

**ENQUÊTE DÉMOGRAPHIQUE ET DE SANTÉ AU NIGER  
QUESTIONNAIRE FEMME**

MACRO INTERNATIONAL/CARE INTERNATIONAL

IDENTIFICATION	
NOM DE LA LOCALITÉ _____	
NOM DU CHEF DE MÉNAGE _____	
NUMÉRO DE GRAPPE .....	
NUMÉRO DE CONCESSION .....	
NUMÉRO DE MÉNAGE .....	
DÉPARTEMENT .....	
ARRONDISSEMENT .....	
CANTON .....	
URBAIN/RURAL (URBAIN=1, RURAL=2) .....	
NIAMEY/AUTRE VILLE/RURAL (Niamey=1, autre ville=2, rural=3) .....	
ZONE D'INTERVENTION UNICEF ..... OUI = 1; NON = 2 : ZONE COMMUNE = 3.	
NOM ET NUMÉRO DE LIGNE DE LA FEMME ENQUÊTÉE _____	

VISITES DE L'ENQUÊTRICE																
	1	2	3	VISITE FINALE												
DATE	_____	_____	_____	JOUR MOIS ANNÉE												
NOM DE L'ENQUÊTRICE	_____	_____	_____	NOM												
RÉSULTAT*	_____	_____	_____	RÉSULTAT												
PROCHAINE VISITE: DATE HEURE	_____	_____		NOMBRE TOTAL DE VISITES												
*CODES RÉSULTAT: <table style="width:100%; border: none;"> <tr> <td style="width: 25%;">1 COMPLET</td> <td style="width: 25%;">3 DIFFÉRÉ</td> <td style="width: 25%;">6 EN INCAPACITÉ</td> <td style="width: 25%;"></td> </tr> <tr> <td>2 PAS À LA MAISON</td> <td>4 REFUS</td> <td>7 AUTRE</td> <td>(PRÉCISER)</td> </tr> <tr> <td>5 PARTIELLEMENT REMPLI</td> <td></td> <td></td> <td></td> </tr> </table>					1 COMPLET	3 DIFFÉRÉ	6 EN INCAPACITÉ		2 PAS À LA MAISON	4 REFUS	7 AUTRE	(PRÉCISER)	5 PARTIELLEMENT REMPLI			
1 COMPLET	3 DIFFÉRÉ	6 EN INCAPACITÉ														
2 PAS À LA MAISON	4 REFUS	7 AUTRE	(PRÉCISER)													
5 PARTIELLEMENT REMPLI																

QUESTIONNAIRE FRANÇAIS .....	
LANGUE DE L'ENTRETIEN .....	
INTERPRÈTE (OUI = 1; NON = 2) .....	
* Langues: Français = 1; Haoussa = 2; Zarma = 3; Tamasheq = 4; Fulfuldé = 5; Autres = 6.	

CONTRÔLEUSE	CHEF D'ÉQUIPE	CONTRÔLE DE BUREAU	SAISI PAR :
NOM _____	NOM _____	_____	_____
DATE _____	DATE _____	_____	_____

SECTION 1. CARACTÉRISTIQUES SOCIO-DÉMOGRAPHIQUES DE L'ENQUÊTÉE

NO.	QUESTIONS ET FILTRES	CODES	PASSER À
101	ENREGISTRER L'HEURE.	HEURE ..... <input type="text"/> MINUTES ..... <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, dans une grande ville du Niger ou de l'étranger, dans une petite ville du Niger ou de l'étranger ou à la campagne du Niger ou de l'étranger ?	NIAMEY/AUTRE CAPITALE ..... 1 GRANDE VILLE NIGER/ÉTRANGER .. 2 PETITE VILLE NIGER/ÉTRANGER ... 3 CAMPAGNE NIGER/ÉTRANGER ..... 4	
103	Depuis combien de temps habitez-vous de façon continue à (NOM DU LIEU ACTUEL DE RÉSIDENCE)?	NOMBRE D'ANNÉES ..... <input type="text"/> TOUJOURS ..... 95 VISITEUSE ..... 96	→ 105
104	Juste avant de vous installer ici, avez-vous vécu à Niamey ou dans une autre capitale, dans une grande ville du Niger ou de l'étranger, dans une petite ville du Niger ou de l'étranger ou à la campagne du Niger ou de l'étranger ?	NIAMEY/AUTRE CAPITALE ..... 1 GRANDE VILLE NIGER/ÉTRANGER .. 2 PETITE VILLE NIGER/ÉTRANGER ... 3 CAMPAGNE NIGER/ÉTRANGER ..... 4	
105	En quel mois et quelle année êtes-vous née ?	MOIS ..... <input type="text"/> NSP MOIS ..... 98 ANNÉE ..... <input type="text"/> NSP ANNÉE ..... 9998	
106	Quel âge aviez-vous à votre dernier anniversaire ? COMPARER ET CORRIGER 105 ET/OU 106 SI INCONSISTANTS.	AGE EN ANNÉES RÉVOLUES . <input type="text"/>	
107	Avez-vous fréquenté l'école ?	OUI ..... 1 NON ..... 2	→ 114
108	Quel est le plus haut niveau d'études que vous avez atteint : primaire, secondaire premier cycle, secondaire second cycle ou supérieur ?	PRIMAIRE ..... 1 SECONDAIRE PREMIER CYCLE .... 2 SECONDAIRE SECOND CYCLE ..... 3 SUPÉRIEUR ..... 4	
109	Quelle est la dernière classe que vous avez achevée à ce niveau ?	CLASSE ..... <input type="text"/>	
110	VÉRIFIER 106: ÂGÉE DE 24 ANS OU MOINS <input type="checkbox"/> ÂGÉE DE 25 ANS OU PLUS <input type="checkbox"/>		→ 113

1








CODES POUR Q. 108 ET Q.109

NIVEAU	1 = PRIMAIRE	2 = SEC. 1ER CYCLE	3 = SEC. 2ND CYCLE	4 = SUPERIEUR
CLASSES	00 = MOINS D'1 ANNEE ACHEVEE 01 = CI 02 = CP 03 = CE1 04 = CE2 05 = CM1 06 = CM2 98 = NSP	00 = MOINS D'1 ANNEE ACHEVEE 01 = 6ème 02 = 5ème 03 = 4ème 04 = 3ème 98 = NSP	00 = MOINS D'1 ANNEE ACHEVEE 01 = 2nde 02 = 1ère 03 = Terminale 98 = NSP	00 = MOINS D'1 ANNEE ACHEVEE 01 = 1ère année 02 = 2 ans ou + 98 = NSP



NO.	QUESTIONS ET FILTRES	CODES	PASSER A																		
122	Dans quel département est-ce situé ?	AGADEZ/TAHOUA ..... 01 DIFFA/ZINDER ..... 02 DOSSO ..... 03 MARADI ..... 04 TILLABERY ..... 05 NIAMEY ..... 06 ETRANGER ..... 07																			
123	Maintenant je voudrais vous poser quelques questions sur le ménage dans lequel vous vivez habituellement.  D'ou provient principalement l'eau que boivent les membres de votre ménage ?	EAU DU ROBINET ROBINET DANS LOGEMENT/ COUR/CONCESSION ..... 11 →125 ROBINET PUBLIC ..... 12 EAU DE PUIITS PUIITS DANS LOGEMENT/ COUR/CONCESSION ..... 21 →125 PUIITS PUB. CIMENTE COUVERT 22 PUIITS PUB. CIMENTE NON COUVERT ..... 23 PUIITS PUBLIC TRADITIONNEL.. 24 FORAGE/POMPE ..... 25 EAU DE SURFACE SOURCE ..... 31 FLEUVE/RIVIERE/RUISSEAU ... 32 MARE/LAC ..... 33 EAU DE PLUIE ..... 41 VENDEUR D'EAU ..... 51 EAU EN BOUTEILLE ..... 61 AUTRE ..... 96 (PRÉCISER)	} →125																		
124	Combien de temps faut-il pour aller là-bas, prendre de l'eau et revenir ?	MINUTES ..... <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> SUR PLACE ..... 996																			
125	Quel genre de toilettes sont utilisées par la majorité des membres de votre ménage ?	CHASSE D'EAU CHASSE D'EAU PERSONNELLE 11 CHASSE D'EAU EN COMMUN .. 12 FOSSE/LATRINES FOSSE SOMMAIRE ..... 21 FOSSE AMÉLIORÉE ET VENTILÉE/LATRINES ..... 22 PAS DE TOILETTE/NATURE .... 31 AUTRE ..... 96 (PRÉCISER)																			
126	Dans votre ménage, avez-vous :  L'électricité (NIGELEC, groupe ou panneau solaire) ? Une radio? Une télévision? Un téléphone? Un réfrigérateur ou un congélateur ?	<table style="width:100%; border:none;"> <thead> <tr> <th></th> <th>OUI</th> <th>NON</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>ELECTRICITÉ .....</td> <td>1</td> <td>2</td> </tr> <tr> <td>RADIO .....</td> <td>1</td> <td>2</td> </tr> <tr> <td>TÉLÉVISION .....</td> <td>1</td> <td>2</td> </tr> <tr> <td>TÉLÉPHONE .....</td> <td>1</td> <td>2</td> </tr> <tr> <td>RÉFRIGÉRATEUR .....</td> <td>1</td> <td>2</td> </tr> </tbody> </table>		OUI	NON	ELECTRICITÉ .....	1	2	RADIO .....	1	2	TÉLÉVISION .....	1	2	TÉLÉPHONE .....	1	2	RÉFRIGÉRATEUR .....	1	2	
	OUI	NON																			
ELECTRICITÉ .....	1	2																			
RADIO .....	1	2																			
TÉLÉVISION .....	1	2																			
TÉLÉPHONE .....	1	2																			
RÉFRIGÉRATEUR .....	1	2																			
127	Pouvez-vous décrire le sol de votre maison ?	PLANCHER NATUREL TERRE/SABLE ..... 11 BOUSE ..... 12 PLANCHER SOMMAIRE PLANCHES EN BOIS ..... 21 PLANCHER FINI CARRELAGE ..... 33 CIMENT ..... 34 MOQUETTE ..... 35 AUTRE ..... 96 (PRÉCISER)																			
128	Y-a-t-il quelqu'un de votre ménage qui possède ?  Une bicyclette ? Une mobylette ou motocyclette ? Une voiture ? Une charette ?	<table style="width:100%; border:none;"> <thead> <tr> <th></th> <th>OUI</th> <th>NON</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>BICYCLETTE .....</td> <td>1</td> <td>2</td> </tr> <tr> <td>MOBYLETTE/MOTOCYCLE ..</td> <td>1</td> <td>2</td> </tr> <tr> <td>VOITURE .....</td> <td>1</td> <td>2</td> </tr> <tr> <td>CHARETTE</td> <td>1</td> <td>2</td> </tr> </tbody> </table>		OUI	NON	BICYCLETTE .....	1	2	MOBYLETTE/MOTOCYCLE ..	1	2	VOITURE .....	1	2	CHARETTE	1	2				
	OUI	NON																			
BICYCLETTE .....	1	2																			
MOBYLETTE/MOTOCYCLE ..	1	2																			
VOITURE .....	1	2																			
CHARETTE	1	2																			

**SECTION 2. REPRODUCTION**

NO.	QUESTIONS ET FILTRES	CODES	PASSER À
201	Maintenant je voudrais vous parler de toutes les naissances que vous avez eues dans votre vie. Avez-vous donné naissance à des enfants ?	OUI ..... 1 NON ..... 2	→206
202	Avez-vous des fils et des filles à qui vous avez donné naissance et qui vivent actuellement avec vous ?	OUI ..... 1 NON ..... 2	→204
203	Combien de fils vivent avec vous ? Et combien de filles vivent avec vous ?  SI AUCUN, NOTER '00'.	FILS À LA MAISON .....  FILLES À LA MAISON ..... 	
204	Avez-vous des fils ou des filles, à qui vous avez donné naissance, qui sont toujours en vie et qui ne vivent pas avec vous ?	OUI ..... 1 NON ..... 2	→206
205	Combien de fils sont vivants mais ne vivent pas avec vous ? Et combien de filles sont vivantes mais ne vivent pas avec vous ?  SI AUCUN, NOTER '00'.	FILS AILLEURS .....  FILLES AILLEURS ..... 	
206	Avez-vous donné naissance à un fils ou à une fille qui est né vivant mais qui est décédé par la suite ?  SI NON INSISTER Aucun enfant qui a crié 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	Combien de vos fils sont décédés ? Et combien de vos filles sont décédées ?  SI AUCUN, NOTER '00'.	FILS DÉCÉDÉS .....  FILLES DÉCÉDÉES ..... 	
208	FAITES LA SOMME DE 203, 205, ET 207, ET NOTER LE TOTAL.  SI AUCUN, NOTER '00'.	TOTAL ..... 	
209	VÉRIFIER 208:  Juste pour 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 NÉCESSAIRE		
210	VÉRIFIER 208:  AU MOINS UNE NAISSANCE <input type="checkbox"/> AUCUNE NAISSANCE <input type="checkbox"/>		→227

211 Maintenant, je voudrais faire la liste de toutes vos naissances, qu'elles soient encore en vie ou non, en commençant par la première naissance que vous avez eue. NOTER LE NOM DE TOUTES LES NAISSANCES À 212. ENREGISTRER LES JUMEAUX SUR DES LIGNES DIFFÉRENTES									
212	213	214	215	216	217 SI VIVANT:	218 SI VIVANT	219 SI DÉCÉDÉ:	220	221
Quel nom a été donné à votre (premier/suivant) enfant?  (NOM)	Parmi ces naissances, y avait-il des jumeaux?	(NOM) est 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) ?	(NOM) est-il/elle toujours en vie?	Quel âge avait (NOM) à son dernier anniversaire ?  NOTER L'ÂGE EN ANNÉES RÉVOLUES	(NOM) vit-il/elle avec vous ?	Quel âge avait (NOM) quand il/elle est mort(e) ?  SI 1 AN : INSISTER Quel âge avait-il/elle en mois ? NOTER EN JOURS SI MOINS D'1 MOIS; EN MOIS SI MOINS DE 2 ANS; OU EN ANNÉES.	SOUSTRAYRE L'ANNÉE DE LA NAISSANCE PRÉCÉDENTE DE L'ANNÉE DE LA NAISSANCE DE (NOM)  LA DIFFÉRENCE EST-ELLE DE 4 ANS OU PLUS ?	Y-a-t-il eu d'autres naissances vivantes entre (NOM DE LA NAISSANCE PRÉCÉDENTE) et (NOM)?
01	SIMP 1 MULT 2	GARÇ 1 FILLE 2	MOIS .. <input type="text"/> ANNÉE .. <input type="text"/>	OUI . 1 NON 2 ↓ 219	ÂGE EN ANNÉES <input type="text"/>	OUI ... 1 NON ... 2 NAIS. SUIVANTE	JOURS 1 <input type="text"/> MOIS . 2 <input type="text"/> ANNÉES 3 <input type="text"/>		
02	SIMP 1 MULT 2	GARÇ 1 FILLE 2	MOIS .. <input type="text"/> ANNÉE .. <input type="text"/>	OUI . 1 NON 2 ↓ 219	ÂGE EN ANNÉES <input type="text"/>	OUI ... 1 NON ... 2 (ALLER À 220)	JOURS 1 <input type="text"/> MOIS . 2 <input type="text"/> ANNÉES 3 <input type="text"/>	OUI ..... 1 NON ..... 2 (NAISSANCE SUIVANTE)	OUI . 1 NON 2
03	SIMP 1 MULT 2	GARÇ 1 FILLE 2	MOIS .. <input type="text"/> ANNÉE .. <input type="text"/>	OUI . 1 NON 2 ↓ 219	ÂGE EN ANNÉES <input type="text"/>	OUI ... 1 NON ... 2 (ALLER À 220)	JOURS 1 <input type="text"/> MOIS . 2 <input type="text"/> ANNÉES 3 <input type="text"/>	OUI ..... 1 NON ..... 2 (NAISSANCE SUIVANTE)	OUI . 1 NON 2
04	SIMP 1 MULT 2	GARÇ 1 FILLE 2	MOIS .. <input type="text"/> ANNÉE .. <input type="text"/>	OUI . 1 NON 2 ↓ 219	ÂGE EN ANNÉES <input type="text"/>	OUI ... 1 NON ... 2 (ALLER À 220)	JOURS 1 <input type="text"/> MOIS . 2 <input type="text"/> ANNÉES 3 <input type="text"/>	OUI ..... 1 NON ..... 2 (NAISSANCE SUIVANTE)	OUI . 1 NON 2
05	SIMP 1 MULT 2	GARÇ 1 FILLE 2	MOIS .. <input type="text"/> ANNÉE .. <input type="text"/>	OUI . 1 NON 2 ↓ 219	ÂGE EN ANNÉES <input type="text"/>	OUI ... 1 NON ... 2 (ALLER À 220)	JOURS 1 <input type="text"/> MOIS . 2 <input type="text"/> ANNÉES 3 <input type="text"/>	OUI ..... 1 NON ..... 2 (NAISSANCE SUIVANTE)	OUI . 1 NON 2
06	SIMP 1 MULT 2	GARÇ 1 FILLE 2	MOIS .. <input type="text"/> ANNÉE .. <input type="text"/>	OUI . 1 NON 2 ↓ 219	ÂGE EN ANNÉES <input type="text"/>	OUI ... 1 NON ... 2 (ALLER À 220)	JOURS 1 <input type="text"/> MOIS . 2 <input type="text"/> ANNÉES 3 <input type="text"/>	OUI ..... 1 NON ..... 2 (NAISSANCE SUIVANTE)	OUI . 1 NON 2
07	SIMP 1 MULT 2	GARÇ 1 FILLE 2	MOIS .. <input type="text"/> ANNÉE .. <input type="text"/>	OUI . 1 NON 2 ↓ 219	ÂGE EN ANNÉES <input type="text"/>	OUI ... 1 NON ... 2 (ALLER À 220)	JOURS 1 <input type="text"/> MOIS . 2 <input type="text"/> ANNÉES 3 <input type="text"/>	OUI ..... 1 NON ..... 2 (NAISSANCE SUIVANTE)	OUI . 1 NON 2

