



SECTION 1. CARACTERISTIQUES SOCIO-DEMOGRAPHIQUES DES ENQUETES

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 Niamey, ou dans une autre capitale à Agadez, Maradi, Tahoua, Zinder ou dans une autre grande ville de l'étranger, dans une ville ou à la campagne?	NIAMEY/AUTRE CAPITAL.....1 AGADEZ/MARADI/TANOUA/ZINDER AUTRE GRANDE VILLE ETRANGER...2 VILLE.....3 CAMPAGNE.....4	
103	Depuis combien de temps habitez-vous de façon continue à (MON 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 Niamey, ou dans une autre capitale à Agadez, Maradi, Tahoua, Zinder ou dans une autre grande ville de l'étranger, dans une ville ou à la campagne?	NIAMEY/AUTRE CAPITAL.....1 AGADEZ/MARADI/TANOUA/ZINDER 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"/> <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 <sup>er</sup> cycle, secondaire 2 <sup>o</sup> cycle, ou supérieur?*	PRIMAIRE.....1 SECONDAIRE 1 <sup>o</sup> CYCLE.....2 SECONDAIRE 2 <sup>o</sup> 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?	NIGERIENNE.....01 TOGOLAISE.....02 BENINOISE.....03 MALIENNE.....04 BURKINABE.....05 AUTRE AFRICAINE.....06 AUTRE.....07 (PRECISER)	→ 118

\* Codes pour Q.108 et 109

NIVEAU	1= PRIMAIRE	2= SEC. 1 <sup>o</sup> CYC.	3= SEC. 2 <sup>o</sup> CYCLE	4= SUPERIEUR	8= NSP
	0 = MOINS D'UNE ANNEE ACHEVEE				
CLASSES	1= CI 2= CP 3= CE1 4= CE2 5= CM1 6= CM2	1= 6 <sup>ème</sup> 2= 5 <sup>ème</sup> 3= 4 <sup>ème</sup> 4= 3 <sup>ème</sup> 8= NSP	1= 2 <sup>ème</sup> 2= 1 <sup>ère</sup> 3= Term. 8= NSP -----	1= 1 <sup>ère</sup> année 2= 2 <sup>ème</sup> année 3= 3 <sup>ème</sup> année 4= 4 <sup>ème</sup> an. et+ 8= NSP	

N°	QUESTIONS ET FILTRES	CODES	PASSER A
117	Quelle est votre ethnie?	ARABE.....01 DJERMA.....02 GOURMANTHE.....03 HAOUSSA.....04 KANOURI.....05 MOSSI.....06 PEULH.....07 TOUAREG BELLA.....08 TOUBOU.....09 AUTRE.....10 (PRECISER)	
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 Niamey, ou dans une autre capitale, à Agadez, Maradi, Tahoua, Zinder ou dans une autre grande ville de l'étranger, dans une ville ou à la campagne?	NIAMEY.....1 AUTRE CAPITALE.....2 AGADEZ/MARADI/TAHOUA/ZINDER AUTRE GRANDE VILLE ETRANGER...3 VILLE.....4 CAMPAGNE.....5	121
120	Dans quel département est-ce situé?	AGADEZ.....01 DIFFA.....02 DOSSO.....03 MARADI.....04 TILLABERI.....05 TAHOUA.....06 ZINDER.....07 ETRANGER.....08	
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 PUIITS PUIITS DANS LE LOGEMENT/COUR/PARCELLE.....21 PUIITS PUBLIC/FORAGE.....22 EAU DE SURFACE SOURCE.....31 RIVIERE/RUISSEAU.....32 MARE/LAC.....33 BARRAGE.....34 EAU DE PLUIE.....41 VENDEUR D'EAU.....51 EAU EN BOUTEILLE.....61 AUTRE.....71 (PRECISER)	123 123 123 123 123
122	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	
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 PUIITS PUIITS DANS LE LOGEMENT/COUR/PARCELLE.....21 PUIITS PUBLIC/FORAGE.....22 EAU DE SURFACE SOURCE.....31 RIVIERE/RUISSEAU.....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 FOSSE/LATRINES FOSSE SOMMAIRE.....21 FOSSE AMELIOREE ET VENTILEE OU LATRINES.....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"/>
128	Pouvez-vous décrire le plancher de votre logement?	PLANCHER NATUREL TERRE/SABLE.....11 PLANCHER FINI PARQUET OU BOIS CIRE.....31 BANDE DE VINYLE.....32 CARRELAGE.....33 CIMENT.....34 MOQUETTE.....35 AUTRE.....41 (PRECISER)	
129	Pouvez-vous décrire le toit de votre logement?	BETON.....01 TOLE.....02 BANCO.....03 PAILLE.....04 TENTE.....05 AUTRE.....06 (PRECISER)	
130	Y-a-t-il quelqu'un de votre ménage qui possède:  Une bicyclette? Une mobylette ou motocyclette? Une voiture? Une charrette?		OUI NON BICYCLETTE.....1 2 MOBYLETTE/MOTOCYCLETTE.....1 2 VOITURE.....1 2 CHARRETTE.....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 décédés? 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						
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 SEPARÉES)

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 _____ (NOM)	SIMP...1 MULT...2	GARC...1 FILL...2	MOIS... ANNEE... <input type="text"/> <input type="text"/> <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 NAISSANCE SUIVANTE)	JOURS...1 MOIS...2 ANNEES...3 <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>
02 _____ (NOM)	SIMP...1 MULT...2	GARC...1 FILL...2	MOIS... ANNEE... <input type="text"/> <input type="text"/> <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 NAISSANCE SUIVANTE)	JOURS...1 MOIS...2 ANNEES...3 <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>
03 _____ (NOM)	SIMP...1 MULT...2	GARC...1 FILL...2	MOIS... ANNEE... <input type="text"/> <input type="text"/> <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 NAISSANCE SUIVANTE)	JOURS...1 MOIS...2 ANNEES...3 <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>
04 _____ (NOM)	SIMP...1 MULT...2	GARC...1 FILL...2	MOIS... ANNEE... <input type="text"/> <input type="text"/> <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 NAISSANCE SUIVANTE)	JOURS...1 MOIS...2 ANNEES...3 <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>
05 _____ (NOM)	SIMP...1 MULT...2	GARC...1 FILL...2	MOIS... ANNEE... <input type="text"/> <input type="text"/> <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 NAISSANCE SUIVANTE)	JOURS...1 MOIS...2 ANNEES...3 <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>
06 _____ (NOM)	SIMP...1 MULT...2	GARC...1 FILL...2	MOIS... ANNEE... <input type="text"/> <input type="text"/> <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 NAISSANCE SUIVANTE)	JOURS...1 MOIS...2 ANNEES...3 <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>
07 _____ (NOM)	SIMP...1 MULT...2	GARC...1 FILL...2	MOIS... ANNEE... <input type="text"/> <input type="text"/> <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 NAISSANCE SUIVANTE)	JOURS...1 MOIS...2 ANNEES...3 <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>
08 _____ (NOM)	SIMP...1 MULT...2	GARC...1 FILL...2	MOIS... ANNEE... <input type="text"/> <input type="text"/> <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 NAISSANCE SUIVANTE)	JOURS...1 MOIS...2 ANNEES...3 <input type="text"/> <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?	SI VIVANT: Quel âge avait (NOM) à son dernier anniversaire?  INSCRIRE L'AGE EN ANNEES REVOLUES	SI VIVANT: (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 _____ (NOM)	SIMP...1 MULT...2	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 _____ (NOM)	SIMP...1 MULT...2	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 _____ (NOM)	SIMP...1 MULT...2	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 _____ (NOM)	SIMP...1 MULT...2	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 _____ (NOM)	SIMP...1 MULT...2	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 _____ (NOM)	SIMP...1 MULT...2	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
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"/>	
225	Au moment où vous êtes tombée enceinte, vouliez-vous tomber enceinte <u>à ce moment-là</u> , vouliez-vous attendre <u>plus tard</u> , ou vouliez-vous <u>ne pas</u> tomber enceinte?	A CE MOMENT-LA.....1 PLUS TARD.....2 NE VOULAIT PAS.....3 DIEU L'A VOULU.....4 NSP.....5	
226	Il y a combien de temps que vos dernières règles ont commencé?	JOURS.....1 <input type="text"/> SEMAINES.....2 <input type="text"/> MOIS.....3 <input type="text"/> ANNEES.....4 <input type="text"/> EN MENOPAUSE.....994 AVANT LA DERNIERE NAISSANCE...995 JAMAIS EU DE REGLES.....996	
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 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 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?

