER A 460)←.....2
459	Où avez-vous demandé des conseils ou un traitement? A quelqu'un d'autre? INSCRIRE TOUT CE QUI EST CITE SECTEUR PUBLIC HOPITAL GOUVERN.....A CENTRE SANTE GOUVERN..B POSTE SANTE GOUVERN...C CLINIQUE MOBILE.....D PERSONNEL DE SANTE COMMUNAUTAIRE.....E SECTEUR MEDICAL PRIVE CLINIQUE/HOP. PRIVE...F PHARMACIE.....G DOCTEUR PRIVE.....H CLINIQUE MOBILE.....I PERSONNEL DE SANTE COMMUNAUTAIRE.....J AUTRE SECTEUR PRIVE BOUTIQUE.....K GUERISSEUR TRADITIONNEL.....L AUTRE.....M (PRECISER)	SECTEUR PUBLIC HOPITAL GOUVERN.....A CENTRE SANTE GOUVERN..B POSTE SANTE GOUVERN...C CLINIQUE MOBILE.....D PERSONNEL DE SANTE COMMUNAUTAIRE.....E SECTEUR MEDICAL PRIVE CLINIQUE/HOP. PRIVE...F PHARMACIE.....G DOCTEUR PRIVE.....H CLINIQUE MOBILE.....I PERSONNEL DE SANTE COMMUNAUTAIRE.....J AUTRE SECTEUR PRIVE BOUTIQUE.....K GUERISSEUR TRADITIONNEL.....L AUTRE.....M (PRECISER)	SECTEUR PUBLIC HOPITAL GOUVERN.....A CENTRE SANTE GOUVERN..B POSTE SANTE GOUVERN...C CLINIQUE MOBILE.....D PERSONNEL DE SANTE COMMUNAUTAIRE.....E SECTEUR MEDICAL PRIVE CLINIQUE/HOP. PRIVE...F PHARMACIE.....G DOCTEUR PRIVE.....H CLINIQUE MOBILE.....I PERSONNEL DE SANTE COMMUNAUTAIRE.....J AUTRE SECTEUR PRIVE BOUTIQUE.....K GUERISSEUR TRADITIONNEL.....L AUTRE.....M (PRECISER)

