



ENQUÊTE FINALE

Evaluation du programme « Alive and Thrive »

Instructions : Ce questionnaire doit être administré aux **femmes de 12 à 55 ans, résidentes** (c'est-à-dire membres des ménages recensés) dans le village **depuis au moins 6 mois** ou ayant l'intention d'y rester et **mères d'un enfant de moins de 24 mois vivant avec elles**, et **sélectionnées au hasard** parmi toutes les femmes éligibles recensées dans le village.

- En cas d'absence temporaire, prenez un RDV pendant votre séjour dans le village
- En cas d'absence prolongée, ouvrez un questionnaire et renseignez l'absence en résultat de l'entretien
- En cas de refus, ouvrez un questionnaire et renseignez le refus en résultat de l'entretien

Le questionnaire a pour principal objectif d'évaluer les pratiques d'allaitement et d'alimentation du plus jeune enfant de moins de 24 mois de la femme qui vit avec elle.

Si la femme a plus d'un enfant de moins de 24 mois, alors l'entretien portera sur le plus jeune.

Si le plus jeune des enfants de la femme est un jumeaux (ou triplets), alors l'entretien portera sur le premier né.

Les documents utiles à l'entretien sont :

- La carte nationale d'identité de la femme ou son acte de naissance
- Le carnet de CPN de la grossesse qui a donné naissance à l'enfant sur le quel porte l'entretien
- L'acte de naissance de l'enfant sur le quel porte l'entretien

SECTION 1 : IDENTIFICATION DE LA FEMME			
N°	QUESTIONS	MODALITES	
	NOM ET NUMERO DE LA PROVINCE	NOM DE LA PROVINCE _____ NUMERO DE LA PROVINCE..... _ _	
100	NOM ET NUMERO DE LA COMMUNE	NOM DE LA COMMUNE _____ NUMERO DE LA COMMUNE..... _ _	
101	NOM ET NUMERO DU VILLAGE	NOM DU VILLAGE _____ NUMERO DU VILLAGE..... _	
102	NOM, PRENOM ET CODE DE L'ENQUETEUR	NOM, PRENOM DE L'ENQUETEUR _____ NUMERO DE L'ENQUETEUR..... _ _	
103	NOM, PRENOM DU CHEF DE CONCESSION ET NUMERO D'ORDRE DE LA CONCESSION	NOM, PRENOM DU CHEF DE CONCESSION _____ NUMERO DE CONCESSION..... _ _ _	
104	NOM, PRENOM DU CHEF DE MENAGE ET NUMERO D'ORDRE DU MENAGE	NOM, PRENOM DU CHEF DE MENAGE _____ NUMERO DE MENAGE..... _ _	

105	NOM, PRENOM ET NUMERO D'ORDRE DE LA FEMME	NOM, PRENOM DE LA FEMME _____ NUMERO DE LA FEMME..... _ _	
106	<u>ENQUÊTEUR</u> : ENREGISTREZ LES COORDONNEES GPS DE LA CONCESSION	LONGITUDE : _____ LATITUDE : _____	
107	<u>ENQUÊTEUR</u> : LA FEMME ETAIT-ELLE PRESENTE PENDANT VOTRE SEJOUR DANS LE VILLAGE ET CAPABLE DE VOUS REpondre ? Instruction : Si la femme est absente ou incapable de vous répondre (maladie, surdité, muette, ...), enregistrez «non» et passez à Q1105	NON..... 0 OUI..... 1	SI NON, FIN ENTRETIEN : PASSEZ A Q1105

CONSENTEMENT

Bonjour, je m'appelle « _____ ». Je travaille pour AFRICSant  qui est une ONG basée à Bobo-Dioulasso et menant des recherches sur la santé de la mère et de l'enfant.

Nous effectuons **une enquête sur la nutrition des mères et de leurs enfants**. Pour cela, nous avons sélectionné au hasard dans votre village des femmes âgées de 12 à 55 ans mères d'un enfant de moins de 24 mois qui vit avec elle.

Vous pouvez bien entendu refuser de participer. Si vous acceptez, l'entretien dure **environ 45 minutes**. Sachez que toutes **vos réponses seront confidentielles**, c'est-à-dire que votre nom ne sera pas communiqué. Aussi, votre **participation est totalement volontaire** et aucune compensation financière ne vous sera versée.

Avez-vous des questions ?

108	DONNEZ-VOUS VOTRE CONSENTEMENT POUR PARTICIPER A CETTE ENQUÊTE ?	NON..... 0 OUI..... 1	SI NON, FIN ENTRETIEN : PASSEZ A Q1105
109	<u>ENQUÊTEUR</u> : DANS QUELLE LANGUE MENEZ-VOUS L'ENTRETIEN ? Instruction : Si vous ne maîtrisez pas la langue de la femme, faites appel à un autre enquêteur de votre équipe ou à votre superviseur. Vous ne pouvez pas faire appel à un interprète.	BWAMOU..... 1 DIOULA..... 2 FRANCAIS..... 3 MOORE..... 4 AUTRE : _____ 5	

SECTION 2 : CARACTERISTIQUES DEMOGRAPHIQUES DE LA FEMME

N�	QUESTIONS	MODALITES	PASSER A
200	<u>ENQUÊTEUR</u> : LA FEMME A-T-ELLE UNE CNIB OU UN ACTE DE NAISSANCE ?	NON..... 0 OUI 1	
201	<u>ENQUÊTEUR</u> : QUELLE EST LA DATE DE NAISSANCE DE LA FEMME ?	MOIS _ _ NSP..... 9 8 ANNEE..... _ _ _ _	

202	<p>QUEL AGE AVIEZ-VOUS A VOTRE DERNIER ANNIVERSAIRE ?</p> <p>Instruction : Si la femme ne connaît pas bien son âge, estimez le avec elle selon les méthodes appropriées.</p>	<p>AGE __ __ </p> <p>NSP..... 9 8</p>	
203	<p><u>ENQUÊTEUR</u> : LA FEMME EST-ELLE AGÉE ENTRE 12 ET 55 ANS ?</p>	<p>NON..... 0</p> <p>OUI 1</p>	<p>SI NON, FIN ENTRETIEN : PASSEZ A Q1105</p>
204	<p>QUELLE EST VOTRE ETHNIE ?</p> <p>Instruction : Attention une caste (ex : griot, forgeron) n'est pas une ethnie !</p>	<p>BOBO 1</p> <p>BWABA 2</p> <p>DAFING 3</p> <p>DIOLA 4</p> <p>MARKA..... 5</p> <p>MOSSI 6</p> <p>PEULH 7</p> <p>AUTRE : _____ 8</p> <p>SAN..... 9</p> <p>KO 10</p> <p>GOUROUNSI..... 11</p> <p>NOUNOUMA..... 12</p> <p>KADO/DOGOME..... 13</p> <p>KADO/BELLA..... 14</p>	
205	<p>QUELLE EST VOTRE RELIGION ?</p>	<p>ANIMISTE 1</p> <p>CATHOLIQUE 2</p> <p>MUSULMANE 3</p> <p>PROTESTANTE 4</p> <p>AUTRE : _____ 5</p> <p>SANS RELIGION..... 6</p>	
206	<p>AVEZ-VOUS FREQUENTE L'ECOLE ?</p> <p>Instructions : Enregistrez :</p> <p>- « oui » si a fréquenté l'école franco-arabe.</p> <p>- « non » si a été alphabétisée ou a fait le foyer coranique</p>	<p>NON..... 0</p> <p>OUI 1</p>	<p>SI NON, PASSEZ A Q208</p>
207	<p>QUEL EST LE PLUS HAUT NIVEAU QUE VOUS AVEZ ATTEINT (AVEC SUCCES OU NON) ?</p>	<p>CP..... 1</p> <p>CE..... 2</p> <p>CM..... 3</p> <p>SECONDAIRE 4</p> <p>SUPERIEUR 5</p>	

		NE SAIT PAS.....	6	
208	EN DEHORS DE VOS TRAVAUX DOMESTIQUES, AVEZ-VOUS EU UNE ACTIVITE <u>AU COURS DES 7 DERNIERS JOURS</u> ?	NON..... OUI	0 1	SI OUI, PASSEZ A Q210
209	ET <u>AU COURS DES 12 DERNIERS MOIS</u> , EN DEHORS DE VOS TRAVAUX DOMESTIQUES, AVEZ-VOUS EU UNE ACTIVITE ?	NON..... OUI	0 1	SI NON, PASSEZ A Q213
210	QUELLE A ETE VOTRE <u>PRINCIPALE</u> ACTIVITE <u>PENDANT CETTE PERIODE</u> ? Instruction : référez vous aux 7 derniers jours si Q208=« oui » ou aux 12 derniers mois si Q208=« non » mais Q209=« oui »	ACCOUCHEUSE AUX (CSPS)..... ACCOUCH. VILL., TRAD..... AGRICULTEUR..... AGENT ALPHABETISATION..... AGENT SANTE COMMUNAUTAIRE..... ARTISANTE..... COIFFEUSE..... COMMERCANTE, BOUTIQUERIE..... ELEVE..... DOLOTIERE..... ELEVEUSE..... ENSEIGNANTE, INSTITUTRICE..... INFIRMIERE..... MARAICHERE, JARDINIERE..... MENAGERE PAYEE..... PETIT COMMERCE..... RESTAURATRICE..... ORPAILLAGE..... AUTRE : _____	1 2 3 4 5 6 7 8 9 10 11 12 13 14 15 16 17 18 19	
211	ETES-VOUS PAYEE EN ARGENT OU EN NATURE POUR CETTE ACTIVITE OU N'ETES VOUS PAS PAYEE DU TOUT ?	ARGENT SEULEMENT..... ARGENT ET NATURE..... NATURE SEULEMENT..... PAS PAYEE DU TOUT.....	1 2 3 4	
212	FAITES VOUS CETTE ACTIVITE TOUTE L'ANNEE OU UNE PARTIE DE L'ANNEE OU SEULEMENT DE TEMPS EN TEMPS ?	TOUTE L'ANNEE..... DE MANIERE SAISONNIERE..... DE TEMPS EN TEMPS.....	1 2 3	
213	ETES VOUS CELIBATAIRE, MARIEE, EN CONCUBINAGE, DIVORCEE OU VEUVE ? Instruction : Un mariage peut être administratif (mairie), religieux ou traditionnel.	CELIBATAIRE..... CONCUBINAGE..... DIVORCEE, SEPEREE..... MARIEE..... VEUVE.....	1 2 3 4 5	SI 1, 3 OU 5, PASSEZ A Q300

214	AVEZ-VOUS DES CO-EPOUSES ?	NON..... 0 OUI..... 1	SI NON, PASSEZ A Q216
215	COMBIEN DE CO-EPOUSES AVEZ-VOUS ? __ __	
CATACTERISTIQUES DEMOGRAPHIQUES DU MARI / COMPAGNON DE LA FEMME			
216	<u>ACTUELLEMENT</u> VOTRE MARI OU COMPAGNON VIT-IL AVEC VOUS ?	VIT AVEC ELLE..... 1 VIT AILLEURS TEMPORAIREMENT... 2 VIT AILLEURS..... 3	
217	VOTRE MARI OU COMPAGNON A-T-IL FREQUENTE L'ECOLE ? Instructions : Enregistrez : - « oui » si a fréquenté l'école franco- arabe. - « non » si a été alphabétisé ou a fait foyer coranique.	NON..... 0 OUI..... 1 NE SAIT PAS..... 2	SI NON OU NSP, PASSEZ A Q219
218	QUEL EST LE PLUS HAUT NIVEAU QUE VOTRE MARI OU COMPAGNON A ATTEINT (AVEC SUCCES OU NON) ?	CP..... 1 CE..... 2 CM..... 3 SECONDAIRE 4 SUPERIEUR 5 NE SAIT PAS..... 6	
219	VOTRE MARI OU COMPAGNON A-T-IL UNE ACTIVITE SOURCE DE REVENU EN ARGENT OU EN NATURE ?	NON..... 0 OUI..... 1 NE SAIT PAS..... 2	SI NON OU NSP, PASSEZ A Q300
220	QUELLE EST LA <u>PRINCIPALE</u> ACTIVITE DE VOTRE MARI OU COMPAGNON ?	AGRICULTEUR 1 AGENT ALPHABETISATION..... 2 AGENT ITINERANT DE SANTE..... 3 AGENT SANTE COMMUNAUTAIRE..... 4 APICULTEUR..... 5 ARTISAN..... 6 BERGER..... 7 BUCHERON 8 COMMERCANT, BOUTIQUIER..... 9 ELEVEUR..... 10 ENSEIGNANT, INSTITUTEUR..... 11 GARDIEN..... 12 GUERISSEUR, TRADIPRATICIEN..... 13 INFIRMIER..... 14	

	MACON, PEINTRE, BATIMENT.....	15	
	MANŒUVRE	16	
	MARABOUT.....	17	
	MECANICIEN, GARAGISTE, CHAUFFEUR	18	
	OUVRIER INDUSTRIEL	19	
	PECHEUR.....	20	
	POLICIER, GENDARME.....	21	
	PUISATIER.....	22	
	VENDEUR ANIMAUX, PDT AGRI.....	23	
	VENDEUR DIVERS PRODUITS.....	24	
	ORPAILLAGE.....	25	
	AUTRE : _____	26	

SECTION 3 : SOCIO-ECONOMIE DE SON MENAGE

POSSESSION DE CHAMPS CULTIVES ET BIENS DE SON MENAGE

N°	QUESTIONS ET FILTRES	MODALITES	CODES	PASSER A																																																			
300	VOTRE MENAGE CULTIVE T-IL LA TERRE ?	NON..... OUI.....	0 1	SI NON, PASSEZ A Q302																																																			
301	VOTRE MENAGE POSSEDE T-IL LES CHAMPS QU'IL CULTIVE ? Instruction : Si le ménage partage son ou ses champs avec d'autres ménages mais que les récoltes de la partie qu'il cultive sont pour ses membres, alors la réponse est oui.	NON..... OUI..... NE SAIT PAS.....	0 1 2																																																				
302	VOTRE MENAGE POSSEDE-T-IL LES BIENS SUIVANTS ? Instruction : enregistrez « oui » si et seulement si les biens sont fonctionnels !	<table style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <thead> <tr> <th style="width: 5%;"></th> <th style="width: 65%;"></th> <th style="width: 15%; text-align: center;">OUI</th> <th style="width: 15%; text-align: center;">NON</th> </tr> </thead> <tbody> <tr><td>A.</td><td>VELO.....</td><td style="text-align: center;">1</td><td style="text-align: center;">0</td></tr> <tr><td>B.</td><td>MOBYLETTE, SCOOTER.....</td><td style="text-align: center;">1</td><td style="text-align: center;">0</td></tr> <tr><td>C.</td><td>TRICYCLES.....</td><td style="text-align: center;">1</td><td style="text-align: center;">0</td></tr> <tr><td>D.</td><td>VOITURE OU CAMION.....</td><td style="text-align: center;">1</td><td style="text-align: center;">0</td></tr> <tr><td>E.</td><td>CHARRETTE.....</td><td style="text-align: center;">1</td><td style="text-align: center;">0</td></tr> <tr><td>F.</td><td>CHARRUE.....</td><td style="text-align: center;">1</td><td style="text-align: center;">0</td></tr> <tr><td>G.</td><td>RADIO.....</td><td style="text-align: center;">1</td><td style="text-align: center;">0</td></tr> <tr><td>H.</td><td>TELEVISION.....</td><td style="text-align: center;">1</td><td style="text-align: center;">0</td></tr> <tr><td>I.</td><td>LECTEUR CD, DVD, K7.....</td><td style="text-align: center;">1</td><td style="text-align: center;">0</td></tr> <tr><td>J.</td><td>TELEPHONE PORTABLE.....</td><td style="text-align: center;">1</td><td style="text-align: center;">0</td></tr> <tr><td>K.</td><td>REFRIGERATEUR.....</td><td style="text-align: center;">1</td><td style="text-align: center;">0</td></tr> <tr><td>L.</td><td>FOYER AMELIORE.....</td><td style="text-align: center;">1</td><td style="text-align: center;">0</td></tr> </tbody> </table>			OUI	NON	A.	VELO.....	1	0	B.	MOBYLETTE, SCOOTER.....	1	0	C.	TRICYCLES.....	1	0	D.	VOITURE OU CAMION.....	1	0	E.	CHARRETTE.....	1	0	F.	CHARRUE.....	1	0	G.	RADIO.....	1	0	H.	TELEVISION.....	1	0	I.	LECTEUR CD, DVD, K7.....	1	0	J.	TELEPHONE PORTABLE.....	1	0	K.	REFRIGERATEUR.....	1	0	L.	FOYER AMELIORE.....	1	0	
		OUI	NON																																																				
A.	VELO.....	1	0																																																				
B.	MOBYLETTE, SCOOTER.....	1	0																																																				
C.	TRICYCLES.....	1	0																																																				
D.	VOITURE OU CAMION.....	1	0																																																				
E.	CHARRETTE.....	1	0																																																				
F.	CHARRUE.....	1	0																																																				
G.	RADIO.....	1	0																																																				
H.	TELEVISION.....	1	0																																																				
I.	LECTEUR CD, DVD, K7.....	1	0																																																				
J.	TELEPHONE PORTABLE.....	1	0																																																				
K.	REFRIGERATEUR.....	1	0																																																				
L.	FOYER AMELIORE.....	1	0																																																				