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 ENERCLE 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 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	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 GRIS-GRIS Les femmes peuvent utiliser des anulettes pour ne pas tomber enceinte.	OUI/SPONTANE.....1 OUI/DESCRIPTION.....2 NON.....3	OUI.....1 NON.....2	
11 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 jamais 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	→ 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.....02 INJECTIONS.....03 DIAPHRAGME/MOUSSE/GELEE.....04 CONDOM.....05 STERILISATION FEMININE.....06 STERILISATION MASCULINE.....07 CONTINENCE PERIODIQUE.....08 RETRAIT.....09 GRIS-GRIS.....10 AUTRE.....11 (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?	STEDIRIL.....01 MINIDRIL.....02 MILLI ANOVLAR.....03 EUGYNON.....04 ADEPAL.....05 MINIPHASE.....06 LO-FEMENAL.....07 EUGYNON.....08 AUTRE.....09 (PRECISER) BOITE NON MONTREE.....10
316	Connaissez-vous le nom de la marque des pilules que vous utilisez en ce moment?	STEDIRIL.....01 MINIDRIL.....02 MILLI ANOVLAR.....03 EUGYNON.....04 ADEPAL.....05 MINIPHASE.....06 LO-FEMENAL.....07 EUGYNON.....08 AUTRE.....09 (PRECISER) NSP.....98
317	Combien vous coûte une boîte de pilules? (NOTER LE PRIX)	PRIX..... <input type="text"/> GRATUIT.....9996
317A	Pour combien de cycle utilisez-vous cette boîte de pilules? (NOTER LE NOMBRE DE CYCLES)	NSP.....9998 NOMBRE DE CYCLES..... <input type="text"/>

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>↓</p> <p>OÙ a eu lieu la stérilisation?</p> <p>↓</p> <p>OÙ avez-vous obtenu (METHODE) la dernière fois?</p> <p>_____</p> <p>(NOM DE L'ENDROIT)</p>	<p>SECTEUR PUBLIC</p> <p>HOPITAL .....11</p> <p>CENTRE MEDICAL .....12</p> <p>CENTRE DE SANTE FAMILIALE .....13</p> <p>PMI .....14</p> <p>DISPENSARE .....15</p> <p>MATERNITE .....16</p> <p>PHARMACIE POPULAIRE .....17</p> <p>SECTEUR MEDICAL PRIVE</p> <p>CABINET DE MEDECIN PRIVE .....21</p> <p>CLINIQUE/HOPITAL .....22</p> <p>PHARMACIE .....23</p> <p>AUTRE SECTEUR PRIVE</p> <p>PARENTE .....31</p> <p>VOISINE .....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> <table border="1" style="display: inline-table; vertical-align: middle;"> <tr><td> </td><td> </td><td> </td></tr> <tr><td> </td><td> </td><td> </td></tr> </table> <p>HEURES .....2</p> <table border="1" style="display: inline-table; vertical-align: middle;"> <tr><td>0</td><td> </td><td> </td></tr> <tr><td> </td><td> </td><td> </td></tr> </table> <p>NSP .....9998</p>							0						
0															
320	Est-ce facile ou difficile de se rendre là-bas?	<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> <p>↓</p>		→323												
322	En quel mois et quelle année la stérilisation a-t-elle eu lieu?	<p>MOIS .....1</p> <table border="1" style="display: inline-table; vertical-align: middle;"> <tr><td> </td><td> </td></tr> <tr><td> </td><td> </td></tr> </table> <p>ANNEE .....2</p> <table border="1" style="display: inline-table; vertical-align: middle;"> <tr><td> </td><td> </td><td> </td></tr> <tr><td> </td><td> </td><td> </td></tr> </table>											→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 .....1</p> <table border="1" style="display: inline-table; vertical-align: middle;"> <tr><td> </td><td> </td></tr> <tr><td> </td><td> </td></tr> </table> <p>8 ANS OU PLUS .....96</p>													
324	Avez-vous eu des problèmes avec la méthode que vous utilisez actuellement?	<p>OUI .....1</p> <p>NON .....2</p>	→331												
325	A qui avez-vous demandé conseils pour ces problèmes?	<p>PERSONNEL DE SANTE .....1</p> <p>CONNAISSANCE/PARENTE .....2</p> <p>CONJOINT .....3</p> <p>PERSONNE .....4</p>	→331												
326	Avez-vous l'intention d'utiliser, dans l'avenir, une méthode pour retarder une grossesse ou pour éviter de tomber enceinte?	<p>OUI .....1</p> <p>NON .....2</p> <p>NSP .....8</p>	→328 →332												
327	Quelle est la principale raison pour laquelle vous n'avez pas l'intention d'utiliser une méthode?	<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	Avez-vous l'intention d'utiliser une méthode dans les 12 prochains mois?	<p>OUI .....1</p> <p>NON .....2</p> <p>NSP .....8</p>													
329	Quand vous utiliserez une méthode, quelle méthode préféreriez-vous utiliser?	<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>GRIS-GRIS .....10</p> <p>AUTRE .....11</p> <p>(PRECISER)</p> <p>PAS SURE .....98</p>	→332												



