

REPUBLIQUE DU BURUNDI  
 MINISTERE DE L'INTERIEUR  
 DEPARTEMENT DE LA POPULATION

ENQUETE DEMOGRAPHIQUE ET DE SANTE  
 (E.D.S.) 1987

QUESTIONNAIRE INDIVIDUEL  
 STRICTEMENT CONFIDENTIEL

IDENTIFICATION

SOUS-COLLINE/SEGMENT \_\_\_\_\_

SOUS-COLLINE/SEGMENT	
RUGO/PARCELLE	
MENAGE N°	
N° D'ORDRE DE LA FEMME	

VISITES DE L'ENQUETRICE				
	1	2	3	VISITE FINALE
DATE				JOUR
NOM DE L'ENQUETRICE				MOIS
RESULTATS*				CODE ENQ.
				CODE RES.
PROCHAINE VISITE	DATE: _____	DATE: _____	N° de Visite	
	HEURE: _____	HEURE: _____		
* CODES RESULTATS: 1 ENTIEREMENT REMPLI 2 PAS A LA MAISON 3 DIFFERE 4 REFUSE 5 PARTIELLEMENT REMPLI 6 AUTRE _____ (PRECISER)				

	CONTROLE DE TERRAIN PAR	CONTROLE DE BUREAU PAR	SAISI PAR	SAISI PAR
NOM				
DATE				

**SECTION 1. CARACTERISTIQUES SOCIO-DEMOGRAPHIQUES DES ENQUETES**

N°	QUESTIONS ET FILTRES	CODES	PASSER A
101	ENREGISTRER LE NOMBRE DE PERSONNES RECENSEES DANS LE MENAGE	NOMBRE DE RES PRES <input type="text"/> <input type="text"/> RES ABS <input type="text"/> <input type="text"/> VISITEURS <input type="text"/> <input type="text"/>	
102	ENREGISTRER LE NOMBRE DE TOUS LES ENFANTS AGES 5 ANS ET MOINS RECENSES DANS LE MENAGE ET VIVANT DANS LE MENAGE (R.A. + R.P.)	NOMBRE D'ENFANTS AGES 5 ANS ET MOINS <input type="text"/> <input type="text"/>	
103	ENREGISTRER L'HEURE	HEURE ..... <input type="text"/> <input type="text"/> MINUTES ..... <input type="text"/> <input type="text"/>	
104	Pour commencer, je voudrais vous poser quelques questions sur votre ménage et vous-même. Pour la majeure partie des 12 premiè- res années de votre vie, avez-vous vécu à Bujumbura, dans un autre cen- tre ou à la campagne ? NOM DE LA COLLINE/VILLE _____ (PRECISER)	BUJUMBURA-VILLE..... 1 AUTRE CENTRE URBAIN.....2 COLLINE RURALE.....3 AUTRE PAYS ..... 4	
105	Depuis combien de temps habitez-vous d'une manière continue à  (NOM DE LA COLLINE/VILLE) ? (PRECISER)	ANNEES ..... <input type="text"/> <input type="text"/>  DEPUIS TOUJOURS ..... 95--- VISITEUSE ..... 96--- NSP ..... 98	→ 107 → 107
106	Juste avant de vous installer ici, avez-vous vécu à Bujumbura, dans un autre centre ou à la campagne?  NOM DE LA COLLINE/VILLE _____ (PRECISER)	BUJUMBURA-VILLE..... 1 AUTRE CENTRE URBAIN..... 2 COLLINE RURALE..... 3 AUTRE PAYS..... 4	
107	Quel est le mois et quelle est l'an- née de votre naissance?	MOIS ..... <input type="text"/> <input type="text"/> NSP MOIS ..... 98 ANNEE ..... <input type="text"/> <input type="text"/> NSP ANNEE ..... 98	
108	Quel âge avez-vous? <u>ENQUETRICE</u> : COMPARER ET CORRIGER 107 ET/OU 108 S'IL Y A INCOHERENCE	ANNEES REVOLUES.... <input type="text"/> <input type="text"/>	
109	Etes-vous Burundaise ?	OUI ..... 1--- NON ..... 2	→ 111
110	Quelle est votre nationalité ?	RWANDAISE..... 1 ZAIROISE..... 2 TANZANIENNE..... 3 AUTRE AFRICAINE..... 4 AUTRE ..... 5 (PRECISER)	