212	213	214	215	216	217 SI VIVANT:	218 SI VIVANT	219 SI DÉCÉDÉ:	220	221
Quel nom a été donné à votre (premier/suivant) enfant?  (NOM)	Parmi ces naissances, y avait-il des jumeaux?	(NOM) est 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) ?	(NOM) est-il/elle toujours en vie?	Quel âge avait (NOM) à son dernier anniversaire ?  NOTER L'ÂGE EN ANNÉES RÉVOLUES	(NOM) vit-il/elle avec vous ?	Quel âge avait (NOM) quand il/elle est mort(e) ?  SI 1 AN : INSISTER Quel âge avait-il/elle en mois ? NOTER EN JOURS SI MOINS D'1 MOIS; EN MOIS SI MOINS DE 2 ANS; OU EN ANNÉES.	SOUSTRAYRE L'ANNÉE DE LA NAISSANCE PRECEDENTE DE L'ANNÉE DE LA NAISSANCE DE (NOM)  LA DIFFÉRENCE EST-ELLE DE 4 ANS OU PLUS ?	Y-a-t-il eu d'autres naissances vivantes entre (NOM DE LA NAISSANCE PRÉCÉDENTE) et (NOM)?
08	SIMP 1 MULT 2	GARÇ 1 FILLE 2	MOIS .. <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> ANNÉE .. <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	OUI 1 NON 2 ↓ 219	ÂGE EN ANNÉES <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	OUI ...1 NON ..2 (ALLER À 220)	JOURS 1 <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> MOIS . 2 <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> ANNÉES 3 <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	OUI ..... 1 NON ..... 2 (NAISSANCE SUIVANTE)	OUI . 1 NON 2
09	SIMP 1 MULT 2	GARÇ 1 FILLE 2	MOIS .. <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> ANNÉE .. <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	OUI 1 NON 2 ↓ 219	ÂGE EN ANNÉES <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	OUI ...1 NON ..2 (ALLER À 220)	JOURS 1 <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> MOIS . 2 <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> ANNÉES 3 <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	OUI ..... 1 NON ..... 2 (NAISSANCE SUIVANTE)	OUI . 1 NON 2
10	SIMP 1 MULT 2	GARÇ 1 FILLE 2	MOIS .. <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> ANNÉE .. <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	OUI 1 NON 2 ↓ 219	ÂGE EN ANNÉES <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	OUI ...1 NON ..2 (ALLER À 220)	JOURS 1 <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> MOIS . 2 <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> ANNÉES 3 <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	OUI ..... 1 NON ..... 2 (NAISSANCE SUIVANTE)	OUI . 1 NON 2
222	SOUSTRAYRE L'ANNÉE DE NAISSANCE DU DERNIER ENFANT DE L'ANNÉE DE L'INTERVIEW. LA DIFFÉRENCE EST-ELLE DE 4 ANS OU PLUS ?						OUI ..... 1 NON2		→224
223	Avez-vous d'autres naissances vivantes depuis la naissance de (NOM DE LA DERNIÈRE NAISSANCE) ?						OUI ..... 1 NON ..... 2		
224	<p>COMPARER 208 AVEC LE NOMBRE DE NAISSANCE ENREGISTRÉ DANS LE TABLEAU CI-DESSUS ET NOTER :</p> <p>LES NOMBRES SONT LES MÊMES <input type="checkbox"/> LES NOMBRES SONT DIFFÉRENTS <input type="checkbox"/> → (VÉRIFIER ET CORRIGER)</p> <p>VÉRIFIER: POUR CHAQUE NAISSANCE : L'ANNÉE DE NAISSANCE EST ENREGISTRÉE</p> <p>POUR CHAQUE ENFANT VIVANT : L'ÂGE ACTUEL EST ENREGISTRÉ</p> <p>POUR CHAQUE ENFANT DÉCÉDÉ : L'ÂGE AU DÉCÈS EST ENREGISTRÉ</p> <p>POUR CHAQUE DÉCÈS À 12 MOIS OU 1 AN : DÉTERMINER LE NOMBRE EXACT DE MOIS</p>								
225	VÉRIFIER 215 ET INSCRIRE LE NOMBRE DE NAISSANCES DEPUIS JANVIER 1995. SI AUCUNE, ENREGISTRER 0								

NO.	QUESTIONS ET FILTRES	CODES	PASS. À
227	Êtes-vous actuellement enceinte ?	OUI ..... 1 NON ..... 2 N'EST PAS SÛRE ..... 8	→ 236
228	De combien de mois, êtes-vous enceinte ?  NOTER LE NOMBRE DE MOIS RÉVOLUS.	MOIS ..... <input type="text"/>	
229	Au moment où vous êtes tombée enceinte, vouliez-vous tomber enceinte <u>à ce moment</u> , vouliez-vous attendre <u>plus tard</u> , ou vouliez-vous <u>ne pas</u> tomber enceinte ?	À CE MOMENT-LÀ ..... 1 PLUS TARD ..... 2 NE VOULAIT PAS ..... 3	
236	Quand vos dernières règles ont-elles commencé ?  _____ (INSCRIRE LA DATE, SI ELLE EST DONNÉE )	NOMBRE DE JOURS ..... 1 <input type="text"/> NOMBRE DE SEMAINES ... 2 <input type="text"/> NOMBRE DE MOIS ..... 3 <input type="text"/> NOMBRE D'ANNÉES ..... 4 <input type="text"/>  EN MENOPAUSE ..... 994 AVANT DERNIÈRE NAISSANCE .. 995 JAMAIS EU DE RÈGLES ..... 996	
237	Entre le premier jour des règles d'une femme et le premier jour de ses règles suivantes, y-a-t-il des moments où elle a plus de chances de tomber enceinte que d'autres ?	OUI ..... 1 NON ..... 2 NSP ..... 8	→ 301
238	À quel moment de son cycle menstruel, une femme a-t-elle le plus de chances de tomber enceinte ?	PENDANT SES RÈGLES ..... 01 JUSTE APRÈS LA FIN DE SES RÈGLES ..... 02 AU MILIEU DU CYCLE ..... 03 JUSTE AVANT DÉBUT DES RÈGLES ..... 04  AUTRE ..... 96 (PRÉCISER) NSP ..... 98	



## SECTION 3. CONTRACEPTION

Maintenant, je voudrais vous parler de la planification familiale et des différents moyens ou méthodes qu'un couple peut utiliser pour retarder ou éviter une grossesse.				
ENCERCLER LE CODE "1" POUR CHAQUE MÉTHODE CITÉE SPONTANÉMENT. PUIS CONTINUER À LA COLONNE 302 EN LISANT LE NOM ET LA DESCRIPTION DE CHAQUE MÉTHODE NON CITÉE SPONTANÉMENT. ENCERCLER LE CODE "2" SI LA MÉTHODE EST RECONNUE ET LE CODE "3" SI ELLE N'EST PAS RECONNUE. PUIS POUR CHAQUE MÉTHODE AYANT LE CODE "1" OU "2" ENCERCLÉ À 301 OU À 302, POSER 303.				
301	Quels sont les moyens ou méthodes dont vous avez entendu parler ?	302 Avez-vous entendu parler de (MÉTHODE)?		303 Avez-vous déjà utilisé (MÉTHODE)?
		OUI SPONTANÉ	OUI DESCRIPTION NON	
01	PILULE Les femmes peuvent prendre une pilule tous les jours.	1	2 3	OUI ..... 1 NON ..... 2
02	DIU Les femmes peuvent avoir un stérilet ou DIU que le médecin ou l'infirmière leur place dans l'utérus.	1	2 3	OUI ..... 1 NON ..... 2
03	INJECTION Les femmes peuvent recevoir une injection, par un médecin ou une infirmière pour éviter de tomber enceinte pendant plusieurs mois.	1	2 3	OUI ..... 1 NON ..... 2
04	IMPLANTS Les femmes se font insérer, sous la peau du bras, plusieurs bâtonnets qui vont empêcher qu'elles ne tombent enceintes pendant plusieurs années.	1	2 3	OUI ..... 1 NON ..... 2
05	DIAPHRAGME, MOUSSE, OVULE Les femmes peuvent se mettre, à l'intérieur, un diaphragme, de la mousse ou une ovule avant d'avoir des rapports sexuels.	1	2 3	OUI ..... 1 NON ..... 2
06	CONDOM Les hommes peuvent se mettre une capote en caoutchouc sur le pénis pendant les rapports sexuels.	1	2 3	OUI ..... 1 NON ..... 2
07	STÉRILISATION FÉMININE Les femmes peuvent subir une opération pour ne plus avoir d'enfants.	1	2 3	Avez-vous eu une opération pour éviter d'avoir d'autres enfants ? OUI ..... 1 NON ..... 2
08	STÉRILISATION MASCULINE Les hommes peuvent subir une opération pour ne plus avoir d'enfants	1	2 3	Est-ce que votre conjoint/un de vos partenaires a eu une opération pour éviter d'avoir des enfants ? OUI ..... 1 NON ..... 2
09	RYTHME, CONTINENCE PÉRIODIQUE Les femmes peuvent éviter d'avoir des rapports sexuels certains jours du cycle, pendant lesquels elles sont plus susceptibles de tomber enceintes.	1	2 3	OUI ..... 1 NON ..... 2
10	RETRAIT Les hommes peuvent faire attention et se retirer juste avant l'éjaculation.	1	2 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 une grossesse ?	1	3	OUI ..... 1 NON ..... 2
		_____ (PRÉCISER)		OUI ..... 1 NON ..... 2
		_____ (PRÉCISER)		OUI ..... 1 NON ..... 2
304	VÉRIFIER 303: AUCUN "OUI" (N'A JAMAIS UTILISÉ) <input type="checkbox"/> AU MOINS UN "OUI" (A DÉJÀ UTILISÉ) <input type="checkbox"/> → PASSER À 309			

NO.	QUESTIONS ET FILTRES	CODES	PASS.A
305	Avez-vous déjà utilisé un moyen quelconque ou essayé quelque chose pour retarder une grossesse ou éviter de tomber enceinte ?	OUI ..... 1 NON ..... 2	→331
307	Qu'avez-vous fait ou utilisé ?  CORRIGER 303 ET 304 (ET 302 SI NÉCESSAIRE).		
309	Combien d'enfants vivants aviez-vous au moment où vous avez commencé à utiliser une méthode de contraception ?  SI AUCUN, NOTER '00'.	NOMBRE D'ENFANTS ..... <input type="text"/>	
310	La première fois que vous avez utilisé la planification familiale, était-ce parce que vous voulez avoir un autre enfant, mais vous le voulez <u>plus tard</u> , ou était-ce parce que vous ne voulez <u>plus d'enfant du tout</u> ?	VOULAIT ENFANT PLUS TARD ..... 1 NE VOULAIT PLUS D'ENFANT ..... 2 AUTRE ..... 6 (PRÉCISER)	
311	VÉRIFIER 303: FEMME NON STÉRILISÉE <input type="checkbox"/> FEMME STÉRILISÉE <input type="checkbox"/>		→314A
312	VÉRIFIER 227: PAS ENCEINTE OU PAS SÛRE <input type="checkbox"/> ENCEINTE <input type="checkbox"/>		→332
313	En ce moment, faites-vous quelque chose ou utilisez-vous une méthode pour éviter de tomber enceinte ?	OUI ..... 1 NON ..... 2	→331
314	Quelle méthode utilisez-vous ?	PILULE ..... 01 DIU ..... 02 INJECTIONS ..... 03 IMPLANTS ..... 04 DIAPHRAGME/MOUSSE/OVULES ..... 05 CONDOM ..... 06 STÉRILISATION FÉMININE ..... 07 STÉRILISATION MASCULINE ..... 08 CONTINENCE PÉRIODIQUE ..... 09 RETRAIT ..... 10 AUTRE ..... 96 (PRÉCISER)	→326 →318 →323 →326
314A	ENCERCLER '07' POUR LA STÉRILISATION FÉMININE.		
315	Puis-je voir la boîte de pilule que vous utilisez en ce moment ?  NOTER LE NOM DE LA MARQUE SI LA BOÎTE EST MONTRÉE	BOÎTE VUE ..... 1 MARQUE ..... <input type="text"/> BOÎTE NON VUE ..... 2	→317
316	Connaissez-vous le nom de la marque de pilule que vous utilisez en ce moment ?  NOTER LE NOM DE LA MARQUE	NOM DE LA MARQUE ..... <input type="text"/> NSP ..... 98	
317	Combien vous coûte une boîte (cycle) de pilules ?	COUT ..... <input type="text"/> GRATUITE ..... 9996 NSP ..... 9998	→326

NO.	QUESTIONS ET FILTRES	CODES	PASS.A						
318	Où a eu lieu la stérilisation ?  S'IL S'AGIT D'UN HÔPITAL, D'UN CENTRE DE SANTÉ OU D'UNE CLINIQUE, NOTER LE NOM DU LIEU. INSISTER POUR DÉTERMINER LE TYPE DE SERVICE ET ENCERCLER LE CODE APPROPRIÉ.  _____ (NOM DE L'ENDROIT)	SECTEUR PUBLIC HÔPITAL ..... 11 CENTRE DE SANTÉ INTÈGRE ..... 12 MATERNITE ..... 13 CASE DE SANTE ..... 14  AUTRE PUBLIC ..... 16 (PRÉCISER) SECTEUR MÉDICAL PRIVÉ CLINIQUE PRIVÉE ..... 21 MÉDECIN CABINET PRIVE ..... 23 INFIRMIER PRIVE ..... 24  AUTRE PRIVÉ ..... 26 (PRÉCISER)  AUTRE ..... 96 (PRÉCISER) NSP ..... 98							
319	Regrettez-vous d'avoir eu (ou votre mari) une opération pour ne plus avoir d'enfants ?	OUI ..... 1 NON ..... 2	→321						
320	Pourquoi regrettez-vous l'opération ?	ENQUÊTÉE VEUT AUTRE ENFANT ..... 01 MARI/CONJ. VEUT AUTRE ENFANT ..... 02 EFFETS SECONDAIRES ..... 03 ENFANT DÉCÉDÉ ..... 04  AUTRE ..... 96 (PRÉCISER)							
321	En quel mois et quelle année la stérilisation a-t-elle eu lieu ?	MOIS ..... <table border="1" style="display: inline-table; vertical-align: middle;"><tr><td> </td><td> </td></tr></table> ANNÉE ..... <table border="1" style="display: inline-table; vertical-align: middle;"><tr><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td></tr></table>							→327
323	Comment déterminez-vous les jours de votre cycle menstruel pendant lesquels vous ne devez pas avoir de relations sexuelles ?	BASÉ SUR LE CALENDRIER ..... 01 BASÉ SUR LA TEMPÉRATURE DU CORPS (MÉTHODE OGINO) ..... 02 BASÉ SUR MUCUS CERVICAL (MÉTHODE BILLINGS) ..... 03 BASÉ SUR LA TEMPÉRATURE DU CORPS ET SUR MUCUS CERVICAL ..... 04 PAS DE SYSTÈME SPÉCIFIQUE ..... 05  AUTRE ..... 96 (PRÉCISER)							
326	Depuis combien de mois utilisez-vous (MÉTHODE) de façon continue ?  SI MOINS DE 1 MOIS, NOTER '00'.	MOIS ..... <table border="1" style="display: inline-table; vertical-align: middle;"><tr><td> </td><td> </td></tr></table> 8 ANNÉES OU PLUS ..... 96							
327	VÉRIFIER 314  ENCERCLER LE CODE DE LA MÉTHODE UTILISÉE:	PILULE ..... 01 DIU ..... 02 INJECTIONS ..... 03 IMPLANTS ..... 04 DIAPHRAGME/MOUSSE/OVULES ..... 05 CONDOM ..... 06 STÉRILISATION FÉMININE ..... 07 STÉRILISATION MASCULINE ..... 08 CONTINENCE PÉRIODIQUE ..... 09 RETRAIT ..... 10 AUTRE ..... 96	→329A →332						