SECTION 4A. GROSSESSE ET ALLAITEMENT

401	VERIFIER 222 : UNE OU PLUSIEURS NAISSANCES DEPUIS JANV. 1967	<input type="checkbox"/>	AUCUNE NAISSANCE DEPUIS JANVIER 1967	<input type="checkbox"/>	(PASSER A 491)
402	INSCRIRE LE NOM, LE N° DE LIGNE ET L'ETAT DE SURVIE DE CHAQUE NAISSANCE DEPUIS JANVIER 1967 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 NOM <input type="text"/>	AVANT-DERNIERE NAISS. NOM <input type="text"/>	AV. AVANT-DERNIERE NAISS. 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"/>	
403	Au moment où vous êtes tombée enceinte de (NOM), vouliez-vous tomber enceinte <u>à ce moment-là</u> , vouliez-vous attendre <u>plus tard</u> ou vouliez-vous <u>ne plus</u> avoir d'enfant?	A CE MOMENT-LA.....1 (PASSER A 405)← PLUS TARD.....2 NE VOULAIT PLUS.....3 (PASSER A 405)←	A CE MOMENT-LA.....1 (PASSER A 405)← PLUS TARD.....2 NE VOULAIT PLUS.....3 (PASSER A 405)←	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 <input type="text"/> ANNEES.....2 <input type="text"/> NSP.....998	MOIS.....1 <input type="text"/> ANNEES.....2 <input type="text"/> NSP.....998	MOIS.....1 <input type="text"/> ANNEES.....2 <input type="text"/> 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 AUTRE PERSONNE ACCOUCHEUSE (TRADI- TIONNELLE) FORMEE/ MATRONE.....C ACCOUCHEUSE TRADI- TIONNELLE.....D AUTRE.....E (PRECISER) PERSONNE.....F (PASSER A 409)←	PROFESSIONNEL DE SANTE MEDECIN.....A INFIRMIERE/SAGE-FEMME..B AUTRE PERSONNE ACCOUCHEUSE (TRADI- TIONNELLE) FORMEE/ MATRONE.....C ACCOUCHEUSE TRADI- TIONNELLE.....D AUTRE.....E (PRECISER) PERSONNE.....F (PASSER A 409)←	PROFESSIONNEL DE SANTE MEDECIN.....A INFIRMIERE/SAGE-FEMME..B AUTRE PERSONNE ACCOUCHEUSE (TRADI- TIONNELLE) FORMEE/ MATRONE.....C ACCOUCHEUSE TRADI- TIONNELLE.....D AUTRE.....E (PRECISER) PERSONNE.....F (PASSER A 409)←	
406	Vous a-t-on donné un carnet 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..... <input type="text"/> NSP.....98	MOIS..... <input type="text"/> NSP.....98	MOIS..... <input type="text"/> NSP.....98	
408	Combien de visites prénatales avez-vous fait pendant cette grossesse?	NBRE. DE VISITES... <input type="text"/> NSP.....98	NBRE. DE VISITES... <input type="text"/> NSP.....98	NBRE. DE VISITES... <input type="text"/> 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..... <input type="text"/> NSP.....8	NOMBRE..... <input type="text"/> NSP.....8	NOMBRE..... <input type="text"/> NSP.....8	
411	Où avez-vous accouché de (NOM)?	MAISON PROPRE MAISON.....11 AUTRE MAISON.....12 SECTEUR PUBLIC HOPITAL.....21 MATERNITE.....22 DISPENSARE.....23 SECTEUR PRIVE HOP. PRI./CLINIQUE....31 AUTRE.....41 (PRECISER)	MAISON PROPRE MAISON.....11 AUTRE MAISON.....12 SECTEUR PUBLIC HOPITAL.....21 MATERNITE.....22 DISPENSARE.....23 SECTEUR PRIVE HOP. PRI./CLINIQUE....31 AUTRE.....41 (PRECISER)	MAISON PROPRE MAISON.....11 AUTRE MAISON.....12 SECTEUR PUBLIC HOPITAL.....21 MATERNITE.....22 DISPENSARE.....23 SECTEUR PRIVE HOP. PRI./CLINIQUE....31 AUTRE.....41 (PRECISER)	

	DERNIERE MAISSANCE NOM _____	AVANT-DERNIERE MAISS. NOM _____	AV. AVANT-DERNIERE MAISS. 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 AUTRE PERSONNE ACCOUCHEUSE (TRADITIONNELLE) FORMEE/ MATRONE.....C ACCOUCHEUSE TRADITIONNELLE.....D PARENT.....E AUTRE _____ F (PRECISER) PERSONNE.....G	PROFESSIONNEL DE SANTE MEDECIN.....A INFIRMIERE/SAGE-FEMME..B AUTRE PERSONNE ACCOUCHEUSE (TRADITIONNELLE) FORMEE/ MATRONE.....C ACCOUCHEUSE TRADITIONNELLE.....D PARENT.....E AUTRE _____ F (PRECISER) PERSONNE.....G	PROFESSIONNEL DE SANTE MEDECIN.....A INFIRMIERE/SAGE-FEMME..B AUTRE PERSONNE ACCOUCHEUSE (TRADITIONNELLE) FORMEE/ MATRONE.....C ACCOUCHEUSE TRADITIONNELLE.....D PARENT.....E AUTRE _____ F (PRECISER) PERSONNE.....G
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 <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 NOM _____	AVANT-DERNIERE NAISS. NOM _____	AV. AVANT-DERNIERE NAISS. NOM _____																																				
424	Avez-vous allaité (NOM)?  OUI.....1 (PASSER A 426)←.....1 NON.....2	OUI.....1 (PASSER A 433)←.....1 NON.....2	OUI.....1 (PASSER A 433)←.....1 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 <input type="text"/> <input type="text"/> JOURS.....2 <input type="text"/> <input type="text"/>																																					
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"/> <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"/> <input type="text"/>																																					
431	A n'importe quel moment hier ou la nuit dernière avez-vous donné à (NOM) un des aliments ou boissons suivants:	<table> <thead> <tr> <th></th> <th>OUI</th> <th>NON</th> </tr> </thead> <tbody> <tr><td>Eau?</td><td>.....1</td><td>.....2</td></tr> <tr><td>Eau sucrée?</td><td>.....1</td><td>.....2</td></tr> <tr><td>Jus?</td><td>.....1</td><td>.....2</td></tr> <tr><td>Infusion?</td><td>.....1</td><td>.....2</td></tr> <tr><td>Lait en boîte pour bébé?</td><td>.....1</td><td>.....2</td></tr> <tr><td>Autre lait en boîte ou en poudre?</td><td>.....1</td><td>.....2</td></tr> <tr><td>Lait frais (d'animaux)</td><td>.....1</td><td>.....2</td></tr> <tr><td>Autres liquides</td><td>.....1</td><td>.....2</td></tr> <tr><td>Bouillie?</td><td>.....1</td><td>.....2</td></tr> <tr><td>Autre aliment spécialement préparé pour l'enfant?</td><td>.....1</td><td>.....2</td></tr> <tr><td>Plat familial?</td><td>.....1</td><td>.....2</td></tr> </tbody> </table>		OUI	NON	Eau?	.....1	.....2	Eau sucrée?	.....1	.....2	Jus?	.....1	.....2	Infusion?	.....1	.....2	Lait en boîte pour bébé?	.....1	.....2	Autre lait en boîte ou en poudre?	.....1	.....2	Lait frais (d'animaux)	.....1	.....2	Autres liquides	.....1	.....2	Bouillie?	.....1	.....2	Autre aliment spécialement préparé pour l'enfant?	.....1	.....2	Plat familial?	.....1	.....2	
	OUI	NON																																					
Eau?	.....1	.....2																																					
Eau sucrée?	.....1	.....2																																					
Jus?	.....1	.....2																																					
Infusion?	.....1	.....2																																					
Lait en boîte pour bébé?	.....1	.....2																																					
Autre lait en boîte ou en poudre?	.....1	.....2																																					
Lait frais (d'animaux)	.....1	.....2																																					
Autres liquides	.....1	.....2																																					
Bouillie?	.....1	.....2																																					
Autre aliment spécialement préparé pour l'enfant?	.....1	.....2																																					
Plat familial?	.....1	.....2																																					
432	VOIR 431 : MOURRITURE 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.....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?  Eau?  Infusion?  Autres liquides?  Bouillie ou aliment solide?  SI MOINS DE 1 MOIS, 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  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 48. 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 <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 un carnet ou une carte 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, 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