303	VOTRE MENAGE POSSEDE-T-IL L'UNE OU PLUSIEURS DES SOURCES D'ENERGIE SUIVANTES ?		OUI	NON	
		A. ELECTRICITE.....	1	0	
		B. GROUPE ELECTROGENE.....	1	0	
		C. PANNEAU SOLAIRE.....	1	0	
		D. BATTERIE.....	1	0	
304	<p>VOTRE MENAGE POSSEDE-T-IL LES ANIMAUX SUIVANTS, ET SI OUI, COMBIEN ?</p> <p>Instructions :</p> <ul style="list-style-type: none"> - Insistez pour avoir un nombre même approximatif - Ne comptez pas les petits des volailles lorsqu'ils ont moins de 3 mois !! - Inscrivez 999 si le ménage possède plus de 999 animaux - Inscrivez 998 si NSP le nombre 		OUI	NON	305. COMBIEN DE ... VOTRE MENAGE POSSEDE-T-IL ? _ _ _ _ _ _ _ _ _ _ _ _ _ _ _ _ _ _ _ _ _ _ _ _
		A. BOVIN.....	1	0	
		B. MOUTON.....	1	0	
		C. CHEVRE.....	1	0	
		D. ANE, MULE, CHEVAL.....	1	0	
		E. PORC.....	1	0	
		F. VOLAILLE (POULET, PINTADE, CANARD, DINDONS, PIGEONS, OIES, CAILLES).....	1	0	
SOURCE D'EAU DE BOISSON					
N°	QUESTIONS ET FILTRES	MODALITES	CODES	PASSER A	
306	<p>QUELLE EST LA <u>PRINCIPALE</u> SOURCE D'EAU DE BOISSON DE VOTRE MENAGE ?</p> <p>Instruction : si plusieurs sources, enregistrez la source utilisée au moment de l'enquête.</p>	BORNE FONTAINE.....	1		
		EAU DE ROBINET.....	2		
		EAU DE SOURCE.....	3		
		EAU DE SURFACE.....	4		
		FORAGE, POMPE.....	5		
		PUITS BUSE COUVERT.....	6		
		PUITS BUSE NON COUVERT.....	7		
		PUITS TRADITIONNEL COUVERT.....	8		
		PUITS TRADITIONNEL NON COUVERT....	9		
		AUTRE : _____	10		
307	<p>COMBIEN DE TEMPS METTEZ-VOUS HABITUELLEMENT POUR VOUS RENDRE A CETTE SOURCE D'APPROVISIONNEMENT ET REVENIR ?</p>	DANS LA COUR.....	1		
		LIVREUR D'EAU.....	2		
		MOINS DE 10 MINUTES.....	3		
		DE 10 A 30 MINUTES.....	4		
		DE 30 MIN A 1 HEURE.....	5		
		PLUS D'UNE HEURE.....	6		
		NE SAIT PAS.....	7		

SECTION 4 : PARITE DE LA FEMME

N°	QUESTIONS	MODALITES	PASSER A
400	<p>VOUS AVEZ ETE SELECTIONNE POUR PARTICIPER A CETTE ENQUÊTE CAR VOUS ETES MERE D'UN PETIT DE MOINS DE 24 MOIS.</p> <p>AVEZ-VOUS D'AUTRES ENFANTS A QUI VOUS AVEZ DONNE NAISSANCE ET QUI VIVENT AVEC VOUS ACTUELLEMENT ?</p>	<p>NON..... 0</p> <p>OUI..... 1</p>	SI NON, PASSEZ A Q403
401	COMBIEN DE FILS (A QUI VOUS AVEZ DONNE NAISSANCE) VIVENT ACTUELLEMENT AVEC VOUS ?	NOMBRE DE FILS BIOLOGIQUES QUI VIVENT AVEC LA MERE..... __ __	
402	ET COMBIEN DE FILLES (A QUI VOUS AVEZ DONNE NAISSANCE) VIVENT ACTUELLEMENT AVEC VOUS ?	NOMBRE DE FILLES BIOLOGIQUES QUI VIVENT AVEC LA MERE..... __ __	
403	AVEZ-VOUS DES ENFANTS A QUI VOUS AVEZ DONNE NAISSANCE ET QUI SONT TOUJOURS EN VIE AUJOURD'HUI MAIS QUI NE VIVENT PAS AVEC VOUS ?	<p>NON..... 0</p> <p>OUI..... 1</p>	SI NON, PASSEZ A Q406
404	COMBIEN DE FILS (A QUI VOUS AVEZ DONNE NAISSANCE) SONT VIVANTS MAIS NE VIVENT PAS AVEC VOUS ACTUELLEMENT ?	NOMBRE DE FILS BIOLOGIQUES QUI NE VIVENT PAS AVEC LA MERE..... __ __	
405	ET COMBIEN DE FILLES (A QUI VOUS AVEZ DONNE NAISSANCE) SONT VIVANTES MAIS NE VIVENT PAS AVEC VOUS ACTUELLEMENT ?	NOMBRE DE FILLES BIOLOGIQUES QUI NE VIVENT PAS AVEC LA MERE..... __ __	
406	<p>AVEZ-VOUS DEJA DONNE NAISSANCE A UN ENFANT QUI EST NE VIVANT MAIS QUI EST DECEDE PAR LA SUITE ?</p> <p>Instruction : Insistez poliment et délicatement.</p>	<p>NON..... 0</p> <p>OUI..... 1</p>	SI NON, PASSEZ A Q409
407	COMBIEN DE GARCONS SONT NES VIVANTS MAIS SONT DECEDES ?	NOMBRE DE FILS BIOLOGIQUES NES VIVANTS MAIS DECEDES..... __ __	
408	ET COMBIEN DE FILLES SONT NES VIVANTES MAIS SONT DECEDEES ?	NOMBRE DE FILLES BIOLOGIQUES NES VIVANTES MAIS DECEDEES..... __ __	
409	<p><u>ENQUÊTEUR</u> : FAITES LA SOMME DES NAISSANCES VVANTES ENREGISTREES A Q401, Q402, Q404, Q405, Q407 ET Q408 POUR OBTENIR LE TOTAL DES NAISSANCES VIVANTES DE LA FEMME. CONFIRMEZ AVEC ELLE ET ENREGISTREZ LE TOTAL.</p>	NOMBRE TOTAL DE NAISSANCES VIVANTES..... __ __	

PLUS JEUNE ENFANT DE MOINS DE 24 MOIS VIVANT AVEC LA MERE

410	<p><u>ENQUÊTEUR</u> : LE CARNET DES CPN DE LA GROSSESSE OU L'ACTE DE NAISSANCE DU PLUS JEUNE ENFANT DE MOINS DE 24 MOIS QUI VIT AVEC LA MERE EST-IL DISPONIBLE ?</p> <p>Instruction : formulez les questions des sections suivantes du questionnaire en utilisant le prénom de cet enfant.</p>	<p>AUCUN DOCUMENT..... 0</p> <p>CARNET CPN..... 1</p> <p>ACTE DE NAISSANCE..... 2</p> <p>LES DEUX..... 3</p>	
411	<p>QUELLE EST LA DATE DE NAISSANCE DE « PRENOM » ?</p> <p>Instruction : enregistrez la date inscrite sur le carnet des CPN ou l'acte de naissance si l'un de ses documents est disponible. Confirmez la date avec la femme.</p> <p>Si aucun document n'est disponible, posez la question à la mère et essayez d'estimer la date. « Prénom » est âgé de moins de 24 mois, cela ne devrait pas poser de gros problèmes.</p>	<p>JOUR..... __ __ </p> <p>NSP..... 9 8</p> <p>MOIS..... __ __ </p> <p>ANNEE..... __ __ __ __ </p>	
412	<p>« PRENOM » EST-IL UN GARCON OU UNE PETITE FILLE ?</p>	<p>FILLE 1</p> <p>GARCON..... 2</p>	

SECTION 5 : GROSSESSE ET ACCOUCHEMENT
AYANT DONNE NAISSANCE A L'ENFANT DE MOINS DE 24 MOIS

N°	QUESTIONS	MODALITES	PASSER A
CONSULTATION PRENATALE			
500	<p>AVEZ-VOUS ETE DANS UNE <u>STRUCTURE DE SANTE</u> POUR UNE <u>CONSULTATION PRE-NATALE</u> LORSQUE VOUS PORTIEZ LA GROSSESSE QUI A DONNE NAISSANCE A « PRENOM » ?</p>	<p>NON..... 0</p> <p>OUI..... 1</p>	SI NON, PASSEZ A Q515
501	<p>DE COMBIEN DE MOIS ETIEZ-VOUS ENCEINTE LORS DE VOTRE <u>PREMIERE CPN</u> ?</p> <p>Instruction : Référez-vous au carnet des CPN (si disponible), à la page « gestation », vous y verrez la « date des dernières règles » inscrites lors de la 1^{ière} CPN.</p>	<p>NOMBRE DE MOIS A LA 1^{ière} CPN __ __ </p> <p>NE SAIT PAS..... 9 8</p>	
502	<p>AU TOTAL, COMBIEN DE FOIS AVEZ-VOUS ETE EN CPN LORSQUE VOUS PORTIEZ LA GROSSESSE QUI A DONNE NAISSANCE A « PRENOM » ?</p> <p>Instruction : Référez-vous au carnet des CPN (si disponible), à la page « gestation », vous y verrez le nombre d'« examens périodiques » (CPN). Attention, ne confondez pas les CPN avec les examens effectués dans le cadre de soins curatifs</p>	<p>NOMBRE DE CPN..... __ __ </p> <p>NE SAIT PAS..... 9 8</p>	

	(pages suivantes).		
503	DANS QUELLES STRUCTURES DE SANTE ETES-VOUS ALLEE POUR VOS CPN ? Instruction : Plusieurs réponses possibles	CHR, HOPITAL REGIONAL..... A CMA, HOPITAL DE DISTRICT..... B CSPS/CM..... C MATERNITE ISOLEE..... D STRUCTURE DE SANTE PRIVEE..... E AUTRE : _____ F	
504	LORS DE VOS CPN, UN AGENT DE SANTE VOUS A-T-IL PRESCRIT DES COMPRIMES OU SIROP DE FER ?	NON 0 OUI..... 1	SI NON, PASSEZ A Q507
505	AVEZ-VOUS PRIS CES COMPRIMES OU SIROP DE FER PENDANT VOTRE GROSSESSE ?	NON 0 OUI..... 1	SI NON, PASSEZ A Q507
506	PENDANT COMBIEN DE MOIS DE GROSSESSE AVEZ-VOUS PRIS CES COMPRIMES OU SIROP DE FER ? Instruction : Vérifier la concordance de cette réponse avec le nombre de mois de grossesse à la première CPN (Q501).	NOMBRE DE MOIS..... __ __ NE SAIT PAS..... 9 8	
507	LORS DE VOS CPN, UN AGENT DE SANTE VOUS A-T-IL PRESCRIT DES COMPRIMES DE CALCIUM ? Instruction : Montrez un exemplaire d'une tablette de calcium.	NON 0 OUI..... 1	SI NON, PASSEZ A Q510
508	AVEZ-VOUS PRIS CES COMPRIMES DE CALCIUM PENDANT VOTRE GROSSESSE ?	NON 0 OUI..... 1	SI NON, PASSEZ A Q510
509	PENDANT COMBIEN DE MOIS DE GROSSESSE AVEZ-VOUS PRIS CES COMPRIMES DE CALCIUM ? Instruction : Vérifier la concordance de cette réponse avec le nombre de mois de grossesse à la première CPN (Q501).	NOMBRE DE MOIS..... __ __ NE SAIT PAS..... 9 8	
510	LORS DE VOS CPN, UN AGENT DE SANTE A-T-IL MESURE VOTRE TAILLE, POIDS, OU VOTRE PERIMETRE BRACHIAL ? Instruction : Expliquez à la femme comment le périmètre brachial est mesuré.	NON 0 OUI, TAILLE 1 OUI, POIDS 2 OUI, PERIMETRE BRACHIAL 3 OUI, TAILLE ET POIDS..... 4 OUI, TAILLE ET PERIM. BRACH..... 5 OUI, POIDS ET PERIM. BRACH..... 6 OUI, LES TROIS..... 7	

511	LORS DE VOS CPN, UN AGENT DE SANTE VOUS A-T-IL <u>CONSEILLE</u> SUR VOTRE ALIMENTATION PENDANT VOTRE GROSSESSE ?	NON 0 OUI..... 1 NE SE SOUVIENT PAS..... 2	
512	LORS DE VOS CPN, UN AGENT DE SANTE VOUS A-T-IL PRESCRIT DES COMPLEMENTES ALIMENTAIRES COMME PAR EXEMPLE DE LA FARINE ENRICHIE OU UNE RATION D'ALIMENTS ?	NON 0 OUI 1	SI NON, PASSEZ A Q514
513	PENDANT COMBIEN DE MOIS DE GROSSESSE AVEZ-VOUS PRIS CES COMPLEMENTES ALIMENTAIRES ? Instruction : Vérifier la concordance de cette réponse avec le nombre de mois de grossesse à la première CPN (Q501).	NOMBRE DE MOIS..... __ __ NE SAIT PAS..... 9 8	
514	LORS DE VOS CPN, UN AGENT DE SANTE VOUS A-T-IL <u>CONSEILLE</u> SUR LA MEILLEURE MANIERE D'ALLAITER « PRENOM » APRES SA NAISSANCE ?	NON 0 OUI..... 1 NE SE SOUVIENT PAS..... 2	
ACCOUCHEMENT			
515	DANS QUEL ENDROIT AVEZ-VOUS ACCOUCHE DE « PRENOM » ? Instruction : Référez-vous au carnet des CPN (si disponible), à la page « naissance », vous pouvez y voir le « lieu de l'accouchement ».	CHR, HOPITAL REGIONAL..... 1 CMA, HOPITAL DE DISTRICT..... 2 STRUCTURE DE SANTE PRIVEE..... 3 CSPS/CM 4 MATERNITE ISOLEE..... 5 MAISON..... 6 AUTRE : _____ 7	SI 4 OU 5, PASSEZ A Q517 SI 6 OU 7, PASSEZ A Q519
516	AVEZ-VOUS ACCOUCHE PAR CESARIENNE, C'EST-A-DIRE QUE L'ON A OUVERT VOTRE VENTRE POUR FAIRE SORTIR VOTRE BEBE ?	NON 0 OUI..... 1	
517	APRES AVOIR ACCOUCHE, <u>ALORS QUE VOUS ETIEZ TOUJOURS DANS CETTE STRUCTURE DE SANTE</u> , UN AGENT DE SANTE VOUS A-T-IL AIDE A INITIER L'ALLAITEMENT DE « PRENOM » EN LE METTANT A VOTRE SEIN ET EN VOUS MONTRANT COMMENT BIEN LE POSITIONNER ?	NON 0 OUI..... 1	
518	APRES AVOIR ACCOUCHE, <u>ALORS QUE VOUS ETIEZ TOUJOURS DANS CETTE STRUCTURE DE SANTE</u> , UN AGENT DE SANTE A-T-IL DISCUTE AVEC VOUS AU SUJET DE L'ALLAITEMENT DE « PRENOM » ?	NON 0 OUI..... 1 NE SE SOUVIENT PAS..... 2	
CONSULTATION POSTNATALE			