		DERNIERE MAISSANCE NON	AVANT-DERNIERE MAISS. NON	AV. AVANT-DERNIERE MAISS. NON
460	(NOM) a-t-il/elle eu la diarrhée durant les deux dernières semaines?	OUI.....1 (PASSER A 462)← NON.....2 NSP.....8	OUI.....1 (PASSER A 462)← NON.....2 NSP.....8	OUI.....1 (PASSER A 462)← NON.....2 NSP.....8
461	RETOURNER A 442 POUR LA MAISSANCE SUIVANTE; OU, S'IL N'Y A PLUS DE MAISSANCE, PASSER A 480			
462	(NOM) a-t-il/elle eu la diarrhée durant les dernières 24 heures?	OUI.....1 NON.....2 NSP.....8	OUI.....1 NON.....2 NSP.....8	OUI.....1 NON.....2 NSP.....8
463	Combien de jours (a duré la diarrhée/depuis combien de jours dure la diarrhée)? SI MOINS DE 1 JOUR, INSCRIRE '00'.	JOURS..... <input type="text"/>	JOURS..... <input type="text"/>	JOURS..... <input type="text"/>
464	Y avait-il du sang dans les selles?	OUI.....1 NON.....2 NSP.....8	OUI.....1 NON.....2 NSP.....8 (PASSER A 468)	OUI.....1 NON.....2 NSP.....8 (PASSER A 468)
465	VOIR 424/428: DERNIER ENFANT ENCORE ALLAITE?	OUI <input type="checkbox"/> NON <input type="checkbox"/> (PASSER A 468)		
466	Quand (NOM) avait la diarrhée, avez-vous changé le nombre d'allaitements?	OUI.....1 NON.....2 (PASSER A 468)←		
467	Avez-vous <u>augmenté</u> ou <u>réduit</u> le nombre de rations, ou avez-vous <u>arrêté complètement</u> ?	AUGMENTE.....1 REDUIT.....2 ARRETE COMPLETEMENT.....3		
468	(En dehors du lait maternel) Lui avez-vous donné à boire la même quantité qu'avant la diarrhée, plus, ou moins?	MEME.....1 PLUS.....2 MOINS.....3 NSP.....8	MEME.....1 PLUS.....2 MOINS.....3 NSP.....8	MEME.....1 PLUS.....2 MOINS.....3 NSP.....8
469	Est-ce que quelque chose a été donné pour traiter la diarrhée?	OUI.....1 NON.....2 (PASSER A 471)← NSP.....8	OUI.....1 NON.....2 (PASSER A 471)← NSP.....8	OUI.....1 NON.....2 (PASSER A 471)← NSP.....8
470	Qu'est-ce qui a été donné pour traiter la diarrhée?  Quelque chose d'autre?  INSCRIRE TOUT CE QUI EST CITE	LIQUIDE DES SACHETS SRO..A LIQUIDE RECOMMANDE ET FAIT A LA MAISON....B PILULE OU SIROP ANTIBIOTIQUE.....C AUTRE PILULE OU SIROP...D INJECTION.....E (I.V.) INTRAVEINEUSE....F REMEDE MAISON/PLANTES MEDICINALES....G AUTRE.....H (PRECISER)	LIQUIDE DES SACHETS SRO..A LIQUIDE RECOMMANDE ET FAIT A LA MAISON....B PILULE OU SIROP ANTIBIOTIQUE.....C AUTRE PILULE OU SIROP...D INJECTION.....E (I.V.) INTRAVEINEUSE....F REMEDE MAISON/PLANTES MEDICINALES....G AUTRE.....H (PRECISER)	LIQUIDE DES SACHETS SRO..A LIQUIDE RECOMMANDE ET FAIT A LA MAISON....B PILULE OU SIROP ANTIBIOTIQUE.....C AUTRE PILULE OU SIROP...D INJECTION.....E (I.V.) INTRAVEINEUSE....F REMEDE MAISON/PLANTES MEDICINALES....G AUTRE.....H (PRECISER)
471	Avez-vous demandé des conseils ou un traitement pour la diarrhée?	OUI.....1 NON.....2 (PASSER A 473) ←	OUI.....1 NON.....2 (PASSER A 473) ←	OUI.....1 NON.....2 (PASSER A 473) ←
472	Où avez-vous demandé des conseils ou un traitement?  A quelqu'un d'autre?  INSCRIRE TOUT CE QUI EST CITE	SECTEUR PUBLIC HOPITAL GOUVERN.....A CENTRE SANTE GOUVERN..B POSTE SANTE GOUVERN...C CLINIQUE MOBILE.....D PERSONNEL DE SANTE COMMUNAUTAIRE.....E SECTEUR MEDICAL PRIVE CLINIQUE/HOP. PRIVE...F PHARMACIE.....G DOCTEUR PRIVE.....H CLINIQUE MOBILE.....I PERSONNEL DE SANTE COMMUNAUTAIRE.....J AUTRE SECTEUR PRIVE BOUTIQUE.....K GUERISSEUR TRADITIONNEL.....L AUTRE.....M (PRECISER)	SECTEUR PUBLIC HOPITAL GOUVERN.....A CENTRE SANTE GOUVERN..B POSTE SANTE GOUVERN...C CLINIQUE MOBILE.....D PERSONNEL DE SANTE COMMUNAUTAIRE.....E SECTEUR MEDICAL PRIVE CLINIQUE/HOP. PRIVE...F PHARMACIE.....G DOCTEUR PRIVE.....H CLINIQUE MOBILE.....I PERSONNEL DE SANTE COMMUNAUTAIRE.....J AUTRE SECTEUR PRIVE BOUTIQUE.....K GUERISSEUR TRADITIONNEL.....L AUTRE.....M (PRECISER)	SECTEUR PUBLIC HOPITAL GOUVERN.....A CENTRE SANTE GOUVERN..B POSTE SANTE GOUVERN...C CLINIQUE MOBILE.....D PERSONNEL DE SANTE COMMUNAUTAIRE.....E SECTEUR MEDICAL PRIVE CLINIQUE/HOP. PRIVE...F PHARMACIE.....G DOCTEUR PRIVE.....H CLINIQUE MOBILE.....I PERSONNEL DE SANTE COMMUNAUTAIRE.....J AUTRE SECTEUR PRIVE BOUTIQUE.....K GUERISSEUR TRADITIONNEL.....L AUTRE.....M (PRECISER)

		DERNIERE NAISSANCE	AVANT-DERNIERE NAISS.	AV. AVANT-DERNIERE NAISS.
		NOM _____	NOM _____	NOM _____
473	VOIR 470:  LIQUIDE D'UN SACHET SRO CITE	NON, LIQUIDE SRO PAS CITE <input type="checkbox"/> ↓ (PASSER A 475)	OUI, LIQUIDE SRO CITE <input type="checkbox"/> ↓ (PASSER A 475)	NON, LIQUIDE SRO PAS CITE <input type="checkbox"/> ↓ (PASSER A 475)
474	(NOM) a-t-il/elle reçu (LIQUIDE D'UN SACHET SRO - NOM LOCAL) quand il/elle avait la diarrhée?	OUI.....1 NON.....2 (PASSER A 476)← NSP.....8	OUI.....1 NON.....2 (PASSER A 476)← NSP.....8	OUI.....1 NON.....2 (PASSER A 476)← NSP.....8
475	Pendant combien de jours (NOM) a-t-il/elle reçu (NOM LOCAL)?  SI MOINS DE 1 JOUR, INSCRIRE '00'.	JOURS..... <input type="text"/> <input type="text"/> NSP.....98	JOURS..... <input type="text"/> <input type="text"/> NSP.....98	JOURS..... <input type="text"/> <input type="text"/> NSP.....98
476	VOIR 470:  LIQUIDE RECOMMANDE ET FAIT A LA MAISON CITE	NON, LIQUIDE MAISON PAS CITE <input type="checkbox"/> ↓ (PASSER A 478)	OUI, LIQUIDE MAISON CITE <input type="checkbox"/> ↓ (PASSER A 478)	NON, LIQUIDE MAISON PAS CITE <input type="checkbox"/> ↓ (PASSER A 478)
477	(NOM) a-t-il/elle reçu un li- quide recommandé par le per- sonnel de santé et préparé à la maison avec (INGREDIENTS RECOMMANDES) quand il/elle avait la diarrhée?	OUI.....1 NON.....2 (PASSER A 479)← NSP.....8	OUI.....1 NON.....2 (PASSER A 479)← NSP.....8	OUI.....1 NON.....2 (PASSER A 479)← NSP.....8
478	Pendant combien de jours (NOM) a-t-il/elle reçu le liquide préparé avec (INGREDIENTS RECOMMANDES)?  SI MOINS DE 1 JOUR, INSCRIRE '00'.	JOURS..... <input type="text"/> <input type="text"/> NSP.....98	JOURS..... <input type="text"/> <input type="text"/> NSP.....98	JOURS..... <input type="text"/> <input type="text"/> NSP.....98
479	RETOURNER A 442 POUR L'ENFANT SUIVANT; OU, S'IL N'Y A PLUS D'ENFANT, PASSER A 480.			