443 Avez-vous jamais eu de carnet ou de 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 DU CARNET/CARTE.  (2)INSCRIRE '44' DANS LA COLONNE 'JOUR', SI LE CARNET/CARTE INDIQUE QU'UNE VACCINATION A ETE FAITE, MAIS LA DATE N'A PAS ETE REPORTEE.		JOUR MOIS ANNEE	JOUR MOIS ANNEE	JOUR MOIS ANNEE
	BCG	BCG	BCG	BCG
POLIO 0	P0		P0	
POLIO 1	P1		P1	
POLIO 2	P2		P2	
POLIO 3	P3		P3	
DTCQq 1	D1		D1	
DTCQq 2	D2		D2	
DTCQq 3	D3		D3	
INOVAx 1	IM1		IM1	
INOVAx 2	IM2		IM2	
ROUGEOLE	ROU		ROU	
FIEVRE JAUNE	F.J		F.J	

445 (NOM) a-t-il reçu des vaccinations qui ne sont pas inscrites sur ce carnet/carte?  ENREGISTRER 'OUI' SEULEMENT SI L'ENQUETEE MENTIONNE LE(S) VACCIN(S) DU BCG, POLIO 0-3, DTCQq 1-3, INOVAx 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 la polio, c'est à dire des gouttes dans la bouche?</p> <p>SI OUI: Combien de fois?</p> <p>Une injection contre la rougeole?</p> <p>Une injection au piolet?</p> <p>SI OUI: Combien de fois?</p>			
	OUI.....1 NON.....2 NSP.....8	OUI.....1 NON.....2 NSP.....8	OUI.....1 NON.....2 NSP.....8	
	OUI.....1 NON.....2 NSP.....8	OUI.....1 NON.....2 NSP.....8	OUI.....1 NON.....2 NSP.....8	
	NOMBRE DE FOIS..... <input type="text"/>	NOMBRE DE FOIS..... <input type="text"/>	NOMBRE DE FOIS..... <input type="text"/>	
	OUI.....1 NON.....2 NSP.....8	OUI.....1 NON.....2 NSP.....8	OUI.....1 NON.....2 NSP.....8	
	OUI.....1 NON.....2 NSP.....8	OUI.....1 NON.....2 NSP.....8	OUI.....1 NON.....2 NSP.....8	
	NOMBRE DE FOIS..... <input type="text"/>	NOMBRE DE FOIS..... <input type="text"/>	NOMBRE DE FOIS..... <input type="text"/>	
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; OU, 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 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 NSP.....8 (PASSER A 455) < <input type="text"/>	OUI.....1 NON.....2 NSP.....8 (PASSER A 455) < <input type="text"/>	OUI.....1 NON.....2 NSP.....8 (PASSER A 455) < <input type="text"/>
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)?	JOURS..... <input type="text"/>	JOURS..... <input type="text"/>	JOURS..... <input type="text"/>
	SI MOINS DE 1 JOUR, INSCRIRE '00'.			
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?	"OUI" DANS 450 OU 451 <input type="checkbox"/>	"OUI" DANS 450 OU 451 <input type="checkbox"/>	"OUI" DANS 450 OU 451 <input type="checkbox"/>
	<input type="checkbox"/> AUTRE (PASSER A 460)	<input type="checkbox"/> AUTRE (PASSER A 460)	<input type="checkbox"/> AUTRE (PASSER A 460)	
456	Est-ce que quelque chose a été donné pour traiter la fièvre/toux?	OUI.....1 NON.....2 NSP.....8 (PASSER A 458) < <input type="text"/>	OUI.....1 NON.....2 NSP.....8 (PASSER A 458) < <input type="text"/>	OUI.....1 NON.....2 NSP.....8 (PASSER A 458) < <input type="text"/>
457	Qu'est-ce qui a été donné pour traiter la fièvre/toux?	INJECTION.....A ANTIBIOTIQUE (COMPRIME OU SIROP).....B ANTI-PALUDEEN (COMPRIME OU SIROP).....C SIROP CONTRE LA TOUX.....D AUTRE COMPRIME OU SIROP...E COMPRIME/SIROP INCONNU...F REMEDE-MAISON/PLANTES MEDICINALES.....G AUTRE (PRECISER).....H	INJECTION.....A ANTIBIOTIQUE (COMPRIME OU SIROP).....B ANTI-PALUDEEN (COMPRIME OU SIROP).....C SIROP CONTRE LA TOUX.....D AUTRE COMPRIME OU SIROP...E COMPRIME/SIROP INCONNU...F REMEDE-MAISON/PLANTES MEDICINALES.....G AUTRE (PRECISER).....H	INJECTION.....A ANTIBIOTIQUE (COMPRIME OU SIROP).....B ANTI-PALUDEEN (COMPRIME OU SIROP).....C SIROP CONTRE LA TOUX.....D AUTRE COMPRIME OU SIROP...E COMPRIME/SIROP INCONNU...F REMEDE-MAISON/PLANTES MEDICINALES.....G AUTRE (PRECISER).....H
458	Avez-vous demandé des conseils ou un traitement pour la fièvre/toux?	OUI.....1 NON.....2 (PASSER A 460) < <input type="text"/>	OUI.....1 NON.....2 (PASSER A 460) < <input type="text"/>	OUI.....1 NON.....2 (PASSER A 460) < <input type="text"/>