N°	QUESTIONS ET FILTRES	CODES	PASSER A
111	Avez-vous fréquenté l'école?	OUI ..... 1 NON ..... 2---	115
112	Quel est le niveau d'études le plus élevé que vous ayez atteint: primaire, secondaire, supérieur?	PRIMAIRE ..... 1 SECONDAIRE ..... 2 SUPERIEUR ..... 3	
113	Quelle est la dernière classe que vous avez achevée?	CLASSE ACHEVEE .... <input type="checkbox"/>	
114	ENQUETRIX: VERIFIER 112 PRIM. <input type="checkbox"/> SECOND. <input type="checkbox"/> ↓ OU PLUS (PASSER A 116)		
115	Pouvez-vous lire une lettre ou un journal facilement, difficilement, ou pas du tout?	FACILEMENT ..... 1 DIFFICILEMENT ..... 2 PAS DU TOUT ..... 3	
116	Ecoutez-vous habituellement la radio au moins une fois par semaine ?	OUI ..... 1 NON ..... 2---	118
117	Ecoutez-vous souvent les émissions suivantes: - Ninde? - Ikiganiro c'Intungamagara? - Tumarane Irungu? - Sanga Insamirizi? - Emissions Parti? - Emissions UJRB? - Emissions UFB? - Emissions UTB? - Insamirizi iwacu?	<u>OUI</u> <u>NON</u>	
		NINDE ..... 1 2 IKIGANIRO C'INTUNGAMAGARA..... 1 2 TUMARANE IRUNGU..... 1 2 SANGA INSAMIRIZI.... 1 2 EMISSIONS PARTI..... 1 2 EMISSIONS UJRB..... 1 2 EMISSIONS UFB..... 1 2 EMISSIONS UTB..... 1 2 INSAMIRIZI IWACU.... 1 2	
118	Quelle est la principale source d'eau potable pour les membres de votre ménage?	ROBINET INTERIEUR LOGEMENT ..... 01 ROBINET INTERIEUR PARCELLE/RUGO..... 02 BORNE FONTAINE..... 03 SOURCE AMENAGEE..... 04 PUITS ..... 05 SOURCE NON AMENEGAGEE.. 06 RIVIERE ..... 07 LAC ..... 08 EAU DE PLUIE..... 09 AUTRE ..... 10 (PRECISER)	

N°	QUESTIONS ET FILTRES	CODES	PASSER A
119	Quelle est la principale source d'eau utilisée par les membres de votre ménage en dehors de l'eau à boire (ex. pour cuire, pour se laver les mains ...)?	ROBINET INTERIEUR LOGEMENT ..... 01- ROBINET INTERIEUR ]- PARCELLE/RUGO ..... 02- BORNE FONTAINE ..... 03 SOURCE AMENAGEE ..... 04 PUIITS ..... 05 SOURCE NON AMENAGEE.... 06 RIVIERE ..... 07 LAC ..... 08 EAU DE PLUIE..... 09 AUTRE ..... 10 (PRECISER)	-121
120	Combien faut-il de temps pour y arriver, prendre l'eau et retourner?	MINUTES <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>	
121	Quel genre de toilettes y-a-t-il dans ce ménage?	INTERIEUR AU LOGEMENT . 1 EXTERIEUR AU LOGEMENT PRIVE: AVEC CHASSE D'EAU 2 SANS CHASSE D'EAU 3 EXTERIEUR AU LOGEMENT COLLECTIF: AVEC CH D'EAU 4 SANS CH D'EAU 5 PAS DE TOILETTE ..... 6---	-123
122	A quel âge les enfants dans ce ménage commencent-ils à utiliser les mêmes toilettes que les adultes?	AGE EN ANNEES <input type="text"/> <input type="text"/> PAS D'ENFANTS..... 96	
123	Y-a-t-il à présent un morceau de savon chez vous que vous utilisez pour votre toilette personnelle?	OUI ..... 1 NON ..... 2	
124	Quel mode d'éclairage utilisez-vous dans ce ménage?	ELECTRICITE ..... 1 COLEMAN, ALADIN..... 2 LAMPE TEMPETE ..... 3 IKORBOYI ..... 4 BOUGIES ..... 5 FEU DE BOIS ..... 6 AUTRE ..... 7 (PRECISER)	
125	Pour cuire les aliments, qu'est-ce que vous utilisez?	ELECTRICITE ..... 1 GAZ ..... 2 PETROLE ..... 3 TOURBE ..... 4 CHARBON ..... 5 BOIS ..... 6 AUTRE ..... 7 (PRECISER)	

