

SECTION 1. CARACTERISTIQUES SOCIO-DEMOGRAPHIQUES DES ENQUETÉES

N°	QUESTIONS ET FILTRES	CODES	PASSER A
101	ENREGISTRER L'HEURE	HEURE..... MINUTES.....	<input type="text"/> <input type="text"/>
102	Pour commencer, je voudrais vous poser quelques questions sur vous-même et votre ménage. La plus grande partie des 12 premières années de votre vie, avez-vous vécu à Ouaga, ou dans une autre capitale, à Bobo, Koudougou, ou dans une autre grande ville de l'étranger, dans une ville ou à la campagne ?	OUAGADOUGOU/AUTRE CAPITALE.....1 BOBO/KOUDOUGOU/ AUTRE GRANDE VILLE ETRANGER...2 VILLE.....3 CAMPAGNE.....4	
103	Depuis combien de temps habitez-vous de façon continue à (NOM DU LIEU ACTUEL DE RESIDENCE)?	ANNEES..... TOUJOURS.....95 VISITEUR.....96	<input type="text"/> → 105
104	Juste avant de vous installer ici, avez-vous vécu à Ouagadougou, ou dans une autre capitale, à Bobo, Koudougou, ou dans une autre grande ville de l'étranger, dans une ville ou à la campagne?	OUAGADOUGOU/AUTRE CAPITALE.....1 BOBO/KOUDOUGOU/ AUTRE GRANDE VILLE ETRANGER...2 VILLE.....3 CAMPAGNE.....4	
105	En quel mois et quelle année êtes-vous née?	MOIS..... NSP MOIS.....98 ANNEE..... NSP ANNEE.....98	<input type="text"/> <input type="text"/>
106	Quel âge aviez-vous à votre dernier anniversaire? COMPARER ET CORRIGER 105 ET/OU 106 SI INCOMPATIBLES	AGE EN ANNEES REVOLUES.....	<input type="text"/>
107	Avez-vous fréquenté l'école?	OUI.....1 NON.....2	→ 111
108	Quel est le plus haut niveau d'études que vous avez atteint: primaire, secondaire 1 ^{er} cycle, secondaire 2 ^{er} cycle, ou supérieur?	PRIMAIRE.....1 SECONDAIRE/FORM PROF 1 ^{er} CYCLE...2 SECONDAIRE/FORM PROF 2 ^{er} CYCLE...3 SUPERIEUR.....4	
109	Quelle est la dernière classe que vous avez achevée à ce niveau?*	CLASSE.....	<input type="text"/>
110	VERIFIER 108: PRIMAIRE <input type="checkbox"/> SECONDAIRE OU SUPERIEUR <input type="checkbox"/>		→ 112
111	Pouvez-vous lire et comprendre une lettre ou un journal facilement, avec difficulté ou pas du tout?	FACILEMENT.....1 AVEC DIFFICULTE.....2 PAS DU TOUT.....3	→ 113
112	Avez-vous l'habitude de lire un journal ou un magazine, au moins une fois par semaine?	OUI.....1 NON.....2	
113	Avez-vous l'habitude d'écouter la radio, au moins une fois par semaine?	OUI.....1 NON.....2	
114	Avez-vous l'habitude de regarder la télévision, au moins une fois par semaine?	OUI.....1 NON.....2	
115	Quelle est votre religion?	MUSULMANE.....1 CHRETIENNE.....2 ANIMISTE.....3 AUTRE.....4 (PRECISER)	
116	Quelle est votre nationalité?	BURKINABE.....01 NIGERIENNE.....02 TOGOLAISE.....03 BENINOISE.....04 MALIENNE.....05 AUTRE AFRICAIN.....06 (PRECISER) AUTRE.....07 (PRECISER)	→ 118

* Codes pour Q. 109

NIVEAU	1= PRIMAIRE	2= SEC. 1 ^{er} CYC.	3= SEC. 2 ^o CYCLE	4= SUPERIEUR
	0 = MOINS D'UNE ANNEE ACHÉVÉE			
CLASSES	1= CP1 2= CP2 3= CE1 4= CE2 5= CM1 6= CM2	1= 6 ^{ème} 2= 5 ^{ème} 3= 4 ^{ème} 4= 3 ^{ème} 5= FPP	1= 2 nd e 2= 1 ^{er} e 3= 1 ^{er} m. 4= FPB	1= 1 ^{ère} année 2= 2 ^{ème} année 3= 3 ^{ème} année 4= 4 ^{ème} an. et+

N°	QUESTIONS ET FILTRES	CODES	PASSER A
117	Quelle est votre ethnie?	BOBO.....01 DIOULA.....02 FULFULDE (PEUL).....03 GOURMANTCHE.....04 GOUROUSSI.....05 LOBI.....06 MOSSI.....07 SEROUFO.....08 TOUAREG BELLA.....09 AUTRE.....10 (PRECISER) NSP.....98	
118	VERIFIER Q.4 DANS LE QUESTIONNAIRE MENAGE L'ENQUETEE N'EST PAS RESIDENTE <input type="checkbox"/>	L'ENQUETEE EST RESIDENTE <input type="checkbox"/>	→201
119	Maintenant je voudrais vous poser quelques questions sur l'endroit où vous vivez habituellement. Vivez-vous habituellement à Ouag, ou dans une autre capitale, à Bobo, Koudougou ou dans une autre grande ville de l'étranger, dans une ville ou à la campagne ?	OJAGADOUGOU/AUTRE CAPITALE.....1 BOBO/KOUDOUGOU/ AUTRE GRANDE VILLE ETRANGER...2 VILLE.....3 CAMPAGNE.....4	→121
120	Dans quelle province est-ce situé ? _____ (NOM DE LA PROVINCE)	A L'ETRANGER.....96	
121	Maintenant je voudrais vous poser quelques questions sur le ménage dans lequel vous vivez habituellement. 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 ROBINET PUBLIC.....12 EAU DE PUIS PUITS DANS LE LOGEMENT/COUR/PARCELLE.....21 PUITS PUBLIC/FORAGE.....22 EAU DE SURFACE SOURCE.....31 RIVIERE/RUISSEAU/FLEUVE.....32 MARE/LAC.....33 BARRAGE.....34 EAU DE PLUIE.....41 VENDEUR D'EAU.....51 EAU EN BOUTEILLE.....61 AUTRE.....71 (PRECISER)	→123 →123 →123 →123
122	Combien de temps faut-il pour aller là-bas, prendre de l'eau et revenir?	MINUTES..... SUR PLACE.....996	
123	Pour boire, votre ménage utilise-t-il l'eau de la même origine?	OUI.....1 NON.....2	→125
124	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 PUIS PUITS DANS LE LOGEMENT/COUR/PARCELLE.....21 PUITS PUBLIC/FORAGE.....22 EAU DE SURFACE SOURCE.....31 RIVIERE/RUISSEAU/FLEUVE.....32 MARE/LAC.....33 BARRAGE.....34 EAU DE PLUIE.....41 VENDEUR D'EAU.....51 EAU EN BOUTEILLE.....61 AUTRE.....71 (PRECISER)	

N°	QUESTIONS ET FILTRES	CODES	PASSER A
125	Quel genre de w.c. utilisez-vous dans votre ménage?	CHASSE D'EAU CHASSE D'EAU PERSONNELLE.....11 CHASSE D'EAU EN COMMUN.....12 CHASSE D'EAU PUBLIQUE.....13 LATRINES LATRINES SOMMAIRES.....21 LATRINES VENTILEES.....22 PAS DE W.C./BROUSSE.....31 AUTRE.....41 (PRECISER)	
126	Dans votre ménage, avez-vous? L'électricité? Une radio? Une télévision? Un réfrigérateur?	OUI NON ELECTRICITE.....1 2 RADIO.....1 2 TELEVISION.....1 2 REFRIGERATEUR.....1 2	
127	Dans votre ménage, combien de pièces utilisez-vous pour dormir?	PIECES..... <input type="text"/> <input type="text"/>	
128	Pouvez-vous décrire le sol de votre logement?	SOL NATUREL SABLE.....11 TERRE BATTUE.....12 SOL FINI PARQUET OU BOIS CIRE.....31 BANDE DE VINYL.....32 CARRELAGE.....33 CIMENT.....34 MOQUETTE.....35 AUTRE.....41 (PRECISER)	
129	Y-a-t-il quelqu'un de votre ménage qui possède: Une bicyclette? Une mobylette ou motocyclette? Une voiture?	OUI NON BICYCLETTE.....1 2 MOBYLETTE/MOTOCYCLETTE.....1 2 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.....	<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 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.....	<table border="1" style="display: inline-table; vertical-align: middle;"><tr><td> </td><td> </td></tr><tr><td> </td><td> </td></tr></table>				
206	Avez-vous donné naissance à un fils ou une fille, 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.....	<table border="1" style="display: inline-table; vertical-align: middle;"><tr><td> </td><td> </td></tr><tr><td> </td><td> </td></tr></table>				
208	FAIRE LA SOMME DES REPONSES A 203, 205, ET 207, ET INSCRIRE LE TOTAL. SI AUCUN(E) INSCRIRE '00'.	TOTAL.....	<table border="1" style="display: inline-table; vertical-align: middle;"><tr><td> </td><td> </td></tr></table>				
209	VERIFIER 208: Je voudrais être sûre d'avoir bien compris: vous avez eu au TOTAL ___ naissances durant votre vie. Est-ce bien exact?						
	OUI <input type="checkbox"/> NON <input type="checkbox"/>	INSISTER ET CORRIGER 201-208 SI NECESSAIRE PUIS PASSER A 220					
210	VERIFIER 208: UNE OU PLUSIEURS NAISSANCES	AUCUNE NAISSANCE <input type="checkbox"/>	→222B				

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	218	219	220
Quel nom a été donné à votre (premier, suivant) enfant?	Quand (NOM) est né(e) était-il/elle seul ou avait-elle un jumeau?	(NOM) est-ce un garçon ou une fille?	En quel mois et quelle année est né(e) (NOM)? INSISTER: Quelle est sa date de naissance? OU: En quelle saison est-il/elle né(e)? SI MOIS/SAISON INCONNU = 98	(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?	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.