N°	QUESTIONS ET FILTRES	CODES	PASSER A
480	VOIR 470 ET 474 (TOUTES LES COLONNES):  SOLUTION SRO D'UN SACHET DONNEE A UN ENFANT	SOLUTION SRO D'UN SACHET DONNEE A AUCUN ENFANT OU 470 ET 474 NON POSEE	484
481	Avez-vous déjà entendu parler d'un produit spécial appelé (NOM LOCAL) que vous pouvez obtenir pour le traitement de la diarrhée?	OUI.....1 NON.....2	483
482	Avez-vous déjà vu un sachet comme celui-ci auparavant?  MONTRER LE SACHET.	OUI.....1 NON.....2	487
483	Avez-vous déjà préparé une solution avec un de ces sachets pour traiter la diarrhée pour vous-même ou quel- qu'un d'autre?  (MONTRER LE SACHET)	OUI.....1 NON.....2	486
484	La dernière fois que vous avez préparé (NOM LOCAL), avez-vous préparé tout le sachet en une fois, ou seulement une partie du sachet?	TOUT SACHET EN UNE FOIS.....1 PARTIE DU SACHET.....2	486
485	Combien d'eau avez-vous utilisé pour préparer (NOM LOCAL) la dernière fois que vous l'avez fait?*	1 1/2 LITRE.....01 1 LITRE.....02 1 1/2 LITRES.....03 2 LITRES.....04 SELOW INSTRUCTIONS DU SACHET...05 AUTRE.....06 (PRECISER) NSP.....98	
486	Où pouvez-vous obtenir le sachet de (NOM LOCAL)?  INSISTER: Nulle part ailleurs?  INSCRIRE TOUS LES LIEUX CITES	SECTEUR PUBLIC HOPITAL GOUVERNEMENTAL.....A CENTRE SANTE GOUVERNEMENTAL...B POSTE SANTE GOUVERNEMENTAL...C CLINIQUE MOBILE.....D PERSONNEL DE SANTE COMMUNAUTAIRE.....E SECTEUR MEDICAL PRIVE CLINIQUE/HOPITAL PRIVE.....F PHARMACIE.....G DOCTEUR PRIVE.....H CLINIQUE MOBILE.....I PERSONNEL DE SANTE COMMUNAUTAIRE.....J AUTRE SECTEUR PRIVE BOUTIQUE.....K QUERISSEUR TRADITIONNEL.....L AUTRE.....M (PRECISER)	
487	VOIR 470 ET 477 (TOUTES LES COLONNES):  LIQUIDE RECOMMANDE ET PREPARE A LA MAISON DONNE A UN ENFANT	LIQUIDE RECOMMANDE ET PREPARE A LA MAISON DONNE A AUCUN ENFANT OU 470 ET 477 NON POSEE	501
488	Où avez-vous appris à préparer le liquide recommandé et fait à la maison avec (INGREDIENTS RECOMMANDES) que vous avez donnée à (NOM) quand il/elle avait la diarrhée?	SECTEUR PUBLIC HOPITAL GOUVERNEMENTAL.....11 CENTRE SANTE GOUVERNEMENTAL...12 POSTE SANTE GOUVERNEMENTAL...13 CLINIQUE MOBILE.....14 PERSONNEL DE SANTE COMMUNAUTAIRE.....15 SECTEUR MEDICAL PRIVE CLINIQUE/HOPITAL PRIVE.....21 PHARMACIE.....22 DOCTEUR PRIVE.....23 CLINIQUE MOBILE.....24 PERSONNEL DE SANTE COMMUNAUTAIRE.....25 AUTRE SECTEUR PRIVE BOUTIQUE.....31 QUERISSEUR TRADITIONNEL.....32 AUTRE.....41 (PRECISER)	