N°	QUESTIONS ET FILTRES	CODES	PASSER A															
126	Possédez-vous dans votre ménage: Une cuisinière? Une radio? Une télévision? Un réfrigérateur ?	<table style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <thead> <tr> <th></th> <th style="text-align: center;"><u>OUI</u></th> <th style="text-align: center;"><u>NON</u></th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>CUISINIERE .....</td> <td style="text-align: center;">1</td> <td style="text-align: center;">2</td> </tr> <tr> <td>RADIO .....</td> <td style="text-align: center;">1</td> <td style="text-align: center;">2</td> </tr> <tr> <td>TELEVISION .....</td> <td style="text-align: center;">1</td> <td style="text-align: center;">2</td> </tr> <tr> <td>REFRIGERATEUR ....</td> <td style="text-align: center;">1</td> <td style="text-align: center;">2</td> </tr> </tbody> </table>		<u>OUI</u>	<u>NON</u>	CUISINIERE .....	1	2	RADIO .....	1	2	TELEVISION .....	1	2	REFRIGERATEUR ....	1	2	
	<u>OUI</u>	<u>NON</u>																
CUISINIERE .....	1	2																
RADIO .....	1	2																
TELEVISION .....	1	2																
REFRIGERATEUR ....	1	2																
127	Parmi les membres de votre ménage, y en a-t-il qui possède: Une bicyclette? Une mobylette ou motocyclette ? Une voiture? Une camionnette ou un camion ?	<table style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <thead> <tr> <th></th> <th style="text-align: center;"><u>OUI</u></th> <th style="text-align: center;"><u>NON</u></th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>BICYCLETTE .....</td> <td style="text-align: center;">1</td> <td style="text-align: center;">2</td> </tr> <tr> <td>MOBYLETTE/MOTOCYCL. ....</td> <td style="text-align: center;">1</td> <td style="text-align: center;">2</td> </tr> <tr> <td>VOITURE .....</td> <td style="text-align: center;">1</td> <td style="text-align: center;">2</td> </tr> <tr> <td>CAMIONNETTE/CAMION .....</td> <td style="text-align: center;">1</td> <td style="text-align: center;">2</td> </tr> </tbody> </table>		<u>OUI</u>	<u>NON</u>	BICYCLETTE .....	1	2	MOBYLETTE/MOTOCYCL. ....	1	2	VOITURE .....	1	2	CAMIONNETTE/CAMION .....	1	2	
	<u>OUI</u>	<u>NON</u>																
BICYCLETTE .....	1	2																
MOBYLETTE/MOTOCYCL. ....	1	2																
VOITURE .....	1	2																
CAMIONNETTE/CAMION .....	1	2																
128	Quelle est la nature des murs de votre logement ?	<table style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <tbody> <tr> <td>DUR .....</td> <td style="text-align: center;">1</td> </tr> <tr> <td>ADOBE .....</td> <td style="text-align: center;">2</td> </tr> <tr> <td>PISE .....</td> <td style="text-align: center;">3</td> </tr> <tr> <td>VEGETAL .....</td> <td style="text-align: center;">4</td> </tr> <tr> <td>AUTRE .....</td> <td style="text-align: center;">5</td> </tr> <tr> <td colspan="2" style="text-align: center;">(PRECISER)</td> </tr> </tbody> </table>	DUR .....	1	ADOBE .....	2	PISE .....	3	VEGETAL .....	4	AUTRE .....	5	(PRECISER)					