01	SIMP...1 MULT...2	GARÇ...1 FILL...2	MOIS... ANNEE... <input type="text"/> <input type="text"/>	OUI...1 NON...2 ↓ 220	AGE EN ANNEES <input type="text"/> <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 <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>
02	SIMP...1 MULT...2	GARÇ...1 FILL...2	MOIS... ANNEE... <input type="text"/> <input type="text"/>	OUI...1 NON...2 ↓ 220	AGE EN ANNEES <input type="text"/> <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 <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>
03	SIMP...1 MULT...2	GARÇ...1 FILL...2	MOIS... ANNEE... <input type="text"/> <input type="text"/>	OUI...1 NON...2 ↓ 220	AGE EN ANNEES <input type="text"/> <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 <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>
04	SIMP...1 MULT...2	GARÇ...1 FILL...2	MOIS... ANNEE... <input type="text"/> <input type="text"/>	OUI...1 NON...2 ↓ 220	AGE EN ANNEES <input type="text"/> <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 <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>
05	SIMP...1 MULT...2	GARÇ...1 FILL...2	MOIS... ANNEE... <input type="text"/> <input type="text"/>	OUI...1 NON...2 ↓ 220	AGE EN ANNEES <input type="text"/> <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 <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>
06	SIMP...1 MULT...2	GARÇ...1 FILL...2	MOIS... ANNEE... <input type="text"/> <input type="text"/>	OUI...1 NON...2 ↓ 220	AGE EN ANNEES <input type="text"/> <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 <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>
07	SIMP...1 MULT...2	GARÇ...1 FILL...2	MOIS... ANNEE... <input type="text"/> <input type="text"/>	OUI...1 NON...2 ↓ 220	AGE EN ANNEES <input type="text"/> <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 <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>
08	SIMP...1 MULT...2	GARÇ...1 FILL...2	MOIS... ANNEE... <input type="text"/> <input type="text"/>	OUI...1 NON...2 ↓ 220	AGE EN ANNEES <input type="text"/> <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 <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>

212	213	214	215	216	217	218	219	220
Quel nom a été donné à votre (premier, suivant) enfant?	Quand (NOM) est né(e) était-il/elle seul ou avait-elle un jumeau?	(NOM) est-ce un garçon ou une fille?	En quel mois et quelle année est né(e) (NOM)? INSISTER: Quelle est sa date de naissance? OU: En quelle saison est-il/elle né(e)? SI MOIS/SAISON INCONNU = 98	(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?	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	SIMP...1 MULT...2 (NOM)	GARÇ..1 FILL..2	MOIS... ANNEE..	OUI...1 NON...2 ↓ 220	AGE EN ANNEES	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	SIMP...1 MULT...2 (NOM)	GARÇ..1 FILL..2	MOIS... ANNEE..	OUI...1 NON...2 ↓ 220	AGE EN ANNEES	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	SIMP...1 MULT...2 (NOM)	GARÇ..1 FILL..2	MOIS... ANNEE..	OUI...1 NON...2 ↓ 220	AGE EN ANNEES	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	SIMP...1 MULT...2 (NOM)	GARÇ..1 FILL..2	MOIS... ANNEE..	OUI...1 NON...2 ↓ 220	AGE EN ANNEES	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	SIMP...1 MULT...2 (NOM)	GARÇ..1 FILL..2	MOIS... ANNEE..	OUI...1 NON...2 ↓ 220	AGE EN ANNEES	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	SIMP...1 MULT...2 (NOM)	GARÇ..1 FILL..2	MOIS... ANNEE..	OUI...1 NON...2 ↓ 220	AGE EN ANNEES	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 COMPARER 208 AVEC LE NOMBRE DE NAISSANCES ENREGISTREES DANS LE TABLEAU CI-DESSUS ET NOTER:

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

↓

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

POUR CHAQUE ENFANT VIVANT: L'AGE ACTUEL EST ENREGISTRE

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

POUR L'AGE AU DECES 12 MOIS: VERIFIER POUR DETERMINER LE NOMBRE EXACT DE MOIS

222 VERIFIER 215 ET INSCRIRE LE NOMBRE DE NAISSANCES DEPUIS JANVIER 1987 S'IL N'Y EN A PAS, INSCRIRE '0'.

N°	QUESTIONS ET FILTRES	CODES	PASSER A
222A	En plus des naissances vivantes, avez-vous eu des grossesses qui se sont terminées par une fausse-couche, un avortement ou un mort-né ?	OUI.....1 NON.....2	→223
222B	Avez-vous eu des grossesses qui se sont terminées par une fausse-couche, un avortement ou un mort-né ?		
222C	Combien en tout ?	NOMBRE..... <input type="text"/> <input type="text"/>	
223	Etes-vous enceinte en ce moment ?	OUI.....1 NON.....2 PAS SURE.....8	→226
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 tomber enceinte à ce moment-là, vouliez-vous attendre plus tard, ou vouliez-vous ne pas 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 <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"/> 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 suivantes, y-a-t-il certains moments où elle a plus de chances de tomber enceinte que d'autres ?	OUI.....1 NON.....2 NSP.....8	→301
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 AUTRE5 (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?

ENCERCLER 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 NON MENTIONNEE SPONTANEMENT.
 ENCERCLER 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 303-304 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/STERILET Les femmes ont un stérilet que le médecin, la sage-femme 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, l'infirmière, la sage-femme, 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 MOUSSE, GELEE, COMPRIMES Les femmes peuvent se mettre à l'intérieur de la gelée, de la crème, des comprimés 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 ou préservatif) pendant les rapports sexuels.	OUI/SPONTANE.....1 OUI/DESCRIPTION.....2 NON.....3	Avez-vous déjà utilisé le condom avec un partenaire? 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	Savez-vous où l'on peut subir une opération pour être stérilisé? 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	Votre mari/conjoint a-t-il eu une opération pour ne plus avoir d'enfants? OUI.....1 NON.....2	Savez-vous où l'on peut subir une opération pour être stérilisé? 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 ABSTINENCE PROLONGEE En dehors de l'arrêt des rapports sexuels traditionnellement observé après la naissance, certains couples évitent les rapports sexuels pendant des mois, pour que la femme ne tombe pas enceinte.	OUI/SPONTANE.....1 OUI/DESCRIPTION.....2 NON.....3	OUI.....1 NON.....2	
11 GRIS-GRIS Les femmes peuvent utiliser des salettes pour ne pas tomber enceinte.	OUI/SPONTANE.....1 OUI/DESCRIPTION.....2 NON.....3	OUI.....1 NON.....2	
12 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)	OUI/SPONTANE.....1 NON.....3	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 déjà utilisé ou essayé un moyen quelconque pour retarder ou éviter de tomber enceinte?	OUI..... <input type="checkbox"/> NON..... <input type="checkbox"/> → 326
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"/>
309	VERIFIER 223: PAS ENCEINTE <input type="checkbox"/> ENCEINTE <input type="checkbox"/> OU PAS SURE <input type="checkbox"/>	→ 326
310	VERIFIER 303: FEMME NON STERILISEE <input type="checkbox"/> FEMME 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 → 326
312	Quelle méthode utilisez-vous?	PILULE..... 01 DIU/STERILET..... 02 INJECTIONS..... 03 MOUSSE/GELEE/COMPRIMES..... 04 CONDOM..... 05 STERILISATION FEMININE..... 06 STERILISATION MASCULINE..... 07 CONTINENCE PERIODIQUE..... 08 RETRAIT..... 09 ABSTINENCE PROLONGEE..... 10 GRIS-GRIS..... 11 AUTRE..... 12 (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 sage-femme?	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 sage-femme?	OUI..... 1 NON..... 2
315	Puis-je voir la boîte de pilules que vous utilisez en ce moment?	MICRO-NOVUM..... 01 LO-FEMENAL..... 02 OVRETTE..... 03 EUGYNON..... 04 ADEPAL..... 05 MINIPHASE..... 06 MINIDRIL..... 07 AUTRE..... 09 (PRECISER) BOITE NON MONTREE..... 96 → 317
316	Connaissez-vous le nom de la marque des pilules que vous utilisez en ce moment? INSCRIRE LE NOM DE LA MARQUE, PUIS LE CODE DONNE EN 315	MICRO-NOVUM..... 01 LO-FEMENAL..... 02 OVRETTE..... 03 EUGYNON..... 04 ADEPAL..... 05 MINIPHASE..... 06 MINIDRIL..... 07 AUTRE..... 09 (PRECISER) NSP..... 98
317	Combien vous coûte une boîte de pilules? (NOTER LE PRIX)	PRIX..... <input type="text"/> GRATUIT..... 9996 NSP..... 9998
317A	Pour combien de cycle utilisez-vous cette boîte de pilules? (NOTER LE NOMBRE DE CYCLES)	NOMBRE DE CYCLES..... <input type="text"/>
317B	Comment utilisez-vous cette pilule ?	UNE PAR JOUR..... 1 AUTRE..... 2 (PRECISER) NSP..... 8