519	<p><u>DANS LES 2 MOIS APRES VOTRE ACCOUCHEMENT, AVEZ-VOUS ETE DANS UNE STRUCTURE DE SANTE POUR UNE CONSULTATION POSTNATALE AFIN DE CONTRÔLER VOTRE ETAT DE SANTE ET S'ASSURER QUE VOUS ALLIEZ BIEN ?</u></p> <p>Instruction : Il s'agit d'un examen clinique de la mère après l'accouchement : poids, tension, œdèmes, examen gynécologique, ...</p>	<p>NON 0</p> <p>OUI 1</p>	SI NON, PASSEZ A Q532
520	<p><u>DANS LES 2 MOIS APRES VOTRE ACCOUCHEMENT, COMBIEN DE FOIS AVEZ-VOUS ETE DANS UNE STRUCTURE DE SANTE POUR UNE CONSULTATION POSTANALE ?</u></p>	<p>NOMBRE DE FOIS..... _ _ </p> <p>NE SAIT PAS..... 9 8</p>	
521	<p><u>LA PREMIERE FOIS, COMBIEN DE JOURS APRES VOTRE ACCOUCHEMENT AVEZ-VOUS ETE DANS UNE STRUCTURE DE SANTE POUR CONTRÔLER VOTRE ETAT DE SANTE ?</u></p> <p>Instruction : Référez-vous au carnet des CPN (si disponible), à la page « examen post-natal de la mère », vous pouvez y voir la « date de l'examen post-natal ».</p>	<p>NOMBRE DE JOURS..... _ _ </p> <p>NE SAIT PAS..... 9 8</p>	
522	<p><u>POUR CETTE PREMIERE CONSULTATION POSTNATALE, DANS QUELLE STRUCTURE DE SANTE ETES-VOUS ALLEE POUR CONTRÔLER VOTRE ETAT DE SANTE ?</u></p>	<p>CHR, HOPITAL REGIONAL..... 1</p> <p>CMA, HOPITAL DE DISTRICT..... 2</p> <p>CSPS/CM 3</p> <p>MATERNITE ISOLEE..... 4</p> <p>STRUCTURE DE SANTE PRIVEE..... 5</p> <p>AUTRE : _____ 6</p>	
523	<p><u>PENDANT CETTE PREMIERE CONSULTATION POSTNATALE, UN AGENT DE SANTE VOUS A-T-IL POSE DES QUESTIONS POUR SAVOIR SI VOUS AVIEZ DES DIFFICULTES A ALLAITER « PRENOM » ?</u></p>	<p>NON 0</p> <p>OUI..... 1</p> <p>NE SE SOUVIENT PAS..... 2</p>	
524	<p><u>PENDANT CETTE PREMIERE CONSULTATION POSTNATALE, UN AGENT DE SANTE VOUS A-T-IL OBSERVE PENDANT QUE VOUS ALLAITIEZ « PRENOM » POUR S'ASSURER QUE VOUS N'AVIEZ PAS DES DIFFICULTES A ALLAITER ?</u></p>	<p>NON 0</p> <p>OUI..... 1</p> <p>NE SE SOUVIENT PAS..... 2</p>	
525	<p><u>PENDANT CETTE PREMIERE CONSULTATION POSTNATALE, UN AGENT DE SANTE VOUS A-T-IL CONSEILLE SUR LA MEILLEURE MANIERE D'ALLAITER « PRENOM » ?</u></p>	<p>NON 0</p> <p>OUI..... 1</p> <p>NE SE SOUVIENT PAS..... 2</p>	
526	<p><u>ENQUETEUR : LA FEMME A-T-ELLE ETE A UNE SECONDE CONSULTATION</u></p>	<p>NON 0</p>	SI NON, PASSEZ A

	POSTNATALE DANS LES 2 MOIS APRES SON ACCOUCHEMENT ? Instruction : voir Q520	OUI 1	Q532
527	LA <u>SECONDE</u> FOIS, COMBIEN DE <u>JOURS</u> APRES VOTRE ACCOUCHEMENT AVEZ-VOUS ETE DANS UNE STRUCTURE DE SANTE POUR CONTRÔLER VOTRE ETAT DE SANTE ? Instruction : Référez-vous au carnet des CPN (si disponible), à la page « examen post-natal de la mère », vous pouvez y voir la « date de l'examen post-natal ».	NOMBRE DE JOURS..... _ _ NE SAIT PAS..... 9 8	
528	POUR CETTE <u>SECONDE</u> CONSULTATION POSTNATALE, DANS QUELLE STRUCTURE DE SANTE ETES-VOUS ALLEE POUR CONTRÔLER VOTRE ETAT DE SANTE ?	CHR, HOPITAL REGIONAL..... 1 CMA, HOPITAL DE DISTRICT..... 2 CSPS/CM 3 MATERNITE ISOLEE..... 4 STRUCTURE DE SANTE PRIVEE..... 5 AUTRE : _____ 6	
529	PENDANT CETTE <u>SECONDE</u> CONSULTATION POSTNATALE, UN AGENT DE SANTE VOUS A-T-IL <u>POSE DES QUESTIONS</u> POUR SAVOIR SI VOUS AVIEZ DES DIFFICULTES A ALLAITER « PRENOM » ?	NON 0 OUI..... 1 NE SE SOUVIENT PAS..... 2	
530	PENDANT CETTE <u>SECONDE</u> CONSULTATION POSTNATALE, UN AGENT DE SANTE VOUS A-T-IL <u>OBSERVE</u> PENDANT QUE VOUS ALLAITIEZ « PRENOM » POUR S'ASSURER QUE VOUS N'AVIEZ PAS DES DIFFICULTES A ALLAITER ?	NON 0 OUI..... 1 NE SE SOUVIENT PAS..... 2	
531	PENDANT CETTE <u>SECONDE</u> CONSULTATION POSTNATALE, UN AGENT DE SANTE VOUS A-T-IL <u>CONSEILLE</u> SUR LA MEILLEURE MANIERE D'ALLAITER « PRENOM » ?	NON 0 OUI..... 1 NE SE SOUVIENT PAS..... 2	
RETOUR DE COUCHE			
532	AVEZ-VOUS REVU VOS REGLES DEPUIS QUE VOUS AVEZ ACCOUCHE DE « PRENOM » ?	NON 0 OUI..... 1	SI NON, PASSEZ A Q534
533	QUEL AGE (EN MOIS) AVAIT « PRENOM » LORSQUE VOUS AVEZ REVU VOS REGLES POUR LA PREMIERE FOIS APRES L'ACCOUCHEMENT ? Instruction : Si < 1 mois, enregistrez 00.	AGE EN MOIS REVOLUS..... _ _ NE SAIT PAS..... 9 8	
534	ETES-VOUS ENCEINTE <u>ACTUELLEMENT</u> ?	NON..... 0	SI NON OU NSP, PASSEZ A

		OUI..... 1 NE SAIT PAS..... 2	Q600
535	DE COMBIEN DE MOIS ETES-VOUS ENCEINTE ?	NOMBRE DE MOIS..... _ _ NE SAIT PAS..... 9 8	
SECTION 6 : SANTE DE L'ENFANT DE MOINS DE 24 MOIS, DE LA NAISSANCE A AUJOURD'HUI			
CONSULTATION POSTNATALE, PESEE, VACCINATION, VITAMINE A ET MALADIES DANS LES 15 DERNIERS JOURS			
N°	QUESTIONS	MODALITES	PASSER A
CONSULTATION POSTNATALE DANS LES 2 MOIS APRES LA NAISSANCE			
600	<u>DANS LES 2 MOIS APRES SA NAISSANCE</u> AVEZ-VOUS EMMENE « PRENOM » <u>DANS</u> <u>UNE STRUCTURE DE SANTE</u> POUR UNE CONSULTATION POSTNATALE AFIN DE CONTRÔLER SON ETAT DE SANTE ET S'ASSURER QU'IL SE PORTAIT BIEN ? Instruction : Il s'agit d'un examen clinique de l'enfant après l'accouchement. Dans une structure de santé, il s'agit de vérifier : l'état de santé, réflexes, état nutritionnel, vaccins, ...	NON 0 OUI 1	SI NON, PASSEZ A Q615
601	<u>DANS LES 2 MOIS APRES VOTRE</u> <u>ACCOUCHEMENT</u> , COMBIEN DE FOIS AVEZ- VOUS EMMENE « PRENOM » <u>DANS UNE</u> <u>STRUCTURE DE SANTE</u> POUR UNE CONSULTATION POSTANALE ?	NOMBRE DE FOIS..... _ _ NE SAIT PAS..... 9 8	
602	LA <u>PREMIERE</u> FOIS, COMBIEN DE <u>JOURS</u> APRES SA NAISSANCE AVEZ-VOUS EMMENE « PRENOM » DANS UNE STRUCTURE DE SANTE POUR CONTRÔLER SON ETAT DE SANTE ? Instructions : - Référez-vous au carnet des CPN (si disponible), à la page « examen post- natal de l'enfant », vous y verrez la « date de l'examen post-natal ». - Si moins de 1 jour, enregistrez 00	NOMBRE DE JOURS..... _ _ NE SAIT PAS..... 9 8	
603	CETTE <u>PREMIERE</u> CONSULTATION POSTNATALE A-T-ELLE EU LIEU EN MÊME TEMPS QUE LA VOTRE ? Instruction : Si oui, alors vérifier que les réponses (délai en nombre de jours et structure de santé fréquentée) concordent !	NON 0 OUI 1	SI OUI, PASSEZ A Q608

604	<p>POUR CETTE <u>PREMIERE</u> CONSULTATION POSTNATALE, DANS QUELLE STRUCTURE DE SANTE AVEZ-VOUS EMMENE « PRENOM » POUR CONTRÔLER SON ETAT DE SANTE ?</p>	<p>CHR, HOPITAL REGIONAL..... 1 CMA, HOPITAL DE DISTRICT..... 2 CSPS/CM 3 MATERNITE ISOLEE..... 4 STRUCTURE DE SANTE PRIVEE..... 5 AUTRE : _____ 6</p>	
605	<p>PENDANT CETTE <u>PREMIERE</u> CONSULTATION POSTNATALE, UN AGENT DE SANTE VOUS A-T-IL <u>POSE DES QUESTIONS</u> POUR SAVOIR SI VOUS AVIEZ DES DIFFICULTES A ALLAITER « PRENOM » ?</p>	<p>NON 0 OUI..... 1 NE SE SOUVIENT PAS..... 2</p>	
606	<p>PENDANT CETTE <u>PREMIERE</u> CONSULTATION POSTNATALE, UN AGENT DE SANTE VOUS A-T-IL <u>OBSERVE</u> PENDANT QUE VOUS ALLAITIEZ « PRENOM » POUR S'ASSURER QUE VOUS N'AVIEZ PAS DES DIFFICULTES A ALLAITER ?</p>	<p>NON 0 OUI..... 1 NE SE SOUVIENT PAS..... 2</p>	
607	<p>PENDANT CETTE <u>PREMIERE</u> CONSULTATION POSTNATALE, UN AGENT DE SANTE VOUS A-T-IL <u>CONSEILLE</u> SUR LA MEILLEURE MANIERE D'ALLAITER « PRENOM » ?</p>	<p>NON 0 OUI..... 1 NE SE SOUVIENT PAS..... 2</p>	
608	<p><u>ENQUETEUR</u> : LA FEMME A-T-ELLE EMMENE « PRENOM » A UNE SECONDE CONSULTATION POSTNATALE DANS LES 2 MOIS APRES SON ACCOUCHEMENT ? Instruction : voir Q601</p>	<p>NON 0 OUI 1</p>	<p>SI NON, PASSEZ A Q615</p>
609	<p>LA <u>SECONDE</u> FOIS, COMBIEN DE <u>JOURS</u> APRES SA NAISSANCE AVEZ-VOUS EMMENE « PRENOM » DANS UNE STRUCTURE DE SANTE POUR CONTRÔLER SON ETAT DE SANTE ? Instructions : - Référez-vous au carnet des CPN (si disponible), à la page « examen post-natal de l'enfant », vous y verrez la « date de l'examen post-natal ». - Si moins de 1 jour, enregistrez 00</p>	<p>NOMBRE DE JOURS..... __ __ NE SAIT PAS..... 9 8</p>	
610	<p>CETTE <u>SECONDE</u> CONSULTATION POSTNATALE A-T-ELLE EU LIEU EN MÊME TEMPS QUE LA VOTRE ? Instruction : Si oui, alors vérifier que les réponses (délai en nombre de jours et structure de santé fréquentée) concordent !</p>	<p>NON 0 OUI 1</p>	<p>SI OUI, PASSEZ A Q615</p>

611	POUR CETTE <u>SECONDE</u> CONSULTATION POSTNATALE, DANS QUELLE STRUCTURE DE SANTE AVEZ-VOUS EMMENE « PRENOM » POUR CONTRÔLER SON ETAT DE SANTE ?	CHR, HOPITAL REGIONAL.....	1	
		CMA, HOPITAL DE DISTRICT.....	2	
		CSPS/CM	3	
		MATERNITE ISOLEE.....	4	
		STRUCTURE DE SANTE PRIVEE.....	5	
		AUTRE : _____	6	
612	PENDANT CETTE <u>SECONDE</u> CONSULTATION POSTNATALE, UN AGENT DE SANTE VOUS A-T-IL <u>POSE DES QUESTIONS</u> POUR SAVOIR SI VOUS AVIEZ DES DIFFICULTES A ALLAITER « PRENOM » ?	NON	0	
		OUI.....	1	
		NE SE SOUVIENT PAS.....	2	
613	PENDANT CETTE <u>SECONDE</u> CONSULTATION POSTNATALE, UN AGENT DE SANTE VOUS A-T-IL <u>OBSERVE</u> PENDANT QUE VOUS ALLAITIEZ « PRENOM » POUR S'ASSURER QUE VOUS N'AVIEZ PAS DES DIFFICULTES A ALLAITER ?	NON	0	
		OUI.....	1	
		NE SE SOUVIENT PAS.....	2	
614	PENDANT CETTE <u>SECONDE</u> CONSULTATION POSTNATALE, UN AGENT DE SANTE VOUS A-T-IL <u>CONSEILLE</u> SUR LA MEILLEURE MANIERE D'ALLAITER « PRENOM » ?	NON	0	
		OUI.....	1	
		NE SE SOUVIENT PAS.....	2	
PESEE A LA NAISSANCE				
615	<u>A SA NAISSANCE</u> , VOTRE BEBE A-T-IL ETE PESE ? Instruction : Si un bébé est né à la maison mais a été emmené dans une structure de santé peu de temps après sa naissance (dans les 3 jours) pour se faire peser, alors la réponse est « oui ».	NON	0	SI NON OU NSP, PASSEZ A Q618
		OUI	1	
		NE SAIT PAS	2	
616	<u>A SA NAISSANCE</u> , COMBIEN VOTRE BEBE PESAIT-IL (EN GRAMMES) ? Instructions : - Référez-vous au carnet des CPN (si disponible), à la page « naissance », vous y verrez le « poids à la naissance ». - Attention, ne confondez pas le poids à la naissance et le poids lors des pesées (pages suivantes). - Enregistrez le poids en <u>gramme</u> . - Aide : 1 kg = 1 000 g !	POIDS EN GRAMMES	_ _ _ _	
		NE SAIT PAS	9 9 9 8	
617	<u>ENQUETEUR : AVEZ-VOUS UTILISE LE CARNET DES CPN POUR ENREGISTRER LE POIDS DE L'ENFANT ?</u>	NON	0	
		OUI	1	