DUR .....	1																	
ADOBE .....	2																	
PISE .....	3																	
VEGETAL .....	4																	
AUTRE .....	5																	
(PRECISER)																		
129	NATURE DU SOL DU LOGEMENT	<table style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <tbody> <tr> <td>CARRELAGE OU CIMENT ....</td> <td style="text-align: center;">1</td> </tr> <tr> <td>ARGILE, BANCO .....</td> <td style="text-align: center;">2</td> </tr> <tr> <td>TERRE .....</td> <td style="text-align: center;">3</td> </tr> <tr> <td>AUTRE .....</td> <td style="text-align: center;">4</td> </tr> <tr> <td colspan="2" style="text-align: center;">(PRECISER)</td> </tr> </tbody> </table>	CARRELAGE OU CIMENT ....	1	ARGILE, BANCO .....	2	TERRE .....	3	AUTRE .....	4	(PRECISER)							
CARRELAGE OU CIMENT ....	1																	
ARGILE, BANCO .....	2																	
TERRE .....	3																	
AUTRE .....	4																	
(PRECISER)																		
130	NATURE DU TOIT DU LOGEMENT	<table style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <tbody> <tr> <td>BETON .....</td> <td style="text-align: center;">1</td> </tr> <tr> <td>ETERNIT .....</td> <td style="text-align: center;">2</td> </tr> <tr> <td>METALLIQUE .....</td> <td style="text-align: center;">3</td> </tr> <tr> <td>TUILES .....</td> <td style="text-align: center;">4</td> </tr> <tr> <td>VEGETAL .....</td> <td style="text-align: center;">5</td> </tr> <tr> <td>AUTRE .....</td> <td style="text-align: center;">6</td> </tr> <tr> <td colspan="2" style="text-align: center;">(PRECISER)</td> </tr> </tbody> </table>	BETON .....	1	ETERNIT .....	2	METALLIQUE .....	3	TUILES .....	4	VEGETAL .....	5	AUTRE .....	6	(PRECISER)			
BETON .....	1																	
ETERNIT .....	2																	
METALLIQUE .....	3																	
TUILES .....	4																	
VEGETAL .....	5																	
AUTRE .....	6																	
(PRECISER)																		
131	De combien de pièces d'habitation dispose votre ménage, y compris le salon?	NOMBRE ..... <input style="width: 40px; height: 15px;" type="text"/>																
132	Quel est le statut d'occupation de votre logement ?	<table style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <tbody> <tr> <td>PROPRIETAIRE.....</td> <td style="text-align: center;">1</td> </tr> <tr> <td>LOCATAIRE.....</td> <td style="text-align: center;">2</td> </tr> <tr> <td>USAGE GRATUIT .....</td> <td style="text-align: center;">3</td> </tr> <tr> <td>AUTRE .....</td> <td style="text-align: center;">4</td> </tr> <tr> <td colspan="2" style="text-align: center;">(PRECISER)</td> </tr> </tbody> </table>	PROPRIETAIRE.....	1	LOCATAIRE.....	2	USAGE GRATUIT .....	3	AUTRE .....	4	(PRECISER)							
PROPRIETAIRE.....	1																	
LOCATAIRE.....	2																	
USAGE GRATUIT .....	3																	
AUTRE .....	4																	
(PRECISER)																		