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.....11</p> <p>CENTRE MEDICAL.....12</p> <p>C.S.P.S.....13</p> <p>SMI.....14</p> <p>DISPENSARE/MATERNITE.....15</p> <p>POSTE DE SANTE PRIMAIRE.....16</p> <p>DEPOT PHARMACEUT.COMMUN.....17</p> <p>SECTEUR MEDICAL PRIVE</p> <p>CABINET DE MEDECIN PRIVE.....21</p> <p>CLINIQUE PLANIF.FAMIL.....22</p> <p>PHARMACIE.....23</p> <p>CABINET INFIRMIER.....24</p> <p>AUTRE SECTEUR PRIVE</p> <p>PARENTE/VOISINE/AMIE.....32</p> <p>AUTRE.....41</p> <p>(PRECISER)</p> <p>NSP.....98</p>	→321
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. SI 1 JOUR OU+ = 24 HEURES</p>	<p>MINUTES.....1</p> <p>HEURES.....2</p> <p>NSP.....9998</p>	→321
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>	→336
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>	
324	<p>Avez-vous eu des problèmes avec la méthode que vous utilisez actuellement?</p>	<p>OUI.....1</p> <p>NON.....2</p>	→331
325	<p>A qui avez-vous demandé conseil pour ces problèmes?</p>	<p>PERSONNEL DE SANTE.....1</p> <p>CONNAISSANCE/PARENTE.....2</p> <p>CONJOINT.....3</p> <p>PERSONNE.....4</p>	→331
326	<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</p>	→328 →332
327	<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>OPPOSEE A LA PLANIF. FAMILIALE.....09</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>	→332
328	<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>	
329	<p>Quand vous utiliserez une méthode, quelle méthode préféreriez-vous utiliser?</p>	<p>PILULE.....01</p> <p>DIU/STERILET.....02</p> <p>INJECTIONS.....03</p> <p>MOUSSE/GELEE/COMPRIMES.....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>ABSTINENCE PROLONGEE.....10</p> <p>GRIS-GRIS.....11</p> <p>AUTRE.....12</p> <p>(PRECISER)</p> <p>PAS SURE.....98</p>	→332

SECTION 4A. GROSSESSE ET ALLAITEMENT

401 VERIFIER 222 : UNE OU PLUSIEURS NAISSANCES DEPUIS JANV. 1987	AUCUNE NAISSANCE DEPUIS JANVIER 1987 (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			
SELON Q. 212 ET Q. 216			
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?	DERNIERE NAISSANCE NOM VIVANT <input type="checkbox"/> DECEDE <input type="checkbox"/> A CE MOMENT-LA.....1 (PASSER A 405)← PLUS TARD.....2 NE VOULAIT PLUS.....3 (PASSER A 405)←	AVANT-DERNIERE NAISS. NOM VIVANT <input type="checkbox"/> DECEDE <input type="checkbox"/> A CE MOMENT-LA.....1 (PASSER A 405)← PLUS TARD.....2 NE VOULAIT PLUS.....3 (PASSER A 405)←	AV. AVANT-DERNIERE NAISS. NOM VIVANT <input type="checkbox"/> DECEDE <input type="checkbox"/> A CE MOMENT-LA.....1 (PASSER A 405)← PLUS TARD.....2 NE VOULAIT PLUS.....3 (PASSER A 405)←
404 Combien de temps auriez-vous voulu attendre?	MOIS.....1 ANNEES.....2 NSP.....998	MOIS.....1 ANNEES.....2 NSP.....998	MOIS.....1 ANNEES.....2 NSP.....998
405 Quand vous étiez enceinte de (NOM), avez-vous vu quelqu'un pour une consultation concernant cette grossesse? SI OUI, Qui avez-vous vu? Quelqu'un d'autre? ENCERCLER TOUTES LES PERSONNES VUES.	PROFESSIONNEL DE SANTE MEDECIN.....A INFIRMIERE/SAGE-FEMME..B ACCOUCHEUSE AUXILIAIRE/ MATRONE.....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 ACCOUCHEUSE AUXILIAIRE/ MATRONE.....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 ACCOUCHEUSE AUXILIAIRE/ MATRONE.....C AUTRE PERSONNE ACCOUCHEUSE (TRADI- TIONNELLE) FORMEE.....D ACCOUCHEUSE TRADI- TIONNELLE.....E AUTRE.....F (PRECISER) PERSONNE.....G (PASSER A 409)←
406 Vous a-t-on donné une carte de santé pour cette grossesse?	OUI.....1 NON.....2 NSP.....8	OUI.....1 NON.....2 NSP.....8	OUI.....1 NON.....2 NSP.....8
407 De combien de mois étiez-vous enceinte quand vous avez vu quelqu'un pour la première fois pour une consultation concernant cette grossesse?	MOIS..... NSP.....98	MOIS..... NSP.....98	MOIS..... NSP.....98
408 Combien de visites prénatales avez-vous fait pendant cette grossesse?	NBRE. DE VISITES... NSP.....98	NBRE. DE VISITES... NSP.....98	NBRE. DE VISITES... 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 convulsions après la naissance?	OUI.....1 NON.....2 (PASSER A 411)← NSP.....8	OUI.....1 NON.....2 (PASSER A 411)← NSP.....8	OUI.....1 NON.....2 (PASSER A 411)← NSP.....8
410 Combien de fois avez-vous eu cette injection?	NOMBRE..... NSP.....8	NOMBRE..... NSP.....8	NOMBRE..... NSP.....8
411 Où avez-vous accouché de (NOM)?	MAISON PROPRE MAISON.....11 AUTRE MAISON.....12 SECTEUR PUBLIC HOPITAL.....21 MATERNITE.....22 DISPENSAIRE.....23 SECTEUR PRIVE HOP. PRI./CLINIQUE....31 AUTRE.....41 (PRECISER)	MAISON PROPRE MAISON.....11 AUTRE MAISON.....12 SECTEUR PUBLIC HOPITAL.....21 MATERNITE.....22 DISPENSAIRE.....23 SECTEUR PRIVE HOP. PRI./CLINIQUE....31 AUTRE.....41 (PRECISER)	MAISON PROPRE MAISON.....11 AUTRE MAISON.....12 SECTEUR PUBLIC HOPITAL.....21 MATERNITE.....22 DISPENSAIRE.....23 SECTEUR PRIVE HOP. PRI./CLINIQUE....31 AUTRE.....41 (PRECISER)