## SECTION 5. MARIAGE

N°	QUESTIONS ET FILTRES	CODES	PASSER A
501	Avez-vous été mariée ou avez-vous vécu en union avec un homme?	OUI.....1 NON.....2	512
502	Etes-vous actuellement mariée ou vivez-vous en union avec un homme, ou êtes-vous veuve, divorcée ou séparée?	MARIEE.....1 VIT EN UNION.....2 VEUVE.....3 DIVORCEE.....4 SEPEREE.....5	507
503	Est-ce que votre mari/conjoint vit avec vous ou habite ailleurs?	VIT AVEC ELLE.....1 HABITE AILLEURS.....2	
504	Votre mari/conjoint a-t-il d'autres femmes en plus de vous-même?	OUI.....1 NON.....2	507
505	Combien d'autres femmes a-t-il?	NOMBRE..... <input type="text"/> <input type="text"/> NSP.....98	507
506	Etes-vous la première, la deuxième, la troisième .... épouse?	RANG..... <input type="text"/> <input type="text"/>	
507	Avez-vous été mariée ou avez-vous vécu en union avec un homme une fois ou plus d'une fois?	UNE FOIS.....1 PLUS D'UNE FOIS.....2	
508	En quel mois et quelle année avez-vous commencé à vivre avec votre (premier) mari/conjoint?	MOIS..... <input type="text"/> <input type="text"/> NSP MOIS.....98 ANNEE..... <input type="text"/> <input type="text"/> NSP ANNEE.....98	
509	Quel âge aviez-vous quand vous avez commencé à vivre avec lui?	AGE..... <input type="text"/> <input type="text"/> NSP AGE.....98	
510	VOIR 508 ET 509: ANNEE ET MOIS DONNES	OUI <input type="checkbox"/> NON <input type="checkbox"/>	513
511	VERIFIER LA COHERENCE DE 508 ET 509:	<div style="border: 1px solid black; padding: 5px; width: fit-content;">           SI NECESSAIRE, CALCULER L'ANNEE DE NAISSANCE             ANNEE ACTUELLE <input type="text"/><input type="text"/>            MOINS -            AGE ACTUEL (106) <input type="text"/><input type="text"/>            =            ANNEE DE NAISSANCE CALCULEE <input type="text"/><input type="text"/> </div>	
	L'ANNEE DE MARIAGE CALCULEE EST-ELLE, A UNE ANNEE PRES, LA MEME QUE L'ANNEE DE MARIAGE ENREGISTREE (508)	OUI <input type="checkbox"/> NON <input type="checkbox"/>	VERIFIER ET CORRIGER 508 ET 509.
	(PASSER A 513)		

N°	QUESTIONS ET FILTRES	CODES	PASSER	
			A	
512	SI JAMAIS EN UNION: Avez-vous déjà eu des rapports sexuels?	OUI.....1		→ 517
		NON.....2		
513	Maintenant nous avons besoin de quelques renseignements sur votre activité sexuelle afin de mieux comprendre la planification familiale et la fécondité.  Combien de fois avez-vous eu des relations sexuelles durant les quatre dernières semaines?	NOMBRE DE FOIS.....	<input type="text"/>	<input type="text"/>
514	Combien de fois par mois avez-vous <u>habituellement</u> des relations sexuelles?	NOMBRE DE FOIS.....	<input type="text"/>	<input type="text"/>
515	Combien de temps y a-t-il depuis que vous avez eu des relations sexuelles pour la dernière fois?	JOURS.....1	<input type="text"/>	<input type="text"/>
		SEMAINES.....2	<input type="text"/>	<input type="text"/>
		MOIS.....3	<input type="text"/>	<input type="text"/>
		ANNEES.....4	<input type="text"/>	<input type="text"/>
		AVANT DERNIERE NAISSANCE.....996		
516	Quel âge aviez-vous la première fois que vous avez eu des relations sexuelles?	AGE.....	<input type="text"/>	<input type="text"/>
		PREMIERE FOIS AU MARIAGE.....96		
517	AUTRES PERSONNES PRESENTES A CE MOMENT		OUI	NON
		ENFANTS MOINS DE 10 ANS....1	2	
		MARI.....1	2	
		AUTRES HOMMES.....1	2	
		AUTRES FEMMES.....1	2	