NO.	QUESTIONS ET FILTRES	CODES	PASS.A
328	<p>Où avez-vous obtenu votre (MÉTHODE) la dernière fois ?</p> <p>S'IL S'AGIT D'UN HÔPITAL, D'UN CENTRE DE SANTÉ OU D'UNE CLINIQUE, NOTER LE NOM DU LIEU. INSISTER POUR DÉTERMINER LE TYPE DE SERVICE ET ENCERCLER LE CODE APPROPRIÉ.</p> <p>_____</p> <p>(NOM DE L'ENDROIT)</p>	<p>SECTEUR PUBLIC</p> <p>HÔPITAL ..... 11</p> <p>CENTRE DE SANTÉ INTEGRE ..... 12</p> <p>MATERNITE ..... 13</p> <p>CASE DE SANTE ..... 14</p> <p>CONSULTATIONS FORAINES ..... 15</p> <p>AUTRE PUBLIC ..... 16</p> <p>(PRÉCISER)</p> <p>SECTEUR MÉDICAL PRIVÉ</p> <p>CLINIQUE PRIVÉE ..... 21</p> <p>PHARMACIE ..... 22</p> <p>MÉDECIN CABINET PRIVE ..... 23</p> <p>AGENT DE SANTÉ ..... 25</p> <p>AUTRE PRIVÉ</p> <p>MEDICAL ..... 26</p> <p>(PRÉCISER)</p> <p>AUTRE SOURCE</p> <p>PHARMACIE PAR TERRE ..... 31</p> <p>TRADI-PRATICIENS ..... 32</p> <p>AMIS/PARENTS ..... 33</p> <p>AUTRE ..... 36</p> <p>(PRÉCISER)</p>	
329	<p>Connaissez -vous un autre endroit où vous auriez pu vous procurer votre (MÉTHODE) la dernière fois ?</p>	<p>OUI ..... 1</p> <p>NON ..... 2</p>	→334
329A	<p>Au moment de votre stérilisation, connaissiez-vous un autre endroit où vous auriez pu subir cette même opération ?</p>		
330	<p>Les gens choisissent l'endroit où se procurer des services de planification familiale pour différentes raisons.</p> <p>Quelle est la principale raison pour laquelle vous êtes allée à (NOM DE L'ENDROIT À 328 OU 318) plutôt qu'à l'autre endroit que vous connaissez ?</p> <p>ENREGISTRER LA RÉPONSE ET ENCERCLER LE CODE</p> <p>_____</p>	<p>ACCESSIBILITÉ</p> <p>PROCHE DU DOMICILE ..... 11</p> <p>PROCHE DU MARCHÉ/TRAVAIL ... 12</p> <p>TRANSPORTS DISPONIBLES ..... 13</p> <p>RAISONS RELATIVES AU SERVICE</p> <p>PERSONNEL PLUS</p> <p>COMPÉTENT/AIMABLE ..... 21</p> <p>PLUS PROPRE ..... 22</p> <p>PLUS D'INTIMITÉ ..... 23</p> <p>ATTENTE MOINS LONGUE ..... 24</p> <p>TEMPS D'OUVERTURE PLUS LONG 25</p> <p>UTILISE D'AUTRES SERVICES DANS LE</p> <p>MÊME ÉTABLISSEMENT ..... 26</p> <p>COÛT PLUS FAIBLE/MOINS CHER ..... 31</p> <p>VEUT ANONYMAT ..... 41</p> <p>AUTRE ..... 96</p> <p>(PRÉCISER)</p> <p>NSP ..... 98</p>	→334

NO.	QUESTIONS ET FILTRES	CODES	PASS.A
331	Quelle est la principale raison pour laquelle vous n'utilisez pas une méthode pour éviter une grossesse ?	PAS MARIÉE ..... 11  RAISONS LIÉES À LA FÉCONDITÉ PAS DE RAPPORTS SEXUELS ..... 21 RAP. SEX. PEU FRÉQUENTS ..... 22 MÉNopause/HYSTÉRECTOMIE ... 23 SOUS-FÉCONDE/STÉRILE ..... 24 POST-PARTUM/ALLAITEMENT ..... 25 VEUT (D'AUTRES ) ENFANTS ..... 26 ENCEINTE ..... 27  OPPOSITION À L'UTILISATION ENQUÊTÉE OPPOSÉE ..... 31 CONJOINT OPPOSÉ ..... 32 AUTRES PERSONNES OPPOSÉES . 33 INTERDITS RELIGIEUX ..... 34  MANQUE DE CONNAISSANCE NE CONNAÎT PAS DE MÉTHODE ... 41 NE CONNAÎT PAS DE SOURCE .... 42  RAISONS LIÉES À LA MÉTHODES PROBLÈMES DE SANTÉ ..... 51 PEUR DES EFFETS SECONDAIRES 52 PAS ACCESSIBLE/TROP LOIN ..... 53 TROP CHÈRE ..... 54 PAS PRATIQUE À UTILISER ..... 55 INTERFÈRE AVEC LE PROCESSUS NORMAL DU CORPS ..... 56  AUTRE ..... 96 (PRÉCISER) NSP ..... 98	
332	Connaissez-vous un endroit où vous pouvez vous procurer une méthode de contraception ?	OUI ..... 1 NON ..... 2 →334	
333	Où est-ce?  S'IL S'AGIT D'UN HÔPITAL, D'UN CENTRE DE SANTÉ OU D'UNE CLINIQUE, NOTER LE NOM DU LIEU. INSISTER POUR DÉTERMINER LE TYPE DE SERVICE ET ENCERCLER LE CODE APPROPRIÉ.  _____ (NOM DE L'ENDROIT)	SECTEUR PUBLIC HÔPITAL ..... 11 CENTRE DE SANTÉ INTEGRE ..... 12 MATERNITE ..... 13 CASE DE SANTE ..... 14 CONSULTATIONS FORAINES ..... 15  AUTRE PUBLIC ..... 16 (PRÉCISER) SECTEUR MÉDICAL PRIVÉ CLINIQUE PRIVÉE ..... 21 PHARMACIE ..... 22 MÉDECIN CABINET PRIVE ..... 23 AGENT DE SANTÉ ..... 25  AUTRE PRIVÉ MEDICAL ..... 26 (PRÉCISER) AUTRE SOURCE PHARMACIE PAR TERRE ..... 31 TRADI-PRATICIENS ..... 32 AMIS/PARENTS ..... 33  AUTRE ..... 36 (PRÉCISER)	
334	Avez-vous reçu la visite d'un agent de santé au cours de 12 derniers mois ?	OUI ..... 1 NON ..... 2	
335	Êtes-vous allée dans un établissement de santé pour n'importe quelle raison, au cours des 12 derniers mois ?	OUI ..... 1 NON ..... 2 →337	
336	Est-ce-que quelqu'un de l'établissement de santé vous a parlé des méthodes de planification familiale ?	OUI ..... 1 NON ..... 2	
337	Pensez-vous que l'allaitement peut influencer les chances d'une femme de tomber enceinte ?	OUI ..... 1 NON ..... 2 →401 NSP ..... 8	

NO.	QUESTIONS ET FILTRES	CODES	PASS.
338	Pensez-vous que l'allaitement augmente ou diminue les chances d'une femme de tomber enceinte ?	AUGMENTE ..... 1 DIMINUE ..... 2 CELA DÉPEND ..... 3 NSP ..... 8	→401
339	VÉRIFIER 210: AU MOINS UNE <input type="checkbox"/> AUCUNE <input type="checkbox"/> NAISSANCE		→401
340	Avez-vous déjà compté sur l'allaitement comme un moyen d'éviter de tomber enceinte?	OUI ..... 1 NON ..... 2	→401
341	VÉRIFIER 227 ET 311: PAS ENCEINTE OU <input type="checkbox"/> ENCEINTE <input type="checkbox"/> PAS SÛRE OU ET NON STÉRILISÉE STÉRILISÉE		→401
342	Comptez-vous actuellement sur l'allaitement pour éviter de tomber enceinte ?	OUI ..... 1 NON ..... 2	

## SECTION 4A. GROSSESSE ET ALLAITEMENT

401	VÉRIFIER 225: AU MOINS UNE NAISSANCE DEPUIS JANV. 1995 <input type="checkbox"/>	AUCUNE NAIS- SANCE DEPUIS JANV. 1995 <input type="checkbox"/>	(PASSER À 465)
402	ENTRER LE NOM, LE NUMÉRO DE LIGNE ET L'ETAT DE SURVIE DE CHAQUE NAISSANCE SURVENUE DEPUIS JANVIER 1995 ET ENREGISTRÉE DANS LE TABLEAU DE REPRODUCTION. POSER CES QUESTIONS POUR TOUTES LES NAISSANCES ET COMMENCER PAR LA DERNIÈRE NAISSANCE. (S'IL Y A PLUS DE 2 NAISSANCES, UTILISER UN QUESTIONNAIRE SUPPLÉMENTAIRE).		
Maintenant je voudrais vous poser des questions sur la santé de tous les enfants que vous avez eus dans les trois dernières années. Nous ne parlerons que d'un enfant à la fois.			
403	NUMÉRO DE LIGNE DE 212	DERNIÈRE NAISSANCE NUMÉRO DE LIGNE ... <input type="checkbox"/>	AVANT-DERNIÈRE NAISSANCE NUMÉRO DE LIGNE ... <input type="checkbox"/>
404	DE Q212  ET Q216	NOM _____  VIVANT <input type="checkbox"/> DÉCÉDÉ <input type="checkbox"/>	NOM _____  VIVANT <input type="checkbox"/> DÉCÉDÉ <input type="checkbox"/>
405	Au moment où vous êtes tombée enceinte de (NOM), voulez-vous tomber enceinte <u>à ce moment-là</u> , voulez-vous attendre <u>plus tard</u> , ou voulez-vous <u>ne plus</u> avoir d'enfants ?	À CE MOMENT ..... 1 (PASSER À 407) ← PLUS TARD ..... 2  NE VOULAIT PLUS ..... 3 (PASSER À 407) ←	À CE MOMENT ..... 1 (PASSER À 407) ← PLUS TARD ..... 2  NE VOULAIT PLUS ..... 3 (PASSER À 407) ←
406	Combien de temps auriez-vous souhaité attendre ?	MOIS ..... 1 <input type="checkbox"/> ANNÉES ..... 2 <input type="checkbox"/> NSP ..... 998	MOIS ..... 1 <input type="checkbox"/> ANNÉES ..... 2 <input type="checkbox"/> NSP ..... 998
407	Quand vous étiez enceinte de (NOM), avez-vous consulté quelqu'un pour des soins prénatals au sujet de cette grossesse ?  SI OUI: Qui avez-vous vu ? Quelqu'un d'autre ?  INSISTER POUR DÉTERMINER LE TYPE DE PERSONNE ET EN REGISTRER TOUTES LES PERSONNES VUES.	PROFESSIONNELS DE SANTÉ MÉDECIN ..... A INFIRM/SAGE-FEMME .... B MATRONE/ACCOUCHEUSE. TRAD. FORMEE. .... C AUTRE PERSONNE ACCOUCHEUSE TRAD. NON FORMEE ..... D AUTRE _____ X (PRÉCISER) PERSONNE ..... Y (PASSER À 410) ←	PROFESSIONNELS DE SANTÉ MÉDECIN ..... A INFIRM/SAGE-FEMME .... B MATRONE/ACCOUCHEUSE. TRAD. FORMEE. .... C AUTRE PERSONNE ACCOUCHEUSE TRAD. NON FORMEE ..... D AUTRE _____ X (PRÉCISER) PERSONNE ..... Y (PASSER À 410) ←
408	De combien de mois étiez-vous enceinte lors de votre première consultation prénatale ?	MOIS ..... <input type="checkbox"/> NSP ..... 98	MOIS ..... <input type="checkbox"/> NSP ..... 98
409	Combien de fois êtes-vous allée en consultation prénatale au cours de cette grossesse ?	NOMBRE DE FOIS ..... <input type="checkbox"/> NSP ..... 98	NOMBRE DE FOIS ..... <input type="checkbox"/> NSP ..... 98
410	Quand vous étiez enceinte de (NOM), vous-a-t-on fait une injection dans le bras pour éviter que le bébé n'attrape le tétanos, c'est-à-dire qu'il ait des convulsions après la naissance ?	OUI ..... 1 NON ..... 2 (PASSER À 411A) ← NSP ..... 8	OUI ..... 1 NON ..... 2 (PASSER À 411A) ← NSP ..... 8
411	Pendant cette grossesse, combien de fois avez-vous reçu cette injection ?	NBRE DE FOIS ..... <input type="checkbox"/> NSP ..... 8	NBRE DE FOIS ..... <input type="checkbox"/> NSP ..... 8

		DERNIÈRE NAISSANCE NOM _____	AVANT-DERNIÈRE NAISSANCE NOM _____
411A	Pendant la grossesse de (NOM), avez-vous reçu des comprimés de fer, c'est-à-dire des petits cachets noirs ?	OUI ..... 1 NON ..... 2	OUI ..... 1 NON ..... 2
412	Où avez-vous accouché de (NOM)?	DOMICILE VOTRE DOMICILE ..... 11 AUTRE DOMICILE ..... 12 SECTEUR PUBLIC HÔPITAL ..... 21 MATERNITE ..... 22 CENTRE SANTÉ INTEGÈRE 23 CASE DE SANTÉ ..... 24 AUTRE PUBLIC ..... 26 _____ (PRÉCISER) SECTEUR MÉDICAL PRIVÉ CLINIQUE ..... 31 AUTRE MÉDICAL PRIVÉ ..... 36 _____ (PRÉCISER) AUTRE ..... 96 (PRÉCISER)	DOMICILE VOTRE DOMICILE ..... 11 AUTRE DOMICILE ..... 12 SECTEUR PUBLIC HÔPITAL ..... 21 MATERNITE ..... 22 CENTRE SANTÉ INTEGÈRE 23 CASE DE SANTÉ ..... 24 AUTRE PUBLIC ..... 26 _____ (PRÉCISER) SECTEUR MÉDICAL PRIVÉ CLINIQUE ..... 31 AUTRE MÉDICAL PRIVÉ ..... 36 _____ (PRÉCISER) AUTRE ..... 96 (PRÉCISER)
413	Qui vous a aidé lors de l'accouchement de (NOM)? Quelqu'un d'autre ?  INSISTER POUR DÉTERMINER LE TYPE DE PERSONNE ET ENREGISTRER TOUTES LES PERSONNES CITÉES	PROFESSIONNELS DE SANTÉ MÉDECIN ..... A INFIRM/SAGE-FEMME ..... B MATRONE/ACCOUCHEUSE. TRAD. FORMÉE ..... C AUTRE PERSONNE ACCOUCHEUSE TRAD. NON FORMÉE ..... D AUTRE ..... X (PRÉCISER) PERSONNE ..... Y	PROFESSIONNELS DE SANTÉ MÉDECIN ..... A INFIRM/SAGE-FEMME ..... B MATRONE/ACCOUCHEUSE. TRAD. FORMÉE ..... C AUTRE PERSONNE ACCOUCHEUSE TRAD. NON FORMÉE ..... D AUTRE ..... X (PRÉCISER) PERSONNE ..... Y
414	Au moment de la naissance de (NOM), avez-vous eu un des problèmes suivants :  Un long travail, c'est-à-dire des contractions régulières qui ont duré plus de 12 heures ?  Des saignements tellement importants que vous avez pensé que votre vie était en danger  Une forte fièvre accompagnée de pertes vaginales malodorantes ?  Des convulsions non causées par de la fièvre ?	OUI NON LONG TRAVAIL ..... 1 2 SAIGNEMENTS IMPORT. . 1 2 FORTE FIÈVRE AVEC PERTES VAGINALES ..... 1 2 CONVULSIONS ..... 1 2	OUI NON LONG TRAVAIL ..... 1 2 SAIGNEMENTS IMPORT. . 1 2 FORTE FIÈVRE AVEC PERTES VAGINALES ..... 1 2 CONVULSIONS ..... 1 2
415	Avez-vous accouché de (NOM) par césarienne ?	OUI ..... 1 NON ..... 2	OUI ..... 1 NON ..... 2
416	Quand (NOM) est né(e), était-il/elle : très gros, plus gros que la moyenne, moyen, plus petit que la moyenne, ou très petit ?	TRÈS GROS ..... 1 PLUS GROS QUÉ MOYENNE .. 2 MOYEN ..... 3 PLUS PETIT QUÉ MOYENNE .. 4 TRÈS PETIT ..... 5 NSP ..... 8	TRÈS GROS ..... 1 PLUS GROS QUÉ MOYENNE .. 2 MOYEN ..... 3 PLUS PETIT QUÉ MOYENNE .. 4 TRÈS PETIT ..... 5 NSP ..... 8
417	Est-ce-que (NOM) a été pesé à la naissance ?	OUI ..... 1 NON ..... 2 (PASSER À 418A)←	OUI ..... 1 NON ..... 2 (PASSER À 418A)←
418	Combien pesait (NOM) ?  ENREGISTRER LE POIDS PORTÉ SUR LE CARNET DE SANTÉ, SI DISPONIBLE.	GRAMMES DU CARNET ..... 1  GRAMMES DE MÉMOIRE ..... 2  NSP ..... 99998	GRAMMES DU CARNET ..... 1  GRAMMES DE MÉMOIRE ..... 2  NSP ..... 99998