		DERNIERE NAISSANCE NOM	AVANT-DERNIERE NAISS. NOM	AV. AVANT-DERNIERE NAISS. NOM
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 ACCOUCHEUSE AUXILIAIRE/ MATRONE.....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 ACCOUCHEUSE AUXILIAIRE/ MATRONE.....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 ACCOUCHEUSE AUXILIAIRE/ MATRONE.....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 GROS.....1 PLUS GROS QUE LA MOYENNE.....2 MOYEN.....3 PLUS PETIT QUE LA MOYENNE.....4 TRES PETIT.....5 NSP.....8	TRES GROS.....1 PLUS GROS QUE LA MOYENNE.....2 MOYEN.....3 PLUS PETIT QUE LA MOYENNE.....4 TRES PETIT.....5 NSP.....8
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 ENCEINTE OU PAS SURE <input type="checkbox"/> <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 NOM _____	AVANT-DERNIERE NAISS. NOM _____	AV. AVANT-DERNIERE NAISS. NOM _____
424	Avez-vous allaité (NOM)? OUI.....1 (PASSER A 426)← NON.....2	OUI.....1 (PASSER A 433)← NON.....2	OUI.....1 (PASSER A 433)← 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		
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		
431	A n'importe quel moment hier ou la nuit dernière avez-vous donné à (NOM) un des aliments ou boissons suivants: Eau? EAU1 2 Eau sucrée? EAU SUCREE.....1 2 Jus? JUS.....1 2 Infusion? INFUSION.....1 2 Lait en boîte pour bébé? LAIT EN BOITE BEBE.....1 2 Autre lait en boîte ou en poudre? AUTRE LAIT EN BOITE/ EN POUVRE.....1 2 Lait frais (d'animaux) LAIT FRAIS.....1 2 Autres liquides AUTRES LIQUIDES.....1 2 Bouillie? BOUILLIE.....1 2 Autre aliment spécialement préparé pour l'enfant? AUTRE ALIMENT PREPARE SPEC. POUR ENFANT...1 2 Plat familial? PLAT FAMILIAL.....1 2		
432	VOIR 431 : NOURRITURE OU LIQUIDE DONNE HIER "OUI" POUR UN OU PLUS <input type="checkbox"/> RIEN DU TOUT <input type="checkbox"/> (PASSER A 437) (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.....96 (PASSER A 436) <-----	MOIS..... <input type="text"/> <input type="text"/> JUSQU'A SON DECES.....96 (PASSER A 436) <-----	MOIS..... <input type="text"/> <input type="text"/> JUSQU'A SON DECES.....96 (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 TOMBEE 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 TOMBEE 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 TOMBEE 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 un des aliments ou boissons suivants de façon régulière? Lait en boîte ou lait autre que le lait maternel? AGE EN MOIS..... <input type="text"/> <input type="text"/> JAMAIS DONNE REGULIER...96 Eau? AGE EN MOIS..... <input type="text"/> <input type="text"/> JAMAIS DONNE REGULIER...96 Infusion? AGE EN MOIS..... <input type="text"/> <input type="text"/> JAMAIS DONNE REGULIER...96 Autres liquides? AGE EN MOIS..... <input type="text"/> <input type="text"/> JAMAIS DONNE REGULIER...96 Bouillie ? AGE EN MOIS..... <input type="text"/> <input type="text"/> JAMAIS DONNE REGULIER...96 Aliment solide ? AGE EN MOIS..... <input type="text"/> <input type="text"/> JAMAIS DONNE REGULIER...96 SI MOINS DE 1 MOIS, INSCRIRE '00'.	AGE EN MOIS..... <input type="text"/> <input type="text"/> JAMAIS DONNE REGULIER...96 AGE EN MOIS..... <input type="text"/> <input type="text"/> JAMAIS DONNE REGULIER...96 AGE EN MOIS..... <input type="text"/> <input type="text"/> JAMAIS DONNE REGULIER...96 AGE EN MOIS..... <input type="text"/> <input type="text"/> JAMAIS DONNE REGULIER...96 AGE EN MOIS..... <input type="text"/> <input type="text"/> JAMAIS DONNE REGULIER...96 AGE EN MOIS..... <input type="text"/> <input type="text"/> JAMAIS DONNE REGULIER...96 AGE EN MOIS..... <input type="text"/> <input type="text"/> JAMAIS DONNE REGULIER...96 (PASSER A 440)	AGE EN MOIS..... <input type="text"/> <input type="text"/> JAMAIS DONNE REGULIER...96 AGE EN MOIS..... <input type="text"/> <input type="text"/> JAMAIS DONNE REGULIER...96 AGE EN MOIS..... <input type="text"/> <input type="text"/> JAMAIS DONNE REGULIER...96 AGE EN MOIS..... <input type="text"/> <input type="text"/> JAMAIS DONNE REGULIER...96 AGE EN MOIS..... <input type="text"/> <input type="text"/> JAMAIS DONNE REGULIER...96 AGE EN MOIS..... <input type="text"/> <input type="text"/> JAMAIS DONNE REGULIER...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 MAISSANCE DEPUIS JANVIER 1987 DANS LE TABLEAU.
POSER LES QUESTIONS A PROPOS DE TOUTES CES MAISSANCES. COMMENCER PAR LA DERNIERE MAISSANCE. (S'IL Y A PLUS DE TROIS MAISSANCES, 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 MAISSANCE	AVANT-DERNIERE MAISS.	AV. AVANT-DERNIERE MAISS.
	NOM <input type="text"/>	NOM <input type="text"/>	NOM <input type="text"/>
	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 une carte où les vaccinations de (NOM) sont inscrites? SI OUI: Puis-je la voir, s'il vous plaît?	OUI, VUE.....1 (PASSER A 444)←	OUI, VUE.....1 (PASSER A 444)←	OUI, VUE.....1 (PASSER A 444)←
	OUI, NON VUE.....2 (PASSER A 444)←	OUI, NON VUE.....2 (PASSER A 444)←	OUI, NON VUE.....2 (PASSER A 444)←
	PAS DE CARTE.....3	PAS DE CARTE.....3	PAS DE CARTE.....3

443 Avez-vous déjà eu une carte de vaccination pour (NOM) ?	OUI.....1 (PASSER A 446)←	OUI.....1 (PASSER A 446)←	OUI.....1 (PASSER A 446)←
	NON.....2	NON.....2	NON.....2

444 (1)COPIER LES DATES DE VACCINATIONS POUR CHAQUE VACCIN A PARTIR DE LA CARTE. (2)INSCRIRE '66' DANS LA COLONNE 'JOUR', SI LA CARTE INDIQUE QU'UNE VACCINATION A ETE FAITE MAIS DONT LA DATE N'A PAS ETE REPORTEE	BCG	JOUR MOIS ANNEE	JOUR MOIS ANNEE	JOUR MOIS ANNEE
	POLIO 0	P0	P0	P0
	POLIO 1	P1	P1	P1
	POLIO 2	P2	P2	P2
	POLIO 3	P3	P3	P3
	DTCQq 1	D1	D1	D1
	DTCQq 2	D2	D2	D2
	DTCQq 3	D3	D3	D3
	IMVAX 1	IM1	IM1	IM1
	IMVAX 2	IM2	IM2	IM2
ROUGEOLE	ROU	ROU	ROU	
FIEVRE JAUNE	F.J	F.J	F.J	

445 (NOM) a-t-il reçu des vaccinations qui ne sont pas inscrites sur cette carte? ENREGISTRER 'OUI' SEULEMENT SI L'EMQUETEE MENTIONNE LE(S) VACCIN(S) DU BCG, POLIO 0-3, DTCQq 1-3, IMVAX 1-2, ROUGEOLE ET/OU FIEVRE JAUNE, PUIS PASSER A 448.	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
	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
	NON.....2 (PASSER A 448)←	NON.....2 (PASSER A 448)←	NON.....2 (PASSER A 448)←
	NSP.....8	NSP.....8	NSP.....8