PESEE DE SUIVI DE CROISSANCE DEPUIS LA NAISSANCE			
618	ET <u>DEPUIS QU'IL EST NE</u> , AVEZ-VOUS EMMENE « PRENOM » DANS UNE STRCTURE DE SANTE POUR UNE <u>PESEE</u> ?	NON 0 OUI 1	SI NON, PASSEZ A Q626
619	QUEL AGE (EN SEMAINES OU EN MOIS) AVAIT « PRENOM » <u>LA DERNIERE FOIS</u> QU'IL/ELLE A ETE DANS UNE STRCTURE DE SANTE POUR UNE PESEE ? Instructions : -Si < 1 semaine, enregistrez 00. -Si < 1 mois, enregistrez en semaines révolues. - Si > ou = 1 mois, enregistrez en mois révolus.	NOMBRE DE SEMAINES..... _ _ NOMBRE DE MOIS..... _ _ NE SAIT PAS..... 9 8	
620	DANS QUELLE STRUCTURE DE SANTE AVEZ-VOUS EMMENE « PRENOM » POUR CETTE PESEE ?	CHR, HOPITAL REGIONAL..... 1 CMA, HOPITAL DE DISTRICT..... 2 CSPS/CM..... 3 MATERNITE ISOLEE..... 4 STRUCTURE DE SANTE PRIVEE..... 5 AUTRE : _____ 6	
621	LORS DE CETTE PESEE, UN AGENT DE SANTE A-T-IL MESURE LA TAILLE, LE POIDS, OU LE PERIMETRE BRACHIAL DE « PRENOM » ? Instruction : Expliquez à la femme comment le périmètre brachial est mesuré.	NON 0 OUI, TAILLE 1 OUI, POIDS 2 OUI, PERIMETRE BRACHIAL 3 OUI, TAILLE ET POIDS..... 4 OUI, TAILLE ET PERIM. BRACH..... 5 OUI, POIDS ET PERIM. BRACH..... 6 OUI, LES TROIS..... 7	
622	LORS DE CETTE PESEE, UN AGENT DE SANTE VOUS A-T-IL <u>POSE DES QUESTIONS</u> POUR SAVOIR SI VOUS AVIEZ DES DIFFICULTES A ALLAITER « PRENOM » ?	NON 0 OUI..... 1 NE SE SOUVIENT PAS..... 2	
623	LORS DE CETTE PESEE, UN AGENT DE SANTE VOUS A-T-IL <u>OBSERVE</u> PENDANT QUE VOUS ALLAITIEZ « PRENOM » POUR S'ASSURER QUE VOUS N'AVIEZ PAS DES DIFFICULTES A ALLAITER ?	NON 0 OUI..... 1 NE SE SOUVIENT PAS..... 2	
624	LORS DE CETTE PESEE, UN AGENT DE SANTE VOUS A-T-IL <u>CONSEILLE</u> SUR LA MEILLEURE MANIERE D'ALLAITER « PRENOM » ?	NON 0 OUI..... 1 NE SE SOUVIENT PAS..... 2	

625	LORS DE CETTE PESEE, UN AGENT DE SANTE VOUS A-T-IL <u>CONSEILLE</u> SUR LES ALIMENTS ET LIQUIDES A DONNER A « PRENOM » ?	NON 0 OUI..... 1 NE SE SOUVIENT PAS..... 2	
VACCINATION DEPUIS LA NAISSANCE			
626	DEPUIS SA NAISSANCE, AVEZ-VOUS EMMENE « PRENOM » DANS UNE STRUCTURE DE SANTE POUR UNE <u>VACCINATION</u> ?	NON..... 0 OUI..... 1	SI NON, PASSEZ A Q632
627	QUEL AGE (EN SEMAINE OU EN MOIS) AVAIT « PRENOM » <u>LA DERNIERE FOIS</u> QU'IL/ELLE A ETE DANS UNE STRUCTURE DE SANTE POUR UNE VACCINATION ? Instructions : -Si < 1 semaine, enregistrez 00. -Si < 1 mois, enregistrez en semaines révolues. - Si > ou = 1 mois, enregistrez en mois révolus.	NOMBRE DE SEMAINES..... _ _ NOMBRE DE MOIS..... _ _ NE SAIT PAS..... 9 8	
628	LORS DE CETTE SEANCE DE VACCINATION, UN AGENT DE SANTE VOUS A-T-IL <u>POSE DES QUESTIONS</u> POUR SAVOIR SI VOUS AVIEZ DES DIFFICULTES A ALLAITER « PRENOM » ?	NON 0 OUI..... 1 NE SE SOUVIENT PAS..... 2	
629	LORS DE CETTE SEANCE DE VACCINATION, UN AGENT DE SANTE VOUS A-T-IL <u>OBSERVE</u> PENDANT QUE VOUS ALLAITIEZ « PRENOM » POUR S'ASSURER QUE VOUS N'AVIEZ PAS DES DIFFICULTES A ALLAITER ?	NON 0 OUI..... 1 NE SE SOUVIENT PAS..... 2	
630	LORS DE CETTE SEANCE DE VACCINATION, UN AGENT DE SANTE VOUS A-T-IL <u>CONSEILLE</u> SUR LA MEILLEURE MANIERE D'ALLAITER « PRENOM » ?	NON 0 OUI..... 1 NE SE SOUVIENT PAS..... 2	
631	LORS DE CETTE SEANCE DE VACCINATION, UN AGENT DE SANTE VOUS A-T-IL <u>CONSEILLE</u> SUR LES ALIMENTS ET LIQUIDES A DONNER A « PRENOM » ?	NON 0 OUI..... 1 NE SE SOUVIENT PAS..... 2	
VITAMINE A DANS LES 6 DERNIERS MOIS			
632	DANS LES 6 DERNIERS MOIS, « PRENOM » A-T-IL RECU UNE DOSE DE VITAMINE A ? Instruction : Montrez un exemplaire d'une ampoule/capsule ou flacon de vitamine A.	NON..... 0 OUI..... 1 NE SAIT PAS..... 2	
MALADIE DANS LES 15 DERNIERS JOURS			

633	AU COURS DES <u>15 DERNIERS JOURS</u> , « PRENOM » A-T-IL SOUFFERT DE <u>FIEVRE</u> ?	NON..... 0 OUI..... 1 NE SAIT PAS..... 2	
634	AU COURS DES <u>15 DERNIERS JOURS</u> , « PRENOM » A-T-IL SOUFFERT D'UNE <u>TOUX</u> ?	NON..... 0 OUI..... 1 NE SAIT PAS..... 2	
635	AU COURS DES <u>15 DERNIERS JOURS</u> , « PRENOM » A-T-IL SOUFFERT DE <u>DIFFICULTES RESPIRATOIRES OU DE RESPIRATION RAPIDE</u> ? Instruction : Ne pas confondre avec des difficultes a respirer dues a un rhume/ nez bouche. Ici, il s'agit de difficultes a respirer dues a une infections des poumons.	NON..... 0 OUI..... 1 NE SAIT PAS..... 2	
636	AU COURS DES <u>15 DERNIERS JOURS</u> , « PRENOM » A-T-IL SOUFFERT DE <u>DIARRHEE</u> ? Instruction : Ne pas confondre avec une diarrhee due a un lavement.	NON..... 0 OUI..... 1 NE SAIT PAS..... 2	
637	<u>ENQUÊTEUR</u> : DANS LES 15 DERNIERS JOURS, « PRENOM » A-T-IL SOUFFERT DE FIEVRE OU DE TOUX OU DE DIFFICULTES RESPIRATOIRES OU DE DIARRHEE ?	NON..... 0 OUI..... 1	SI NON, PASSEZ A LA SECTION 7
638	ALORS QUE « PRENOM » ETAIT MALADE, L'AVEZ-VOUS <u>ALLAITE</u> MOINS QUE D'HABITUDE, AUTANT QUE D'HABITUDE OU PLUS QUE D'HABITUDE ? Instructions : Si la mère vous répond « plus », demandez-lui de préciser si c'était « beaucoup plus » ou « un peu plus ». De même, si elle vous répond « moins ».	BEAUCOUP PLUS..... 1 UN PEU PLUS..... 2 AUTANT QUE D'HABITUDE..... 3 UN PEU MOINS..... 4 BEAUCOUP MOINS..... 5 NE L'A PAS ALLAITE..... 6 NE SAIT PAS..... 7	
639	ALORS QUE « PRENOM » ETAIT MALADE, LUI A-T-ON DONNE A <u>BOIRE</u> MOINS QUE D'HABITUDE, AUTANT QUE D'HABITUDE OU PLUS QUE D'HABITUDE ? Instructions : Si la mère vous répond « plus », demandez-lui de préciser si c'était « beaucoup plus » ou « un peu plus ». De même, si elle vous répond « moins ».	BEAUCOUP PLUS..... 1 UN PEU PLUS..... 2 AUTANT QUE D'HABITUDE..... 3 UN PEU MOINS..... 4 BEAUCOUP MOINS..... 5 N'A RIEN DONNE A BOIRE..... 6 NE SAIT PAS..... 7	
640	ALORS QUE « PRENOM » ETAIT MALADE, LUI A-T-ON DONNE A <u>MANGER</u> MOINS QUE D'HABITUDE, AUTANT QUE D'HABITUDE OU PLUS QUE D'HABITUDE ?	BEAUCOUP PLUS..... 1 UN PEU PLUS..... 2 AUTANT QUE D'HABITUDE..... 3	

	Instructions : Si la mère vous répond « plus », demandez-lui de préciser si c'était « beaucoup plus » ou « un peu plus ». De même, si elle vous répond « moins ».	UN PEU MOINS 4 BEAUCOUP MOINS 5 N'A RIEN DONNE A MANGER ... 6 NE SAIT PAS..... 7 NE MANGE PAS ENCORE 8	
641	ALORS QUE « PRENOM » ETAIT MALADE, L'AVEZ-VOUS EMMENE DANS UNE STRUCTURE DE SANTE POUR UNE CONSULTATION AVEC UN AGENT DE SANTE ?	NON..... 0 OUI..... 1	SI NON, PASSEZ A LA SECTION 7
642	DANS QUELLE STRUCTURE DE SANTE AVEZ-VOUS EMMENE « PRENOM » POUR UNE CONSULTATION AVEC UN AGENT DE SANTE ? Instructions : si plusieurs consultations pour maladie dans les 15 derniers jours alors reporter pour la 1 ^{ère} fois	CHR, HOPITAL REGIONAL..... 1 CMA, HOPITAL DE DISTRICT..... 2 CSPS/CM 3 MATERNITE ISOLEE..... 4 STRUCTURE DE SANTE PRIVEE.. 5 AUTRE : _____ 6	
643	LORS DE CETTE CONSULTATION, UN AGENT DE SANTE A-T-IL PRESCRIT DES SELS DE REHYDRATATION ORALE ET DES COMPRIMES DE ZINC A « PRENOM » ? Instruction : Montrez un exemplaire d'un sachet SRO, comprimés de zinc ou d'une boîte « kit de traitement de la diarrhée » (combinant les 2).	NON 0 OUI, SRO..... 1 OUI, ZINC..... 2 OUI, LES DEUX..... 3 NON APPLICABLE..... 4	
644	LORS DE CETTE CONSULTATION, UN AGENT DE SANTE VOUS A-T-IL <u>POSE DES QUESTIONS</u> POUR SAVOIR SI VOUS AVIEZ DES DIFFICULTES A ALLAITER « PRENOM » ?	NON 0 OUI..... 1 NE SE SOUVIENT PAS..... 2	
645	LORS DE CETTE CONSULTATION, UN AGENT DE SANTE VOUS A-T-IL <u>OBSERVE</u> PENDANT QUE VOUS ALLAITIEZ « PRENOM » POUR S'ASSURER QUE VOUS N'AVIEZ PAS DES DIFFICULTES A ALLAITER ?	NON 0 OUI..... 1 NE SE SOUVIENT PAS..... 2	
646	LORS DE CETTE CONSULTATION, UN AGENT DE SANTE VOUS A-T-IL <u>CONSEILLE</u> SUR LA MEILLEURE MANIERE D' <u>ALLAITER</u> « PRENOM » <u>LORSQU'IL EST MALADE</u> ?	NON 0 OUI..... 1 NE SE SOUVIENT PAS..... 2	
647	LORS DE CETTE CONSULTATION, UN AGENT DE SANTE VOUS A-T-IL <u>CONSEILLE</u> SUR LES <u>ALIMENTS OU LIQUIDES</u> A DONNER A « PRENOM » <u>LORSQU'IL EST MALADE</u> ?	NON 0 OUI..... 1 NE SE SOUVIENT PAS..... 2	
648	LORS DE CETTE CONSULTATION, UN AGENT DE SANTE VOUS A-T-IL <u>CONSEILLE</u> SUR LA MEILLEURE MANIERE D' <u>ALLAITER</u> « PRENOM » <u>LORSQU'IL N'EST PAS MALADE</u> ?	NON 0 OUI..... 1 NE SE SOUVIENT PAS..... 2	

649	LORS DE CETTE CONSULTATION, UN AGENT DE SANTE VOUS A-T-IL CONSEILLE SUR LES ALIMENTS OU LIQUIDES A DONNER A « PRENOM » LORSQU'IL N'EST PAS MALADE ?	NON 0 OUI..... 1 NE SE SOUVIENT PAS..... 2	
SECTION 7 : ALLAITEMENT DE L'ENFANT DE MOINS DE 24 MOIS			
INITIATION DE L'ALLAITEMENT			
N°	QUESTIONS	MODALITES	PASSER A
700	APRES VOTRE ACCOUCHEMENT, AVEZ-VOUS ALLAITE « PRENOM » ?	NON..... 0 OUI..... 1	SI NON, PASSEZ A Q705
701	COMBIEN DE TEMPS APRES VOTRE ACCOUCHEMENT, AVEZ-VOUS MIS « PRENOM » AU SEIN ? Instructions : - Si délai < 1 jour, enregistrez en heures - Si délai < 1 heure, enregistrez 00	NOMBRE D'HEURES..... __ __ NOMBRE DE JOURS..... __ __ NE SAIT PAS..... 9 8	SI REPOSE DIFFERENTE D'UNE HEURE, PASSEZ A Q703
702	<u>ENQUETEUR</u> : SI LA MERE REPOND UNE HEURE, CREUSEZ POUR SAVOIR SI LA MISE AU SEIN S'EST FAITE DANS L'HEURE OU AU DELA D'UNE HEURE APRES L'ACCOUCHEMENT Instruction : Par exemple, demandez si elle était toujours en salle d'accouchement lorsqu'elle a mis son bébé au sein.	DANS L'HEURE..... 1 AU DELA D'UNE HEURE..... 2 NE SAIT PAS..... 3	
703	APRES VOTRE ACCOUCHEMENT, AVEZ-VOUS DONNE A « PRENOM » LE PREMIER LAIT (COLUSTRUM) OU L'AVEZ-VOUS PRESSE POUR LE JETER ?	A DONNE LE PREMIER LAIT..... 1 A PRESSE PUIS JETE LE 1 ^{er} LAIT... 2 A FAIT LES DEUX..... 3 AUTRE : _____ 4	SI 2 OU 4, PASSEZ A Q705
704	EST-CE QUE LE PREMIER LAIT ETAIT EPAIS ET DE COULEUR JAUNATRE ?	NON..... 0 OUI..... 1 NE SAIT PAS..... 2	
705	DANS LES <u>TROIS PREMIERS JOURS</u> QUI ONT SUIVI SA NAISSANCE, A-T-ON (VOUS OU VOTRE ENTOURAGE) DONNE A BOIRE OU FAIT GOUTER A « PRENOM » UN OU PLUSIEURS LIQUIDES QUE JE VAIS VOUS CITER ?		
706 A	BOUILLIE DE CEREALES	NON..... 0 OUI..... 1 NE SAIT PAS..... 2	
706 B	CAFE, THE	NON..... 0 OUI..... 1 NE SAIT PAS..... 2	
706 C	DOLO OU AUTRE ALCOOL LOCAL	NON..... 0	