## SECTION 6. PREFERENCES EN MATIERE DE FECONDITE

N°	QUESTIONS ET FILTRES	CODES	PASSER A
601	VOIR 312: NI ELLE NI LUI STERILISE <input type="checkbox"/> LUI OU ELLE STERILISE(E) <input type="checkbox"/>		→607
602	VOIR 502: ACTUELLEMENT MARIEE OU VIVANT EN UNION <input type="checkbox"/> NON MARIEE/ NE VIVANT PAS EN UNION <input type="checkbox"/>		→614
603	VOIR 223: PAS ENCEINTE OU PAS SURE <input type="checkbox"/> ENCEINTE <input type="checkbox"/> Maintenant j'ai quelques questions au sujet de de l'avenir. Voudriez-vous avoir (un/ autre) enfant ou préférez-vous ne pas avoir d'(autres) enfants? Maintenant j'ai quelques questions au sujet de de l'avenir. Après l'enfant que vous attendez, voudriez-vous avoir un autre enfant ou préférez-vous ne pas avoir d'autres enfants?	AVOIR UN (AUTRE) ENFANT.....1 PAS D'AUTRE/AUCUN.....2 DIT QU'ELLE NE PEUT PAS TOMBER ENCEINTE.....3 PAS DECIDEE OU NSP.....8	→610
604	VOIR 223: PAS ENCEINTE OU PAS SURE <input type="checkbox"/> ENCEINTE <input type="checkbox"/> Combien de temps voudriez-vous attendre à partir de maintenant avant la naissance d'(un/autre) enfant? Combien de temps voudriez-vous attendre après la naissance de l'enfant que vous attendez et avant la naissance d'un autre enfant?	MOIS.....1 ANNEES.....2 BIENTOT/MAINTENANT.....994 DIT QU'ELLE NE PEUT PAS TOMBER ENCEINTE.....995 AUTRE _____ 996 (PRECISER) NSP.....998	→610
605	VOIR 216 ET 223: A UN/DES ENFANT(S) VIVANT(S) OU ENCEINTE? <input type="checkbox"/> OUI <input type="checkbox"/> NON <input type="checkbox"/>		→610
606	VOIR 223: PAS ENCEINTE OU PAS SURE <input type="checkbox"/> ENCEINTE <input type="checkbox"/> Quel âge voudriez-vous que votre plus jeune enfant ait atteint quand votre prochain enfant naîtra? Quel âge voudriez-vous que l'enfant que vous attendez ait atteint quand votre prochain enfant naîtra?	AGE DU PLUS JEUNE ANNEES..... NSP.....98	→610
607	Dans votre situation actuelle, si vous aviez à le refaire, pensez-vous que (vous/votre mari/conjoint) prendriez la même décision d'être stérilisé(e)?	OUI.....1 NON.....2	
608	Regrettez-vous que (vous/votre mari) (ayez/ait) eu l'opération pour ne (pas/plus) avoir d'enfant?	OUI.....1 NON.....2	→614
609	Pourquoi le regrettez-vous?	ENQUETEE VEUT UN AUTRE ENFANT...1 CONJOINT VEUT UN AUTRE ENFANT...2 EFFETS SECONDAIRES.....3 AUTRE RAISON _____ 4 (PRECISER)	→614

N°	QUESTIONS ET FILTRES	CODES	PASSER A
610	Pensez-vous que votre mari/conjoint approuve ou désapprouve les couples qui utilisent une méthode pour éviter de tomber enceinte?	APPROUVE.....1 DESAPPROUVE.....2 NSP.....8	
611	Combien de fois avez-vous parlé de planning familial avec votre mari/conjoint au cours de l'année dernière?	JAMAIS.....1 UNE OU DEUX FOIS.....2 PLUS SOUVENT.....3	
612	Avez-vous déjà discuté avec votre mari du nombre d'enfants que vous voudriez avoir?	OUI.....1 NON.....2	
613	Pensez-vous que votre mari/conjoint souhaite le même nombre d'enfants que vous, en veut davantage ou moins que vous?	MEME NOMBRE.....1 PLUS D'ENFANTS.....2 MOINS D'ENFANTS.....3 NSP.....8	
614	Après la naissance d'un enfant, combien de temps un couple devrait-il attendre avant de reprendre les relations sexuelles?	MOIS.....1 <input type="checkbox"/> ANNEES.....2 <input type="checkbox"/> AUTRE _____ 996 (PRECISER)	
615	Une mère devrait-elle attendre qu'elle ait complètement arrêté d'allaiter avant de reprendre les relations sexuelles ou cela n'a-t-il pas d'importance?	ATTENDRE.....1 PAS D'IMPORTANCE.....2	
616	En général, est-ce que vous approuvez ou désapprouvez les couples qui utilisent une méthode pour éviter la grossesse?	APPROUVE.....1 DESAPPROUVE.....2	
617	<p>VOIR 216:</p> <p>A UN/DES ENFANT(S) VIVANT(S) <input type="checkbox"/></p> <p>Si vous pouviez recommencer à partir de l'époque où vous n'aviez pas d'enfants, et si vous pouviez choisir exactement le nombre d'enfants à avoir dans toute votre vie, combien voudriez-vous en avoir?</p> <p>ENREGISTRER UN SIMPLE NOMBRE OU AUTRE REPONSE.</p> <p>N'A PAS D'ENFANT VIVANT <input type="checkbox"/></p> <p>Si vous pouviez choisir exactement le nombre d'enfants à avoir dans toute votre vie, combien voudriez-vous en avoir?</p>	<p>NOMBRE..... <input type="checkbox"/></p> <p>AUTRE REPONSE _____ 96 (PRECISER)</p>	
618	D'après vous quel est le meilleur intervalle en mois ou en années entre la naissance d'un enfant et la naissance de l'enfant suivant?	MOIS.....1 <input type="checkbox"/> ANNEES.....2 <input type="checkbox"/> AUTRE _____ 996 (PRECISER)	