		DERNIERE NAISSANCE	AVANT-DERNIERE NAISS.	AV. AVANT-DERNIERE NAISS.
		NOM	NOM	NOM
447	<p>S'il vous plaît, dites-moi si (NOM) a reçu une des vaccinations suivantes:</p> <p>Une vaccination du BCG contre la tuberculose, c'est-à-dire une injection dans l'avant-bras gauche qui a laissé une cicatrice?</p> <p>Une vaccination contre le polio, c'est à dire des gouttes dans la bouche? SI OUI: Combien de fois?</p> <p>Une injection contre la rougeole?</p> <p>Une injection au pistolet?</p> <p>SI OUI: Combien de fois?</p>	<p>OUI.....1</p> <p>NOM.....2</p> <p>NSP.....8</p> <p>OUI.....1</p> <p>NOM.....2</p> <p>NSP.....8</p> <p>NOMBRE DE FOIS..... []</p> <p>OUI.....1</p> <p>NOM.....2</p> <p>NSP.....8</p> <p>OUI.....1</p> <p>NOM.....2</p> <p>NSP.....8</p> <p>NOMBRE DE FOIS..... []</p>	<p>OUI.....1</p> <p>NOM.....2</p> <p>NSP.....8</p> <p>OUI.....1</p> <p>NOM.....2</p> <p>NSP.....8</p> <p>OUI.....1</p> <p>NOM.....2</p> <p>NSP.....8</p> <p>NOMBRE DE FOIS..... []</p> <p>OUI.....1</p> <p>NOM.....2</p> <p>NSP.....8</p> <p>OUI.....1</p> <p>NOM.....2</p> <p>NSP.....8</p> <p>NOMBRE DE FOIS..... []</p>	<p>OUI.....1</p> <p>NOM.....2</p> <p>NSP.....8</p> <p>OUI.....1</p> <p>NOM.....2</p> <p>NSP.....8</p> <p>OUI.....1</p> <p>NOM.....2</p> <p>NSP.....8</p> <p>OUI.....1</p> <p>NOM.....2</p> <p>NSP.....8</p> <p>NOMBRE DE FOIS..... []</p> <p>OUI.....1</p> <p>NOM.....2</p> <p>NSP.....8</p> <p>OUI.....1</p> <p>NOM.....2</p> <p>NSP.....8</p> <p>NOMBRE DE FOIS..... []</p>
448	VOIR 216: ENFANT VIVANT?	VIVANT <input type="checkbox"/> DECEDE <input type="checkbox"/> (PASSER A 450)	VIVANT <input type="checkbox"/> DECEDE <input type="checkbox"/> (PASSER A 450)	VIVANT <input type="checkbox"/> DECEDE <input type="checkbox"/> (PASSER A 450)
449	RETOURNER A 442 POUR LA NAISSANCE SUIVANTE; OUI, S'IL N'Y A PLUS DE NAISSANCE, PASSER A 482.			
450	(NOM) a-t-il/elle eu de la fièvre à un moment quelconque dans les 2 dernières semaines?	OUI.....1 NOM.....2 NSP.....8	OUI.....1 NOM.....2 NSP.....8	OUI.....1 NOM.....2 NSP.....8
451	(NOM) a-t-il/elle souffert de la toux à un moment quelconque dans les 2 dernières semaines?	OUI.....1 NOM.....2 NSP.....8 (PASSER A 455) <-----	OUI.....1 NOM.....2 NSP.....8 (PASSER A 455) <-----	OUI.....1 NOM.....2 NSP.....8 (PASSER A 455) <-----
452	(NOM) a-t-il/elle souffert de la toux dans les dernières 24 heures?	OUI.....1 NOM.....2 NSP.....8	OUI.....1 NOM.....2 NSP.....8	OUI.....1 NOM.....2 NSP.....8
453	Combien de jours a duré la toux/depuis combien de jours dure la toux? SI MOINS DE 1 JOUR, INSCRIRE 00	JOURS..... [] []	JOURS..... [] []	JOURS..... [] []
454	Quand (NOM) était malade avec la toux, respirait-il/elle plus rapidement que d'habitude avec un souffle court et rapide?	OUI.....1 NOM.....2 NSP.....8	OUI.....1 NOM.....2 NSP.....8	OUI.....1 NOM.....2 NSP.....8
455	VOIR 450 ET 451: FIEVRE OU TOUX?	"OUI" DANS 450 OU 451 <input type="checkbox"/> AUTRE <input type="checkbox"/> (PASSER A 460)	"OUI" DANS 450 OU 451 <input type="checkbox"/> AUTRE <input type="checkbox"/> (PASSER A 460)	"OUI" DANS 450 OU 451 <input type="checkbox"/> AUTRE <input type="checkbox"/> (PASSER A 460)
456	Est-ce que quelque chose a été donné pour traiter la fièvre/toux?	OUI.....1 NOM.....2 NSP.....8 (PASSER A 458) <-----	OUI.....1 NOM.....2 NSP.....8 (PASSER A 458) <-----	OUI.....1 NOM.....2 NSP.....8 (PASSER A 458) <-----
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 (COMPRIME OU SIROP).....B NIVAQUINE, FLAVOQUINE (COMPRIME OU SIROP).....C ASPIRINE/ASPRO.....D SIROP CONTRE LA TOUX.....E COMPRIME/SIROP INCONNU.....F REMEDE TRADITIONNEL/ PLANTES MEDICINALES.....G AUTRE.....H (PRECISER)	INJECTION.....A ANTIBIOTIQUE (COMPRIME OU SIROP).....B NIVAQUINE, FLAVOQUINE (COMPRIME OU SIROP).....C ASPIRINE/ASPRO.....D SIROP CONTRE LA TOUX.....E COMPRIME/SIROP INCONNU.....F REMEDE TRADITIONNEL/ PLANTES MEDICINALES.....G AUTRE.....H (PRECISER)	INJECTION.....A ANTIBIOTIQUE (COMPRIME OU SIROP).....B NIVAQUINE, FLAVOQUINE (COMPRIME OU SIROP).....C ASPIRINE/ASPRO.....D SIROP CONTRE LA TOUX.....E COMPRIME/SIROP INCONNU.....F REMEDE TRADITIONNEL/ PLANTES MEDICINALES.....G AUTRE.....H (PRECISER)
457A	Où avez-vous obtenu les traitements ? INSCRIRE TOUT CE QUI EST CITE	SECTEUR PUBLIC HOP,CENTRES MED,CSPS...A DEPOT PHARM. COMMUN...B SECTEUR MEDICAL PRIVE PHARMACIES PRIVEES...C AUTRE SECTEUR PRIVE BOUTIQUE/MARCHE.....D GUERISSEUR.....E AUTRE.....F (PRECISER) NSP.....G	SECTEUR PUBLIC HOP,CENTRES MED,CSPS...A DEPOT PHARM. COMMUN...B SECTEUR MEDICAL PRIVE PHARMACIES PRIVEES...C AUTRE SECTEUR PRIVE BOUTIQUE/MARCHE.....D GUERISSEUR.....E AUTRE.....F (PRECISER) NSP.....G	SECTEUR PUBLIC HOP,CENTRES MED,CSPS...A DEPOT PHARM. COMMUN...B SECTEUR MEDICAL PRIVE PHARMACIES PRIVEES...C AUTRE SECTEUR PRIVE BOUTIQUE/MARCHE.....D GUERISSEUR.....E AUTRE.....F (PRECISER) NSP.....G

		DERNIERE NAISSANCE NOM	AVANT-DERNIERE NAISS. NOM	AV. AVANT-DERNIERE NAISS. NOM
458	Avez-vous demandé des conseils pour la fièvre/toux?	OUI.....1 NON.....2 (PASSER A 460)←	OUI.....1 NON.....2 (PASSER A 460)←	OUI.....1 NON.....2 (PASSER A 460)←
459	Où avez-vous demandé des conseils ? A quelqu'un d'autre? INSCRIRE TOUT CE QUI EST CITE	SECTEUR PUBLIC HOPITAL.....A CENTRE MEDICAL.....B CSPS.....C SMI.....D DISPENSATRE.....E PSP.....F DEPOT PHARM COMMUN.....G SECTEUR MEDICAL PRIVE CABINET MED.PRIVE.....H PHARMACIE.....I CABINET INFIRMIER.....J DISP. RELIGIEUX.....K AUTRE SECTEUR PRIVE QUERISSEUR TRAD.....L PAR/VOIS/AMIE.....M AUTRE.....N (PRECISER)	SECTEUR PUBLIC HOPITAL.....A CENTRE MEDICAL.....B CSPS.....C SMI.....D DISPENSATRE.....E PSP.....F DEPOT PHARM COMMUN.....G SECTEUR MEDICAL PRIVE CABINET MED.PRIVE.....H PHARMACIE.....I CABINET INFIRMIER.....J DISP. RELIGIEUX.....K AUTRE SECTEUR PRIVE QUERISSEUR TRAD.....L PAR/VOIS/AMIE.....M AUTRE.....N (PRECISER)	SECTEUR PUBLIC HOPITAL.....A CENTRE MEDICAL.....B CSPS.....C SMI.....D DISPENSATRE.....E PSP.....F DEPOT PHARM COMMUN.....G SECTEUR MEDICAL PRIVE CABINET MED.PRIVE.....H PHARMACIE.....I CABINET INFIRMIER.....J DISP. RELIGIEUX.....K AUTRE SECTEUR PRIVE QUERISSEUR TRAD.....L PAR/VOIS/AMIE.....M AUTRE.....N (PRECISER)
460	(NON) 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 NAISSANCE SUIVANTE; OU, S'IL N'Y A PLUS DE NAISSANCE, PASSER A 482			
462	(NON) 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 (NON) avait la diarrhée, avez-vous changé le nombre d'allaitements/ de tétées ?	OUI.....1 NON.....2 (PASSER A 468)←		
467	Avez-vous <u>augmenté</u> ou <u>réduit</u> le nombre de tétées, ou avez-vous <u>arrêté complètement</u> ?	AUGMENTE.....1 REDUIT.....2 ARRÊTÉ 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	Lui avez-vous donné à manger la même quantité d'aliments 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
470	Est-ce que quelque chose a été donné pour traiter la diarrhée?	OUI.....1 NON.....2 NSP.....8 (PASSER A 472)←	OUI.....1 NON.....2 NSP.....8 (PASSER A 472)←	OUI.....1 NON.....2 NSP.....8 (PASSER A 472)←
471	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 EAU SALEE/SUCREE.....B ERSEFLURIL/TYPHOMICINE AUTRE ANTIBIOTIQUE.....C GANIDAN/IMMODIUM/CHARBON AUTRE ANTI-DIARRHEIQUE...D INJECTION.....E PERFUSION/SERUM.....F REMEDE TRADITIONNEL/ PLANTES MEDICINALES G (PRECISER) AUTRE.....H (PRECISER)	LIQUIDE DES SACHETS SRO...A EAU SALEE/SUCREE.....B ERSEFLURIL/TYPHOMICINE AUTRE ANTIBIOTIQUE.....C GANIDAN/IMMODIUM/CHARBON AUTRE ANTI-DIARRHEIQUE...D INJECTION.....E PERFUSION/SERUM.....F REMEDE TRADITIONNEL/ PLANTES MEDICINALES G (PRECISER) AUTRE.....H (PRECISER)	LIQUIDE DES SACHETS SRO...A EAU SALEE/SUCREE.....B ERSEFLURIL/TYPHOMICINE AUTRE ANTIBIOTIQUE.....C GANIDAN/IMMODIUM/CHARBON AUTRE ANTI-DIARRHEIQUE...D INJECTION.....E PERFUSION/SERUM.....F REMEDE TRADITIONNEL/ PLANTES MEDICINALES G (PRECISER) AUTRE.....H (PRECISER)