		OUI..... 1 NE SAIT PAS..... 2	
706 D	EAU SIMPLE	NON..... 0 OUI..... 1 NE SAIT PAS..... 2	
706 E	EAU SALEE	NON..... 0 OUI..... 1 NE SAIT PAS..... 2	
706 F	EAU SUCREE	NON..... 0 OUI..... 1 NE SAIT PAS..... 2	
706 G	INFUSION, DECOCTION	NON..... 0 OUI..... 1 NE SAIT PAS..... 2	
706 H	JUS : BISSAP, TAMARIN, ZOUM KOUM, PAIN DE SINGE, ORANGE, ...	NON..... 0 OUI..... 1 NE SAIT PAS..... 2	
706 I	LAIT DE VACHE, CHEVRE	NON..... 0 OUI..... 1 NE SAIT PAS..... 2	
706 J	SUBSTITUT DE LAIT MATERNEL	NON..... 0 OUI..... 1 NE SAIT PAS..... 2	
706 K	SOUPE	NON..... 0 OUI..... 1 NE SAIT PAS..... 2	
706 L	MEDICAMENTS « MODERNES »	NON..... 0 OUI..... 1 NE SAIT PAS..... 2	
706 M	AUTRE : _____	NON..... 0 OUI..... 1 NE SAIT PAS..... 2	
707	A-T-ON DONNE OU FAIT GOUTER A « PRENOM » CE OU CES LIQUIDES AVANT QUE VOUS NE COMMENCIEZ A L'ALLAITER ?	AVANT LE DEBUT DE L'ALLAITEMENT..... 1 APRES LE DEBUT DE L'ALLAITEMENT..... 2 PAS APLICABLE, 706 (A à M) = "NON"..... 3	
ALLAITEMENT ACTUEL			
708	<u>ACTUELLEMENT</u> , ALLAITEZ-VOUS « PRENOM » ?	NON 0 OUI..... 1	SI OUI, PASSEZ A Q711
709	QUEL AGE (EN SEMAINES OU EN MOIS) AVAIT « PRENOM » LORSQUE VOUS AVEZ <u>TOTALEMENT ARRETE</u> DE L'ALLAITER ?	AGE EN SEMAINES REVOLUES..... _ _ AGE EN MOIS REVOLUS..... _ _	

	Instructions : - Si < 1 semaine, enregistrez 00. - Si < 1 mois, enregistrez en semaines révolues. - Si > ou = 1 mois, enregistrez en mois révolus.	NE SAIT PAS..... 9 8	
710	POUR QUELLES RAISONS AVEZ-VOUS TOTALEMENT ARRETE D'ALLAITER « PRENOM » ? Instruction : Plusieurs réponses possibles	PROBLEMES AUX SEINS..... A PROBLEMES DE LACTATION..... B AUTRES PROBLEMES DE SANTE DE LA MERE C ENFANT A PASSE L'AGE D'ETRE ALLAITE..... D DIFFICULTE/REFUS DE TETER DU BEBE..... E MAUVAISE CROISSANCE DU BEBE..... F AUTRE PROBLEME DE SANTE DU BEBE..... G PRESSION DE L'ENTOURAGE..... H ENFANT REMIS A LA BELLE FAMILLE..... I SCOLARISATION..... J TRAVAIL EN DEHORS DE LA MAISON..... K AUTRE : _____ L	PASSEZ A LA SECTION 8
711	DEPUIS VOTRE REVEIL HIER MATIN JUSQU'A VOTRE REVEIL CE MATIN AVEZ- VOUS ALLAITE « PRENOM » ?	NON..... 0 OUI..... 1	SI NON, PASSEZ A Q714
712	DEPUIS VOTRE REVEIL HIER MATIN JUSQU'A VOTRE COUCHE HIER NUIT COMBIEN DE FOIS AVEZ-VOUS ALLAITE « PRENOM » ? __ __	
713	DEPUIS VOTRE COUCHE HIER NUIT JUSQU'A VOTRE REVEIL CE MATIN COMBIEN DE FOIS AVEZ-VOUS ALLAITE « PRENOM » ? __ __	
PROBLEMES POUR ALLAITER			
714	DEPUIS QUE VOUS ALLAITEZ « PRENOM », AVEZ-VOUS DEJA SOUFFERT D'UN <u>PROBLEME A VOS SEINS</u> ?	NON..... 0 OUI..... 1	SI NON, PASSEZ A Q716
715	QUELS SONT LES PROBLEMES A VOS SEINS DONT VOUS AVEZ SOUFFERT ? Instruction : Plusieurs réponses possibles	ABCES DU SEIN..... A ENGORGEMENTS DES SEINS..... B MAMELONS DOULOUREUX..... C MAMELONS CREVASSES..... D AUTRE : _____ E	
716	DEPUIS QUE VOUS ALLAITEZ « PRENOM », AVEZ-VOUS EU DES DIFFICULTES A ALLAITER CAR VOUS NE PRODUISIEZ <u>PAS</u> <u>ASSEZ DE LAIT MATERNEL</u> ?	NON 0 OUI..... 1	
717	DEPUIS QUE VOUS ALLAITEZ « PRENOM », AVEZ-VOUS EU DES DIFFICULTES A ALLAITER A CAUSE D'UN <u>AUTRE PROBLEME</u>	NON 0 OUI..... 1	SI NON, PASSEZ A Q719

	<u>DE SANTE ?</u>		
718	<p>QUELS ONT ETE CES PROBLEMES DE SANTE DONT VOUS AVEZ SOUFFERT ?</p> <p>Instruction : Plusieurs réponses possibles</p>	<p>FIEVRE SUITE A L'ACCOUCHEMENT.... A</p> <p>INTENSE FATIGUE..... B</p> <p>OPERATION..... C</p> <p>PALUDISME..... D</p> <p>PRISE DE MEDICAMENT..... E</p> <p>TRAUMATISME..... F</p> <p>AUTRE : _____ G</p>	
719	DEPUIS QUE VOUS ALLAITEZ « PRENOM », A-T-IL EU DES <u>DIFFICULTES A TETER</u> ?	<p>NON 0</p> <p>OUI..... 1</p>	
720	DEPUIS QUE VOUS ALLAITEZ « PRENOM », A-T-IL <u>REFUSE DE TETER</u> ?	<p>NON 0</p> <p>OUI..... 1</p>	SI NON A Q714, Q716, Q717, Q719 ET Q720, PASSEZ A Q723
721	AVEZ-VOUS ARRÊTE <u>TEMPORAIREMENT</u> D'ALLAITER « PRENOM » A CAUSE DE L'UN DE CES PROBLEMES ?	<p>NON 0</p> <p>OUI..... 1</p>	SI NON, PASSEZ A Q723
722	<p>QUEL AGE AVAIT « PRENOM » LORSQUE VOUS AVEZ ARRETE <u>TEMPORAIREMENT</u> DE L'ALLAITER A CAUSE DE L'UN DE CES PROBLEMES ?</p> <p>Instructions :</p> <ul style="list-style-type: none"> - Si la femme a arrêté plusieurs fois l'allaitement en raison de problèmes, enregistrez l'âge la 1^{ière} fois - Si < 1 semaine, enregistrez 00. - Si < 1 mois, enregistrez en semaines révolues. - Si > ou = 1 mois, enregistrez en mois révolus. 	<p>AGE EN SEMAINES REVOLUES..... __ __ </p> <p>AGE EN MOIS REVOLUS..... __ __ </p> <p>NE SAIT PAS..... 9 8</p>	
723	DEPUIS SA NAISSANCE EST-IL ARRIVE QUE « PRENOM » SOIT NOURRI PAR QUELQU'UN D'AUTRE QUE VOUS?	<p>NON..... 0</p> <p>OUI..... 1</p>	SI NON, PASSEZ A LA SECTION 8
724	<p>LA <u>PREMIERE FOIS</u> QUE CELA EST ARRIVE, QUEL AGE AVAIT « PRENOM » ?</p> <p>Instructions :</p> <ul style="list-style-type: none"> - Si < 1 semaine, enregistrez 00. - Si < 1 mois, enregistrez en semaines révolues. - Si > ou = 1 mois, enregistrez en mois révolus. 	<p>AGE EN SEMAINES REVOLUES..... __ __ </p> <p>AGE EN MOIS REVOLUS..... __ __ </p> <p>NE SAIT PAS..... 9 8</p>	
SECTION 8 : ALIMENTATION DE L'ENFANT DE MOINS DE 24 MOIS ET DE SA MERE			
DANS LA JOURNEE D'HIER			
ALIMENTATION DE L'ENFANT DE MOINS DE 24 MOIS			

N°	QUESTIONS	MODALITES	PASSER A
800	DEPUIS VOTRE REVEIL HIER MATIN JUSQU'A VOTRE REVEIL CE MATIN AVEZ-VOUS DONNE A BOIRE OU A MANGER A « PRENOM » L'UN DES LIQUIDES OU ALIMENTS QUE JE VAIS VOUS CITER ? ET SI OUI, COMBIEN DE FOIS LUI AVEZ-VOUS DONNE ?		801 COMBIEN DE FOIS ?
800 A	EAU SIMPLE	NON 0 OUI..... 1	801 A __ __
800 B	EAU SUCREE OU SALEE	NON 0 OUI..... 1	801 B __ __
800 C	CAFE, THE	NON 0 OUI..... 1	801 C __ __
800 D	INFUSION, DECOCTION	NON 0 OUI..... 1	801 D __ __
800 E	JUS :BISSAP, TAMARIN, ZOOM KOUM, PAIN DE SINGE, ORANGE,	NON 0 OUI..... 1	801 E __ __
800 F	DOLO OU AUTRE ALCOOL	NON 0 OUI..... 1	801 F __ __
800 G	LAIT DE VACHE OU DE CHEVRE	NON 0 OUI..... 1	801 G __ __
800 H	SUBSTITUT DE LAIT MATERNEL	NON 0 OUI..... 1	801 H __ __
800 I	AUTRE LIQUIDE : _____		801 I __ __
800 J	YAHOURT, LAIT CAILLE	NON 0 OUI..... 1	801 J __ __
800 K	SOUPE	NON 0 OUI..... 1	801 K __ __
800 L	BOUILLIE DE CEREALES	NON 0 _ SI NON, PASSEZ A Q800 N OUI..... 1	801 L __ __
800 M	QUELS AUTRES INGREDIENTS QUE LES CEREALES, AVEZ-VOUS UTILISE POUR PREPARER LA BOUILLIE DONNEE A « PRENOM » ? Instruction : Plusieurs réponses possibles	AUCUN..... A PLUMPY NUT OU EQUIVALENT..... B VIANDE, POISSON, ŒUFS..... C HUILES, BEURRE..... D SUCRE..... E LAIT..... F	

		FEUILLES, LEGUMES..... G FRUITS, PAIN DE SINGE..... H NIEBE..... I ARACHIDE, PÂTE D'ARACHIDE..... J SESAME..... K NERE, SOUMBALA..... L AUTRE : _____ M	
800 N	PLAT A BASE DE CEREALES : TO, RIZ, PÂTES, MIL, SORGHO, MAIS,	NON 0 OUI..... 1	801 N __ __
800 O	NIEBE	NON 0 OUI..... 1	801 O __ __
800 P	CAROTTES, CITROUILLES OU PATATES DOUCES QUI SONT JAUNES OU ORANGES A L'INTERIEUR	NON 0 OUI..... 1	801 P __ __
800 Q	PLAT A BASE DE TUBERCULE : POMMES DE TERRE, IGNAME, MANIOC (ATIEKE, GARI, TAPIOCA)	NON 0 OUI..... 1	801 Q __ __
800 R	DES FEUILLES VERTES FONCEES : DE BAOBAB, DE PATATE DOUCE, DE MANIOC, DE NIEBE, DE MORINGA, DES EPINARDS Instruction : Les feuilles vertes foncées peuvent être fraîches ou séchées en poudre	NON 0 OUI..... 1	801 R __ __
800 S	LEGUMES: HARICOTS VERTS, COURGETTE, AUBERGINE, TOMATE, SALADE, CHOUX, ...	NON 0 OUI..... 1	801 S __ __
800 T	VIANDE (BŒUF, CHEVRE, PORC, MOUTON, VIANDE SAUVAGE) OU VOLAILLE (POULET, PINTADE, ...)	NON 0 OUI..... 1	801 T __ __
800 U	ABAS : CŒUR, FOIE, ROGNONS/REINS, POUMONS, INTESTINS, ESTOMACS	NON 0 OUI..... 1	801 U __ __
800 V	ŒUF	NON 0 OUI..... 1	801 V __ __
800 W	POISSON FRAIS OU SEC	NON 0 OUI..... 1	801 W __ __
800 X	EPHEMERES, CHENILLES, CRIQUETS, ...	NON 0 OUI..... 1	801 X __ __
800 Y	HUILE DE PALME	NON 0 OUI..... 1	801 Y __ __

800 Z	MANGUE, PAPAYE	NON 0 OUI..... 1	801 Z __ __
800 AB	AUTRES FRUITS : BANANE, POMME, ORANGE, FRUITS SAUVAGES, ...	NON 0 OUI..... 1	801 AB __ __
800 AC	CACAHOUETTES, NOIX DE CAJOU	NON 0 OUI..... 1	801 AC __ __
800 AD	SNACS : BEIGNETS, GALETTES, BISCUITS, CHIPS, ...	NON 0 OUI..... 1	801 AD __ __
800 AE	AUTRE SEMI-SOLIDE OU SOLIDE : _____		801 AE __ __
802	<u>DEPUIS VOTRE REVEIL HIER MATIN JUSQU'A VOTRE REVEIL CE MATIN</u> COMBIEN DE FOIS AVEZ-VOUS DONNE A MANGER A « PRENOM » DES ALIMENTS SEMI-SOLIDES OU SOLIDES ?	NOMBRE DE FOIS..... __ __ NE SAIT PAS..... 9 8 NE MANGE PAS ENCORE.... 9 7	
803	VOUS SENTEZ-VOUS CAPABLE DE DONNER DE LA VIANDE, DU POISSON OU DES ŒUFS A « PRENOM » TOUS LES JOURS ?	NON 0 OUI..... 1 NE MANGE PAS ENCORE.... 2	
804	VOUS SENTEZ-VOUS CAPABLE DE DONNER DES FEUILLES DE BAOBAB, DE PATATE DOUCE, DE MANIOC, DE NIEBE OU DE MORINGA A « PRENOM » TOUS LES JOURS ?	NON 0 OUI..... 1 NE MANGE PAS ENCORE.... 2	
805	VOUS SENTEZ-VOUS CAPABLE DE DONNER DES CAROTTES, CITROUILLES OU PATATES DOUCES A « PRENOM » TOUS LES JOURS ?	NON 0 OUI..... 1 NE MANGE PAS ENCORE.... 2	
ALIMENTATION DE SA MERE			
N°	QUESTIONS	MODALITES	PASSER A
806	<u>DEPUIS VOTRE REVEIL HIER MATIN JUSQU'A VOTRE REVEIL CE MATIN</u> POUVEZ-VOUS ME DIRE CE QUE VOUS AVEZ MANGE OU BU PARMIS LES LIQUIDES OU ALIMENTS QUE JE VAIS VOUS CITER ? ET SI OUI, POUVEZ-VOUS PRECISER COMBIEN DE FOIS ?		807 COMBIEN DE FOIS ?
806 A	EAU SIMPLE	NON 0 OUI..... 1	807 A __ __
806 B	CAFE, THE	NON 0 OUI..... 1	807 B __ __
806 C	JUS : BISSAP, TAMARIN, ZOUM KOUM,	NON 0	807 C __ __

	PAIN DE SINGE, ORANGE, ...	OUI..... 1	
806 D	DOLO OU AUTRE ALCOOL	NON 0 OUI..... 1	807 D __ __
806 E	LAIT DE VACHE OU DE CHEVRE	NON 0 OUI..... 1	807 E __ __
806 F	AUTRE LIQUIDE : _____		807 F __ __
806 G	YAHOURT, LAIT CAILLE	NON 0 OUI..... 1	807 G __ __
806 H	SOUPE	NON 0 OUI..... 1	807 H __ __
806 I	PLAT A BASE DE CEREALES : TO, RIZ, PÂTES, MIL, SORGHO, MAIS, ...	NON 0 OUI..... 1	807 I __ __
806 J	NIEBE	NON 0 OUI..... 1	807 J __ __
806 K	CAROTTES, CITROUILLES OU PATATES DOUCES QUI SONT JAUNES OU ORANGES A L'INTERIEUR	NON 0 OUI..... 1	807 K __ __
806 L	PLAT A BASE DE TUBERCULE : POMMES DE TERRE, IGNAME, MANIOC (ATIEKE, GARI, TAPIOCA)	NON 0 OUI..... 1	807 L __ __
806 M	DES FEUILLES VERTES FONCEES : FEUILLE DE BAOBAB, DE PAPTATE DOUCE, DE MANIOC, DE NIEBE, DE MORINGA, DES EPINARDS	NON 0 OUI..... 1	807 M __ __
806 N	LEGUMES: HARICOTS VERTS, COURGETTE, AUBERGINE, TOMATE, SALADE, CHOUX, ...	NON 0 OUI..... 1	807 N __ __
806 O	VIANDE (BŒUF, CHEVRE, PORC, MOUTON, VIANDE SAUVAGE) OU VOLAILLE (POULET, PINTADE, ...)	NON 0 OUI..... 1	807 O __ __
806 P	ABAS : CŒUR, FOIE, ROGNONS/REINS, POUMONS, INTESTINS, ESTOMACS	NON 0 OUI..... 1	807 P __ __
806 Q	ŒUF	NON 0 OUI..... 1	807 Q __ __
806 R	POISSON FRAIS OU SEC	NON 0 OUI..... 1	807 R __ __