		DERNIÈRE NAISSANCE NOM _____	AVANT-DERNIÈRE NAISSANCE NOM _____
418A	Après la naissance de (NOM), avez-vous vu quelqu'un pour des consultations post-natales ? SI OUI : Qui avez-vous vu ? Quelqu'un d'autre ?	PROFESSIONNELS DE SANTÉ MÉDECIN ..... A INFIRM/SAGE-FEMME .... B MATRONE/ACCOUCHEUSE. TRAD. FORMEE. .... C AUTRE PERSONNE ACCOUCHEUSE TRAD. NON FORMEE ..... D  AUTRE _____ X (PRÉCISER) PERSONNE ..... Y	PROFESSIONNELS DE SANTÉ MÉDECIN ..... A INFIRM/SAGE-FEMME .... B MATRONE/ACCOUCHEUSE. TRAD. FORMEE. .... C AUTRE PERSONNE ACCOUCHEUSE TRAD. NON FORMEE ..... D  AUTRE _____ X (PRÉCISER) PERSONNE ..... Y
419	Est-ce-que vos règles sont revenues depuis la naissance de (NOM) ?	OUI ..... 1 (PASSER À 421) ← NON ..... 2 (PASSER À 422) ←	
420	Est-ce-que vos règles sont revenues entre la naissance de (NOM) et votre naissance suivante ?		OUI ..... 1 NON ..... 2 (PASSER À 424) ←
421	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
422	VÉRIFIER 227: ENQUÊTÉE ENCEINTE ?	PAS EN-CEINTE <input type="checkbox"/> ENCEINTE PAS SÛRE <input type="checkbox"/> (PASSER À 424) ←	
423	Avez-vous repris les rapports sexuels depuis la naissance de (NOM) ?	OUI ..... 1 NON ..... 2 (PASSER À 425) ←	
424	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
425	Avez-vous allaité (NOM)?	OUI ..... 1 NON ..... 2 (PASSER À 426A) ←	OUI ..... 1 NON ..... 2 (PASSER À 426A) ←
426	Combien de temps après la naissance avez-vous mis (NOM) au sein ?  SI MOINS D'1 HEURE, ENREGISTRER '00' HEURE. SI MOINS DE 24 HEURES, ENREGISTRER EN HEURES AUTREMENT, ENREGISTRER EN JOURS	IMMÉDIATEMENT ..... 000 HEURES ..... 1 <input type="text"/> <input type="text"/> JOURS ..... 2 <input type="text"/> <input type="text"/>	IMMÉDIATEMENT ..... 000 HEURES ..... 1 <input type="text"/> <input type="text"/> JOURS ..... 2 <input type="text"/> <input type="text"/>
426A	Après la naissance de (NOM), c'est-à-dire dans les heures ou les jours qui ont suivi sa naissance, lui avez-vous donné à boire de l'eau ou tout autre liquide autre que le lait maternel ?	OUI ..... 1 NON ..... 2 (PASSER À 426C) ←	OUI ..... 1 NON ..... 2 (PASSER À 426C) ←
426B	Combien de temps après la naissance de (NOM) lui avez-vous donné à boire de l'eau ou un liquide autre que le lait maternel ?  SI MOINS D'1 HEURE, ENREGISTRER '00' HEURE. SI MOINS DE 24 HEURES, ENREGISTRER EN HEURES AUTREMENT, ENREGISTRER EN JOURS	IMMÉDIATEMENT ..... 000 HEURES ..... 1 <input type="text"/> <input type="text"/> JOURS ..... 2 <input type="text"/> <input type="text"/>	IMMÉDIATEMENT ..... 000 HEURES ..... 1 <input type="text"/> <input type="text"/> JOURS ..... 2 <input type="text"/> <input type="text"/>
426C	VÉRIFIER 425: ENFANT A ETE ALLAITE ?	OUI <input type="checkbox"/> NON <input type="checkbox"/> (PASSER À 431) ←	OUI <input type="checkbox"/> NON <input type="checkbox"/> (PASSER À 431) ←
427	VÉRIFIER 404: ENFANT VIVANT ?	VIVANT <input type="checkbox"/> DÉCÉDÉ <input type="checkbox"/> (PASSER À 429) ←	VIVANT <input type="checkbox"/> DÉCÉDÉ <input type="checkbox"/> (PASSER À 429) ←



		DERNIÈRE NAISSANCE NOM _____	AVANT-DERNIÈRE NAISSANCE NOM _____
428	Allaitez-vous encore (NOM)?	OUI ..... 1 (PASSER À 432) ← NON ..... 2	OUI ..... 1 (PASSER À 432) ← NON ..... 2
429	Pendant combien de mois avez-vous allaité (NOM)?	MOIS ..... <input type="text"/> NSP ..... 98	MOIS ..... <input type="text"/> NSP ..... 98
430	Pourquoi avez-vous arrêté d'allaiter (NOM)?	MÈRE MALADE/FAIBLE ..... 01 ENFANT MALADE/FAIBLE ..... 02 ENFANT DÉCÉDÉ ..... 03 PROBLÈMES DE SEINS ..... 04 LAIT INSUFFISANT ..... 05 MÈRE TRAVAILLE ..... 06 ENFANT REFUSE ..... 07 ÂGE DU SEVRAGE ..... 08 EST TOMBÉE ENCEINTE ..... 09 A COMMENCÉ À UTILISER CONTRACEPTION ..... 10 AUTRE ..... 96 (PRÉCISER)	MÈRE MALADE/FAIBLE ..... 01 ENFANT MALADE/FAIBLE ..... 02 ENFANT DÉCÉDÉ ..... 03 PROBLÈMES DE SEINS ..... 04 LAIT INSUFFISANT ..... 05 MÈRE TRAVAILLE ..... 06 ENFANT REFUSE ..... 07 ÂGE DU SEVRAGE ..... 08 EST TOMBÉE ENCEINTE ..... 09 A COMMENCÉ À UTILISER CONTRACEPTION ..... 10 AUTRE ..... 96 (PRÉCISER)
431	VÉRIFIER 404: ENFANT VIVANT?	VIVANT <input type="checkbox"/> DÉCÉDÉ <input type="checkbox"/> (PASSER À 434) (RETOURNER À 405 DANS COL.. SUIVANTE OU SI PLUS DE NAISS., PASSER À 440)	VIVANT <input type="checkbox"/> DÉCÉDÉ <input type="checkbox"/> (PASSER À 434) (RETOURNER À 405 DANS COL.. SUIVANTE OU SI PLUS DE NAISS., PASSER À 440)
432	Combien de fois avez-vous allaité (NOM) la nuit dernière, entre le coucher et le lever du soleil ? SI RÉPONSE NON NUMÉRIQUE, INSISTER POUR AVOIR UN NOMBRE APPROXIMATIF.	NOMBRE D'ALLAITEMENTS ..... <input type="text"/> DE NUIT	NOMBRE D'ALLAITEMENTS ..... <input type="text"/> DE NUIT
433	Combien de fois avez-vous allaité (NOM) hier pendant les heures de jour ? SI RÉPONSE NON NUMÉRIQUE, INSISTER POUR AVOIR UN NOMBRE APPROXIMATIF.	NOMBRE D'ALLAITEMENTS ..... <input type="text"/> DE JOUR	NOMBRE D'ALLAITEMENTS ..... <input type="text"/> DE JOUR
434	Est-ce que (NOM) a bu quelque chose au biberon, hier ou la nuit dernière ?	OUI ..... 1 NON ..... 2 NSP ..... 8	OUI ..... 1 NON ..... 2 NSP ..... 8
435	Est-ce-que (NOM) a reçu, à n'importe quel moment, hier ou la nuit dernière, une des choses suivantes :	OUI NON NSP	OUI NON NSP
	Eau?	EAU ..... 1 2 8	EAU ..... 1 2 8
	Eau sucrée?	EAU SUCRÉE ..... 1 2 8	EAU SUCRÉE ..... 1 2 8
	Jus de fruit ?	JUS DE FRUIT ..... 1 2 8	JUS DE FRUIT ..... 1 2 8
	Tisane ?	TISANE ..... 1 2 8	TISANE ..... 1 2 8
	Aliment pour bébé ?	ALIMENT POUR BÉBÉ . 1 2 8	ALIMENT POUR BÉBÉ . 1 2 8
	Lait en poudre ou en boîte ?	LAIT POUVRE/BOÎTE . 1 2 8	LAIT POUVRE/BOÎTE . 1 2 8
	Lait frais ?	LAIT FRAIS ..... 1 2 8	LAIT FRAIS ..... 1 2 8
	Autres liquides ?	AUTRES LIQUIDES ... 1 2 8	AUTRES LIQUIDES ... 1 2 8
	Aliments à base céréales (blé, maïs, riz, sorgho ou mil sous forme de bouillie, pain ou nouilles) ?	ALIMENTS À BASE DE CÉRÉALES ..... 1 2 8	ALIMENTS À BASE DE CÉRÉALES ..... 1 2 8
	Aliments à base de tubercules (manioc, igname, taro, pomme de terre ou patate douce)?	ALIMENTS À BASE DE TUBERCULES ..... 1 2 8	ALIMENTS À BASE DE TUBERCULES ..... 1 2 8
	Oeufs, poisson ou volaille ?	OEUFS/POISS/VOLAIL 1 2 8	OEUFS/POISS/VOLAIL 1 2 8
	Viande ?	VIANDE ..... 1 2 8	VIANDE ..... 1 2 8
	Autres aliments solides ou semi-solides ?	ALIM. SOLIDES OU SEMI-SOLIDES . 1 2 8	ALIM. SOLIDES OU SEMI-SOLIDES . 1 2 8

		DERNIÈRE NAISSANCE NOM _____	AVANT-DERNIÈRE NAISSANCE NOM _____
436	VÉRIFIER 435: NOURRITURE OU LIQUIDE DONNÉ HIER ?	"OUI" À 1 OU PLUS <input type="checkbox"/>	"NON/NSP" À TOUS <input type="checkbox"/>
		(PASSER À 438)	(PASSER À 438)
437	(À part le lait maternel) combien de fois (NOM) a-t-il/elle mangé hier, y compris les repas et les en-cas ? SI 7 FOIS OU PLUS, ENREGISTRER '7'.	NOMBRE DE FOIS ..... <input type="checkbox"/> NSP ..... 8	NOMBRE DE FOIS ..... <input type="checkbox"/> NSP ..... 8
438	Combien de jours sur les 7 derniers jours (NOM) a-t-il reçu un des liquides ou aliments suivants : Eau ? Lait (autre que le lait maternel) ? Liquides autres que l'eau ou le lait ? Aliments à base de blé, maïs, riz, sorgho ou mil ? Aliments à base de manioc, ignames, pommes de terre ou patate douce ? Oeufs, poisson, volaille ? Viande ? Autres aliments solides ou semi-solides ? SI NSP, ENREGISTRER '8'.	ENREGISTRER LE NOMBRE DE JOURS EAU ..... <input type="checkbox"/> LAIT ..... <input type="checkbox"/> AUTRES LIQUIDES ..... <input type="checkbox"/> ALIMENTS À BASE DE CEREALES ..... <input type="checkbox"/> ALIMENTS À BASE DE TUBERCULES ..... <input type="checkbox"/> OEUFS/POISS/VOLAIL ..... <input type="checkbox"/> VIANDE ..... <input type="checkbox"/> AUTRES SOLIDES/ SEMI-SOLIDES ..... <input type="checkbox"/>	ENREGISTRER LE NOMBRE DE JOURS EAU ..... <input type="checkbox"/> LAIT ..... <input type="checkbox"/> AUTRES LIQUIDES ..... <input type="checkbox"/> ALIMENTS À BASE DE CEREALES ..... <input type="checkbox"/> ALIMENTS À BASE DE TUBERCULES ..... <input type="checkbox"/> OEUFS/POISS/VOLAIL ..... <input type="checkbox"/> VIANDE ..... <input type="checkbox"/> AUTRES SOLIDES/ SEMI-SOLIDES ..... <input type="checkbox"/>
438A	Combien de jours sur les 7 derniers jours (NOM) a-t-il reçu un des aliments suivants : Des feuilles (sauce ..) ? Des carottes ? Des mangues ou jus de mangues ? De la papaye ? Du melon ? Des aliments préparés avec du tourteau d'arachide (dans la bouillie, dans le plat...) ? SI NSP, ENREGISTRER '8'.	ENREGISTRER LE NOMBRE DE JOURS FEUILLES ..... <input type="checkbox"/> CAROTTES ..... <input type="checkbox"/> MANGUES ..... <input type="checkbox"/> PAPAYES ..... <input type="checkbox"/> MELON ..... <input type="checkbox"/> ALIMENTS PREPARES AVEC TOURTEAU ..... <input type="checkbox"/>	ENREGISTRER LE NOMBRE DE JOURS FEUILLES ..... <input type="checkbox"/> CAROTTES ..... <input type="checkbox"/> MANGUES ..... <input type="checkbox"/> PAPAYES ..... <input type="checkbox"/> MELON ..... <input type="checkbox"/> ALIMENTS PREPARES AVEC TOURTEAU ..... <input type="checkbox"/>
439		RETOURNER À 405 DANS LA COL. SUIVANTE; OU SI PLUS DE NAISSANCE, PASSER À 440.	RETOURNER À 405 DANS LA COL. SUIVANTE; OU SI PLUS DE NAISSANCE, PASSER À 440.

SECTION 4B. VACCINATION ET SANTÉ

440	ENTRER LE NOM, LE NUMÉRO DE LIGNE ET L'ÉTAT DE SURVIE DE CHAQUE NAISSANCE SURVENUE DEPUIS JANVIER 1995 ENREGISTRÉE DANS LE TABLEAU DE REPRODUCTION. POSER LES QUESTIONS POUR CHAQUE NAISSANCE EN COMMENÇANT PAR LA DERNIÈRE NAISSANCE. (SI IL Y A PLUS DE 2 NAISSANCES, UTILISER UN QUESTIONNAIRE SUPPLÉMENTAIRE).		
441	NUMÉRO DE LIGNE DE 212	DERNIÈRE NAISSANCE NUMÉRO DE LIGNE .. <input type="text"/>	AVANT-DERNIÈRE NAISSANCE NUMÉRO DE LIGNE .. <input type="text"/>
442	DE 212  ET 216	NOM _____  VIV-ANT <input type="checkbox"/> DÉCÉDÉ <input type="checkbox"/>  (ALLER À 442 DANS COL. SUIVANTE; OU SI PLUS DE NAISS. ALLER À 465.)	NOM _____  VIV-ANT <input type="checkbox"/> DÉCÉDÉ <input type="checkbox"/>  (ALLER À 442 DANS COL. SUIVANTE; OU SI PLUS DE NAISS. ALLER À 465.)
443	Avez-vous une carte où les vaccinations de (NOM) sont inscrites ?  SI OUI: Puis-je la voir ?	OUI, VUE ..... 1 (PASSER À 445) ← <input type="checkbox"/> OUI, NON VUE ..... 2 (PASSER À 447) ← <input type="checkbox"/> PAS DE CARTE ..... 3	OUI, VUE ..... 1 (PASSER À 445) ← <input type="checkbox"/> OUI, NON VUE ..... 2 (PASSER À 447) ← <input type="checkbox"/> PAS DE CARTE ..... 3
444	Avez-vous déjà eu une carte de vaccination pour (NOM) ?	OUI ..... 1 (PASSER À 447) ← <input type="checkbox"/> NON ..... 2	OUI ..... 1 (PASSER À 447) ← <input type="checkbox"/> NON ..... 2
445	(1) COPIER CHAQUE DATE DE CHAQUE VACCIN À PARTIR DE LA CARTE.  (2) ÉCRIRE '44' DANS LA COLONNE JOUR SI LA CARTE INDIQUE QU'UN VACCIN A ÉTÉ DONNÉ MAIS LA DATE N'A PAS ÉTÉ REPORTÉE.  BCG POLIO 0 POLIO 1 POLIO 2 POLIO 3 DTCOQ 1 DTCOQ 2 DTCOQ 3 ROUGEOLE FIÈVRE JAUNE VIT A1 (CARTE DE MICRONUTRIMENT VIOLETTE) VIT A2 (CARTE DE MICRONUTRIMENT VIOLETTE)	JOUR MOIS ANNÉE BCG P0 .. P1 .. P2 .. P3 .. D1 .. D2 .. D3 .. ROU FJ .. VIT A1 VIT A2	JOUR MOIS ANNÉE BCG P0 .. P1 .. P2 .. P3 .. D1 .. D2 .. D3 .. ROU FJ .. VIT A1 VIT A2
446	Est-ce-que (NOM) a reçu des vaccinations qui ne sont pas inscrites sur la carte ?  ENREGISTRER 'OUI' SEULEMENT SI L'ENQUÊTÉE MENTIONNE LE BCG, LA POLIO 1-3, LE DTCOQ 1-3, LA ROUGEOLE. ET/OU LA FIEVRE JAUNE	OUI ..... 1 (INSISTER POUR VACCIN ET ÉCRIRE '66' DANS LA COL. CORRESPONDANT AU JOUR DANS 445) (PUIS, PASSER À 448!) ← <input type="checkbox"/> NON ..... 2 (PASSER À 448!) ← <input type="checkbox"/> NSP ..... 8	OUI ..... 1 (INSISTER POUR VACCIN ET ÉCRIRE '66' DANS LA COL. CORRESPONDANT AU JOUR DANS 445) (PUIS, PASSER À 448!) ← <input type="checkbox"/> NON ..... 2 (PASSER À 448!) ← <input type="checkbox"/> NSP ..... 8