		DERNIERE NAISSANCE NOM	AVANT-DERNIERE NAISS. NOM	AV. AVANT-DERNIERE NAISS. NOM
471A	Où avez-vous obtenu les traitements ? INSCRIRE TOUT CE QUI EST CITE	SECTEUR PUBLIC HOP.CENTRES MED.CSPS...A DEPOT PHARM. COMMUN...B SECTEUR MEDICAL PRIVE PHARMACIES PRIVEES...C AUTRE SECTEUR PRIVE BOUTIQUE/MARCHE...D GUERISSEUR...E AUTRE (PRECISER) F NSP...G	SECTEUR PUBLIC HOP.CENTRES MED.CSPS...A DEPOT PHARM. COMMUN...B SECTEUR MEDICAL PRIVE PHARMACIES PRIVEES...C AUTRE SECTEUR PRIVE BOUTIQUE/MARCHE...D GUERISSEUR...E AUTRE (PRECISER) F NSP...G	SECTEUR PUBLIC HOP.CENTRES MED.CSPS...A DEPOT PHARM. COMMUN...B SECTEUR MEDICAL PRIVE PHARMACIES PRIVEES...C AUTRE SECTEUR PRIVE BOUTIQUE/MARCHE...D GUERISSEUR...E AUTRE (PRECISER) F NSP...G
472	Avez-vous demandé des conseils pour la diarrhée?	OUI.....1 NON.....2 (PASSER A 474) <-----	OUI.....1 NON.....2 (PASSER A 474) <-----	OUI.....1 NON.....2 (PASSER A 474) <-----
473	Où avez-vous demandé des conseils ? A quelqu'un d'autre? INSCRIRE TOUT CE QUI EST CITE	SECTEUR PUBLIC HOPITAL.....A CENTRE MEDICAL.....B CSPS.....C SMI.....D DISPENSARE.....E PSP.....F DEPOT PHARM COMMUN...G SECTEUR MEDICAL PRIVE CABINET MED.PRIVE...H PHARMACIE.....I CABINET INFIRMIER...J DISP. RELIGIEUX...K AUTRE SECTEUR PRIVE GUERISSEUR TRAD...L PAR/VOIS/AMIE...M AUTRE (PRECISER) N	SECTEUR PUBLIC HOPITAL.....A CENTRE MEDICAL.....B CSPS.....C SMI.....D DISPENSARE.....E PSP.....F DEPOT PHARM COMMUN...G SECTEUR MEDICAL PRIVE CABINET MED.PRIVE...H PHARMACIE.....I CABINET INFIRMIER...J DISP. RELIGIEUX...K AUTRE SECTEUR PRIVE GUERISSEUR TRAD...L PAR/VOIS/AMIE...M AUTRE (PRECISER) N	SECTEUR PUBLIC HOPITAL.....A CENTRE MEDICAL.....B CSPS.....C SMI.....D DISPENSARE.....E PSP.....F DEPOT PHARM COMMUN...G SECTEUR MEDICAL PRIVE CABINET MED.PRIVE...H PHARMACIE.....I CABINET INFIRMIER...J DISP. RELIGIEUX...K AUTRE SECTEUR PRIVE GUERISSEUR TRAD...L PAR/VOIS/AMIE...M AUTRE (PRECISER) N
474	VOIR 471 LIQUIDE D'UN SACHET SRO CITE	NON, LIQUIDE SRO PAS CITE CITE ↓ (PASSER A 476)	OUI LIQUIDE SRO PAS CITE CITE ↓ (PASSER A 476)	NON, LIQUIDE SRO PAS CITE CITE ↓ (PASSER A 476)
475	(NON) a-t-il/elle reçu un liquide préparé à partir d'un sachet spécial de poudre contre la diarrhée et les vomissements quand il/elle avait la diarrhée?	OUI.....1 NON.....2 (PASSER A 478) <----- NSP.....8	OUI.....1 NON.....2 (PASSER A 478) <----- NSP.....8	OUI.....1 NON.....2 (PASSER A 478) <----- NSP.....8
476	Combien de temps après le début de la diarrhée, (NON) a-t-il/elle reçu la première fois, le liquide préparé à partir du sachet spécial ? SI MOINS DE 1 JOUR, INSCRIRE 00	JOURS..... NSP.....98	JOURS..... NSP.....98	JOURS..... NSP.....98
477	Pendant combien de jours (NON) a-t-il/elle reçu le liquide préparé à partir du sachet spécial ? SI MOINS DE 1 JOUR, INSCRIRE '00'	JOURS..... NSP.....98	JOURS..... NSP.....98	JOURS..... NSP.....98
478	VOIR 471: LIQUIDE RECOMMANDE ET FAIT A LA MAISON CITE	NON, LIQUIDE MAISON PAS CITE CITE ↓ (PASSER A 480)	OUI, LIQUIDE MAISON PAS CITE CITE ↓ (PASSER A 480)	NON, LIQUIDE MAISON PAS CITE CITE ↓ (PASSER A 480)
479	(NON) a-t-il/elle reçu un liquide recommandé par le personnel de santé et préparé à la maison avec du sucre, du sel et de l'eau quand il/elle avait la diarrhée?	OUI.....1 NON.....2 (PASSER A 481) <----- NSP.....8	OUI.....1 NON.....2 (PASSER A 481) <----- NSP.....8	OUI.....1 NON.....2 (PASSER A 481) <----- NSP.....8
480	Pendant combien de jours (NON) a-t-il/elle reçu le liquide préparé avec du sucre, du sel et de l'eau ? SI MOINS DE 1 JOUR, INSCRIRE 00	JOURS..... NSP.....98	JOURS..... NSP.....98	JOURS..... NSP.....98
481	RETOURNER A 442 POUR L'ENFANT SUIVANT; OU, S'IL N'Y A PLUS D'ENFANT, PASSER A 482.			

N°	QUESTIONS ET FILTRES	CODES	PASSER A
482	VOIR 471 ET 475 (TOUTES LES COLONNES): SOLUTION SRO D'UN SACHET DONNEE A UN ENFANT <input type="checkbox"/>	SOLUTION SRO D'UN SACHET DONNEE A AUCUN ENFANT OU 471 ET 475 NON POSEE <input type="checkbox"/>	486
483	Avez-vous déjà entendu parler d'un sachet spécial de poudre que l'on peut obtenir pour le traitement de la diarrhée et des vomissements?	OUI1 NON2	485
484	Avez-vous déjà vu un sachet comme celui-là auparavant? MONTRER LE SACHET	OUI1 NON2	489
485	Avez-vous déjà préparé une solution avec un de ces sachets pour traiter la diarrhée pour vous-même ou quelqu'un d'autre? (MONTRER LE SACHET)	OUI1 NON2	488
486	La dernière fois que vous avez préparé le sachet spécial de poudre, avez-vous préparé tout le sachet en une fois, ou seulement une partie du sachet?	TOUT LE SACHET EN UNE FOIS1 PARTIE DU SACHET2	488
487	Quelle quantité d'eau avez-vous utilisé pour préparer le sachet spécial de poudre la dernière fois que vous l'avez fait?	1/2 LITRE01 1 LITRE02 1,5 LITRES03 2 LITRES04 SELOM INSTRUCTIONS DU SACHET05 AUTRE06 (PRECISER) NSP98	
487A	Quel récipient avez-vous utilisé pour préparer le sachet spécial de poudre la dernière fois que vous l'avez fait?	BOUTEILLE DE 33 CL01 BOUTEILLE DE 66 CL02 BOUTEILLE DE 1,5 LITRES03 GOBELET EN PLASTIQUE04 CASSEROLE A SAUCE05 AUTRE06 (PRECISER) NSP98	
488	Où pouvez-vous obtenir le sachet spécial de poudre? INSISTER: Nulle part ailleurs. INSCRIRE TOUS LES LIEUX CITES	SECTEUR PUBLIC HOPITALA CENTRE MEDICALB CSPSC SMID DISPENSAREE PSPF DEPOT PHARM COMMUNG SECTEUR MEDICAL PRIVE CABINET MED. PRIVEH PHARMACIEI CABINET INFIRMIERJ DISP. RELIGIEUXK AUTRE SECTEUR PRIVE GUERISSEUR TRADITIONNELL PAR/VOIS/AMIEM AUTREN (PRECISER)	
489	VOIR 471 ET 479 (TOUTES LES COLONNES): LIQUIDE RECOMMANDE ET PREPARE A LA MAISON DONNE A UN ENFANT <input type="checkbox"/>	LIQUIDE RECOMMANDE ET PREPARE A LA MAISON DONNE A AUCUN ENFANT OU 471 ET 479 NON POSEE <input type="checkbox"/>	501
490	Où avez-vous appris à préparer le liquide recommandé et fait à la maison avec du sucre, du sel et de l'eau que vous avez donnée à (NON) quand il/elle avait la diarrhée ?	SECTEUR PUBLIC HOPITAL11 CENTRE MEDICAL12 CSPS13 SMI14 DISPENSARE15 PSP16 DEPOT PHARM COMMUN17 SECTEUR MEDICAL PRIVE CABINET MED. PRIVE21 PHARMACIE23 CABINET INFIRMIER24 DISP. RELIGIEUX25 AUTRE SECTEUR PRIVE GUERISSEUR TRADITIONNEL31 PAR/VOIS/AMIE32 AUTRE41 (PRECISER)	