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

	FILTRES	CODES	PASSER A
701	<p>VOIR 501:</p> <p>A ETE EN MARIEE OU EN UNION <input type="checkbox"/></p> <p style="text-align: center;">v</p> <p>JAMAIS MARIEE/JAMAIS EN UNION <input type="checkbox"/></p> <p>POSER LES QUESTIONS SUR LE MARI/CONJOINT ACTUEL OU LE PLUS RECENT</p>		708
702	Est-ce que votre (dernier) mari/conjoint a fréquenté l'école?	<p>OUI.....1</p> <p>NON.....2</p>	705
703	Quel est le plus haut niveau d'études qu'il a atteint: primaire, secondaire ou supérieur?	<p>PRIMAIRE.....1</p> <p>SECONDAIRE.....2</p> <p>SUPERIEUR.....3</p> <p>NSP.....8</p>	705
704	Quelle est la dernière (classe/année) qu'il a achevée à ce niveau?	<p>CLASSE..... <input type="text"/> <input type="text"/></p> <p>NSP.....98</p>	
705	Quel est (était) le genre de travail principal de votre (dernier) mari/conjoint?	<p><input type="text"/></p> <p><input type="text"/></p> <p><input type="text"/></p> <p><input type="text"/></p>	
706	<p>VOIR 705:</p> <p>TRAVAILLE (TRAVAILLAIT) DANS L'AGRICULTURE <input type="checkbox"/></p> <p style="text-align: center;">v</p> <p>NE TRAVAILLE (TRAVAILLAIT) PAS DANS L'AGRICULTURE <input type="checkbox"/></p>		708
707	Est-ce que votre mari/conjoint (travaille/travaillait) principalement sur sa propre terre ou celle de sa famille, ou est-ce-qu'il (loue/louait) la terre, ou est-ce-qu'il (travaille/travaillait) sur la terre de quelqu'un d'autre?	<p>CHAMP PERSONNEL/FAMILIAL.....1</p> <p>CHAMP LOUE.....2</p> <p>CHAMP DE QUELQU'UN D'AUTRE.....3</p>	

N°	QUESTIONS ET FILTRES	CODES	PASSER A
708	En dehors de votre propre travail domestique, travaillez-vous actuellement?	OUI.....1 NON.....2	710
709	Comme vous le savez, certaines femmes ont un travail pour lequel elles sont payées en argent ou en nature. D'autres vendent des choses, ont une petite affaire ou travaillent dans les champs de la famille ou dans l'affaire de la famille.  Faites-vous actuellement quelque chose de ce genre ou un quelconque autre travail?	OUI.....1 NON.....2	717
710	Quelle est votre occupation, c'est à dire, quel genre de travail faites-vous?	_____ _____ _____	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
711	Dans votre travail actuel, travaillez-vous pour un membre de votre famille, pour quelqu'un d'autre, ou êtes-vous à votre compte?	POUR UN MEMBRE DE LA FAMILLE....1 POUR QUELQU'UN D'AUTRE.....2 A SON COMPTE.....3	
712	Touchez-vous un salaire pour ce travail?  INSISTER: Gagnez-vous de l'argent pour ce travail?	OUI.....1 NON.....2	
713	Faites-vous ce travail à la maison ou en dehors de chez vous?	MAISON.....1 AILLEURS.....2	
714	VOIR 215/216/218: A UN ENFANT NE DEPUIS JAN. 1987 ET VIVANT A LA MAISON?	OUI <input type="checkbox"/> NON <input type="checkbox"/>	717
715	Pendant que vous travaillez, avez-vous <u>habituellement</u> (NOM DU PLUS JEUNE ENFANT A LA MAISON) avec vous, l'avez-vous <u>quelque fois</u> avec vous ou <u>jamais</u> avec vous?	HABITUELLEMENT.....1 QUELQUE FOIS.....2 JAMAIS.....3	717
716	Qui s'occupe habituellement de (NOM DU PLUS JEUNE ENFANT A LA MAISON) pendant que vous travaillez?	MARI/CONJOINT.....01 ENFANT(S) PLUS AGE(S).....02 AUTRES PARENTS.....03 VOISINS.....04 AMIS.....05 DOMESTIQUE/AIDE.....06 ENFANT A L'ECOLE.....07 JARDIN D'ENFANTS.....08 AUTRE _____09 (PRECISER)	
717	INSCRIRE L'HEURE.	HEURE..... MINUTES.....	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>

## SECTION 9. COMMUNICATION, MST ET SIDA

N°	QUESTIONS ET FILTRES	CODES	PASSER A
901	VERIFIER 113: ECOUTE LA RADIO (AU MOINS UNE FOIS PAR SEMAINE) OUI <input type="checkbox"/> NON <input type="checkbox"/>		→907
902	A quelle(s) heure(s) préférez-vous écouter la radio? SI PAS DE CHOIX, NOTER "98"	HEURE 1er CHOIX..... <input type="text"/> HEURE 2è CHOIX..... <input type="text"/> HEURE 1è CHOIX..... <input type="text"/>	
903	Avez-vous écouté la radio hier ou aujourd'hui?	OUI.....1 NON.....2	→907
904	Quelle(s) stations avez-vous écoutées?	RADIO NATIONALE.....1 RADIOS RURALES.....1 RADIOS AFRICAINES.....1 AUTRES RADIOS.....1	
905	VERIFIER 904: OUI RADIO NATIONALE OU RADIOS RURALES <input type="checkbox"/> NON RADIO NATIONALE ET NON RADIO RURALE <input type="checkbox"/>		→907
906	L'(les) émission(s) que vous avez suivie(s) étai(en)t dans quelle(s) langue(s)?	MALINKE.....1 SOUSSOU.....1 POULAR.....1 KISSI.....1 TOMA.....1 GUERZE.....1 FRANÇAIS.....1 AUTRE.....1 (PRECISER)	
907	VERIFIER 114: REGARDE LA TELEVISION (AU MOINS UNE FOIS PAR SEMAINE) OUI <input type="checkbox"/> NON <input type="checkbox"/>		→911
908	A quelle(s) heure(s) préférez-vous regarder la télévision? SI PAS DE CHOIX, NOTER "98"	HEURE 1er CHOIX..... <input type="text"/> HEURE 2è CHOIX..... <input type="text"/> HEURE 1è CHOIX..... <input type="text"/>	
909	Avez-vous suivi la télévision avant-hier ou hier?	OUI.....1 NON.....2	→907
910	L'(les) émission(s) que vous avez suivie(s) étai(en)t dans quelle(s) langue(s)?	MALINKE.....1 SOUSSOU.....1 POULAR.....1 KISSI.....1 TOMA.....1 GUERZE.....1 FRANÇAIS.....1 AUTRE.....1 (PRECISER)	
911	Savez-vous qu'il existe des maladies sexuellement transmissibles?	OUI.....1 NON.....2	→919
912	Quelles sont les maladies sexuellement transmissibles que vous connaissez?	SYPHILIS.....1 BLENNORRAGIE.....1 CHANCRE MOU.....1 SIDA.....1 AUTRE.....1 (PRECISER) NSP.....1	
913	Pensez-vous qu'on peut prévenir les MST?	OUI.....1 NON.....2	→916
914	Connaissez-vous un (des) moyen(s) pour prévenir les MST?	OUI.....1 NON.....2	→916
915	Quels moyens connaissez-vous?	<input type="text"/>	
916	Pensez-vous qu'on peut traiter les MST?	OUI.....1 NON.....2	→919
917	Connaissez-vous un (des) endroit(s) où on peut trouver un traitement pour ces maladies?	OUI.....1 NON.....2	→919