		DERNIERE NAISSANCE	AVANT-DERNIERE NAISS.	AV. AVANT-DERNIERE NAISS.
		NOM	NOM	NOM
459	Où avez-vous demandé des conseils ou un traitement?  A quelqu'un d'autre?  INSCRIRE TOUT CE QUI EST CITE	SECTEUR PUBLIC HOPITAL.....A CENTRE MEDICAL.....B PHI.....C DISPENSARE.....D MATERNITE.....E PHARMACIE POPULAIRE...F EQUIPE MOBILE.....G SECOURISTE.....H SECTEUR MEDICAL PRIVE CLINIQUE/HOPITAL.....I PHARMACIE.....J CABINET MED. PRIVE...K DISPENSARE PRIVE.....L AUTRE SECTEUR PRIVE DEPOT PHARMACEUTIQUE..M BOUTIQUE/MARCHE.....N GUERISSEUR TRADITIONNEL.....O VOISINE/PARENTE.....P AUTRE.....Q (PRECISER)	SECTEUR PUBLIC HOPITAL.....A CENTRE MEDICAL.....B PHI.....C DISPENSARE.....D MATERNITE.....E PHARMACIE POPULAIRE...F EQUIPE MOBILE.....G SECOURISTE.....H SECTEUR MEDICAL PRIVE CLINIQUE/HOPITAL.....I PHARMACIE.....J CABINET MED. PRIVE...K DISPENSARE PRIVE.....L AUTRE SECTEUR PRIVE DEPOT PHARMACEUTIQUE..M BOUTIQUE/MARCHE.....N GUERISSEUR TRADITIONNEL.....O VOISINE/PARENTE.....P AUTRE.....Q (PRECISER)	SECTEUR PUBLIC HOPITAL.....A CENTRE MEDICAL.....B PHI.....C DISPENSARE.....D MATERNITE.....E PHARMACIE POPULAIRE...F EQUIPE MOBILE.....G SECOURISTE.....H SECTEUR MEDICAL PRIVE CLINIQUE/HOPITAL.....I PHARMACIE.....J CABINET MED. PRIVE...K DISPENSARE PRIVE.....L AUTRE SECTEUR PRIVE DEPOT PHARMACEUTIQUE..M BOUTIQUE/MARCHE.....N GUERISSEUR TRADITIONNEL.....O VOISINE/PARENTE.....P AUTRE.....Q (PRECISER)
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 462 POUR LA NAISSANCE SUIVANTE; OU, S'IL N'Y A PLUS DE NAISSANCE, PASSER A 482			
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"/> <input type="text"/>	JOURS..... <input type="text"/> <input type="text"/>	JOURS..... <input type="text"/> <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	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 (PASSER A 472)<----- NSP.....8	OUI.....1 NON.....2 (PASSER A 472)<----- NSP.....8	OUI.....1 NON.....2 (PASSER A 472)<----- NSP.....8
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 LIQUIDE RECOMMANDE ET FAIT A LA MAISON....B COMPRIME OU SIROP ANTIBIOTIQUE.....C AUTRE COMPRIME OU SIROP..D INJECTION.....E (I.V.) INTRAVEINEUSE...F REMEDE MAISON/ PLANTES MEDICINALES....G GUITTI/BAOURI.....H AUTRE.....I (PRECISER)	LIQUIDE DES SACHETS SRO..A LIQUIDE RECOMMANDE ET FAIT A LA MAISON....B COMPRIME OU SIROP ANTIBIOTIQUE.....C AUTRE COMPRIME OU SIROP..D INJECTION.....E (I.V.) INTRAVEINEUSE...F REMEDE MAISON/ PLANTES MEDICINALES....G GUITTI/BAOURI.....H AUTRE.....I (PRECISER)	LIQUIDE DES SACHETS SRO..A LIQUIDE RECOMMANDE ET FAIT A LA MAISON....B COMPRIME OU SIROP ANTIBIOTIQUE.....C AUTRE COMPRIME OU SIROP..D INJECTION.....E (I.V.) INTRAVEINEUSE...F REMEDE MAISON/ PLANTES MEDICINALES....G GUITTI/BAOURI.....H AUTRE.....I (PRECISER)

		DERNIERE NAISSANCE NOM _____	AVANT-DERNIERE NAISS. NOM _____	AV. AVANT-DERNIERE NAISS. NOM _____
472	Avez-vous demandé des conseils ou un traitement 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 ou un traitement?  A quelqu'un d'autre?  INSCRIRE TOUT CE QUI EST CITE	SECTEUR PUBLIC HOPITAL.....A CENTRE MEDICAL.....B PMI.....C DISPENSARE.....D MATERNITE.....E PHARMACIE POPULAIRE...F EQUIPE MOBILE.....G SECOURISTE.....H SECTEUR MEDICAL PRIVE CLINIQUE/HOPITAL.....I PHARMACIE.....J CABINET MED. PRIVE...K DISPENSARE PRIVE.....L AUTRE SECTEUR PRIVE DEPOT PHARMACEUTIQUE..M BOUTIQUE/MARCHE.....N GUERISSEUR TRADITIONNEL.....O VOISINE/PARENTE.....P AUTRE.....Q (PRECISER)	SECTEUR PUBLIC HOPITAL.....A CENTRE MEDICAL.....B PMI.....C DISPENSARE.....D MATERNITE.....E PHARMACIE POPULAIRE...F EQUIPE MOBILE.....G SECOURISTE.....H SECTEUR MEDICAL PRIVE CLINIQUE/HOPITAL.....I PHARMACIE.....J CABINET MED. PRIVE...K DISPENSARE PRIVE.....L AUTRE SECTEUR PRIVE DEPOT PHARMACEUTIQUE..M BOUTIQUE/MARCHE.....N GUERISSEUR TRADITIONNEL.....O VOISINE/PARENTE.....P AUTRE.....Q (PRECISER)	SECTEUR PUBLIC HOPITAL.....A CENTRE MEDICAL.....B PMI.....C DISPENSARE.....D MATERNITE.....E PHARMACIE POPULAIRE...F EQUIPE MOBILE.....G SECOURISTE.....H SECTEUR MEDICAL PRIVE CLINIQUE/HOPITAL.....I PHARMACIE.....J CABINET MED. PRIVE...K DISPENSARE PRIVE.....L AUTRE SECTEUR PRIVE DEPOT PHARMACEUTIQUE..M BOUTIQUE/MARCHE.....N GUERISSEUR TRADITIONNEL.....O VOISINE/PARENTE.....P AUTRE.....Q (PRECISER)
474	VOIR 471:  LIQUIDE D'UN SACHET SRO CITE	NON, LIQUIDE SRO PAS CITE <input type="checkbox"/> OUI, LIQUIDE SRO CITE <input type="checkbox"/> (PASSER A 476)	NON, LIQUIDE SRO PAS CITE <input type="checkbox"/> OUI, LIQUIDE SRO CITE <input type="checkbox"/> (PASSER A 476)	NON, LIQUIDE SRO PAS CITE <input type="checkbox"/> OUI, LIQUIDE SRO CITE <input type="checkbox"/> (PASSER A 476)
475	(NOM) 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, (NOM) a-t-il/elle reçu le liquide préparé à partir du sachet spécial?  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
477	Pendant combien de jours (NOM) a-t-il/elle reçu le liquide préparé à partir du sachet spécial?  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
478	VOIR 471:  LIQUIDE RECOMMANDE ET FAIT A LA MAISON CITE	NON, LIQUIDE MAISON PAS CITE <input type="checkbox"/> OUI, LIQUIDE MAISON CITE <input type="checkbox"/> (PASSER A 480)	NON, LIQUIDE MAISON PAS CITE <input type="checkbox"/> OUI, LIQUIDE MAISON CITE <input type="checkbox"/> (PASSER A 480)	NON, LIQUIDE MAISON PAS CITE <input type="checkbox"/> OUI, LIQUIDE MAISON CITE <input type="checkbox"/> (PASSER A 480)
479	(NOM) 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 (NOM) 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..... <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
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	SOLUTION SRO D'UN SACHET DONNEE A AUCUN ENFANT OU 471 ET 475 NON POSEE	486
483	Avez-vous déjà entendu parler d'un sachet spécial de de poudre que l'on peut obtenir pour le traitement de la diarrhée et des vomissements?	OUI.....1 NON.....2	485
484	Avez-vous déjà vu un sachet comme ceux-ci auparavant?  MONTRER LES DEUX SACHETS.	OUI.....1 NON.....2	489
485	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	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 FOIS.....1 PARTIE DU SACHET.....2	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 LITRE/ 1/2 TASSE A SAUCE...01 1 LITRE/TASSE A SAUCE.....02 1,5 LITRES/1,5 TASSES A SAUCE...03 2 LITRES/ 2 TASSES A SAUCE....04 SELON INSTRUCTIONS DU SACHET...05 AUTRE.....06 (PRECISER) NSP.....98	
488	Où pouvez-vous obtenir le sachet spécial de poudre?  INSISTER: Nulle part ailleurs?  INSCRIRE TOUS LES LIEUX CITES	SECTEUR PUBLIC HOPITAL.....A CENTRE MEDICAL.....B PMI.....C DISPENSARE.....D EQUIPE MOBILE.....E PHARMACIE POPULAIRE.....F SECOURISTE.....G SECTEUR MEDICAL PRIVE CLINIQUE/HOPITAL.....H PHARMACIE.....I CABINET MEDECIN PRIVE.....J DISPENSARE PRIVE.....K AUTRE SECTEUR PRIVE DEPOT PHARMACEUTIQUE.....L VOISINE/PARENTE.....M AUTRE.....N (PRECISER)	
489	VOIR 471 ET 479 (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 471 ET 479 NON POSEE	491
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 HOPITAL.....11 CENTRE MEDICAL.....12 PMI.....13 DISPENSARE.....14 EQUIPE MOBILE.....15 SECOURISTE/MATROME.....16 SECTEUR MEDICAL PRIVE CLINIQUE/HOPITAL.....21 PHARMACIE.....22 CABINET MEDICAL PRIVE.....23 DISPENSARE PRIVE.....24 AUTRE SECTEUR PRIVE DEPOT PHARMACEUTIQUE.....31 VOISINE/PARENTE.....32 AUTRE.....41 (PRECISER)	
491	Combien de repas avez-vous pris, hier, vous et votre famille?	NOMBRE DE REPAS.....	
492	D'où provient la nourriture que vous avez mangés hier?	PRODUCTION FAMILIALE.....A ACHETEE.....B RECUE COMME DON.....C AUTRE.....D (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 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	
510	Quel âge aviez-vous quand vous avez commencé à vivre avec lui?	AGE..... <input type="text"/> <input type="text"/> NSP AGE.....98	
511	VOIR 509 ET 510: ANNEE ET MOIS 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"/> → VERIFIER ET CORRIGER 509 ET 510.  (PASSER A 514)	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"/>	