SECTION 5. MARIAGE

N°	QUESTIONS ET FILTRES	CODES	PASSER A
501	Etes-vous actuellement mariée ou vivez-vous actuellement en union avec un homme?	OUI.....1 NON.....2	→504
502	Avez-vous été mariée ou avez-vous vécu en union avec un homme?	OUI.....1 NON.....2	→513
503	Etes-vous actuellement veuve, divorcée ou séparée?	VEUVE.....1 DIVORCEE.....2 SEPEREE.....3	→508
504	Est-ce que votre mari/conjoint vit avec vous ou habite ailleurs?	VIT AVEC ELLE.....1 HABITE AILLEURS.....2	
505	Votre mari/conjoint a-t-il d'autres femmes en plus de vous-même?	OUI.....1 NON.....2	→508
506	Combien d'autres femmes a-t-il?	NOMBRE..... <input type="text"/> <input type="text"/> NSP.....98	→508
507	Etes-vous la première, la deuxième, la troisième épouse?	RANG..... <input type="text"/> <input type="text"/>	
508	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	
509	En quel mois et quelle année avez-vous consommé votre (première) union?	MOIS..... <input type="text"/> <input type="text"/> NSP MOIS.....98 ANNEE..... <input type="text"/> <input type="text"/> NSP ANNEE.....98 MARIAGE NON CONSOMME.....96	→518
510	Quel âge aviez-vous quand vous avez consommé votre (première) union?	AGE..... <input type="text"/> <input type="text"/> NSP AGE.....98	

511	VOIR 509 ET 510: ANNEE ET AGE A LA CONSUMATION DU MARIAGE DONNES	OUI <input type="checkbox"/> NON <input type="checkbox"/>	→514
512	VERIFIER LA COHERENCE DE 509 ET 510: ANNEE DE NAISSANCE (105) <input type="text"/> <input type="text"/> PLUS + AGE AU MARIAGE (510) <input type="text"/> <input type="text"/> = ANNEE DE MARIAGE CALCULEE <input type="text"/> <input type="text"/> L'ANNEE DE MARIAGE CALCULEE EST-ELLE, A UNE ANNEE PRES, LA MEME QUE L'ANNEE DE MARIAGE ENREGISTREE (509) OUI <input type="checkbox"/> NON <input type="checkbox"/>	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"/> VERIFIER ET CORRIGER 509 ET 510. PUIS PASSER A 514	PASSER A 514

N°	QUESTIONS ET FILTRES	CODES	PASSER A															
513	SI JAMAIS EN UNION: Avez-vous déjà eu des rapports sexuels?	OUI.....1 NON.....2	↓ →518															
514	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 rapports sexuels durant les quatre dernières semaines?	NOMBRE DE FOIS.....	<input type="text"/> <input type="text"/>															
515	Combien de fois par mois avez-vous <u>habituellement</u> des rapports sexuels?	NOMBRE DE FOIS.....	<input type="text"/> <input type="text"/>															
516	Combien de temps y a-t-il depuis que vous avez eu des rapports sexuels pour la dernière fois?	JOURS.....1 SEMAINES.....2 MOIS.....3 ANNEES.....4 AVANT LA DERNIERE MAISSANCE...996	<input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>															
517	Quel âge aviez-vous la première fois que vous avez eu des rapports sexuels?	AGE..... PREMIERE FOIS AU MARIAGE.....96	<input type="text"/> <input type="text"/>															
518	AUTRES PERSONNES PRESENTES A CE MOMENT	<table border="1"> <thead> <tr> <th></th> <th>OUI</th> <th>NON</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>ENFANTS MOINS DE 10 ANS.....1</td> <td>1</td> <td>2</td> </tr> <tr> <td>MARI.....1</td> <td>1</td> <td>2</td> </tr> <tr> <td>AUTRES HOMMES.....1</td> <td>1</td> <td>2</td> </tr> <tr> <td>AUTRES FEMMES.....1</td> <td>1</td> <td>2</td> </tr> </tbody> </table>		OUI	NON	ENFANTS MOINS DE 10 ANS.....1	1	2	MARI.....1	1	2	AUTRES HOMMES.....1	1	2	AUTRES FEMMES.....1	1	2	
	OUI	NON																
ENFANTS MOINS DE 10 ANS.....1	1	2																
MARI.....1	1	2																
AUTRES HOMMES.....1	1	2																
AUTRES FEMMES.....1	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 501: 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?	AVOIR UN (AUTRE) ENFANT.....1 PAS D'AUTRE/AUCUN.....2 DIT QU'ELLE NE PEUT PAS TOMBER ENCEINTE.....3 PAS DECIDEE OU MSP.....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 (PRECISER).....996 MSP.....998	610
605	VOIR 216 ET 223: A UN/DES ENFANT(S) VIVANT(S) OU ENCEINTE? 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..... MSP.....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 (PRECISER).....4	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 d'avoir des enfants?	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 <u>même</u> nombre d'enfants que vous, en veut <u>d'avantage</u> ou <u>moins</u> 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="text"/> <input type="text"/> ANNEES.....2 <input type="text"/> <input type="text"/> 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	VOIR 216: A UN/DES ENFANT(S) VIVANT(S) <input type="text"/> ↓ 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? N'A PAS D'ENFANT VIVANT <input type="text"/> ↓ Si vous pouviez choisir exactement le nombre d'enfants à avoir dans toute votre vie, combien voudriez-vous en avoir? ENREGISTRER UN SIMPLE NOMBRE OU AUTRE REPONSE.	NOMBRE..... <input type="text"/> <input type="text"/> AUTRE REPONSE.....96 (PRECISER)	
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="text"/> <input type="text"/> ANNEES.....2 <input type="text"/> <input type="text"/> AUTRE.....996 (PRECISER)	

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

	FILTRES	CODES	PASSER A
701	VOIR 501 ET 502: EST/A ETE MARIEE OU EN UNION <input type="checkbox"/> JAMAIS MARIEE/JAMAIS EN UNION <input type="checkbox"/> ↓ POSER LES QUESTIONS SUR LE MARI/CONJOINT ACTUEL OU LE PLUS RECENT		708
702	Est-ce que votre (dernier) mari/conjoint a frequenté l'école?	OUI.....1 NON.....2	705
703	Quel est le plus haut niveau d'études qu'il a atteint: primaire, secondaire ou supérieur?*	PRIMAIRE.....1 SECONDAIRE/FORM PROF 1°CYCLE....2 SECONDAIRE/FORM PROF 2°CYCLE....3 SUPERIEUR.....4 NSP.....8	705
704	Quelle est la dernière classe qu'il a achevée à ce niveau?*	CLASSE..... <input type="checkbox"/> NSP.....8	
705	Quel est (était) le genre de travail principal de votre (dernier) mari/conjoint?	<input type="checkbox"/> _____ _____ _____	
706	VOIR 705: TRAVAILLE (TRAVAILLAIT) DANS L'AGRICULTURE <input type="checkbox"/> NE TRAVAILLE (TRAVAILLAIT) PAS DANS L'AGRICULTURE <input type="checkbox"/> ↓		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?	CHAMP PERSONNEL/FAMILIAL.....1 CHAMP LOUE.....2 CHAMP DE QUELQU'UN D'AUTRE.....3	

* Codes pour Q.108 et 109

NIVEAU	1= PRIMAIRE	2= SEC. 1°CYC.	3= SEC. 2°CYCLE	4= SUPERIEUR	8= NSP
CLASSES	0 = MOINS D'UNE ANNEE ACHEVEE				
	1= CP1	1= 6ème	1= 2nde	1= 1ème année	
	2= CP2	2= 5ème	2= 1ère	2= 2ème année	
	3= CE1	3= 4ème	3= Term.	3= 3ème année	
	4= CE2	4= 3ème	4= FPB	4= 4ème an. et+	
	5= CM1	5= FPP	8=NSP	8= NSP	
	6= CM2	8= NSP			
	8= NSP				

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	801
710	Quelle est votre occupation, c'est à dire, quel genre de travail faites-vous?	<input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>	
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 JANV. 1987 ET VIVANT A LA MAISON?	OUI <input type="checkbox"/> NON <input type="checkbox"/>	801
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	801
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)	