N°	QUESTIONS ET FILTRES	CODES	PASSER A
918	Quel(s) endroit(s) connaissez-vous?	<input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>	
919	VERIFIER 912 SIDA NON CITE <input type="checkbox"/> SIDA CITE <input type="checkbox"/>		→921
920	Connaissez-vous ou avez-vous entendu parler du SIDA?	OUI.....1 NON.....2	→932
921	De qui/où avez-vous entendu parler du SIDA la première fois?	EPOUX/PARTENAIRE.....01 AMIS.....02 PARENTS/FAMILLE.....03 SERVICE SANTE GOUVERNEMENT.....04 SERVICE SANTE PRIVE.....05 PHARMACIE.....06 RADIO.....07 TELEVISION.....08 AUTRE.....09 (PRECISER) NSP.....98	→924 →924
922	VERIFIER 901 ET 907: OUI A 901 ET/OU 907: ECOUTE RADIO ET/OU REGARDE TV <input type="checkbox"/> NON A 901 ET A 907: N'ECOUTE PAS RADIO ET NE REGARDE PAS TV <input type="checkbox"/>		→924
923	Avez-vous entendu des informations sur le SIDA à la radio ou à la télévision au moins une fois?	OUI.....1 NON.....2	
924	Approuvez-vous ou désapprouvez-vous la diffusion d'informations sur le SIDA à la radio ou à la télévision?	APPROUVE.....1 DESAPPROUVE.....2 SANS AVIS.....8	
925	Connaissez-vous un (des) mode(s) de transmission du SIDA?	OUI.....1 NON.....2	→927
926	Quels sont les modes de transmission que vous connaissez?	RAPPORTS SEXUELS NORMAUX.....1 RAPPORTS HOMOSEXUELS.....1 TRANSFUSION SANGUINE.....1 INJECTION.....1 AUTRE.....1 (PRECISER)	
927	Pensez-vous qu'on peut prévenir le SIDA?	OUI.....1 NON.....2	
928	Pensez-vous pouvoir vous protéger contre le SIDA? COMPARER 927 ET 928: INSISTER ET CORRIGER 927 ET/OU 928 SI NECESSAIRE.	OUI.....1 NON.....2 SANS AVIS.....8	→930 →930
929	Que faites (ferez)-vous pour vous protéger contre le SIDA?	PARTENAIRE UNIQUE.....1 FIDELITE AUX PARTENAIRE.....1 PRESERVATIF.....1 EVITER INJECTIONS/TRANSFUSION...1 AUTRE.....1 (PRECISER)	
930	Pensez-vous que le SIDA est curable?	OUI.....1 NON.....2 NSP.....8	→932 →932
931	Où pensez-vous qu'on peut obtenir des informations sur le traitement du SIDA?	<input type="text"/> <input type="text"/>	
932	SORTIR UN CONDOM, LE MONTRER A L'ENQUETEE, POSER ENSUITE LA QUESTION: Connaissez-vous ceci?	OUI.....1 NON.....2	→1001
933	Connaissez-vous un (des) endroit(s) où vous pouvez vous en procurer?	OUI.....1 NON.....2	→1001
934	Quel(s) endroit(s) connaissez-vous?	HOPITAL GOUVERNEMENTAL.....1 SERVICE SANTE GOUVERNEMENTAL...1 PERSONNEL SERVICE SANTE GOUV....1 HOPITAL/CLINIQUE PRIVE.....1 PERSONNEL DE SANTE PRIVE.....1 PHARMACIE.....1 BOUTIQUE.....1 MARCHÉ.....1 MARI/PARTENAIRE.....1 AMI/PARENTS.....1 AUTRE.....1 (PRECISER)	

## SECTION 10: MORTALITE MATERNELLE

Enquêteur : POSER LES QUESTIONS 1001 A 1013 A L'ENQUETEE EN RESPECTANT LES FILTRES. SI LA FEMME EST MARIEE OU EST EN EN UNION, POSER LES MEMES QUESTIONS SUR LES SOEURS DE SON MARI.