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"/>															
515	Combien de fois par mois avez-vous <u>habituellement</u> des rapports sexuels?	NOMBRE DE FOIS.....	<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 DERNIERE NAISSANCE.....996	<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"/>															
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	<p>VOIR 312:</p> <p>NI ELLE NI LUI STERILISE <input type="checkbox"/> LUI OU ELLE STERILISE(E) <input type="checkbox"/></p>		607
602	<p>VOIR 501:</p> <p>ACTUELLEMENT MARIEE OU VIVANT EN UNION <input type="checkbox"/> NON MARIEE/ ME VIVANT PAS EN UNION <input type="checkbox"/></p>		614
603	<p>VOIR 223:</p> <p>PAS ENCEINTE OU PAS SURE <input type="checkbox"/> ENCEINTE <input type="checkbox"/></p> <p>Maintenant j'ai quelques questions au sujet de de l'avenir. Voudriez-vous avoir (un/ autre) enfant ou préféreriez-vous ne pas avoir d'(autres) enfants?</p> <p>Maintenant j'ai quelques questions au sujet de de l'avenir. Après l'enfant que vous attendez, voudriez-vous avoir un autre enfant ou préféreriez-vous ne pas avoir d'autres enfants?</p>	<p>AVOIR UN (AUTRE) ENFANT.....1</p> <p>PAS D'AUTRE/AUCUN.....2</p> <p>DIT QU'ELLE NE PEUT PAS TOMBER ENCEINTE.....3</p> <p>PAS DECIDEE OU NSP.....8</p>	610
604	<p>VOIR 223:</p> <p>PAS ENCEINTE OU PAS SURE <input type="checkbox"/> ENCEINTE <input type="checkbox"/></p> <p>Combien de temps voudriez-vous attendre à partir de maintenant avant la naissance d'(un/autre) enfant?</p> <p>Combien de temps voudriez-vous attendre après la naissance de l'enfant que vous attendez et avant la naissance d'un autre enfant?</p>	<p>MOIS.....1</p> <p>ANNEES.....2</p> <p>BIENTOT/MAINTENANT.....994</p> <p>DIT QU'ELLE NE PEUT PAS TOMBER ENCEINTE.....995</p> <p>AUTRE _____ 996 (PRECISER)</p> <p>NSP.....998</p>	610
605	<p>VOIR 216 ET 223:</p> <p>A UN/DES ENFANT(S) VIVANT(S) OU ENCEINTE? OUI <input type="checkbox"/> NON <input type="checkbox"/></p>		610
606	<p>VOIR 223:</p> <p>PAS ENCEINTE OU PAS SURE <input type="checkbox"/> ENCEINTE <input type="checkbox"/></p> <p>Quel âge voudriez-vous que votre plus jeune enfant ait atteint quand votre prochain enfant naîtra?</p> <p>Quel âge voudriez-vous que l'enfant que vous attendez ait atteint quand votre prochain enfant naîtra?</p>	<p>AGE DU PLUS JEUNE ANNEES.....</p> <p>NSP.....98</p>	610
607	<p>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)?</p>	<p>OUI.....1</p> <p>NON.....2</p>	
608	<p>Regrettez-vous que (vous/votre mari) (ayez/ait) eu l'opération pour ne (pas/plus) avoir d'enfant?</p>	<p>OUI.....1</p> <p>NON.....2</p>	614
609	<p>Pourquoi le regrettez-vous?</p>	<p>ENQUETEE VEUT UN AUTRE ENFANT...1</p> <p>CONJOINT VEUT UN AUTRE ENFANT...2</p> <p>EFFETS SECONDAIRES.....3</p> <p>AUTRE RAISON _____ 4 (PRECISER)</p>	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 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="text"/> ANNEES.....2 <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="checkbox"/> Y 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?  M'A PAS D'ENFANT VIVANT <input type="checkbox"/> Y 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"/>  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"/> ANNEES.....2 <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"/> ↓ POSER LES QUESTIONS SUR LE MARI/CONJOINT ACTUEL OU LE PLUS RECENT	JAMAIS MARIEE/JAMAIS EN UNION <input type="checkbox"/>	→ 708
702	Est-ce que votre (dernier) mari/conjoint a fréquenté 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 1° CYCLE.....2 SECONDAIRE 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
	0 = MOINS D'UNE ANNEE ACHEVEE				
CLASSES	1= CI 2= CP 3= CE1 4= CE2 5= CM1 6= CM2	1= 6ème 2= 5ème 3= 4ème 4= 3ème 8= NSP	1= 2nde 2= 1ère 3= Term. 8= NSP -----	1= 1ème année 2= 2ème année 3= 3ème année 4= 4ème an. et+ 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?	_____ _____ _____	
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 FOTS.....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. MORTALITE MATERNELLE

801 Maintenant je voudrais vous poser quelques questions à propos de vos frères et soeurs, c'est-à-dire les enfants de votre propre mère. S'il vous plaît, donnez-moi le nom de tous vos frères et soeurs qui vivent avec vous, qui vivent ailleurs ou qui sont décédés.