SECTION 8. CONNAISSANCE ET ATTITUDES VIS A VIS DU SIDA

N°	QUESTIONS ET FILTRES	CODES	PASSER A
801	Maintenant, je vous voudrais vous poser quelques questions sur un sujet très important. Avez-vous entendu parler d'une maladie appelée SIDA ?	OUI.....1 NON.....2	→810
802	Par qui en avez-vous entendu parler ?	EPOUSE/PARTENAIRE.....01 AGENT DE SANTE.....02 RADIO/TELEVISION.....03 JOURNAUX.....04 AMI(E)/PARENT(E)/VOISIN(E).....05 AFFICHES/CAMPAGNES.PUBLICIT.....06 AUTRE.....07 (PRECISER) NSP.....98	
803	Avez-vous déjà assisté à des conférences ou à des causeries concernant le SIDA ?	OUI.....1 NON.....2 NSP.....8	
804	A votre avis, comment peut-on attraper le SIDA ? INSCRIRE TOUT CE QUI EST CITE	RELATIONS SEX. AVEC UN SIDAEN...A RELATIONS SEX. AVEC PROSTITUEES..B RELATIONS SEX. AVEC DIFFERENTS PARTENAIRES.....C RELATIONS HOMOSEXUELLES.....D TRANSFUSIONS DE SANG.....E MANGER DANS LA MEME VAISSELLE QU'UN SIDAEN.....F PORTER LES VETEMENTS D'UN SIDAEN.....G UTILISATION DE SERINGUES OU AIGUILLES NON STERILISEES.....H LA MERE A L'ENFANT.....I MOUSTIQUES/PIQURES D'INSECTES...J AUTRE.....K (PRECISER) NSP.....L	
805	A votre avis, que faut-il faire pour éviter d'attraper le SIDA ? INSCRIRE TOUT CE QUI EST CITE	UTILISER DES PRESERVATIFS.....A AVOIR UN SEUL PARTENAIRE.....B NE PAS ALLER AVEC PROSTITUEES...C NE PAS UTILISER SERINGUES OU AIGUILLES NON STERILISEES...D NE PAS TOUCHER DU SANG CONTAMINE.....E AUTRE.....F (PRECISER) NSP.....G	
806	A quoi reconnaît-on un malade atteint du SIDA ? INSCRIRE TOUT CE QUI EST CITE	AMAIGRISSEMENT.....A DIARRHEE.....B VOMISSEMENTS.....C FRISSONS ET FIEVRE.....D ANALYSE DE SANG.....E TACHES SUR LA PEAU, BOUTONS...F TOUX PERSISTANTE.....G AUTRE.....H (PRECISER) NSP.....I	
807	Est-ce qu'une femme atteinte du SIDA peut donner naissance à un bébé atteint du SIDA ?	OUI.....1 NON.....2 NSP.....8	
808	Est-il possible qu'une personne qui paraisse en bonne santé soit en fait atteinte du SIDA ?	OUI.....1 NON.....2 NSP.....8	
809	A votre avis, que doit-on faire des malades atteints du SIDA ?	LES ENVOYER A L'HOPITAL.....1 LES GARDER A LA MAISON.....2 LES ISOLER.....3 AUTRE.....4 (PRECISER) NSP.....8	
810	Depuis 2 mois, avez-vous, pour une raison quelconque reçu une injection ?	OUI.....1 NON.....2	→812
811	Par qui cette injection vous a-t-elle été faite ?	SECTEUR PUBLIC HOP,CENTRES MED,CSPS.....11 SECTEUR MEDICAL PRIVE CABINET DE MEDECIN.....21 CABINET INFIRMIER.....22 AUTRE.....41 (PRECISER)	

812	VERIFIER : A EU DES RELATIONS SEXUELLES 516 DEPUIS 2 MOIS <input type="checkbox"/>	M'A PAS EU DE RELATIONS SEXUELLES DEPUIS 2 MOIS <input type="checkbox"/>	→819
813	Lors des relations sexuelles que vous avez eu ces 2 derniers mois, avez-vous utilisé des condoms ?	OUI.....1 NON.....2	→818
814	Les avez-vous utilisés à chaque fois, parfois ou rarement ?	A CHAQUE FOIS.....1 PARFOIS.....2 RAREMENT.....3	
815	Pourquoi avez-vous utilisé ces condoms ? INSCRIRE TOUT CE QUI EST CITE	EVITER UNE GROSSESSE.....A EVITER MALADIES SEXUELLES.....B EVITER SIDA.....C AUTRE.....D (PRECISER) NSP.....E	
816	Où vous êtes-vous procuré ces condoms ?	SECTEUR PUBLIC SMI.....11 DEPOT.PHARM.COMMUNAUTAIRE.....12 SECTEUR MEDICAL PRIVE PHARMACIE.....21 AUTRE SECTEUR PRIVE BOUTIQUE/TABLIER.....31 PARENTS/AMIS.....32 PARTENAIRE EN AVAIT.....33 AUTRE.....41 (PRECISER) NSP.....98	
817	Quelle est la marque des condoms que votre mari/ conjoint ou partenaire utilise ?	PRUDENCE.....1 SULTAN.....2 AUTRES.....3 (PRECISER) NSP.....8	
818	Avec combien de partenaires avez-vous eu des relations sexuelles ces 2 derniers mois ?	NOMBRE..... <input type="text"/> <input type="text"/> AVEC MARI/CONJOINT OU PARTENAIRE UNIQUEMENT.....95 PLUSIEURS.....96	
819	INSCRIRE L'HEURE DE FIN D'ENTRETIEN	HEURE..... <input type="text"/> <input type="text"/> MINUTES..... <input type="text"/> <input type="text"/>	

SECTION 9. TAILLE ET POIDS

901	VERIFIER 215, 216: UNE OU PLUSIEURS NAISSANCES DEPUIS JANVIER 1987 <input type="checkbox"/>		AUCUNE NAISSANCE DEPUIS JANVIER 1987 <input type="checkbox"/> → FIN
------------	--	--	--

ENQUETRICE: EN 902(COLOMES 2-4) ENREGISTRER LE N° DE LIGNE DE CHAQUE ENFANT NE DEPUIS JANVIER 1987 ET ENCORE EN VIE.
 EN 903 ET 904 ENREGISTRER LE NOM ET LA DATE DE NAISSANCE DE L'ENQUETEE ET DE CHAQUE ENFANT EN VIE, NE DEPUIS JANVIER 1987. EN 907 ET 909 NOTER LA TAILLE ET LE POIDS DE L'ENQUETEE ET DES ENFANTS VIVANTS.
 (NOTE: TOUTES LES ENQUETEEES AVEC UNE NAISSANCE OU PLUS DEPUIS JANVIER 1987 DOIVENT ETRE PESEES ET MESUREES MEME SI TOUS LES ENFANTS SONT DECEDEES).
 (S'IL Y A PLUS DE 3 ENFANTS VIVANTS NES DEPUIS JANVIER 1987, UTILISEZ UN QUESTIONNAIRE SUPPLEMENTAIRE).

	1	2	3	4
	ENQUETEE	DERNIER ENFANT EN VIE	AVANT-DERNIER ENFANT EN VIE	AVANT-AVANT-DERNIER ENFANT EN VIE
902 N° DE LIGNE DE LA Q.212		<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
903 NOM, DE LA Q.212 POUR LES ENFANTS	(NOM)	(NOM)	(NOM)	(NOM)
904 DATE DE NAISSANCE DE Q.105 POUR L'ENQUETEE DE Q.215 POUR LES ENFANTS ET DEMANDEZ LE JOUR DE NAISSANCE	MOIS..... <input type="text"/> ANNEE..... <input type="text"/>	JOUR..... <input type="text"/> MOIS..... <input type="text"/> ANNEE..... <input type="text"/>	JOUR..... <input type="text"/> MOIS..... <input type="text"/> ANNEE..... <input type="text"/>	JOUR..... <input type="text"/> MOIS..... <input type="text"/> ANNEE..... <input type="text"/>
905 CICATRICE DU BCG SUR L'AVANT-BRAS GAUCHE		CICAT. VUE.....1 PAS DE CICAT...2	CICAT. VUE.....1 PAS DE CICAT...2	CICAT. VUE.....1 PAS DE CICAT...2
906 TAILLE (en centimètres)	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
907 LES ENFANTS ONT-ILS ETE MESURES COUCHES OU DEBOUT?		COUCHE.....1 DEBOUT.....2	COUCHE.....1 DEBOUT.....2	COUCHE.....1 DEBOUT.....2
908 POIDS (en kilogrammes)	<input type="text"/>	0 <input type="text"/>	0 <input type="text"/>	0 <input type="text"/>
909 CIRCONFERENCE DU BRAS (en centimètres)	<input type="text"/>			
910 DATE DE PESEE ET DE MESURE	JOUR..... <input type="text"/> MOIS..... <input type="text"/> ANNEE..... <input type="text"/>	JOUR..... <input type="text"/> MOIS..... <input type="text"/> ANNEE..... <input type="text"/>	JOUR..... <input type="text"/> MOIS..... <input type="text"/> ANNEE..... <input type="text"/>	JOUR..... <input type="text"/> MOIS..... <input type="text"/> ANNEE..... <input type="text"/>
911 RESULTAT	MESURE.....1 ABSENTE.....3 REFUSE.....4 AUTRE.....6 (PRECISER)	ENFANT MESURE..1 ENFANT MALADE..2 ENFANT ABSENT..3 ENFANT REFUSE..4 MERE REFUSE...5 AUTRE.....6 (PRECISER)	MESURE.....1 ENFANT MALADE..2 ENFANT ABSENT..3 ENFANT REFUSE..4 MERE REFUSE...5 AUTRE.....6 (PRECISER)	MESURE.....1 ENFANT MALADE..2 ENFANT ABSENT..3 ENFANT REFUSE..4 MERE REFUSE...5 AUTRE.....6 (PRECISER)
912 NOM DE L'OPERATEUR:	<input type="text"/>	NOM DE L'ASSISTANT*:		<input type="text"/>

* Codes: Mère: 90; Autres membres du ménage: 91; Autres personnes: 92.

OBSERVATIONS DE L'ENQUETRICICE
(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 DE LA CONTROLEUSE

Nom de la contrôlease: _____ Date: _____

RETOURNEZ A LA PREMIERE PAGE DU QUESTIONNAIRE POUR COMPLETER LE CODE RESULTAT