		DERNIÈRE NAISSANCE		AVANT-DERNIÈRE NAISSANCE	
		NOM _____		NOM _____	
447	(NOM) a-t-il/elle reçu des vaccinations pour lui éviter d'attraper des maladies ?	OUI ..... 1 NON ..... 2 (PASSER À 448J) ← NSP ..... 8	OUI ..... 1 NON ..... 2 (PASSER À 448J) ← NSP ..... 8		
448	Dites moi, S.V.P., si (NOM) a reçu une des vaccination suivantes :				
448A	La vaccination du BCG, contre la tuberculose, c'est-à-dire une injection faite dans l'avant-bras gauche et qui laisse une cicatrice ?	OUI ..... 1 NON ..... 2 NSP ..... 8	OUI ..... 1 NON ..... 2 NSP ..... 8		
448B	Le vaccin contre la Polio, c'est-à-dire des gouttes dans la bouche ?	OUI ..... 1 NON ..... 2 (PASSER À 448E) ← NSP ..... 8	OUI ..... 1 NON ..... 2 (PASSER À 448E) ← NSP ..... 8		
448C	Combien de fois ?	NOMBRE DE FOIS ..... <input type="checkbox"/>	NOMBRE DE FOIS ..... <input type="checkbox"/>		
448D	Quand est-ce que le premier vaccin contre la polio a-t-il été donné, juste après la naissance ou plus tard ?	JUSTE APRÈS LA NAISS ..... 1 PLUS TARD ..... 2	JUSTE APRÈS LA NAISS ..... 1 PLUS TARD ..... 2		
448E	Le vaccin du DTCoq, c'est-à-dire une injection faite en même temps que sont données les gouttes contre la Polio ?	OUI ..... 1 NON ..... 2 (PASSER À 448G) ← NSP ..... 8	OUI ..... 1 NON ..... 2 (PASSER À 448G) ← NSP ..... 8		
448F	Combien de fois ?	NOMBRE DE FOIS ..... <input type="checkbox"/>	NOMBRE DE FOIS ..... <input type="checkbox"/>		
448G	Le vaccin contre la rougeole ?	OUI ..... 1 NON ..... 2 NSP ..... 8	OUI ..... 1 NON ..... 2 NSP ..... 8		
448H	Le vaccin contre la fièvre jaune ?	OUI ..... 1 NON ..... 2 NSP ..... 8	OUI ..... 1 NON ..... 2 NSP ..... 8		
448I	VÉRIFIER 445 AU MOINS UNE DOSE DE VITAMINE A ENREGISTRÉE SUR LA CARTE	NON <input type="checkbox"/> OUI <input type="checkbox"/> (PASSER À 449)	NON <input type="checkbox"/> OUI <input type="checkbox"/> (PASSER À 449)		
448J	Est-ce que (NOM) a reçu une gélule comme celle-ci ?  MONTRER LA GÉLULE DE VITAMINE A  SI OUI : Combien de fois ?	OUI ..... 1 NON ..... 2 (PASSER À 449) ← NSP ..... 8  NOMBRE DE FOIS ..... <input type="checkbox"/>	OUI ..... 1 NON ..... 2 (PASSER À 449) ← NSP ..... 8  NOMBRE DE FOIS ..... <input type="checkbox"/>		
449	Est-ce que (NOM) a eu de la fièvre, à un moment quelconque, les 2 dernières semaines ?	OUI ..... 1 NON ..... 2 NSP ..... 8	OUI ..... 1 NON ..... 2 NSP ..... 8		
450	Est-ce que (NOM) a souffert de la toux, à un moment quelconque, les 2 dernières semaines ?	OUI ..... 1 NON ..... 2 (PASSER À 454) ← NSP ..... 8	OUI ..... 1 NON ..... 2 (PASSER À 454) ← NSP ..... 8		
451	Quand (NOM) était malade de la toux, respirait-il/elle plus vite que d'habitude avec un souffle court et rapide ?	OUI ..... 1 NON ..... 2 NSP ..... 8	OUI ..... 1 NON ..... 2 NSP ..... 8		
452	Avez-vous demandé des conseils ou des traitements pour la toux ?	OUI ..... 1 NON ..... 2 (PASSER À 454) ←	OUI ..... 1 NON ..... 2 (PASSER À 454) ←		

		DERNIÈRE NAISSANCE		AVANT-DERNIÈRE NAISSANCE	
		NOM _____		NOM _____	
453	Où avez-vous demandé des conseil ou un traitement ?  Quelque part ailleurs ?  ENREGISTRER TOUT CE QUI EST MENTIONNÉ	SECTEUR PUBLIC HÔPITAL ..... A CENTRE INTEGRE ..... B MATERNITE ..... C CASE DE SANTE ..... D CONSULT. FORAINES .... E  AUTRE PUBLIC ..... F (PRÉCISER) SECTEUR MÉDICAL PRIVÉ CLINIQUE PRIVÉE ..... G PHARMACIE ..... H MÉDECIN CABINET PRIVE I AGENT DE SANTÉ ..... J  AUTRE PRIVÉ MEDICAL ..... K (PRÉCISER) AUTRE SOURCE PHARMACIE PAR TERRE . L TRADI-PRATICIENS ..... M AMIS/PARENTS ..... N  AUTRE ..... X	SECTEUR PUBLIC HÔPITAL ..... A CENTRE INTEGRE ..... B MATERNITE ..... C CASE DE SANTE ..... D CONSULT. FORAINES .... E  AUTRE PUBLIC ..... F (PRÉCISER) SECTEUR MÉDICAL PRIVÉ CLINIQUE PRIVÉE ..... G PHARMACIE ..... H MÉDECIN CABINET PRIVE I AGENT DE SANTÉ ..... J  AUTRE PRIVÉ MEDICAL ..... K (PRÉCISER) AUTRE SOURCE PHARMACIE PAR TERRE . L TRADI-PRATICIENS ..... M AMIS/PARENTS ..... N  AUTRE ..... X		
454	Est-ce-que (NOM) a eu la diarrhée dans les 2 dernières semaines ?	OUI ..... 1 NON ..... 2 (PASSER À 464)← NSP ..... 8	OUI ..... 1 NON ..... 2 (PASSER À 464)← NSP ..... 8		
455	Y avait-il du sang dans les selles ?	OUI ..... 1 NON ..... 2 NSP ..... 8	OUI ..... 1 NON ..... 2 NSP ..... 8		
456	Le pire jour de la diarrhée, combien de selles (NOM) a-t-il eu ?	NOMBRE DE SELLES .....  NSP ..... 98	NOMBRE DE SELLES .....  NSP ..... 98		
457	(NOM) a-t-il reçu la même quantité de liquide qu'avant la diarrhée, plus ou moins ?	PAREIL ..... 1 PLUS ..... 2 MOINS ..... 3 NSP ..... 8	PAREIL ..... 1 PLUS ..... 2 MOINS ..... 3 NSP ..... 8		
458	(NOM) a-t-il reçu la même quantité de nourriture avant la diarrhée, plus ou moins ?	PAREIL ..... 1 PLUS ..... 2 MOINS ..... 3 NSP ..... 8	PAREIL ..... 1 PLUS ..... 2 MOINS ..... 3 NSP ..... 8		
459	Quand (NOM) avait la diarrhée, lui a-t-on donné à boire, une des choses suivantes : Un liquide préparé à partir d'un sachet spécial appelé SRO ? Une bouillie légère faite à partir de riz ? Soupe ou purée? Eau salée - sucrée? Décoctions d'écorces d'arbres ? Lait ou préparation pour bébé ? Boisson à base de yaourt ? Décoctions de feuilles de goyaviers, papayiers..? Eau ? N'importe quel autre liquide ?	OUI NON NSP SRO ..... 1 2 8 BOUILLIE LÉGÈRE ... 1 2 8 SOUPE ..... 1 2 8 EAU SALEE-SUCREE. . 1 2 8 DECOCT. D'ECORCES 1 2 8 LAIT/PRÉPA. BÉBÉ ... 1 2 8 BOISSON YAOURT. ... 1 2 8 GOYAVIER, PAPAYIER 1 2 8 EAU ..... 1 2 8 AUTRES LIQUIDES ... 1 2 8	OUI NON NSP SRO ..... 1 2 8 BOUILLIE LÉGÈRE ... 1 2 8 SOUPE ..... 1 2 8 EAU SALEE-SUCREE. . 1 2 8 DECOCT. D'ECORCES 1 2 8 LAIT/PRÉPA. BÉBÉ ... 1 2 8 BOISSON YAOURT. ... 1 2 8 GOYAVIER, PAPAYIER 1 2 8 EAU ..... 1 2 8 AUTRES LIQUIDES ... 1 2 8		
460	Est-ce-que quelque chose d'autre a été donné à (NOM) pour traiter sa diarrhée ?	OUI ..... 1 NON ..... 2 (PASSER À 462)← NSP ..... 8	OUI ..... 1 NON ..... 2 (PASSER À 462)← NSP ..... 8		














		DERNIÈRE NAISSANCE NOM _____	AVANT-DERNIÈRE NAISSANCE NOM _____
461	Qu'est-ce qui a été donné pour traiter la diarrhée ?  Quelque chose d'autre ?  ENREGISTRER TOUT CE QUI EST MENTIONNÉ	EAU SALEE-SUCREE ..... A COMPRIMÉ OU SIROP ..... B INJECTION ..... C (IV) INTRAVEINEUSES ..... D REMÈDES TRADITIONNELS HERBES MEDICINALES .... E  AUTRE _____ X (PRÉCISER)	EAU SALEE-SUCREE ..... A COMPRIMÉ OU SIROP ..... B INJECTION ..... C (IV) INTRAVEINEUSES ..... D REMÈDES TRADITIONNELS HERBES MEDICINALES .... E  AUTRE _____ X (PRÉCISER)
462	Avez-vous demandé des conseils ou un traitement pour la diarrhée ?	OUI ..... 1 NON ..... 2 (PASSER À 464)←	OUI ..... 1 NON ..... 2 (PASSER À 464)←
463	Où avez-vous demandé des conseil ou un traitement ?  Quelque part ailleurs ?  ENREGISTRER TOUT CE QUI EST MENTIONNÉ	SECTEUR PUBLIC HÔPITAL ..... A CENTRE INTEGRE ..... B MATERNITE ..... C CASE DE SANTE ..... D CONSULT. FORAINES .... E  AUTRE PUBLIC _____ F (PRÉCISER) SECTEUR MÉDICAL PRIVÉ CLINIQUE PRIVÉE ..... G PHARMACIE ..... H MÉDECIN CABINET PRIVE I AGENT DE SANTÉ ..... J  AUTRE PRIVÉ MEDICAL _____ K (PRÉCISER) AUTRE SOURCE PHARMACIE PAR TERRE . L TRADI-PRATICIENS ..... M AMIS/PARENTS ..... N  AUTRE _____ X	SECTEUR PUBLIC HÔPITAL ..... A CENTRE INTEGRE ..... B MATERNITE ..... C CASE DE SANTE ..... D CONSULT. FORAINES .... E  AUTRE PUBLIC _____ F (PRÉCISER) SECTEUR MÉDICAL PRIVÉ CLINIQUE PRIVÉE ..... G PHARMACIE ..... H MÉDECIN CABINET PRIVE I AGENT DE SANTÉ ..... J  AUTRE PRIVÉ MEDICAL _____ K (PRÉCISER) AUTRE SOURCE PHARMACIE PAR TERRE . L TRADI-PRATICIENS ..... M AMIS/PARENTS ..... N  AUTRE _____ X
464		RETOURNER À 442 DANS COLONNE SUIVANTE; OU SI PLUS DE NAISSANCES, ALLER À 465.	RETOURNER À 442 DANS COLONNE SUIVANTE; OU SI PLUS DE NAISSANCES, ALLER À 465.

NO.	QUESTIONS ET FILTRES	CODES	PASS. A
465	Quand un enfant a la diarrhée, doit-on lui donner à boire moins que d'habitude, la même quantité ou plus à boire que d'habitude ?	MOINS À BOIRE ..... 1 ENVIRON LA MÊME QUANTITÉ .... 2 PLUS À BOIRE ..... 3 NSP ..... 8	
466	Quand un enfant a la diarrhée, doit-on lui donner à manger moins que d'habitude, la même quantité ou plus à manger que d'habitude ?	MOINS À MANGER ..... 1 ENVIRON LA MÊME QUANTITÉ .... 2 PLUS À MANGER ..... 3 NSP ..... 8	
466A	Quand un enfant a la diarrhée, doit-on lui donner à têter moins que d'habitude, la même quantité ou plus à manger que d'habitude ?	MOINS À TETER ..... 1 ENVIRON LA MÊME QUANTITÉ .... 2 PLUS À TETER ..... 3 NSP ..... 8	
467	Quand un enfant souffre de la diarrhée, quels sont les symptômes qui vous indiquent qu'il/elle devrait être conduit(e) dans un établissement de santé ou auprès de personnel de santé ?  ENREGISTRER TOUT CE QUI EST MENTIONNÉ	SELLES LIQUIDES RÉPÉTÉES ..... A DES SELLES LIQUIDES ..... B VOMISSEMENTS RÉPÉTÉS ..... C DES VOMISSEMENTS ..... D SANG DANS LES SELLES ..... E FIÈVRE ..... F SOIF PRONONCÉE ..... G NE MANGE/NE BOIT PAS BIEN .... H DEVIENT PLUS MALADE/TRÈS MAL . I NE VA PAS MIEUX ..... J  AUTRE _____ X (PRÉCISER) NSP ..... Z	
468	Quand un enfant souffre de la toux, quels sont les symptômes qui vous indiquent qu'il/elle devrait être conduit(e) dans un établissement de santé ou auprès de personnel de santé ?  ENREGISTRER TOUT CE QUI EST MENTIONNÉ	RESPIRATION RAPIDE ..... A DIFFICULTÉ À RESPIRER ..... B RESPIRATION BRUYANTE ..... C FIÈVRE ..... D INCAPABLE DE BOIRE ..... E NE MANGE/NE BOIT PAS BIEN .... H DEVIENT PLUS MALADE/TRÈS MAL . I NE VA PAS MIEUX ..... J  AUTRE _____ X (PRÉCISER) NSP ..... Z	
469	VÉRIFIER 459, TOUTES LES COLONNES  AUCUN ENFANT N'A REÇU DE SRO <input type="checkbox"/> AU MOINS UN ENFANT A REÇU SRO <input type="checkbox"/>		→501
470	Avez-vous déjà entendu parler d'un produit appelé SRO que l'on peut obtenir pour traiter la diarrhée ?	OUI ..... 1 NON ..... 2	
471	NOTER SI L'ENQUÊTEE A UN GOÛTRE	OUI ..... 1 NON ..... 2 N'EST PAS SURE ..... 8	