806 S	EPHEMERES, CHENILLES, CRIQUETS, ...	NON 0 OUI..... 1	807 S __ __
806 T	HUILE DE PALME	NON 0 OUI..... 1	807 T __ __
806 U	MANGUE, PAPAYE	NON 0 OUI..... 1	807 U __ __
806 V	AUTRES FRUITS : BANANE, POMME, ORANGE, ...	NON 0 OUI..... 1	807 V __ __
806 W	CACAHOUETTES, NOIX DE CAJOU	NON 0 OUI..... 1	807 W __ __
806 X	SNACS : BEIGNETS, GALETTES, BISCUITS, CHIPS, ...	NON 0 OUI..... 1	807 X __ __
806 Y	AUTRE SEMI-SOLIDE OU SOLIDE : _____		807 Y __ __

**SECTION 9 : INFORMATIONS SUR L'ALLAITEMENT ET L'ALIMENTATION COMPLEMENTAIRE
RECUES DANS LA COMMUNAUTE**

INFORMATIONS RECUES PENDANT LA GROSSESSE

N°	QUESTIONS	MODALITES	PASSER A
901	<u>PENDANT VOTRE GROSSESSE, AVEZ-VOUS PARTICIPE A DES CAUSERIES DE GROUPE DANS VOTRE VILLAGE POUR DISCUTER DE L'ALIMENTATION DE LA FEMME ENCEINTE OU DE L'ALLAITEMENT DE L'ENFANT ?</u> Instruction : Il s'agit ici de causeries <u>en dehors</u> du CSPS.	NON 0 OUI, ALIM DE LA FEMME ENCEINTE.. 1 OUI, ALLAITEMENT..... 2 OUI, LES DEUX..... 3	SI NON, PASSEZ A Q904 SI 1, PASSEZ A Q902 SI 2, PASSEZ A Q903 SI 3, PASSEZ A Q902
902	COMBIEN DE FOIS AVEZ-VOUS PARTICIPE A CES CAUSERIES SUR L'ALIMENTATION DE LA FEMME ENCEINTE ?	NOMBRE DE CAUSERIES..... __ __ NE SAIT PAS..... 9 8	SI 1 A Q901, PASSEZ A Q904
903	COMBIEN DE FOIS AVEZ-VOUS PARTICIPE A CES CAUSERIES SUR L'ALLAITEMENT ?	NOMBRE DE CAUSERIES..... __ __ NE SAIT PAS..... 9 8	
904	<u>PENDANT VOTRE GROSSESSE, QUELQU'UN EST-IL VENU VOUS RENDRE VISITE DANS VOTRE MENAGE POUR VOUS CONSEILLER SUR L'ALIMENTATION DE LA FEMME ENCEINTE OU SUR L'ALLAITEMENT DE L'ENFANT ?</u>	NON 0 OUI, ALIM DE LA FEMME ENCEINTE 1 OUI, ALLAITEMENT..... 2 OUI, LES DEUX..... 3	SI NON, PASSEZ A Q909 SI 1, PASSEZ A Q905

			SI 2, PASSEZ A Q907 SI 3, PASSEZ A Q905
905	<p>QUI SONT CETTE OU CES PERSONNES QUI SONT VENUS VOUS RENDRE VISITE POUR VOUS CONSEILLER SUR L'ALIMENTATION DE LA FEMME ENCEINTE ?</p> <p>Instruction : Plusieurs réponses possibles</p>	<p>ACCOUCH. TRAD., VILLAGEOISE..... A</p> <p>AGENT DE SANTE COMMUNAUTAIRE... B</p> <p>MATRONE, ACCOUCH. FORMEE..... C</p> <p>AUTRE : _____ D</p> <p>NE SAIT PAS E</p>	
906	<p>COMBIEN DE FOIS CETTE OU CES PERSONNES SONT-ELLES VENU VOUS RENDRE VISITE POUR VOUS CONSEILLER SUR L'ALIMENTATION DE LA FEMME ENCEINTE ?</p>	<p>NOMBRE DE VISITES..... __ __ </p> <p>NE SAIT PAS..... 9 8</p>	SI 1 A Q904, PASSEZ A Q909
907	<p>QUI SONT CETTE OU CES PERSONNES QUI SONT VENUS VOUS RENDRE VISITE POUR VOUS CONSEILLER SUR L'ALLAITEMENT DE L'ENFANT ?</p> <p>Instruction : Plusieurs réponses possibles</p>	<p>ACCOUCH. TRAD., VILLAGEOISE..... A</p> <p>AGENT DE SANTE COMMUNAUTAIRE... B</p> <p>MATRONE, ACCOUCH. FORMEE..... C</p> <p>AUTRE : _____ D</p> <p>NE SAIT PAS E</p>	
908	<p>COMBIEN DE FOIS CETTE OU CES PERSONNES SONT-ELLES VENU VOUS RENDRE VISITE POUR VOUS CONSEILLER SUR L'ALLAITEMENT DE L'ENFANT ?</p>	<p>NOMBRE DE VISITES..... __ __ </p> <p>NE SAIT PAS..... 9 8</p>	
909	<p><u>PENDANT VOTRE GROSSESSE</u>, AVEZ-VOUS PARTICIPE A DES <u>CAUSERIES DE GROUPE DANS UN CSPA</u> POUR DISCUTER DE L'ALIMENTATION DE LA FEMME ENCEINTE OU DE L'ALLAITEMENT DE L'ENFANT ?</p>	<p>NON 0</p> <p>OUI, ALIM DE LA FEMME ENCEINTE 1</p> <p>OUI, ALLAITEMENT..... 2</p> <p>OUI, LES DEUX..... 3</p>	<p>SI NON, PASSEZ A Q912</p> <p>SI 1, PASSEZ A Q910</p> <p>SI 2, PASSEZ A Q911</p> <p>SI 3, PASSEZ A Q910</p>
910	<p>COMBIEN DE FOIS AVEZ-VOUS PARTICIPE A CES CAUSERIES SUR L'ALIMENTATION DE LA FEMME ENCEINTE ?</p>	<p>NOMBRE DE CAUSERIES..... __ __ </p> <p>NE SAIT PAS..... 9 8</p>	SI 1 A Q909, PASSEZ A Q912
911	<p>COMBIEN DE FOIS AVEZ-VOUS PARTICIPE A DES CAUSERIES SUR L'ALLAITEMENT ?</p>	<p>NOMBRE DE CAUSERIES..... __ __ </p> <p>NE SAIT PAS..... 9 8</p>	
912	<p><u>PENDANT VOTRE GROSSESSE</u>, UN TRADIPRATICIEN VOUS A-T-IL DONNE DES CONSEILS SUR L'ALIMENTATION DE LA FEMME ENCEINTE OU L'ALLAITEMENT DE L'ENFANT ?</p>	<p>NON 0</p> <p>OUI, ALIM DE LA FEMME ENCEINTE 1</p> <p>OUI, ALLAITEMENT..... 2</p> <p>OUI, LES DEUX..... 3</p>	

913	<p>PENDANT VOTRE GROSSESSE, UN PARENT VOUS A-T-IL DONNE DES CONSEILS SUR L'ALIMENTATION DE LA FEMME ENCEINTE OU L'ALLAITEMENT DE L'ENFANT ?</p>	<p>NON 0 OUI, ALIM DE LA FEMME ENCEINTE 1 OUI, ALLAITEMENT..... 2 OUI, LES DEUX..... 3</p>	<p>SI NON, PASSEZ A Q917 SI 1, PASSEZ A Q914 SI 2, PASSEZ A Q915 SI 3, PASSEZ A Q914</p>
914	<p>QUEL EST LE LIEN DE PARENTE DE CETTE OU CES AVEC VOUS ? Instruction : Plusieurs réponses possibles</p>	<p>BELLE-FILLE..... A BELLE-MERE..... B BELLE SOEUR..... C CO-EPOUSE..... D FILLE..... E GRAND-MERE..... F MARI..... G MERE..... H NIECE..... I PERE, ONCLE, FRERE..... J SŒUR..... K TANTE..... L AUTRE : _____ M</p>	<p>SI 1 A Q913, PASSEZ A Q917</p>
915	<p>QUEL EST LE LIEN DE PARENTE DE CETTE OU CES PERSONNES AVEC VOUS ? Instruction : Plusieurs réponses possibles</p>	<p>BELLE-FILLE..... A BELLE-MERE..... B BELLE SOEUR..... C CO-EPOUSE..... D FILLE..... E GRAND-MERE..... F MARI..... G MERE..... H NIECE..... I PERE, ONCLE, FRERE..... J SŒUR..... K TANTE..... L AUTRE : _____ M</p>	
916	<p>QUELS CONSEILS CETTE OU CES PERSONNES VOUS ONT-T-ELLES DONNE ? Instruction : Plusieurs réponses possibles</p>	<p>ALLAITER EXCLUSIVEMENT..... A BIEN POSITIONNER LE BEBE..... B DONNER DECOCTION..... C</p>	

		SUIVRE LES CONSEILS DU CSPS.....	D	
		AUTRE : _____	E	
INFORMATIONS RECUES DEPUIS LA NAISSANCE				
N°	QUESTIONS	MODALITES		PASSER A
917	<p>DEPUIS LA NAISSANCE DE « PRENOM », AVEZ-VOUS PARTICIPE A DES <u>CAUSERIES DE GROUPE DANS VOTRE VILLAGE</u> POUR DISCUTER DE L'ALLAITEMENT OU DE L'ALIMENTATION COMPLEMENTAIRE DES ENFANTS ?</p> <p>Instruction : Il s'agit ici de causeries en dehors du CSPS.</p>	<p>NON 0</p> <p>OUI, ALLAITEMENT..... 1</p> <p>OUI, ALLIMENTATION COMPL..... 2</p> <p>OUI, LES DEUX..... 3</p>		<p>SI NON, PASSEZ A Q922</p> <p>SI 1, PASSEZ A Q918</p> <p>SI 2, PASSEZ A Q920</p> <p>SI 3, PASSEZ A Q918</p>
918	<p>COMBIEN DE FOIS AVEZ-VOUS PARTICIPE A CES CAUSERIES SUR L'ALLAITEMENT ?</p>	<p>NOMBRE DE CAUSERIES..... __ __ </p> <p>NE SAIT PAS..... 9 8</p>		
919	<p>QUEL AGE AVAIT « PRENOM » LA PREMIERE FOIS QUE VOUS AVEZ PARTICIPE A CES CAUSERIES SUR L'ALLAITEMENT ?</p> <p>Instructions :</p> <p>-Si < 1 semaine, enregistrez 00.</p> <p>-Si < 1 mois, enregistrez en semaines révolues.</p> <p>-Si > ou = 1 mois, enregistrez en mois révolus.</p>	<p>AGE EN SEMAINES REVOLUES..... __ __ </p> <p>AGE EN MOIS REVOLUS..... __ __ </p> <p>NE SAIT PAS..... 9 8</p>		<p>SI 1 A Q917, PASSEZ A Q922</p>
920	<p>COMBIEN DE FOIS AVEZ-VOUS PARTICIPE A CES CAUSERIES SUR L'ALIMENTATION COMPLEMENTAIRE ?</p>	<p>NOMBRE DE CAUSERIES..... __ __ </p> <p>NE SAIT PAS..... 9 8</p>		
921	<p>QUEL AGE AVAIT « PRENOM » LA PREMIERE FOIS QUE VOUS AVEZ PARTICIPE A CES CAUSERIES SUR L'ALIMENTATION COMPLEMENTAIRE ?</p> <p>Instructions :</p> <p>-Si < 1 semaine, enregistrez 00.</p> <p>-Si < 1 mois, enregistrez en semaines révolues.</p> <p>-Si > ou = 1 mois, enregistrez en mois révolus.</p>	<p>AGE EN SEMAINES REVOLUES..... __ __ </p> <p>AGE EN MOIS REVOLUS..... __ __ </p> <p>NE SAIT PAS..... 9 8</p>		
922	<p>DEPUIS LA NAISSANCE DE « PRENOM », QUELQU'UN EST-IL VENU VOUS RENDRE <u>VISITE DANS VOTRE MENAGE</u> POUR VOUS CONSEILLER SUR L'ALLAITEMENT DE VOTRE ENFANT OU SON ALLIMENTATION COMPLEMENTAIRE ?</p>	<p>NON 0</p> <p>OUI, ALLAITEMENT..... 1</p> <p>OUI, ALLIMENTATION COMPL..... 2</p> <p>OUI, LES DEUX..... 3</p>		<p>SI NON, PASSEZ A Q929</p> <p>SI 1, PASSEZ A Q923</p> <p>SI 2, PASSEZ A Q926</p>

			SI 3, PASSEZ A Q923
923	<p>QUI SONT CETTE OU CES PERSONNES QUI SONT VENU VOUS RENDRE VISITE_POUR VOUS CONSEILLER SUR L'ALLAITEMENT DE VOTRE ENFANT?</p> <p>Instruction : Plusieurs réponses possibles</p>	<p>ACCOUCH. TRAD., VILLAGEOISE..... A</p> <p>AGENT DE SANTE COMMUNAUTAIRE.... B</p> <p>MATRONE, ACCOUCH. FORMEE..... C</p> <p>AUTRE : _____ D</p> <p>NE SAIT PAS E</p>	
924	<p>COMBIEN DE FOIS CETTE OU CES PERSONNES SONT-ELLES VENU VOUS RENDRE VISITE POUR VOUS CONSEILLER SUR L'ALLAITEMENT DE VOTRE ENFANT ?</p>	<p>NOMBRE DE VISITES..... __ __ </p> <p>NE SAIT PAS..... 9 8</p>	
925	<p>QUEL AGE AVAIT « PRENOM » LA PREMIERE FOIS QU'ON VOUS A RENDU VISITE POUR VOUS CONSEILLER SUR L'ALLAITEMENT DE VOTRE ENFANT ?</p> <p>Instructions :</p> <p>-Si < 1 semaine, enregistrez 00.</p> <p>-Si < 1 mois, enregistrez en semaines révolues.</p> <p>-Si > ou = 1 mois, enregistrez en mois révolus.</p>	<p>AGE EN SEMAINES REVOLUES..... __ __ </p> <p>AGE EN MOIS REVOLUS..... __ __ </p> <p>NE SAIT PAS..... 9 8</p>	SI 1 A Q922, PASSEZ A Q929
926	<p>QUI SONT CETTE OU CES PERSONNES QUI SONT VENU VOUS RENDRE VISITE_POUR VOUS CONSEILLER SUR L'ALIMENTATION COMPLEMENTAIRE DE VOTRE ENFANT ?</p> <p>Instruction : Plusieurs réponses possibles</p>	<p>ACCOUCH. TRAD., VILLAGEOISE..... A</p> <p>AGENT DE SANTE COMMUNAUTAIRE.... B</p> <p>MATRONE, ACCOUCH. FORMEE..... C</p> <p>AUTRE : _____ D</p> <p>NE SAIT PAS E</p>	
927	<p>COMBIEN DE FOIS CETTE OU CES PERSONNES SONT-ELLES VENU VOUS RENDRE VISITE POUR VOUS CONSEILLER SUR L'ALIMENTATION COMPLEMENTAIRE DE VOTRE ENFANT?</p>	<p>NOMBRE DE VISITES..... __ __ </p> <p>NE SAIT PAS..... 9 8</p>	
928	<p>QUEL AGE AVAIT « PRENOM » LA PREMIERE FOIS QU'ON VOUS A RENDU VISITE POUR VOUS CONSEILLER SUR L'ALIMENTATION COMPLEMENTAIRE DE VOTRE ENFANT ?</p> <p>Instructions :</p> <p>-Si < 1 semaine, enregistrez 00.</p> <p>-Si < 1 mois, enregistrez en semaines révolues.</p> <p>-Si > ou = 1 mois, enregistrez en mois révolus.</p>	<p>AGE EN SEMAINES REVOLUES..... __ __ </p> <p>AGE EN MOIS REVOLUS..... __ __ </p> <p>NE SAIT PAS..... 9 8</p>	
929	<p><u>DEPUIS LA NAISSANCE DE « PRENOM », AVEZ-VOUS PARTICIPE A DES CAUSERIES DE GROUPE DANS UN CSPS POUR DISCUTER</u></p>	<p>NON 0</p> <p>OUI, ALLAITEMENT..... 1</p>	SI NON, PASSEZ A Q934