Introduire comme suit : Enfin, je voudrais vous poser des questions sur vos soeurs de même mère et les propres soeurs de votre mari.

		ENQUETEE			MARI	
N°	QUESTIONS	MODALITES	CODES	PASSER A	CODES	PASSER A
1001	Combien de soeurs de même mère avez-vous eu (a eu votre mari) en tout?  VERIFIER QU'IL S'AGIT BIEN DU NOMBRE TOTAL DE FILLES NEES VIVANTES DE LA PROPRE MERE DE L'ENQUETEE, ELLE-MEME NON COMPTEE.	UNE SOEUR ----- DEUX SOEURS OU + ----- AUCUNE	01 → 1008 ----- <input type="text"/> <input type="text"/> ----- 96 → 1013	1008	01 → 1008 ----- <input type="text"/> <input type="text"/> ----- 96 → FIN	1008 FIN
1002	Combien parmi vos (NOMBRE) soeurs (ou des (NOMBRE) soeurs de votre mari) sont mariées ou l'ont déjà été?  LE "NOMBRE" EST INDIQUE EN 1001.	UNE SOEUR ----- DEUX SOEURS OU + ----- AUCUNE	01 → 1009 ----- <input type="text"/> <input type="text"/> ----- 96 → 1013	1009	01 → 1009 ----- <input type="text"/> <input type="text"/> ----- 96 → FIN	1009 FIN
1003	Parmi vos (NOMBRE) soeurs (ou les (NOMBRE) soeurs de votre mari) qui ont été mariées, combien sont encore en vie et combien sont décédées?  LE "NOMBRE" EST INDIQUE EN 1002.	VIVANTES ----- ----- ----- DECEDEES	<input type="text"/> <input type="text"/> ----- <input type="text"/> <input type="text"/>		<input type="text"/> <input type="text"/> ----- <input type="text"/> <input type="text"/>	
1004	VERIFIER 1003 ET ENCERCLER LE CODE APPROPRIE.	UN DECES ----- DEUX DECES OU + ----- AUCUN	1 → 1010 ----- 2 ----- 3 → 1013	1010	1 → 1010 ----- 2 ----- 3 → 1013	1010 1013
1005	Parmi vos (NOMBRE) soeurs (ou les (NOMBRE) soeurs de votre mari) qui sont décédées, combien sont mortes pendant qu'elles étaient enceintes?	NOMBRE ----- NSP	<input type="text"/> <input type="text"/> ----- 98		<input type="text"/> <input type="text"/> ----- 98	
1006	Parmi vos (NOMBRE) soeurs (ou les (NOMBRE) soeurs de votre mari) qui sont décédées, combien sont mortes pendant un accouchement?	NOMBRE ----- NSP	<input type="text"/> <input type="text"/> ----- 98		<input type="text"/> <input type="text"/> ----- 98	
1007	Parmi vos (NOMBRE) soeurs (ou les (NOMBRE) soeurs de votre mari) qui sont décédées, combien sont mortes pendant les 6 semaines (40 jours) qui ont suivi un accouchement ou la fin d'une grossesse?	NOMBRE ----- NSP	<input type="text"/> <input type="text"/> → 1013 ----- 98 → 1013		<input type="text"/> <input type="text"/> → FIN ----- 98 → FIN	
1008	Votre soeur (ou la soeur de votre mari) est-elle mariée ou l'a t-elle jamais été?	OUI ----- NON	1 ----- 2 → 1013		1 ----- 2 → FIN	
1009	Votre soeur (ou la soeur de votre mari) est-elle encore en vie?	OUI ----- NON	1 → 1013 ----- 2		1 → FIN ----- 2	
1010	Est-elle décédée pendant qu'elle était enceinte?	OUI ----- NON ----- NSP	1 → 1013 ----- 2 ----- 8		1 → FIN ----- 2 ----- 8	
1011	Est-elle décédée pendant un accouchement?	OUI ----- NON ----- NSP	1 → 1013 ----- 2 ----- 8		1 → FIN ----- 2 ----- 8	
1012	Est-elle décédée durant les 6 semaines (40 jours) qui ont suivi l'accouchement ou la fin de la grossesse?	OUI ----- NON ----- NSP	1 ----- 2 ----- 8		1 → FIN ----- 2 → FIN ----- 8 → FIN	
1013	VERIFIER 502: ETAT MATRIMONIAL	MARIEE/EN UNION ----- AUTRE CAS ----- AUCUN	1 → 1001 (MARI) ----- 2 → FIN ----- 3 → 1013			

OBSERVATIONS DE L'ENQUETRIX  
(A remplir après l'achèvement de l'interview)

Commentaires sur l'enquêtée: \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

Commentaires sur des questions particulières: \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

Autres commentaires: \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

OBSERVATIONS DU CHEF D'EQUIPE

\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

Nom du chef d'équipe: \_\_\_\_\_ Date: \_\_\_\_\_

OBSERVATIONS DU CONTROLEUR(SE)

\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_