SECTION 5. MARIAGE

NO	QUESTIONS ET FILTRES	CODES	PASS. À															
501	PRÉSENCE D'AUTRES PERSONNES À CE MOMENT.	<table style="width:100%; border:none;"> <tr> <td></td> <td align="right">OUI</td> <td align="right">NON</td> </tr> <tr> <td>ENFANTS MOINS DE 10 ANS</td> <td align="right">1</td> <td align="right">2</td> </tr> <tr> <td>MARI/CONJOINT</td> <td align="right">1</td> <td align="right">2</td> </tr> <tr> <td>AUTRES HOMMES</td> <td align="right">1</td> <td align="right">2</td> </tr> <tr> <td>AUTRES FEMMES</td> <td align="right">1</td> <td align="right">2</td> </tr> </table>		OUI	NON	ENFANTS MOINS DE 10 ANS	1	2	MARI/CONJOINT	1	2	AUTRES HOMMES	1	2	AUTRES FEMMES	1	2	
	OUI	NON																
ENFANTS MOINS DE 10 ANS	1	2																
MARI/CONJOINT	1	2																
AUTRES HOMMES	1	2																
AUTRES FEMMES	1	2																
502	Êtes-vous actuellement mariée ou vivez-vous actuellement avec un homme ?	<table style="width:100%; border:none;"> <tr> <td>OUI, ACTUELLEMENT MARIÉE</td> <td align="right">1</td> </tr> <tr> <td>OUI, VIT AVEC UN HOMME</td> <td align="right">2</td> </tr> <tr> <td>NON, PAS EN UNION</td> <td align="right">3</td> </tr> </table>	OUI, ACTUELLEMENT MARIÉE	1	OUI, VIT AVEC UN HOMME	2	NON, PAS EN UNION	3	→507									
OUI, ACTUELLEMENT MARIÉE	1																	
OUI, VIT AVEC UN HOMME	2																	
NON, PAS EN UNION	3																	
503	Avez-vous actuellement un partenaire sexuel régulier, un partenaire sexuel occasionnel ou pas de partenaire sexuel du tout ?	<table style="width:100%; border:none;"> <tr> <td>PARTENAIRE SEXUEL RÉGULIER</td> <td align="right">1</td> </tr> <tr> <td>PARTENAIRE SEX. OCCASIONNEL</td> <td align="right">2</td> </tr> <tr> <td>PAS DE PARTENAIRE SEXUEL</td> <td align="right">3</td> </tr> </table>	PARTENAIRE SEXUEL RÉGULIER	1	PARTENAIRE SEX. OCCASIONNEL	2	PAS DE PARTENAIRE SEXUEL	3										
PARTENAIRE SEXUEL RÉGULIER	1																	
PARTENAIRE SEX. OCCASIONNEL	2																	
PAS DE PARTENAIRE SEXUEL	3																	
504	Avez-vous déjà été mariée ou avez-vous déjà vécu avec un homme ?	<table style="width:100%; border:none;"> <tr> <td>OUI, A ÉTÉ MARIÉE</td> <td align="right">1</td> </tr> <tr> <td>OUI, A VÉCU AVEC UN HOMME</td> <td align="right">2</td> </tr> <tr> <td>NON</td> <td align="right">3</td> </tr> </table>	OUI, A ÉTÉ MARIÉE	1	OUI, A VÉCU AVEC UN HOMME	2	NON	3	→511 →515F									
OUI, A ÉTÉ MARIÉE	1																	
OUI, A VÉCU AVEC UN HOMME	2																	
NON	3																	
506	Quelle est votre situation matrimoniale actuelle : êtes-vous veuve, divorcée ou séparée ?	<table style="width:100%; border:none;"> <tr> <td>VEUVE</td> <td align="right">1</td> </tr> <tr> <td>DIVORCÉE</td> <td align="right">2</td> </tr> <tr> <td>SÉPARÉE</td> <td align="right">3</td> </tr> </table>	VEUVE	1	DIVORCÉE	2	SÉPARÉE	3	→511									
VEUVE	1																	
DIVORCÉE	2																	
SÉPARÉE	3																	
507	Est-ce-que votre mari/conjoint vit avec vous ou vit-il ailleurs ?	<table style="width:100%; border:none;"> <tr> <td>VIT AVEC ELLE</td> <td align="right">1</td> </tr> <tr> <td>VIT AILLEURS</td> <td align="right">2</td> </tr> </table>	VIT AVEC ELLE	1	VIT AILLEURS	2												
VIT AVEC ELLE	1																	
VIT AILLEURS	2																	
507A	NOTER LE NUMÉRO DE LIGNE DE SON MARI SELON LE QUESTIONNAIRE MÉNAGE. S'IL NE VIT PAS DANS LE MÉNAGE, NOTER "00"	NUMÉRO DE LIGNE <input style="width:40px; height:20px; border:1px solid black;" type="text"/>																
508	Est-ce-que votre mari/conjoint a d'autres épouses en plus de vous-même ?	<table style="width:100%; border:none;"> <tr> <td>OUI</td> <td align="right">1</td> </tr> <tr> <td>NON</td> <td align="right">2</td> </tr> </table>	OUI	1	NON	2	→511											
OUI	1																	
NON	2																	
509	Combien d'autres femmes a-t-il ?	<table style="width:100%; border:none;"> <tr> <td>NOMBRE</td> <td align="right"><input style="width:40px; height:20px; border:1px solid black;" type="text"/></td> </tr> <tr> <td>NSP</td> <td align="right">98</td> </tr> </table>	NOMBRE	<input style="width:40px; height:20px; border:1px solid black;" type="text"/>	NSP	98	→511											
NOMBRE	<input style="width:40px; height:20px; border:1px solid black;" type="text"/>																	
NSP	98																	
510	Êtes-vous la première, la seconde .... épouse ?	RANG <input style="width:40px; height:20px; border:1px solid black;" type="text"/>																
511	Avez-vous été mariée ou avez-vous vécu en union avec un homme, une fois ou plus d'une fois ?	<table style="width:100%; border:none;"> <tr> <td>UNE SEULE FOIS</td> <td align="right">1</td> </tr> <tr> <td>PLUS D'UNE FOIS</td> <td align="right">2</td> </tr> </table>	UNE SEULE FOIS	1	PLUS D'UNE FOIS	2												
UNE SEULE FOIS	1																	
PLUS D'UNE FOIS	2																	
512	<p>VÉRIFIER 511:</p> <table style="width:100%; border:none;"> <tr> <td style="width:50%; vertical-align:top;"> <p>MARIÉE/A VÉCU AVEC UN HOMME SEULEMENT UNE FOIS <input type="checkbox"/></p> <p>En quel mois et quelle année avez-vous commencé à vivre avec votre mari/conjoint , c'est-à-dire avez-vous consommé votre union?</p> <p>SI UNION NON CONSOMMÉE, RETOURNER À Q.502 ,</p> </td> <td style="width:50%; vertical-align:top;"> <p>MARIÉE/A VÉCU AVEC UN HOMME PLUS D'UNE FOIS <input type="checkbox"/></p> <p>Maintenant, nous allons parler de votre premier mari/conjoint. En quel mois et quelle année avez-vous commencé à vivre avec lui, c'est-à-dire, avez-vous consommé votre première union?</p> <p>CORRIGER PUIS ENTOURER 3, SUIVRE LE CHEMINEMENT.</p> </td> </tr> </table>	<p>MARIÉE/A VÉCU AVEC UN HOMME SEULEMENT UNE FOIS <input type="checkbox"/></p> <p>En quel mois et quelle année avez-vous commencé à vivre avec votre mari/conjoint , c'est-à-dire avez-vous consommé votre union?</p> <p>SI UNION NON CONSOMMÉE, RETOURNER À Q.502 ,</p>	<p>MARIÉE/A VÉCU AVEC UN HOMME PLUS D'UNE FOIS <input type="checkbox"/></p> <p>Maintenant, nous allons parler de votre premier mari/conjoint. En quel mois et quelle année avez-vous commencé à vivre avec lui, c'est-à-dire, avez-vous consommé votre première union?</p> <p>CORRIGER PUIS ENTOURER 3, SUIVRE LE CHEMINEMENT.</p>	<table style="width:100%; border:none;"> <tr> <td>MOIS</td> <td align="right"><input style="width:40px; height:20px; border:1px solid black;" type="text"/></td> </tr> <tr> <td>NSP MOIS</td> <td align="right">98</td> </tr> <tr> <td>ANNÉE</td> <td align="right"><input style="width:40px; height:20px; border:1px solid black;" type="text"/></td> </tr> <tr> <td>NSP ANNÉE</td> <td align="right">9998</td> </tr> </table>	MOIS	<input style="width:40px; height:20px; border:1px solid black;" type="text"/>	NSP MOIS	98	ANNÉE	<input style="width:40px; height:20px; border:1px solid black;" type="text"/>	NSP ANNÉE	9998	→514A					
<p>MARIÉE/A VÉCU AVEC UN HOMME SEULEMENT UNE FOIS <input type="checkbox"/></p> <p>En quel mois et quelle année avez-vous commencé à vivre avec votre mari/conjoint , c'est-à-dire avez-vous consommé votre union?</p> <p>SI UNION NON CONSOMMÉE, RETOURNER À Q.502 ,</p>	<p>MARIÉE/A VÉCU AVEC UN HOMME PLUS D'UNE FOIS <input type="checkbox"/></p> <p>Maintenant, nous allons parler de votre premier mari/conjoint. En quel mois et quelle année avez-vous commencé à vivre avec lui, c'est-à-dire, avez-vous consommé votre première union?</p> <p>CORRIGER PUIS ENTOURER 3, SUIVRE LE CHEMINEMENT.</p>																	
MOIS	<input style="width:40px; height:20px; border:1px solid black;" type="text"/>																	
NSP MOIS	98																	
ANNÉE	<input style="width:40px; height:20px; border:1px solid black;" type="text"/>																	
NSP ANNÉE	9998																	
513	Quel âge aviez-vous quand vous avez commencé à vivre avec lui , c'est-à-dire, quand vous avez consommé votre (première) union ?	ÂGE <input style="width:40px; height:20px; border:1px solid black;" type="text"/>																
514A	<p>VÉRIFIER 502:</p> <table style="width:100%; border:none;"> <tr> <td>ACTUELLEMENT MARIÉE OU VIT AVEC UN HOMME <input type="checkbox"/></td> <td>PAS EN UNION <input type="checkbox"/></td> </tr> </table>	ACTUELLEMENT MARIÉE OU VIT AVEC UN HOMME <input type="checkbox"/>	PAS EN UNION <input type="checkbox"/>		→515F													
ACTUELLEMENT MARIÉE OU VIT AVEC UN HOMME <input type="checkbox"/>	PAS EN UNION <input type="checkbox"/>																	

NO	QUESTIONS ET FILTRES	CODES	PASS. À
515	<p>Maintenant, je voudrais vous poser quelques questions sur votre activité sexuelle afin de mieux comprendre certains problèmes en rapport avec la planification familiale.</p> <p>Il y a combien de temps que vous avez eu votre dernier rapport sexuel avec votre mari/l'homme avec qui vous vivez ?</p>	<p>NOMBRE DE JOURS ..... 1 </p> <p>NOMBRE DE SEMAINES ... 2 </p> <p>NOMBRE DE MOIS ..... 3 </p> <p>NOMBRE D'ANNÉES ..... 4 </p> <p>AVANT LA DERNIÈRE NAISSANCE 996</p>	
515A	<p>VÉRIFIER 301 ET 302:</p> <p>CONNAÎT CONDOM <input type="checkbox"/> NE CONNAÎT PAS LE CONDOM <input type="checkbox"/></p> <p>Lors de votre dernier rapport sexuel avec (votre mari/l'homme avec qui vous vivez), un condom a-t-il été utilisé ?</p> <p>Certains hommes utilisent un condom, c'est-à-dire qu'ils mettent une capote en caoutchouc sur leur pénis avant d'avoir des rapports sexuels. Lors de votre dernier rapport sexuel avec (votre mari/l'homme avec qui vous vivez), un condom a-t-il été utilisé ?</p>	<p>OUI ..... 1</p> <p>NON ..... 2</p> <p>NSP ..... 8</p>	
515B	<p>Avez-vous eu des rapports sexuels avec quelqu'un d'autre que (votre mari/l'homme avec qui vous vivez) au cours des 12 derniers mois ?</p>	<p>OUI ..... 1</p> <p>NON ..... 2</p>	→517
515C	<p>Quand avez-vous eu, pour la dernière fois, des rapports sexuels avec quelqu'un d'autre que (votre mari/l'homme avec qui vous vivez) ?</p>	<p>NOMBRE DE JOURS ..... 1 </p> <p>NOMBRE DE SEMAINES ... 2 </p> <p>NOMBRE DE MOIS ..... 3 </p> <p>NOMBRE D'ANNÉES ..... 4 </p> <p>AVANT LA DERNIÈRE NAISSANCE 996</p>	
515D	<p>Un condom a-t-il été utilisé à cette occasion ?</p>	<p>OUI ..... 1</p> <p>NON ..... 2</p> <p>NSP ..... 8</p>	
515E	<p>Au cours des 12 derniers mois, avec combien de personnes différentes autres que (votre mari/l'homme avec qui vous vivez), avez-vous eu des rapports sexuels ?</p>	<p>NOMBRE DE PERSONNES .. </p> <p>NSP ..... 8</p>	}517
515F	<p>Maintenant, je voudrais vous poser quelques questions sur votre activité sexuelle afin de mieux comprendre certains problèmes en rapport avec la planification familiale.</p> <p>Il y a combien de temps que vous avez eu votre dernier rapport sexuel (si vous en avez déjà eu) ?</p>	<p>JAMAIS ..... 000</p> <p>NOMBRE DE JOURS ..... 1 </p> <p>NOMBRE DE SEMAINES ... 2 </p> <p>NOMBRE DE MOIS ..... 3 </p> <p>NOMBRE D'ANNÉES ..... 4 </p> <p>AVANT LA DERNIÈRE NAISSANCE 996</p>	→551
515G	<p>VÉRIFIER 301 ET 302:</p> <p>CONNAÎT CONDOM <input type="checkbox"/> NE CONNAÎT PAS LE CONDOM <input type="checkbox"/></p> <p>Lors de votre dernier rapport sexuel avec, un condom a-t-il été utilisé ?</p> <p>Certains hommes utilisent un condom, c'est-à-dire qu'ils mettent une capote en caoutchouc sur leur pénis avant d'avoir des rapports sexuels. Lors de votre dernier rapport sexuel un condom a-t-il été utilisé ?</p>	<p>OUI ..... 1</p> <p>NON ..... 2</p> <p>NSP ..... 8</p>	

NO	QUESTIONS ET FILTRES	CODES	PASS. A
515H	<b>VÉRIFIER 515F:</b> MOINS DE 12 MOIS DEPUIS LES DERNIERS RAPPORTS SEXUELS <input type="checkbox"/>	12 MOIS OU PLUS DEPUIS LES DERNIERS RAPPORTS SEXUELS <input type="checkbox"/>	→517
515I	Au cours des 12 derniers mois, avec combien de personnes différentes, avez-vous eu des rapports sexuels ?	NOMBRE DE PERSONNES .. <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> NSP ..... 8	
517	Connaissez-vous un endroit où vous pouvez vous procurer des condoms ?	OUI ..... 1 NON ..... 2	→519
518	Où est-ce ?  S'IL S'AGIT D'UN HÔPITAL, D'UN CENTRE DE SANTÉ OU D'UNE CLINIQUE, NOTER LE NOM DU LIEU. INSISTER POUR DÉTERMINER LE TYPE DE SERVICE ET ENCERCLER LE CODE APPROPRIÉ.  _____ (NOM DE L'ENDROIT)	SECTEUR PUBLIC HÔPITAL ..... 11 CENTRE DE SANTÉ INTEGRÉ . 12 MATERNITE ..... 13 CASE DE SANTE ..... 14 CONSULTATIONS FORAINES .. 15  AUTRE PUBLIC ..... 16 (PRÉCISER) SECTEUR MÉDICAL PRIVÉ CLINIQUE PRIVÉE ..... 21 PHARMACIE ..... 22 MÉDECIN CABINET PRIVE .... 23 AGENT DE SANTÉ ..... 25  AUTRE PRIVÉ MEDICAL ..... 26 (PRÉCISER) AUTRE SOURCE PHARMACIE PAR TERRE ..... 31 TRADI-PRATICIENS ..... 32 AMIS/PARENTS ..... 33  AUTRE ..... 36 (PRÉCISER)	
519	Quel âge aviez-vous quand vous avez eu votre premier rapport sexuel ?	ÂGE ..... <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> PREMIÈRE FOIS AU MARIAGE .... 96	