	DE L'ALLAITEMENT OU DE L'ALIMENTATION COMPLEMENTAIRE DES ENFANTS ?	OUI, ALLIMENTATION COMPL..... 2 OUI, LES DEUX..... 3	SI 1, PASSEZ A Q930 SI 2, PASSEZ A Q932 SI 3, PASSEZ A Q930
930	COMBIEN DE FOIS AVEZ-VOUS PARTICIPE A CES CAUSERIES SUR L'ALLAITEMENT ?	NOMBRE DE CAUSERIES..... __ __ NE SAIT PAS..... 9 8	
931	QUEL AGE AVAIT « PRENOM » LA PREMIERE FOIS QUE VOUS AVEZ PARTICIPE A CES CAUSERIES SUR L'ALLAITEMENT ? Instructions : -Si < 1 semaine, enregistrez 00. -Si < 1 mois, enregistrez en semaines révolues. -Si > ou = 1 mois, enregistrez en mois révolus.	AGE EN SEMAINES REVOLUES..... __ __ AGE EN MOIS REVOLUS..... __ __ NE SAIT PAS..... 9 8	SI 1 A Q929, PASSEZ A Q934
932	COMBIEN DE FOIS AVEZ-VOUS PARTICIPE A CES CAUSERIES SUR L'ALIMENTATION COMPLEMENTAIRE ?	NOMBRE DE CAUSERIES..... __ __ NE SAIT PAS..... 9 8	
933	QUEL AGE AVAIT « PRENOM » LA PREMIERE FOIS QUE VOUS AVEZ PARTICIPE A CES CAUSERIES SUR L'ALIMENTATION COMPLEMENTAIRE ? Instructions : -Si < 1 semaine, enregistrez 00. -Si < 1 mois, enregistrez en semaines révolues. -Si > ou = 1 mois, enregistrez en mois révolus.	AGE EN SEMAINES REVOLUES..... __ __ AGE EN MOIS REVOLUS..... __ __ NE SAIT PAS..... 9 8	
934	DEPUIS LA NAISSANCE DE « PRENOM », UN TRADIPRATICIEN VOUS A-T-IL DONNE DES CONSEILS SUR L'ALLAITEMENT DE VOTRE ENFANT OU SON ALIMENTATION COMPLEMENTAIRE ?	NON 0 OUI, ALLAITEMENT..... 1 OUI, ALLIMENTATION COMPL..... 2 OUI, LES DEUX..... 3	
935	DEPUIS LA NAISSANCE DE « PRENOM », UN PARENT VOUS A-T-IL DONNE DES CONSEILS SUR L'ALLAITEMENT DE VOTRE ENFANT OU SON ALIMENTATION COMPLEMENTAIRE ?	NON 0 OUI, ALLAITEMENT..... 1 OUI, ALLIMENTATION COMPL..... 2 OUI, LES DEUX..... 3	SI NON, PASSEZ A Q939 SI 1, PASSEZ A Q936 SI 2, PASSEZ A Q938 SI 3, PASSEZ A Q936
936	QUEL EST LE LIEN DE PARENTE DE CETTE	BELLE-FILLE..... A	

	<p>OU CES PERSONNES AVEC VOUS ?</p> <p>Instruction : Plusieurs réponses possibles</p>	<p>BELLE-MERE..... B</p> <p>BELLE SOEUR..... C</p> <p>CO-EPOUSE..... D</p> <p>FILLE..... E</p> <p>GRAND-MERE..... F</p> <p>MARI..... G</p> <p>MERE..... H</p> <p>NIECE..... I</p> <p>PERE, ONCLE, FRERE..... J</p> <p>SŒUR..... K</p> <p>TANTE..... L</p> <p>AUTRE : _____ M</p>	
937	<p>QUELS CONSEILS CETTE OU CES PERSONNES VOUS A-T-ELLE DONNE SUR L'ALLAITEMENT DE VOTRE ENFANT ?</p> <p>Instruction : Plusieurs réponses possibles</p>	<p>ALLAITER EXCLUSIVEMENT..... A</p> <p>BIEN POSITIONNER LE BEBE..... B</p> <p>DONNER DECOCTION..... C</p> <p>SUIVRE LES CONSEILS DU CSPS..... D</p> <p>AUTRE : _____ E</p>	<p>SI 1 A Q935, PASSEZ A Q939</p>
938	<p>QUEL EST LE LIEN DE PARENTE DE CETTE OU CES PERSONNES AVEC VOUS ?</p> <p>Instruction : Plusieurs réponses possibles</p>	<p>BELLE-FILLE..... A</p> <p>BELLE-MERE..... B</p> <p>BELLE SOEUR..... C</p> <p>CO-EPOUSE..... D</p> <p>FILLE..... E</p> <p>GRAND-MERE..... F</p> <p>MARI..... G</p> <p>MERE..... H</p> <p>NIECE..... I</p> <p>PERE, ONCLE, FRERE..... J</p> <p>SŒUR..... K</p> <p>TANTE..... L</p> <p>AUTRE : _____ M</p>	
939	<p>DEPUIS LA NAISSANCE DE « PRENOM », AVEZ-VOUS ENTENDU A LA RADIO DES CONSEILS SUR L'ALLAITEMENT OU L'ALIMENTATION COMPLEMENTAIRE DES ENFANTS ?</p>	<p>NON 0</p> <p>OUI, ALLAITEMENT..... 1</p> <p>OUI, ALLIMENTATION COMPL..... 2</p> <p>OUI, LES DEUX..... 3</p>	<p>SI NON, PASSEZ A Q943</p> <p>SI 1, PASSEZ A Q940</p> <p>SI 2, PASSEZ A Q942</p> <p>SI 3, PASSEZ A Q940</p>

<p>940</p>	<p>QUELS CONSEILS SUR L'ALLAITEMENT DES BEBES AVEZ-VOUS ENTENDU A LA RADIO ?</p> <p>Instruction : Plusieurs réponses possibles</p>	<p>ALLAITER LE BEBE DANS L'HEURE QUI SUIIT L'ACCOUCHEMENT..... A</p> <p>DONNER LE COLOSTRUM AUX BEBES..... B</p> <p>NE PAS DONNER D'EAU AUX BEBES..... C</p> <p>NE PAS DONNER DE TISANES AUX BEBES..... D</p> <p>NE PAS DONNER D'ALIMENTS AUX BEBES..... E</p> <p>NE PAS PURGER LES BEBES..... F</p> <p>DONNER UNIQUEMENT LE LAIT MATERNEL JUSQU'A 6 MOIS..... G</p> <p>DONNER DES LIQUIDES A PARTIR DE 6 MOIS... H</p> <p>DONNER DES ALIMENTS A PARTIR DE 6 MOIS... I</p> <p>AUTRE : _____ J</p>	
<p>941</p>	<p>SUR QUELLE(S) RADIO(S) AVEZ-VOUS ENTENDU CES CONSEILS SUR L'ALLAITEMENT DES ENFANTS ?</p> <p>Instruction : Plusieurs réponses possibles</p>	<p>BOBO..... A</p> <p>CEDICOM FREQUENCE ESPOIR (DEDOUGOU)..... B</p> <p>DJIBASSO..... C</p> <p>EVANGILE DE NOUNA..... D</p> <p>EVANGILE ET DEVELOPPEMENT (RED)..... E</p> <p>HORIZON (OUAGA)..... F</p> <p>KANTIGIYA..... G</p> <p>KOSEN KIBARU..... H</p> <p>LA VOIX DES BALES..... I</p> <p>LA VOIX DES COTONNIERS (SOLENZO)..... J</p> <p>LOTAMU (SOLENZO)..... K</p> <p>POURA..... L</p> <p>RFI..... M</p> <p>RNB..... N</p> <p>SALAKI (DEDOUGOU)..... O</p> <p>SAVANE (OUAGA)..... P</p> <p>AUTRE : _____ Q</p> <p>NE SAIT PAS..... R</p>	<p>SI 1 A Q939, PASSEZ A Q943</p>
<p>942</p>	<p>SUR QUELLE(S) RADIO(S) AVEZ-VOUS ENTENDU CES CONSEILS SUR L'ALIMENTATION COMPLEMENTAIRE DES ENFANTS ?</p> <p>Instruction : Plusieurs réponses possibles</p>	<p>BOBO..... A</p> <p>CEDICOM FREQUENCE ESPOIR (DEDOUGOU)..... B</p> <p>DJIBASSO..... C</p> <p>EVANGILE DE NOUNA..... D</p> <p>EVANGILE ET DEVELOPPEMENT (RED)..... E</p> <p>HORIZON (OUAGA)..... F</p> <p>KANTIGIYA..... G</p>	

		KOSEN KIBARU..... H LA VOIX DES BALES..... I LA VOIX DES COTONNIERS (SOLENZO) J LOTAMU (SOLENZO)..... K POURA..... L RFI..... M RNB..... N SALAKI (DEDOUGOU)..... O SAVANE (OUAGA)..... P AUTRE : _____ Q NE SAIT PAS..... R	
943	<p><u>DEPUIS LA NAISSANCE DE « PRENOM », AVEZ-VOUS PARTICIPE A UNE FETE QUI ETAIT ORGANISEE POUR DISCUTER DE L'ALLAITEMENT DES BEBES ?</u></p> <p>Instruction : Les évènements organisés par Mwangaza action sont de 2 types : 1. Combinés à des évènements existants, e.g. marché, 2. Organisés spécifiquement pour discuter de l'allaitement, e.g. match de foot, démonstration équestre.</p>	NON..... 0 OUI..... 1	SI NON, PASSEZ A Q945
944	<p><u>QUELS CONSEILS SUR L'ALLAITEMENT DES BEBES AVEZ-VOUS ENTENDU PENDANT CETTE FETE ?</u></p> <p>Instruction : Plusieurs réponses possibles</p>	ALLAITER LE BEBE DANS L'HEURE QUI SUIE L'ACCOUCHEMENT..... A DONNER LE COLOSTRUM AUX BEBES..... B NE PAS DONNER D'EAU AUX BEBES..... C NE PAS DONNER DE TISANES AUX BEBES..... D NE PAS DONNER D'ALIMENTS AUX BEBES..... E NE PAS PURGER LES BEBES..... F DONNER UNIQUEMENT LE LAIT MATERNEL JUSQU'A 6 MOIS..... G DONNER DES LIQUIDES A PARTIR DE 6 MOIS... H DONNER DES ALIMENTS A PARTIR DE 6 MOIS... I AUTRE : _____ J	
945	<p><u>DEPUIS LA NAISSANCE DE « PRENOM », Y-A-T-IL EU D'AUTRES OCCASIONS OU AVEZ ENTENDU DES INFORMATIONS SUR L'ALLAITEMENT OU L'ALIMENTATION COMPLEMENTAIRE DES ENFANTS ?</u></p>	NON 0 OUI, ALLAITEMENT..... 1 OUI, ALLIMENTATION COMPL..... 2 OUI, LES DEUX..... 3	SI NON, PASSEZ A LA SECTION 10 SI 1, PASSEZ A Q946 SI 2, PASSEZ A Q947 SI 3, PASSEZ A Q946

946	QUELLES SONT CES AUTRES OCCASIONS PENDANT LESQUELLES VOUS AVEZ ENTENDU DES INFORMATIONS SUR L'ALLAITEMENT DES ENFANTS ?	MARCHE..... A CEREMONIES TRADITIONNELLES..... B SORTIES DE MOSQUEE/EGLISE..... C AUTRE..... D	SI 1 A Q945, PASSEZ A A LA SECTION 10
947	QUELLES SONT CES AUTRES OCCASIONS PENDANT LESQUELLES VOUS AVEZ ENTENDU DES INFORMATIONS SUR L'ALIMENTATION COMPLEMENTAIRE DES ENFANTS ?	MARCHE..... A CEREMONIES TRADITIONNELLES..... B SORTIES DE MOSQUEE/EGLISE..... C AUTRE..... D	
SECTION 10 : CONNAISSANCES ET « OPINIONS »			
N°	QUESTIONS	MODALITES	PASSER A
1001	SELON VOUS, COMBIEN DE TEMPS APRES L'ACCOUCHEMENT UNE MERE DEVRAIT METTRE AU SEIN SON BEBE ?	DANS L'HEURE QUI SUIT..... 1 ENTRE 1 HEURE ET 24 HEURES..... 2 AU DELA DE 1 JOUR..... 3 NE SAIT PAS..... 4	
1002	PENDANT COMBIEN DE TEMPS APRES L'ACCOUCHEMENT UNE MERE DEVRAIT ELLE <u>UNIQUEMENT</u> ALLAITER SON BEBE POUR LUI DONNER A BOIRE ET LE NOURRIR ? Instruction : Si < 1 mois, enregistrez 00	NOMBRE DE MOIS..... _ _ NE SAIT PAS..... 9 8	
1003	SELON VOUS, COMBIEN DE FOIS PAR JOUR UNE MERE DEVRAIT ELLE ALLAITER SON BEBE LORSQU'IL EST AGE DE MOINS DE 3 MOIS ?	A LA DEMANDE..... X NOMBRE DE FOIS..... _ _ NE SAIT PAS..... 9 8	
1004	SELON VOUS, A QUEL AGE (EN MOIS) UNE MERE DEVRAIT-ELLE COMMENCER A DONNER DE L'EAU OU D'AUTRES LIQUIDES A SON ENFANT ? Instruction : Si < 1 mois, enregistrez 00	NOMBRE DE MOIS..... _ _ NE SAIT PAS..... 9 8	
1005	SELON VOUS, A QUEL AGE (EN MOIS) UNE MERE DEVRAIT-ELLE COMMENCER A PREPARER DE LA BOUILLE POUR SON ENFANT ? Instruction : Si < 1 mois, enregistrez 00	NOMBRE DE MOIS..... _ _ NE SAIT PAS..... 9 8	
1006	SELON VOUS, A QUEL AGE (EN MOIS) UNE MERE DEVRAIT-ELLE COMMENCER A PREPARER DES ALIMENTS SEMI-SOLIDES OU SOLIDES POUR SON ENFANT ? Instruction : Si < 1 mois, enregistrez 00	NOMBRE DE MOIS..... _ _ NE SAIT PAS..... 9 8	