ENREGISTREZ LE NOM DE TOUS LES FRERES ET SOEURS.  SI AUCUN FRERE OU SOEUR  → PASSER A 819.

	(1)	(2)	(3)	(4)	(5)	(6)	(7)
802 Quel nom a été donné à votre frère ou soeur né le premier (né après NOM)?							
803 (NOM) est-il/elle de sexe masculin ou féminin?	HOMME .....1 FEMME .....2						
804 Est-ce que (NOM) est encore en vie?	OUI .....1 NON .....2 PASSER A 806 NSP .....8 PASSER A [2]	OUI .....1 NON .....2 PASSER A 806 NSP .....8 PASSER A [3]	OUI .....1 NON .....2 PASSER A 806 NSP .....8 PASSER A [4]	OUI .....1 NON .....2 PASSER A 806 NSP .....8 PASSER A [5]	OUI .....1 NON .....2 PASSER A 806 NSP .....8 PASSER A [6]	OUI .....1 NON .....2 PASSER A 806 NSP .....8 PASSER A [7]	OUI .....1 NON .....2 PASSER A 806 NSP .....8 PASSER A [8]
805 Quel âge a (NOM)?	<input type="text"/> PASSER A [2]	<input type="text"/> PASSER A [3]	<input type="text"/> PASSER A [4]	<input type="text"/> PASSER A [5]	<input type="text"/> PASSER A [6]	<input type="text"/> PASSER A [7]	<input type="text"/> PASSER A [8]
806 Combien d'années y-a-t-il que (NOM) est décédé(e)?	<input type="text"/>						
807 Quel âge avait (NOM) quand il/elle est décédé(e)?	<input type="text"/> SI 'HOMME' OU DECEDE AVANT 15 ANS PASSER A [2]	<input type="text"/> SI 'HOMME' OU DECEDE AVANT 15 ANS PASSER A [3]	<input type="text"/> SI 'HOMME' OU DECEDE AVANT 15 ANS PASSER A [4]	<input type="text"/> SI 'HOMME' OU DECEDE AVANT 15 ANS PASSER A [5]	<input type="text"/> SI 'HOMME' OU DECEDE AVANT 15 ANS PASSER A [6]	<input type="text"/> SI 'HOMME' OU DECEDE AVANT 15 ANS PASSER A [7]	<input type="text"/> SI 'HOMME' OU DECEDE AVANT 15 ANS PASSER A [8]
808 Est-ce que (NOM) était enceinte quand elle est décédée?	OUI .....1 NON .....2 PASSER A 811						
809 Est-ce que (NOM) est décédée pendant un accouchement?	OUI .....1 NON .....2 PASSER A 814						
810 Est-ce que (NOM) était décédée dans les 2 mois suivant la fin d'une grossesse ou d'un accouchement?	OUI .....1 NON .....2 PASSER A 812						
811 Est-ce que le décès de (NOM) était en rapport avec la grossesse/suite de l'accouchement?	OUI .....1 NON .....2 NSP .....8 PASSER A 814						
812	VOIR Q. 806-807 DECES ENTRE 15 ET 50 ANS ET DANS LES 20 DERNIERES ANNEES NON OUI <input type="checkbox"/> PASSER A Q. 814	VOIR Q. 806-807 DECES ENTRE 15 ET 50 ANS ET DANS LES 20 DERNIERES ANNEES NON OUI <input type="checkbox"/> PASSER A Q. 814	VOIR Q. 806-807 DECES ENTRE 15 ET 50 ANS ET DANS LES 20 DERNIERES ANNEES NON OUI <input type="checkbox"/> PASSER A Q. 814	VOIR Q. 806-807 DECES ENTRE 15 ET 50 ANS ET DANS LES 20 DERNIERES ANNEES NON OUI <input type="checkbox"/> PASSER A Q. 814	VOIR Q. 806-807 DECES ENTRE 15 ET 50 ANS ET DANS LES 20 DERNIERES ANNEES NON OUI <input type="checkbox"/> PASSER A Q. 814	VOIR Q. 806-807 DECES ENTRE 15 ET 50 ANS ET DANS LES 20 DERNIERES ANNEES NON OUI <input type="checkbox"/> PASSER A Q. 814	VOIR Q. 806-807 DECES ENTRE 15 ET 50 ANS ET DANS LES 20 DERNIERES ANNEES NON OUI <input type="checkbox"/> PASSER A Q. 814
813 De quoi (NOM) est-elle morte?	<input type="text"/>						
814 Combien de grossesses a eu (NOM) (y compris celle au cours/à la suite de laquelle elle est décédée)?	<input type="text"/> PASSER A [2]	<input type="text"/> PASSER A [3]	<input type="text"/> PASSER A [4]	<input type="text"/> PASSER A [5]	<input type="text"/> PASSER A [6]	<input type="text"/> PASSER A [7]	<input type="text"/> PASSER A [8]

	[8]	[9]	[10]	[11]	[12]	[13]	[14]
802 Quel nom a été donné à votre frère ou sœur né après (NOM)?							
803 (NOM) est-il/elle de sexe masculin ou féminin?	HOMME.....1 FEMME.....2						
804 Est-ce que (NOM) est encore en vie?	OUI.....1 NON.....2 PASSER A 806<←  NSP.....8 PASSER A [9]<←	OUI.....1 NON.....2 PASSER A 806<←  NSP.....8 PASSER A [10]<←	OUI.....1 NON.....2 PASSER A 806<←  NSP.....8 PASSER A [11]<←	OUI.....1 NON.....2 PASSER A 806<←  NSP.....8 PASSER A [12]<←	OUI.....1 NON.....2 PASSER A 806<←  NSP.....8 PASSER A [13]<←	OUI.....1 NON.....2 PASSER A 806<←  NSP.....8 PASSER A [14]<←	OUI.....1 NON.....2 PASSER A 806<←  NSP.....8 PASSER A [15]<←
805 Quel âge a (NOM)?	<input type="text"/> PASSER A [9]	<input type="text"/> PASSER A [10]	<input type="text"/> PASSER A [11]	<input type="text"/> PASSER A [12]	<input type="text"/> PASSER A [13]	<input type="text"/> PASSER A [14]	<input type="text"/> PASSER A [15]
806 Combien d'années y-a-t-il que (NOM) est décédé(e)?	<input type="text"/>						
807 Quel âge avait (NOM) quand il/elle est décédé(e)?	<input type="text"/> SI 'HOMME' OU DECEDE AVANT 15 ANS PASSER A [9]	<input type="text"/> SI 'HOMME' OU DECEDE AVANT 15 ANS PASSER A [10]	<input type="text"/> SI 'HOMME' OU DECEDE AVANT 15 ANS PASSER A [11]	<input type="text"/> SI 'HOMME' OU DECEDE AVANT 15 ANS PASSER A [12]	<input type="text"/> SI 'HOMME' OU DECEDE AVANT 15 ANS PASSER A [13]	<input type="text"/> SI 'HOMME' OU DECEDE AVANT 15 ANS PASSER A [14]	<input type="text"/> SI 'HOMME' OU DECEDE AVANT 15 ANS PASSER A [15]
808 Est-ce que (NOM) était enceinte quand elle est décédée?	OUI.....1 PASSER A 811<← NON.....2						
809 Est-ce que (NOM) est décédée pendant un accouchement?	OUI.....1 PASSER A 814<← NON.....2						
810 Est-ce que (NOM) est décédée dans les 2 mois suivant la fin d'une grossesse ou d'un accouchement?	OUI.....1 NON.....2 PASSER A 812<←						
811 Est-ce que le décès de (NOM) était en rapport avec la grossesse/suite de l'accouchement?	OUI.....1 PASSER A 814<← NON.....2 NSP.....8						
812	VOIR Q.806-807 DECES ENTRE 15 ET 50 ANS ET DANS LES 20 DERNIERES ANNEES NON OUI <input type="checkbox"/> PASSER A Q.814	VOIR Q.806-807 DECES ENTRE 15 ET 50 ANS ET DANS LES 20 DERNIERES ANNEES NON OUI <input type="checkbox"/> PASSER A Q.814	VOIR Q.806-807 DECES ENTRE 15 ET 50 ANS ET DANS LES 20 DERNIERES ANNEES NON OUI <input type="checkbox"/> PASSER A Q.814	VOIR Q.806-807 DECES ENTRE 15 ET 50 ANS ET DANS LES 20 DERNIERES ANNEES NON OUI <input type="checkbox"/> PASSER A Q.814	VOIR Q.806-807 DECES ENTRE 15 ET 50 ANS ET DANS LES 20 DERNIERES ANNEES NON OUI <input type="checkbox"/> PASSER A Q.814	VOIR Q.806-807 DECES ENTRE 15 ET 50 ANS ET DANS LES 20 DERNIERES ANNEES NON OUI <input type="checkbox"/> PASSER A Q.814	VOIR Q.806-807 DECES ENTRE 15 ET 50 ANS ET DANS LES 20 DERNIERES ANNEES NON OUI <input type="checkbox"/> PASSER A Q.814
813 De quoi (NOM) est-elle morte?	<input type="text"/>						
814 Combien de grossesses a eu (NOM) (y compris celle au cours de laquelle elle est décédée)?	<input type="text"/> PASSER A [9]	<input type="text"/> PASSER A [10]	<input type="text"/> PASSER A [11]	<input type="text"/> PASSER A [12]	<input type="text"/> PASSER A [13]	<input type="text"/> PASSER A [14]	<input type="text"/> PASSER A [15]