NO	QUESTIONS ET FILTRES	CODES	PASS. A
563	Est-ce que quelqu'un a fait des objections à la (NOM DE LA PRATIQUE) subie par (NOM DE LA FILLE AÎNÉE) ?	ENQUÊTÉE ..... A MARI DE L'ENQUÊTÉE ..... B MÈRE / BELLE-MÈRE DE L'ENQ. .... C AUTRE PARENT DE LA MÈRE ..... D  AUTRE _____ X (PRÉCISER) PERSONNE ..... Y	→566
564	Avez-vous l'intention de faire faire (NOM DE LA PRATIQUE) à (NOM DE LA FILLE AÎNÉE) ?	OUI ..... 1 NON ..... 2 NSP ..... 8	→566 →566
565	Pensez-vous que quelqu'un de votre entourage (famille/amis/voisin..) pourrait, malgré votre opposition, faire faire (NOM DE LA PRATIQUE) à votre fille ?	OUI ..... 1 NON ..... 2 NSP ..... 8	
566	Pensez-vous que ce type de pratique devrait continuer ou qu'elle devrait être arrêtée ?	CONTINUER ..... 1 ETRE ARRÊTÉE ..... 2 NSP ..... 8	→569 →600
567	Pourquoi pensez-vous que ce type de pratique devrait continuer ? Quelle autre raison ? ENREGISTRER TOUTES LES RAISONS MENTIONNÉES	BONNE TRADITION ..... A COUTUME ET TRADITION ..... B NÉCESSITÉ RELIGIEUSE ..... C HYGIÈNE ..... D MEILLEURE CHANCE DE MARIAGE E PLUS GRAND PLAISIR DU MARI ... F PRÉSERVE LA VIRGINITÉ/ÉVITE L'IMMORALITÉ ..... G  AUTRE _____ X (PRÉCISER) NSP ..... Y	→600
568	Que voulez-vous dire par BONNE TRADITION/ COUTUME ET TRADITION? ENREGISTRER TOUTES LES RAISONS MENTIONNÉES	COUTUME ET TRADITION ..... B NÉCESSITÉ RELIGIEUSE ..... C HYGIÈNE ..... D MEILLEURE CHANCE DE MARIAGE E PLUS GRAND PLAISIR DU MARI ... F PRÉSERVE LA VIRGINITÉ/ÉVITE L'IMMORALITÉ ..... G  AUTRE _____ X (PRÉCISER) NSP ..... Y	→600
569	Pourquoi pensez-vous que ce type de pratique devrait-être arrêtée ? Quelle autre raison ? ENREGISTRER TOUTES LES RAISONS MENTIONNÉES	MAUVAISE TRADITION ..... A CONTRE LA RELIGION ..... B COMPLICATIONS MÉDICALES ..... C PROPRE EXPÉRIENCE DOULOUREUSE ..... D CONTRE LA DIGNITÉ DE LA FEMME E EMPÊCHE LA SATISFACTION SEXUELLE ..... F  AUTRE _____ X (PRÉCISER) NSP ..... Y	→600
570	Que voulez-vous dire par MAUVAISE TRADITION ? ENREGISTRER TOUTES LES RAISONS MENTIONNÉES	CONTRE LA RELIGION ..... B COMPLICATIONS MÉDICALES ..... C PROPRE EXPÉRIENCE DOULOUREUSE ..... D CONTRE LA DIGNITÉ DE LA FEMME E EMPÊCHE LA SATISFACTION SEXUELLE ..... F  AUTRE _____ X (PRÉCISER) NSP ..... Y	

**SECTION 6. PRÉFÉRENCES EN MATIÈRE DE FÉCONDITÉ**

NO.N	QUESTIONS ET FILTRES	CODES	PASSER À
600	VÉRIFIER 515 F: A DÉJÀ EU DES RAPPORTS SEXUELS OU 515F PAS POSEÉ <input type="checkbox"/> N'A JAMAIS EU DE RAPPORTS SEXUELS <input type="checkbox"/>		→608
601	VÉRIFIER 314: NI LUI NI ELLE STÉRILISÉ <input type="checkbox"/> LUI OU ELLE STÉRILISÉ <input type="checkbox"/>		→612
602	VÉRIFIER 227:  PAS ENCEINTE OU PAS SÛRE <input type="checkbox"/> ENCEINTE <input type="checkbox"/>  Maintenant j'ai quelques questions au sujet de l'avenir. Voudriez-vous avoir un (autre) enfant ou préféreriez-vous ne pas avoir d'(autres) enfants ?	AVOIR UN (AUTRE) ENFANT ..... 1 PAS D'AUTRE/AUCUN ..... 2 DIT NE PEUT PAS ÊTRE ENCEINTE ..... 3 INDÉCISE/NSP ..... 8	→606 →606 →604
603	VÉRIFIER 227:  PAS ENCEINTE OU PAS SÛRE <input type="checkbox"/> ENCEINTE <input type="checkbox"/>  Combien de temps voudriez-vous attendre avant la naissance d'un (autre) enfant ?	MOIS ..... 1 ANNÉES ..... 2  BIENTÔT/MAINTENANT ..... 993 DIT NE PEUT PAS ÊTRE ENCEINTE ... 994 APRÈS LE MARIAGE ..... 995  AUTRE ..... 996 (PRÉCISER) NSP ..... 998	→606
604	VÉRIFIER 227: PAS ENCEINTE OU PAS SÛRE <input type="checkbox"/> ENCEINTE <input type="checkbox"/>		→607
605	Si vous tombiez enceinte dans les prochaines semaines, seriez-vous <u>contente</u> , <u>pas contente</u> ou cela vous serait-il <u>égal</u> ?	CONTENTE ..... 1 PAS CONTENTE ..... 2 ÉGAL ..... 3	
606	VÉRIFIER 313: UTILISE UNE MÉTHODE ? PAS POSÉE <input type="checkbox"/> N'UTILISE PAS ACTUELLEMENT <input type="checkbox"/> UTILISE ACTUELLEMENT <input type="checkbox"/>		→611A
607	Pensez-vous que vous utiliserez une méthode pour éviter ou retarder une grossesse dans les 12 prochains mois ?	OUI ..... 1 NON ..... 2 NSP ..... 8	→608A
608	Pensez-vous que vous utiliserez une méthode pour éviter ou retarder une grossesse dans le futur ?	OUI ..... 1 NON ..... 2 NSP ..... 8	→610
608A	Pour utiliser une méthode de contraception, aurez-vous à demander l'autorisation à votre époux/conjoint ou prendrez-vous la décision seule sans lui en parler?	DEMANDER AUTORISATION ..... 1 SEULE SANS EN PARLER ..... 2 NSP ..... 8	

NO.N	QUESTIONS ET FILTRES	CODES	PASSER A
609	Quelle méthode préféreriez-vous utiliser ?	PILULE ..... 01 DIU ..... 02 INJECTION ..... 03 IMPLANT ..... 04 DIAPHRAGME/MOUSSE/OVULES ..... 05 CONDOM ..... 06 STÉRILISATION FÉMININE ..... 07 STÉRILISATION MASCULINE ..... 08 CONTINENCE PÉRIODIQUE ..... 09 RETRAIT ..... 10  AUTRE ..... 96 (PRÉCISER) PAS SÛRE ..... 98	} →612
610	Quelle est la principale raison pour laquelle vous pensez que vous n'utiliserez jamais une méthode ?	PAS MARIÉE ..... 11  RAISONS LIÉES À LA FÉCONDITÉ PAS DE RAPPORTS SEXUELS ..... 21 RAP. SEX. PEU FRÉQUENTS ..... 22 MENOPAUSE/HYSTÉRECTOMIE ..... 23 SOUS-FÉCONDE/STÉRILE ..... 24 POST-PARTUM/ALLAITEMENT ..... 25 VEUT (D'AUTRES ) ENFANTS ..... 26  OPPOSITION À L'UTILISATION ENQUÊTÉE OPPOSÉE ..... 31 CONJOINT OPPOSÉ ..... 32 AUTRES PERSONNES OPPOSÉES .. 33 INTERDITS RELIGIEUX ..... 34  MANQUE DE CONNAISSANCE NE CONNAÎT PAS DE MÉTHODE .... 41 NE CONNAÎT PAS DE SOURCE ..... 42  RAISONS LIÉES À LA MÉTHODES PROBLÈMES DE SANTÉ ..... 51 PEUR DES EFFETS SECONDAIRES .. 52 PAS ACCESSIBLE/TROP LOIN ..... 53 TROP CHÈRE ..... 54 PAS PRATIQUE À UTILISER ..... 55 INTERFÈRE AVEC LE PROCESSUS NORMAL DU CORPS ..... 56  AUTRE ..... 96 (PRÉCISER) NSP ..... 98	} →612
611	Utiliserez-vous une méthode si vous étiez mariée ?	OUI ..... 1 NON ..... 2 NSP ..... 8	} →612
611A	Quand vous avez commencé à utiliser votre méthode de contraception, avez-vous dû demander l'autorisation à votre époux/conjoint ou avez-vous pris la décision seule sans lui en parler?	A DU DEMANDER AUTORISATION ..... 1 A PRIS DECISION SEULE ..... 2  AUTRE ..... 6 (PRÉCISER)	
612	VÉRIFIER 216: A DES ENFANTS VIVANTS <input type="checkbox"/> N'A PAS D'ENFANT VIVANTS <input type="checkbox"/>  Si vous pouviez revenir à l'époque où vous n'aviez pas d'enfant et choisir exactement le nombre d'enfant à avoir dans toute votre vie, combien voudriez-vous en avoir ?  Si vous pouviez choisir exactement le nombre d'enfant à avoir dans toute votre vie, combien voudriez-vous en avoir ?  INSISTER POUR OBTENIR UNE RÉPONSE NUMÉRIQUE.	NOMBRE ..... <input type="text"/>  AUTRE ..... 96 (PRÉCISER)	} →614





SECTION 7. CARACTÉRISTIQUES SOCIO-DÉMOGRAPHIQUES DU MARI ET ACTIVITÉ PROFESSIONNELLE DE LA FEMME

NO.	QUESTIONS ET FILTRES	CODES	PASSER À
701	VÉRIFIER 502 ET 504: ACTUELLEMENT MARIÉE/ VIT AVEC UN HOMME <input type="checkbox"/> A ÉTÉ MARIÉE/ A VÉCU AVEC UN HOMME <input type="checkbox"/> JAMAIS MARIÉE NI VÉCU AVEC UN HOMME <input type="checkbox"/>		→703 →709
702	Quel âge a eu votre mari/conjoint à son dernier anniversaire ?	ÂGE ..... <input type="text"/>	
703	Est-ce-que votre mari/conjoint a fréquenté l'école ?	OUI ..... 1 NON ..... 2	→706
704	Quel est le plus haut niveau d'études qu'il a atteint : primaire, secondaire premier cycle, secondaire deuxième cycle ou supérieur <sup>2</sup> ?	PRIMAIRE ..... 1 SECONDAIRE PREMIER CYCLE ... 2 SECONDAIRE DEUXIÈME CYCLE .. 3 SUPÉRIEUR ..... 4 NSP ..... 8	→706
705	Quelle est la plus haute classe qu'il a achevé à ce niveau ?	CLASSE ..... <input type="text"/> NSP ..... 98	
706	Quelle est (était) l'occupation principale de votre mari/conjoint, c'est-à-dire quel genre de travail fait (faisait)-il ?	<input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>	
707	VÉRIFIER 706 : TRAVAILLE (TRAVAILLAIT) DANS L'AGRICULTURE <input type="checkbox"/> NE TRAVAILLE (AIT) PAS DANS L'AGRICULTURE <input type="checkbox"/>		→709
708	Est-ce que votre mari/conjoint travaille/travaillait principalement sur ses propres terres, sur les terres familiales, est-ce qu'il loue/louait la terre ou travaille/travaillait-il sur les terres de quelqu'un d'autre ?	PROPRE TERRE ..... 1 TERRE FAMILIALE ..... 2 TERRE LOUÉE ..... 3 TERRE DE QUELQU'UN D'AUTRE .. 4	
709	En dehors de votre travail domestique, est-ce-que vous travaillez actuellement ?	OUI ..... 1 NON ..... 2	→712
710	Comme vous le savez, certaines femmes ont un travail pour lequel elles sont payées en argent ou en nature. Certaines ont un petit commerce ou travaillent sur les terres ou dans l'affaire de la famille. Faites-vous actuellement quelque chose de ce genre ou un quelconque autre travail ?	OUI ..... 1 NON ..... 2	→712
711	Avez-vous travaillé durant les 12 derniers mois ?	OUI ..... 1 NON ..... 2	→726

2

CODES POUR Q. 704 ET Q.705

NIVEAU	1 =PRIMAIRE	2 = SEC. 1ER CYCLE	3 = SEC. 2ND CYCLE	4 = SUPERIEUR	8 = NSP
CLASSES	00 = MOINS D'1 ANNEE ACHEVEE 01 = C1 02 = CP 03 = CE1 04 = CE2 05 = CM1 06 = CM2 98 = NSP	00 = MOINS D'1 ANNEE ACHEVEE 01 = 6ème 02 = 5ème 03 = 4ème 04 = 3ème 98 = NSP	00 = MOINS D'1 ANNEE ACHEVEE 01 = 2nde 02 = 1ère 03 = Terminale 98 = NSP	00 = MOINS D'1 ANNEE ACHEVEE 01 = 1ère année 02 = 2 ans ou + 98 = NSP	

NO.	QUESTIONS ET FILTRES	CODES	PASSER À
712	Quelle est votre occupation, c'est-à-dire quel genre de travail faites-vous ?	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	
713	VÉRIFIER 712 : TRAVAILLE DANS L'AGRICULTURE <input type="checkbox"/> NE TRAVAILLE PAS DS AGRICULTURE <input type="checkbox"/>		→715
714	Travaillez-vous principalement sur vos propres terres, sur les terres familiales, louez-vous la terre ou travaillez-vous sur les terres de quelqu'un d'autre ?	PROPRE TERRE ..... 1 TERRE FAMILIALE ..... 2 TERRE LOUÉE ..... 3 TERRE DE QUELQU'UN D'AUTRE .. 4	
715	Faites-vous ce travail pour un membre de votre famille, pour quelqu'un d'autre ou êtes-vous à votre compte ?	POUR UN MEMBRE DE LA FAMILLE 1 POUR QUELQU'UN D'AUTRE ..... 2 A SON COMPTE ..... 3	
716	Travaillez-vous habituellement toute l'année, de manière saisonnière ou travaillez-vous seulement une fois de temps en temps ?	TOUTE L'ANNÉE ..... 1 →720 TRAVAIL SAISONNIER ..... 2 DE TEMPS EN TEMPS ..... 3 →720	
717	Au cours des 12 derniers mois, combien de mois avez-vous travaillé ?	NOMBRE DE MOIS ..... <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	
720	Gagnez-vous un salaire pour ce travail ? INSISTER: gagnez-vous de l'argent pour ce travail ?	OUI ..... 1 NON ..... 2 →723	
722	VÉRIFIER 502: OUI, ACTUELLEMENT MARIÉE OU VIVANT AVEC UN HOMME <input type="checkbox"/> NON, PAS EN UNION <input type="checkbox"/>  Qui décide principalement comment va être utilisé l'argent que vous gagnez : vous, votre mari/conjoint, vous avec votre mari/conjoint ou quelqu'un d'autre	ENQUÊTÉ DÉCIDE ..... 1 MARI/CONJOINT DÉCIDE ..... 2 ENQ. DÉCIDE AVEC MARI/CONJ ... 3 QUELQU'UN D'AUTRE DÉCIDE .... 4 ENQ. AVEC QUELQU'UN D'AUTRE . 5	
723	Travaillez-vous habituellement à la maison ou en dehors de la maison ?	À LA MAISON ..... 1 EN DEHORS ..... 2	
724	VÉRIFIER 217 ET 218: A UN ENFANT DE MOINS DE 6 ANS VIVANT AVEC ELLE ? OUI <input type="checkbox"/> NON <input type="checkbox"/>		→726
725	Qui prend soin habituellement de (NOM DU PLUS JEUNE ENFANT À LA MAISON) pendant que vous travaillez ?	ENQUÊTÉE ..... 01 MARI/CONJOINT ..... 02 ENFANT-FILLE PLUS ÂGÉE ..... 03 ENFANT-GARÇON PLUS ÂGÉ .... 04 AUTRES PARENTS ..... 05 VOISINS ..... 06 AMIS ..... 07 DOMESTIQUE/PERSONNE ENGAGÉE ..... 08 ENFANT VA À L'ÉCOLE ..... 09 GARDERIE/JARDIN D'ENFANT .... 10 N'A PAS TRAVAILLÉ DEPUIS LA DERNIÈRE NAISSANCE ..... 95 AUTRE ..... 96 (PRÉCISER)	