1007	<p>SELON VOUS, A PARTIR DE <u>CET ÂGE</u>, COMBIEN DE REPAS PAR JOUR AU MINIMUM, UNE MERE DEVRAIT-ELLE DONNER A SON ENFANT ?</p> <p>Instruction : mentionnez l'âge répondu à Q1006 pour formuler cette question</p>	<p>NOMBRE DE REPAS..... __ __ </p> <p>NE SAIT PAS..... 9 8</p>	
1008	<p>SELON VOUS, A QUEL AGE (EN MOIS) UNE MERE DEVRAIT-ELLE COMMENCER A PREPARER DES OEUFS POUR SON ENFANT ?</p> <p>Instruction : Si < 1 mois, enregistrez 00</p>	<p>NOMBRE DE MOIS..... __ __ </p> <p>NE SAIT PAS..... 9 8</p>	
1009	<p>SELON VOUS, A QUEL AGE (EN MOIS) UNE MERE DEVRAIT-ELLE COMMENCER A PREPARER DE LA VIANDE POUR SON ENFANT ?</p> <p>Instruction : Si < 1 mois, enregistrez 00</p>	<p>NOMBRE DE MOIS..... __ __ </p> <p>NE SAIT PAS..... 9 8</p>	
1010	<p>SELON VOUS, A QUEL AGE (EN MOIS) UNE MERE DEVRAIT-ELLE COMMENCER A PREPARER DES FEUILLES DE BAOBAB, DE PATATE DOUCE, DE NIEBE, DE MORINGA OU DE MANIOC POUR SON ENFANT ?</p> <p>Instruction : Si < 1 mois, enregistrez 00</p>	<p>NOMBRE DE MOIS..... __ __ </p> <p>NE SAIT PAS..... 9 8</p>	
1011	<p>SELON VOUS, A QUEL AGE (EN MOIS) UNE MERE DEVRAIT-ELLE COMMENCER A PREPARER DE LA PATATE DOUCE POUR SON ENFANT ?</p> <p>Instruction : Si < 1 mois, enregistrez 00</p>	<p>NOMBRE DE MOIS..... __ __ </p> <p>NE SAIT PAS..... 9 8</p>	
1012	<p>SELON VOUS, LORSQU'UN BEBE EST MALADE, FAUT-IL L'<u>ALLAITER</u> MOINS QUE D'HABITUDE, AUTANT QUE D'HABITUDE OU PLUS QUE D'HABITUDE ?</p> <p>Instructions : Si la mère vous répond « plus », demandez-lui de préciser si c'est « beaucoup plus » ou « un peu plus ». De même, si elle vous répond « moins ».</p>	<p>BEAUCOUP PLUS..... 1</p> <p>UN PEU PLUS..... 2</p> <p>AUTANT QUE D'HABITUDE..... 3</p> <p>UN PEU MOINS..... 4</p> <p>BEAUCOUP MOINS..... 5</p> <p>NE SAIT PAS..... 6</p>	
1013	<p>SELON VOUS, LORSQU'UN ENFANT EST MALADE, FAUT-IL LUI DONNER A <u>BOIRE</u> MOINS QUE D'HABITUDE, AUTANT QUE D'HABITUDE OU PLUS QUE D'HABITUDE ?</p> <p>Instructions : Si la mère vous répond « plus », demandez-lui de préciser si c'est « beaucoup plus » ou « un peu plus ». De même, si elle vous répond « moins ».</p>	<p>BEAUCOUP PLUS..... 1</p> <p>UN PEU PLUS..... 2</p> <p>AUTANT QUE D'HABITUDE..... 3</p> <p>UN PEU MOINS..... 4</p> <p>BEAUCOUP MOINS..... 5</p> <p>NE SAIT PAS..... 6</p>	
1014	<p>SELON VOUS, LORSQU'UN ENFANT EST MALADE, FAUT-IL LUI DONNER A <u>MANGER</u> MOINS QUE D'HABITUDE, AUTANT QUE D'HABITUDE OU PLUS QUE D'HABITUDE ?</p>	<p>BEAUCOUP PLUS..... 1</p> <p>UN PEU PLUS..... 2</p> <p>AUTANT QUE D'HABITUDE..... 3</p>	

	Instructions : Si la mère vous répond « plus », demandez-lui de préciser si c'est « beaucoup plus » ou « un peu plus ». De même, si elle vous répond « moins ».	UN PEU MOINS 4 BEAUCOUP MOINS 5 NE SAIT PAS..... 6	
1015	J'AIMERAI SAVOIR SI VOUS ETES D'ACCORD OU PAS D'ACCORD AVEC LES INFORMATIONS QUE JE VAIS VOUS CITER :		
1015 A	ALLAITER EST UNE BONNE CHOSE POUR LA SANTE D'UN BEBE	PAS D'ACCORD..... 0 D'ACCORD..... 1 NE SAIT PAS..... 2	
1015 B	SI UNE MERE ALLAITE SON ENFANT JUSQU'A SES 6 MOIS ET ATTEND QUE SON ENFANT AIT 6 MOIS POUR COMMENCER A LUI DONNER DE L'EAU, D'AUTRES LIQUIDES, ET DE LA BOUILLIE, ALORS SON ENFANT SERA EN BONNE SANTE	PAS D'ACCORD..... 0 D'ACCORD..... 1 NE SAIT PAS..... 2	
1015 C	ALLAITER EST UNE BONNE CHOSE POUR LA SANTE DE LA MAMAN	PAS D'ACCORD..... 0 D'ACCORD..... 1 NE SAIT PAS..... 2	
1015 D	SI UNE MERE ALLAITE SON ENFANT, IL AURA MOINS LA DIARRHEE	PAS D'ACCORD..... 0 D'ACCORD..... 1 NE SAIT PAS..... 2	
1015 E	DONNER LE COLOSTRUM A UN BEBE N'EST PAS UNE BONNE CHOSE POUR SA SANTE	PAS D'ACCORD..... 0 D'ACCORD..... 1 NE SAIT PAS..... 2	
1015 F	LE LAIT DE VACHE NOURIT PLUS LES BEBES QUE LE LAIT MATERNEL	PAS D'ACCORD..... 0 D'ACCORD..... 1 NE SAIT PAS..... 2	
1015 G	SI UNE MERE ALLAITE SON ENFANT, IL SERA MOINS MALADE	PAS D'ACCORD..... 0 D'ACCORD..... 1 NE SAIT PAS..... 2	
1015 H	UN BEBE A AUSSI BESOIN DE BOIRE DE L'EAU EN PLUS DU LAIT MATERNEL	PAS D'ACCORD..... 0 D'ACCORD..... 1 NE SAIT PAS..... 2	
1015 I	UN BEBE DE <u>MOINS DE 6 MOIS</u> A AUSSI BESOIN DE BOIRE DE L'EAU EN PLUS DU LAIT MATERNEL	PAS D'ACCORD..... 0 D'ACCORD..... 1 NE SAIT PAS..... 2	
1015 J	UN BEBE DE <u>MOINS DE 6 MOIS</u> A BESOIN DE BOIRE LA BOUILLIE	PAS D'ACCORD..... 0 D'ACCORD..... 1 NE SAIT PAS..... 2	
1015 K	LES TISANES OU DECOCTIONS PROTEGENT LA SANTE DES BEBES	PAS D'ACCORD..... 0 D'ACCORD..... 1 NE SAIT PAS..... 2	
1015 L	LORSQU'UNE MERE ALLAITE UNIQUEMENT SON ENFANT, ELLE PEUT EVITER DE TOMBER ENCEINTE	PAS D'ACCORD..... 0 D'ACCORD..... 1 NE SAIT PAS..... 2	

1015 M	UN ENFANT AGE DE 6 A 8 MOIS POUR QUI SA MERE PREPARE DES ŒUFS SERA EN BONNE SANTE	PAS D'ACCORD..... D'ACCORD..... NE SAIT PAS.....	0 1 2	
1015 N	UN ENFANT AGE DE 6 A 8 MOIS POUR QUI SA MERE PREPARE DE LA VIANDE SERA EN BONNE SANTE	PAS D'ACCORD..... D'ACCORD..... NE SAIT PAS.....	0 1 2	
1015 O	UN ENFANT AGE DE 6 A 8 MOIS POUR QUI SA MERE PREPARE DES CAROTTES, CITROUILLES OU PATATES DOUCES SERA EN BONNE SANTE	PAS D'ACCORD..... D'ACCORD..... NE SAIT PAS.....	0 1 2	
1015 P	UN ENFANT AGE DE 6 A 8 MOIS POUR QUI SA MERE PREPARE DES FEUILLES DE BAOBAB, DE PATATE DOUCE, DE NIEBE, DE MORINGA, DE MANIOC, OU DES EPINARDS SERA EN BONNE SANTE	PAS D'ACCORD..... D'ACCORD..... NE SAIT PAS.....	0 1 2	
1016	J'AIMERAI SAVOIR SI VOUS ETES D'ACCORD OU PAS D'ACCORD AVEC LES INFORMATIONS QUE JE VAIS VOUS CITER <u>AU SUJET DES AUTRES MERES DE VOTRE VILLAGE</u> :			
1016 A	LA MAJORITE DES MERES DE VOTRE VILLAGE ATTENDENT QUE LEUR ENFANT AIT 6 MOIS POUR COMMENCER A LUI DONNER DE L'EAU, D'AUTRES LIQUIDES, OU DE LA BOUILLIE	PAS D'ACCORD..... D'ACCORD..... NE SAIT PAS.....	0 1 2	
1016 B	LA MAJORITE DES MERES DE VOTRE VILLAGE NE DONNENT PAS LE COLOSTRUM A LEUR BEBE	PAS D'ACCORD..... D'ACCORD..... NE SAIT PAS.....	0 1 2	
1016 C	LA MAJORITE DES MERES DE VOTRE VILLAGE DONNENT DE L'EAU EN PLUS DU LAIT MATERNEL A LEUR BEBE DE <u>MOINS DE 6 MOIS</u>	PAS D'ACCORD..... D'ACCORD..... NE SAIT PAS.....	0 1 2	
1016 D	LA MAJORITE DES MERES DE VOTRE VILLAGE DONNENT DE LA BOUILLIE EN PLUS DU LAIT MATERNEL A LEUR BEBE DE <u>MOINS DE 6 MOIS</u>	PAS D'ACCORD..... D'ACCORD..... NE SAIT PAS.....	0 1 2	
1017	J'AIMERAI SAVOIR SI VOUS ETES D'ACCORD OU PAS D'ACCORD AVEC LES INFORMATIONS QUE JE VAIS VOUS CITER <u>AU SUJET DE CE QUE LES AUTRES HABITANTS DE VOTRE VILLAGE PENSENT QU'UNE MERE DOIT FAIRE</u> :			
1017 A	LA MAJORITE DES HABITANTS DE VOTRE VILLAGE PENSENT QU'UNE MERE DOIT ATTENDRE QUE SON ENFANT AIT 6 MOIS POUR COMMENCER A LUI DONNER DE L'EAU, D'AUTRES LIQUIDES, OU DE LA BOUILLIE	PAS D'ACCORD..... D'ACCORD..... NE SAIT PAS.....	0 1 2	
1017 B	LA MAJORITE DES HABITANTS DE VOTRE VILLAGE PENSENT QU'UNE MERE NE DOIT PAS DONNER LE COLOSTRUM A SON BEBE	PAS D'ACCORD..... D'ACCORD..... NE SAIT PAS.....	0 1 2	
1017 C	LA MAJORITE DES HABITANTS DE VOTRE VILLAGE PENSENT QU'UNE MERE DOIT DONNER DE L'EAU EN PLUS DU LAIT MATERNEL A SON BEBE DE <u>MOINS DE 6 MOIS</u>	PAS D'ACCORD..... D'ACCORD..... NE SAIT PAS.....	0 1 2	
1017 D	LA MAJORITE DES HABITANTS DE VOTRE VILLAGE PENSENT QU'UNE MERE DOIT DONNER DE LA BOUILLIE EN PLUS DU LAIT MATERNEL A SON BEBE DE <u>MOINS DE 6 MOIS</u>	PAS D'ACCORD..... D'ACCORD..... NE SAIT PAS.....	0 1 2	

1018	J'AIMERAI MAINTENANT VOUS POSER QUELQUES QUESTIONS SUR VOTRE PERSONNALITE :		
1018 A	VOUS ARRIVE T-IL DE NE PAS FAIRE QUELQUE CHOSE PARCE QUE VOUS PENSEZ NE PAS ETRE CAPABLE DE LE FAIRE ?	NON..... 0 OUI..... 1	
1018 B	VOUS ARRIVE T-IL DE NE PAS ECOUTER LES GENS MEME SI VOUS SAVEZ QU'ILS ONT RAISON ?	NON..... 0 OUI..... 1	
1018 C	VOUS ARRIVE T-IL DE VOUS SENTIR AGACEE PAR LES GENS QUI VOUS DEMANDENT DE FAIRE QUELQUE CHOSE POUR EUX ?	NON..... 0 OUI..... 1	
1018 D	RESTEZ VOUS TOUJOURS POLIE ET AGREABLE MEME LORSQUE LES GENS SONT DESAGRABLES ENVERS VOUS ?	NON..... 0 OUI..... 1	
1018 E	LORSQUE VOUS FAITES UNE ERREUR, EST-CE QUE VOUS L'ADMETTEZ FACILEMENT ?	NON..... 0 OUI..... 1	

SECTION 11 : OBSERVATION DES CARACTERISTIQUES DE L'HABITAT DU MENAGE DE LA FEMME

N°	QUESTIONS ET FILTRES	MODALITES	CODES	PASSER A
1100	<p><u>ENQUÊTEUR</u> : QUEL EST LE PRINCIPAL MATERIAU DE CONSTRUCTION UTILISE POUR LE SOL DE LA MAISON DE LA FEMME ?</p> <p>Instruction : Le principal matériau est celui qui couvre la plus grande surface.</p>	CARREAUX..... 1 CIMENT..... 2 SOL NATUREL, SABLE..... 3 TERRE BATTUE..... 4 AUTRE : _____ 5		
1101	<p><u>ENQUÊTEUR</u> : QUEL EST LE PRINCIPAL MATERIAU DE CONSTRUCTION UTILISE POUR LES MURS EXTERIEURS DE LA MAISON DE LA FEMME ?</p> <p>Instruction : Le principal matériau est celui qui couvre la plus grande surface.</p>	BANCO, BRIQUES DE TERRE..... 1 BANCO AMELIORE..... 2 BOIS, BAMBOU..... 3 BRIQUE EN CIMENT, BETON..... 4 BRIQUE TAILLEE..... 5 PIERRE..... 6 PAILLE 7 TOLE..... 8 AUTRE : _____ 9		
1102	<p><u>ENQUÊTEUR</u> : QUEL EST LE PRINCIPAL MATERIAU DE CONSTRUCTION UTILISE POUR LE TOIT DE LA MAISON DE LA FEMME ?</p> <p>Instruction : Le principal matériau est celui qui couvre la plus grande surface.</p>	BETON..... 1 BOIS..... 2 PAILLE, CHAUME..... 3 TERRE BATTUE..... 4 TOLES..... 5 TUILE..... 6 AUTRE : _____ 7		
1103	<p><u>ENQUÊTEUR</u> : QUEL GENRE DE LATRINE POSSEDE LE MENAGE DE LA FEMME ?</p> <p>Instructions :</p> <p>- Si plusieurs types de toilettes, inscrivez le</p>	AUCUNE LATRINE, TOILETTE..... 1 LATRINES AVEC DALLE ET VENTILEE..... 2 LATRINE AVEC DALLE..... 3 LATRINE SANS DALLE..... 4		

	type de toilettes le plus « amélioré » - Si les membres du ménage partagent la latrine de la grande famille ou des voisins, alors le ménage ne possède pas de latrine.	SEAU, POT..... 5 TOILETTE AVEC CHASSE D'EAU..... 6 AUTRE : _____ 7
1104	<u>ENQUÊTEUR</u> : QUEL EST LE RESULTAT DE L'ENTRETIEN ? Instruction : Une incapacité à répondre est due à une surdité, mutisme, d�ficiency mentale, maladie, vieillesse.	ABSENCE SANS RDV POSSIBLE..... 1 INCAPACITE A REpondRE..... 2 QUESTIONNAIRE COMPLET..... 3 REFUS DE PARTICIPER..... 4 AUTRE : _____ 5 N'EST PAS AGEE DE 12 A 55 ANS.....
1105	<u>ENQUÊTEUR</u> : ENREGISTREZ ICI VOS COMMENTAIRES SUR L'ENTRETIEN SI BESOIN	_____
1106	DATE DE L'ENTRETIEN Remarque : La date est enregistrée automatiquement.	_ _ JOUR _ _ MOIS _2_ _0_ _1_ _7_ ANNEE
1107	HEURE DE DEBUT DE L'ENTRETIEN Remarque : L'heure de début est enregistrée automatiquement.	_ _ HEURE _ _ MINUTES
1108	HEURE DE FIN DE L'ENTRETIEN Remarque : L'heure de fin est enregistrée automatiquement.	_ _ HEURE _ _ MINUTES