815	Je voudrais être sûre d'avoir bien compris. En tout votre propre mère a donné naissance à ___ enfants y compris vous?	OUI <input type="checkbox"/>	NON <input type="checkbox"/> → VERIFIER ET CORRIGER								
↓											
816	Parmi vos frères, ___ sont décédés?	OUI <input type="checkbox"/>	NON <input type="checkbox"/> → VERIFIER ET CORRIGER								
↓											
817	Parmi vos soeurs, ___ sont décédées?	OUI <input type="checkbox"/>	NON <input type="checkbox"/> → VERIFIER ET CORRIGER								
↓											
818	Y-a-t-il une ou plusieurs de vos soeurs (de votre propre mère) ayant plus de 14 ans qui vit dans ce ménage?	OUI <input type="checkbox"/>	NON <input type="checkbox"/> → (PASSER A 819)								
↓											
<p>VERIFIER AVEC L'ENQUETE QUELLES FEMMES ELIGIBLES DU QUESTIONNAIRE MENAGE SONT SES SOEURS ET ET INSCRIRE LEUR NUMERO DE LIGNE CI-DESSOUS.</p>											
<div style="display: flex; justify-content: space-around;"> <div style="border: 1px solid black; width: 30px; height: 20px; display: flex; align-items: center; justify-content: center;"> </div> <div style="border: 1px solid black; width: 30px; height: 20px; display: flex; align-items: center; justify-content: center;"> </div> <div style="border: 1px solid black; width: 30px; height: 20px; display: flex; align-items: center; justify-content: center;"> </div> <div style="border: 1px solid black; width: 30px; height: 20px; display: flex; align-items: center; justify-content: center;"> </div> <div style="border: 1px solid black; width: 30px; height: 20px; display: flex; align-items: center; justify-content: center;"> </div> <div style="border: 1px solid black; width: 30px; height: 20px; display: flex; align-items: center; justify-content: center;"> </div> </div>											
819	INSCRIRE L'HEURE.	HEURE..... <table border="1" style="display: inline-table; border-collapse: collapse; text-align: center; width: 30px; height: 20px;"><tr><td> </td><td> </td></tr><tr><td> </td><td> </td></tr></table> MINUTES..... <table border="1" style="display: inline-table; border-collapse: collapse; text-align: center; width: 30px; height: 20px;"><tr><td> </td><td> </td></tr><tr><td> </td><td> </td></tr></table>									

SECTION 9. TAILLE ET POIDS

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

ENQUETRIX: EN 902(COLONNES 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 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 DECEDES).  
 (S'IL Y A PLUS DE 3 ENFANTS VIVANTS NES DEPUIS JANVIER 1987, UTILISEZ UN QUESTIONNAIRE SUPPLEMENTAIRE).

	1 ENQUETEE	2 DERNIER ENFANT EN VIE	3 AVANT-DERNIER ENFANT EN VIE	4 AVANT-AVANT-DERNIER ENFANT EN VIE
902 N° DE LIGNE DE LA Q.212		□ □	□ □	□ □
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..... □ □ ANNEE..... □ □	JOUR..... □ □ MOIS..... □ □ ANNEE..... □ □	JOUR..... □ □ MOIS..... □ □ ANNEE..... □ □	JOUR..... □ □ MOIS..... □ □ ANNEE..... □ □
905 Est-ce que vous/(NOM) souffre(z) de dundumi?  PRECISER: Est-ce que vous/(NOM) avez (a) des difficultés pour y voir au crépuscule, la nuit ou dans une pièce mal éclairée?	OUI.....1 NON.....2 AVEUGLE.....3 NSP.....8	OUI.....1 NON.....2 AVEUGLE.....3 NSP.....8	OUI.....1 NON.....2 AVEUGLE.....3 NSP.....8	OUI.....1 NON.....2 AVEUGLE.....3 NSP.....8
906 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
907 TAILLE (en centimètres)	□ □ □ . □	□ □ □ . □	□ □ □ . □	□ □ □ . □
908 LES ENFANTS ONT-ILS ETE MESURES COUCHEES OU DEBOUT?		COUCHE.....1 DEBOUT.....2	COUCHE.....1 DEBOUT.....2	COUCHE.....1 DEBOUT.....2
909 POIDS (en kilogrammes)	□ □ □ . □	0 □ □ □ . □	0 □ □ □ . □	0 □ □ □ . □
910 CIRCONFERENCE DU BRAS (en centimètres)	□ □ □ . □			
911 DATE DE PESEE ET DE MESURE	JOUR..... □ □ MOIS..... □ □ ANNEE..... □ □	JOUR..... □ □ MOIS..... □ □ ANNEE..... □ □	JOUR..... □ □ MOIS..... □ □ ANNEE..... □ □	JOUR..... □ □ MOIS..... □ □ ANNEE..... □ □
912 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)
913 NOM DE L'OPERATEUR:	□ □	NOM DE L'ASSISTANT*:		□ □

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

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 DE LA CONTROLEUSE

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

Nom de la contrôeuse: \_\_\_\_\_ Date: \_\_\_\_\_