NO.	QUESTIONS ET FILTRES	CODES	PASSER À
726	VÉRIFIER 502: OUI, ACTUEL- LEMENT MARIÉE <input type="checkbox"/> OUI, VIT AVEC <input type="checkbox"/> UN HOMME NON, PAS EN <input type="checkbox"/> UNION		→801A
727	Est-ce qu'au cours des 12 derniers mois, votre mari/conjoint a quitté l'endroit où il vit habituellement pour aller travailler ailleurs?	OUI ..... 1 NON ..... 2	→801A
728	Où est-il allé travailler ? SI PLUSIEURS LIEUX SONT CITÉS, ENREGISTRER LE PRINCIPAL	NIAMEY ..... 01 AUTRE VILLE DU NIGER ..... 02 RURAL DU NIGER ..... 03 ABIDJAN ..... 04 ACCRA/LAGOS ..... 05 AUTRE CAPITALE AFRIQUE ..... 06 AUTRE VILLE OU RURAL AFRIQUE 07 EUROPE/USA ..... 08 AUTRE ..... 96 (PRÉCISER) NSP ..... 98	
729	Combien de temps est-il resté à (LIEU CITÉ À 728) pour son travail ?	MOINS DE 3 MOIS ..... 1 DE 3 MOIS À MOINS DE 6 MOIS .... 2 6 MOIS OU PLUS ..... 3 EST TOUJOURS ABSENT ..... 4 NSP ..... 8	

**SECTION 8. MALADIES SEXUELLEMENT TRANSMISSIBLES ET SIDA**

NO.	QUESTIONS ET FILTRES	CODES	PASSER À
801A	Avez-vous déjà entendu parler de maladies qui peuvent se transmettre sexuellement ?	OUI ..... 1 NON ..... 2	→801K
801B	Quelles maladies connaissez-vous ?  ENREGISTRER TOUT CE QUI EST MENTIONNÉ	SYPHILIS/VÉROLE ..... A GONORRHÉE/BLÉNORRAGIE ..... B SIDA ..... C CONDYLOME/TUMEUR GÉNITALE . D  AUTRE _____ W (PRÉCISER)  AUTRE _____ X (PRÉCISER) NSP ..... Z	
801C	VÉRIFIER 515 ET 515F: A DÉJÀ EU DES RAPPORTS SEXUELS <input type="checkbox"/> N'A JAMAIS EU DE RAPPORTS SEXUELS <input type="checkbox"/>		→801K
801D	Au cours des 12 derniers mois, avez-vous eu une de ces maladies ?	OUI ..... 1 NON ..... 2 NSP ..... 8	→801K
801E	Quelles maladies avez-vous eu ?  ENREGISTRER TOUTES LES RÉPONSES	SYPHILIS/VÉROLE ..... A GONORRHÉE/BLÉNORRAGIE ..... B SIDA ..... C CONDYLOME/TUMEUR GÉNITALE . D  AUTRE _____ X (PRÉCISER) NSP ..... Z	
801F	La dernière fois que vous avez eu (MALADIE DE 801E), avez-vous recherché des conseils ou un traitement ?	OUI ..... 1 NON ..... 2	→801H
801G	Où avez-vous recherché des conseils ou un traitement ?  Quelque part ailleurs ?  ENREGISTRER TOUT CE QUI EST MENTIONNÉ	SECTEUR PUBLIC HÔPITAL ..... A CENTRE INTEGRE ..... B MATERNITE ..... C CASE DE SANTE ..... D CONSULT. FORAINES ..... E AUTRE PUBLIC _____ F (PRÉCISER) SECTEUR MÉDICAL PRIVÉ CLINIQUE PRIVÉE ..... G PHARMACIE ..... H MÉDECIN CABINET PRIVE ..... I AGENT DE SANTÉ ..... J AUTRE PRIVÉ MEDICAL _____ K (PRÉCISER) AUTRE SOURCE PHARMACIE PAR TERRE ..... L TRADI-PRATICIENS ..... M AMIS/PARENTS ..... N  AUTRE _____ X (PRÉCISER) NSP ..... Z	
801H	Quand vous avez eu (MALADIE DE 801E), avez-vous averti votre partenaire ?	OUI ..... 1 NON ..... 2	
801I	Quand vous avez eu (MALADIE DE 801E), avez-vous fait quelque chose pour éviter d'infecter votre partenaire ?	OUI ..... 1 NON ..... 2 PARTENAIRE DÉJÀ INFECTÉ ..... 3	→801K

NO.	QUESTIONS ET FILTRES	CODES	PASSER À
801J	Qu'avez-vous fait ?  ENREGISTRER TOUT CE QUI EST MENTIONNÉ	PAS DE RAPPORTS SEXUELS ..... A A UTILISÉ DES CONDOMS ..... B A PRIS DES MÉDICAMENTS ..... C  AUTRE _____ X (PRÉCISER)	
801K	VÉRIFIER 801B: N'A PAS CITÉ LE SIDA <input type="checkbox"/> A CITÉ LE SIDA <input type="checkbox"/> →802		
801L	Avez-vous déjà entendu parler d'une maladie appelée sida ?	OUI ..... 1 NON ..... 2	→811C
802	De quelle sources d'information avez-vous le plus appris sur le sida ?  Aucune autre source ?  ENREGISTRER TOUT CE QUI EST MENTIONNÉ	RADIO ..... A TÉLÉVISION ..... B JOURNAUX/MAGAZINES ..... C DÉPLIANTS/POSTERS ..... D AGENTS DE SANTÉ ..... E MOSQUÉES/ÉGLISES ..... F ÉCOLE/PROFESSEURS ..... G RENCONTRES COMMUNAUTAIRES ..... H AMIS/PARENTS ..... I LIEU DE TRAVAIL ..... J  AUTRE _____ X (PRÉCISER)	
802B	Comment peut-on attraper le sida ?  Aucune autre façon ?  ENREGISTRER TOUT CE QUI EST MENTIONNÉ	PAR LES RAPPORTS SEXUELS ..... A N'UTILISE PAS CONDOMS ..... C RAPPORTS SEXUELS AVEC PARTENAIRES MULTIPLES ..... E RAP. SEX AVEC PROSTITUÉES ..... G RAP. HOMOSEXUELS ..... H PAR LES TRANSFUSIONS DE SANG ..... I PAR LES INJECTIONS ..... J DE LA MÈRE À L'ENFANT ..... K EN EMBRASSANT ..... L PIQÛRES DE MOUSTIQUES ..... M VIVRE AVEC UN SIDÉEN ..... N LAMES, CISEAUX, COUTEAUX, SOUILLÉS ..... P  AUTRE _____ X (PRÉCISER) NSP ..... Z	
803	Y-a-t-il quelque chose qu'on peut faire pour éviter d'attraper le sida ?	OUI ..... 1 NON ..... 2 NSP ..... 8	→807
804	Que peut-on faire ?  Quelque chose d'autre ?  ENREGISTRER TOUT CE QUI EST MENTIONNÉ	S'ABSTENIR DE RAPPORTS SEX .. B UTILISER CONDOMS ..... C N'AVOIR QU'1 PARTENAIRE SEX ... D ÊTRE FIDÈLE ..... F ÉVITER PROSTITUÉES ..... G ÉVITER HOMOSEXUELS ..... H ÉVITER TRANSFUSIONS DE SANG .. I EVITER INJECTIONS ..... J ÉVITER D'EMBRASSER ..... L ÉVITER PIQÛRES DE MOUSTIQUES M NE PAS VIVRE AVEC UN SIDÉEN .. N RECHERCHER PROTECTION DES GUÉRISSEURS TRADITION .... O ÉVITER LAMES, CISEAUX, COUTEAUX SOUILLÉS ..... P  AUTRE _____ X (PRÉCISER) NSP ..... Z	
807	Est-il possible qu'une personne qui semble être en bonne santé soit en fait atteinte du sida ?	OUI ..... 1 NON ..... 2 NSP ..... 8	

NO.	QUESTIONS ET FILTRES	CODES	PASSER À
808	Pensez-vous qu'une personne qui a le sida ne meurt presque jamais de cette maladie, qu'elle en meurt parfois, ou qu'elle en meurt presque toujours ?	PRESQUE JAMAIS ..... 1 PARFOIS ..... 2 PRESQUE TOUJOURS ..... 3 NSP ..... 8	
808A	Peut-on guérir du sida ?	OUI ..... 1 NON ..... 2 NSP ..... 8	
808B	Le sida peut-il être transmis de la mère à l'enfant ?	OUI ..... 1 NON ..... 2 NSP ..... 8	
808C	Connaissez-vous quelqu'un qui a le sida ou quelqu'un qui est mort du sida ?	OUI ..... 1 NON ..... 2 NSP ..... 8	
809	Pensez-vous que vos propres risques d'attraper le sida sont faibles, moyens, importants ou pensez-vous que vous ne courez aucun risque d'attraper le sida ?	FAIBLE ..... 1 MOYEN ..... 2 IMPORTANT ..... 3 PAS DE RISQUE DU TOUT ..... 4	→809C
809B	Pourquoi pensez-vous (NE PAS AVOIR DE RISQUE/DE FAIBLES RISQUES) d'attraper le sida ?  Quelle autre raison ?  ENREGISTRER TOUTES LES RAISONS MENTIONNÉES	S'ABSTIENT DE RAPPORTS SEX ... B UTILISE DES CONDOMS ..... C N'A QU'1 PARTENAIRE SEXUEL ... D A LIMITÉ LES PART. SEXUELS ... E CONJOINT EST FIDÈLE ..... F N'A PAS DE RAPPORTS. HOMO ... H N'A PAS DE TRANSFUSION DE SANG I N'A PAS D'INJECTION ..... J ÉVITE LAMES, CISEAUX, COUTEAUX SOUILLÉS ..... P  AUTRE _____ X (PRÉCISER)	→811A
809C	Pourquoi pensez-vous avoir des risques (MOYENS/IMPORTANTES) d'attraper le sida ?  Quelle autre raison ?  ENREGISTRER TOUTES LES RAISONS MENTIONNÉES	N'UTILISE PAS LES CONDOMS ... C A PLUS D'1 PARTENAIRE SEXUEL ... D A DE NOMBREUX PART. SEXUEL ... E CONJOINT N'EST PAS FIDÈLE ... F A RAPPORTS. HOMO ..... H A EU TRANSFUSION DE SANG ..... I A EU DES INJECTIONS ..... J A UTILISÉ LAMES, CISEAUX, COUTEAUX SOUILLÉS ..... P  AUTRE _____ X (PRÉCISER)	
811A	Depuis que vous avez entendu parler du sida, avez-vous changé votre comportement pour éviter d'attraper le sida ?  SI OUI : Qu'avez-vous fait ?  ENREGISTRER TOUTES LES RAISONS MENTIONNÉES	PAS COMMENCÉ PAP SEX ..... A A ARRÊTÉ RAP SEX ..... B A COMMENCÉ À UTILISER DES CONDOMS ..... C N'A QU'1 PARTENAIRE SEX ..... D A LIMITÉ LES PART. SEX ..... E A DEMANDÉ AU CONJOINT D'ÊTRE FIDÈLE ..... F A ARRÊTÉ RAPPORTS. HOMO ... H PAS DE TRANSFUSION DE SANG ... I PAS D'INJECTION ..... J ÉVITE LAMES, CISEAUX, COUTEAUX SOUILLÉS ..... P  AUTRE _____ X (PRÉCISER) PAS DE CHANGEMENT ..... Y	→811C

NO.	QUESTIONS ET FILTRES	CODES	PASSER À
811B	<p>Le fait de connaître le sida a-t-il influencé ou changé vos décisions d'avoir des rapports sexuels ou votre comportement sexuel ?</p> <p>SI OUI, INSISTER: De quelle façon ?</p> <p>ENREGISTRER TOUT CE QUI EST MENTIONNÉ</p>	<p>N'A PAS COMMENCÉ RAP. SEX ... A</p> <p>A ARRÊTÉ RAP. SEX ..... B</p> <p>A COMMENCÉ UTILISÉ CONDOMS . C</p> <p>RESTREINT RAPPORT SEXUEL À UN SEUL PARTENAIRE ..... D</p> <p>RÉDUIT NBRE DE PARTENAIRES .. E</p> <p>AUTRE _____ X (PRÉCISER)</p> <p>N'A RIEN CHANGÉ AU COMP. SEX . Y</p>	
811C	<p>Certaines personnes utilisent un condom pendant les rapports sexuels pour éviter d'attraper le sida ou d'autres maladies sexuellement transmissibles. En avez-vous entendu parler ?</p>	<p>OUI ..... 1</p> <p>NON ..... 2</p>	→811F
811D	<p>VÉRIFIER 515 ET 515F:</p> <p>A DÉJÀ EU DES RAPPORTS SEXUELS <input type="checkbox"/></p> <p>N'A JAMAIS EU DE RAPPORTS SEXUELS <input type="checkbox"/></p>		→812
811E	<p>Il se peut que nous ayons déjà parlé de cela. Avez-vous déjà utilisé un condom pendant les rapports sexuels pour éviter d'attraper le sida ou d'autres maladies sexuellement transmissibles ?</p>	<p>OUI ..... 1</p> <p>NON ..... 2</p>	
811F	<p>Au cours des 12 derniers mois, avez-vous donné ou reçu de l'argent, des cadeaux ou des faveurs en échange de rapports sexuels ?</p>	<p>OUI ..... 1</p> <p>NON ..... 2</p>	
812	<p>ENREGISTRER L'HEURE.</p>	<p>HEURE ..... <input type="text"/> <input type="text"/></p> <p>MINUTES ..... <input type="text"/> <input type="text"/></p>	

SECTION 9. TAILLE ET POIDS

901	VÉRIFIER 215:	AU MOINS UNE NAISS DEPUIS JAN. 1995	<input type="checkbox"/>	PAS DE NAISS DEPUIS JAN. 1995	<input type="checkbox"/> → FIN
-----	---------------	---	--------------------------	-------------------------------------	--------------------------------

EN 902 (COLONNES 2 ET 3) ENREGISTRER LE NUMÉRO DE LIGNE POUR CHAQUE ENFANT NÉ DEPUIS JANV 1995 ET TOUJOURS VIVANT. EN 903 ET 904 ENREGISTRER LE NOM ET LA DATE DE NAISSANCE DE L'ENQUÊTÉE ET DE CHAQUE ENFANT VIVANT NÉ DEPUIS JANV 1995. EN 906 ET 908 ENREGISTRER LA TAILLE ET LE POIDS DE L'ENQUÊTÉE ET DE SES ENFANTS VIVANTS.

(NOTE: TOUTES LES FEMMES AYANT EU AU MOINS UNE NAISSANCE DEPUIS JANV. 1995 DOIVENT ÊTRE PESÉES ET MESURÉES, MÊME SI LA OU LES NAISSANCES SONT DÉCÉDÉES. SI IL Y A PLUS DE 2 ENFANTS VIVANTS NÉS DEPUIS JANV. 1995, UTILISER UN AUTRE QUESTIONNAIRE).

	1) ENQUÊTÉE	2) PLUS JEUNE ENFANT EN VIE	3) AVANT-DERNIER ENFANT EN VIE
902	No DE LIGNE SELON Q212	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
903	NOM SELON Q212 POUR LES ENFANTS	(NOM)	(NOM)
904	DATE DE NAISSANCE SELON Q215, ET DEMANDER LE JOUR DE NAISSANCE	JOUR ..... <input type="checkbox"/> MOIS ..... <input type="checkbox"/> ANNEE <input type="checkbox"/>	JOUR ..... <input type="checkbox"/> MOIS ..... <input type="checkbox"/> ANNEE . <input type="checkbox"/>
905	CICATRICE DE BCG SUR L'AVANT-BRAS GAUCHE	CICATRICE VUE ... 1 PAS DE CICATRICE . 2	CICATRICE VUE .... 1 PAS DE CICATRICE .. 2
906	TAILLE (En centimètres)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
907	L'ENFANT A-T-IL ÉTÉ MESURÉ COUCHÉ OU DEBOUT ?	COUCHÉ ..... 1 DEBOUT ..... 2	COUCHÉ ..... 1 DEBOUT ..... 2
908	POIDS (En kilogrammes)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
909	DATE DE PESÉE ET DE MESURE	JOUR ..... <input type="checkbox"/> MOIS ..... <input type="checkbox"/> ANNEE . <input type="checkbox"/>	JOUR ..... <input type="checkbox"/> MOIS ..... <input type="checkbox"/> ANNEE . <input type="checkbox"/>
910	RÉSULTAT	MESURÉE ..... 1 NON PRÉSENTE ... 3 REFUS ..... 4 AUTRE ..... 6 _____ (PRÉCISER)	MESURE ..... 1 ENFANT MALADE .. 2 ENFANT ABSENT .. 3 ENFANT REFUSE .. 4 MÈRE REFUSE ... 5 AUTRE ..... 6 _____ (PRÉCISER)
911	NOM DE L'OPÉRATEUR	<input type="checkbox"/>	NOM DE L'ASSISTANT: <input type="checkbox"/>



**OBSERVATIONS DE L'ENQUÊTRICE**  
À remplir quand l'entretien est terminé

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

Commentaires sur des questions spécifiques : \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

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

**OBSERVATIONS DE LA CONTRÔLEUSE**

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

NOM DE LA CONTRÔLEUSE: \_\_\_\_\_ Date: \_\_\_\_\_

**OBSERVATIONS DU CHEF D'ÉQUIPE**

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

NOM DU CHEF D'ÉQUIPE: \_\_\_\_\_ Date: \_\_\_\_\_