211 Maintenant, je voudrais avoir les noms de toutes vos naissances, encore vivantes ou non, en commençant par la première naissance que vous avez eue.

ENQUETRIXE: INSCRIRE AU 212 LES NOMS DE TOUTES LES NAISSANCES. INSCRIRE LES Jumeaux sur des lignes SEPARÉES, LES REUNIR PAR UNE ACCOLADE SUR LA GAUCHE, ET ECRIRE 'J' DANS LA MARGE GAUCHE.

TABLEAU 1

212 Quel est le nom de votre 1er, (2ème,..) enfant?  N° D'ORDRE ET NOM	213 (NOM DE L'ENFANT) est-il/elle un garçon ou une fille?	214 Dans quel mois et quelle année est né(e) (NOM DE L'ENFANT)?	215 (NOM DE L'ENFANT) est-il/elle encore en vie?	216 SI DECEDE: Quel était son âge quand il/elle est décédé(e)? ENQUETRIXE: INSCRIRE L'AGE EN JOURS SI MOINS DE 1 MOIS, EN MOIS SI MOINS DE 2 ANS, OU EN ANNEES REVOLUES.	217 SI ENCORE VIVANT: Quel est son âge? INSCRIRE L'AGE EN ANNEES REVOLUES.	218 SI ENCORE VIVANT: Vit-il/elle avec vous?
_____ 	GARCON .. 1 FILLE ... 2	MOIS       AN.19	OUI ..... 1 (PASSER A 217) NON ..... 2	JOURS 1       MOIS 2       ANNEES 3       PASSER A NAISSANCE SUIV.	 AGE	OUI ..... 1 NON ..... 2
_____ 	GARCON .. 1 FILLE ... 2	MOIS       AN.19	OUI ..... 1 (PASSER A 217) NON ..... 2	JOURS 1       MOIS 2       ANNEES 3       PASSER A NAISSANCE SUIV.	 AGE	OUI ..... 1 NON ..... 2
_____ 	GARCON .. 1 FILLE ... 2	MOIS       AN.19	OUI ..... 1 (PASSER A 217) NON ..... 2	JOURS 1       MOIS 2       ANNEES 3       PASSER A NAISSANCE SUIV.	 AGE	OUI ..... 1 NON ..... 2
_____ 	GARCON .. 1 FILLE ... 2	MOIS       AN.19	OUI ..... 1 (PASSER A 217) NON ..... 2	JOURS 1       MOIS 2       ANNEES 3       PASSER A NAISSANCE SUIV.	 AGE	OUI ..... 1 NON ..... 2
_____ 	GARCON .. 1 FILLE ... 2	MOIS       AN.19	OUI ..... 1 (PASSER A 217) NON ..... 2	JOURS 1       MOIS 2       ANNEES 3       PASSER A NAISSANCE SUIV.	 AGE	OUI ..... 1 NON ..... 2
_____ 	GARCON .. 1 FILLE ... 2	MOIS       AN.19	OUI ..... 1 (PASSER A 217) NON ..... 2	JOURS 1       MOIS 2       ANNEES 3       PASSER A NAISSANCE SUIV.	 AGE	OUI ..... 1 NON ..... 2
_____ 	GARCON .. 1 FILLE ... 2	MOIS       AN.19	OUI ..... 1 (PASSER A 217) NON ..... 2	JOURS 1       MOIS 2       ANNEES 3       PASSER A NAISSANCE SUIV.	 AGE	OUI ..... 1 NON ..... 2

TABLEAU 1 (SUITE)

212 Quel est le nom de votre 1er, (2ème,...) enfant?	213 (NOM DE L'ENFANT) est-il/elle un garçon ou une fille?	214 Dans quel mois et quelle année est né(e) (NOM DE L'ENFANT)?	215 (NOM DE L'ENFANT) est-il/elle encore en vie?	216 <u>SI DECEDE:</u> Quel était son âge quand il/elle est décédé(e)? <u>ENQUETRIC:</u> INSCRIRE L'AGE EN JOURS SI MOINS DE 1 MOIS, EN MOIS SI MOINS DE 2 ANS, OU EN ANNEES REVOLUES.	217 <u>SI ENCORE VIVANT:</u> Quel est son âge? INSCRIRE L'AGE EN ANNEES REVOLUES.	218 <u>SI ENCORE VIVANT:</u> Vit-il/elle avec vous?
N° D'ORDRE ET NOM						
	GARCON .. 1 FILLE ... 2	MOIS       AN.19	OUI ..... 1 (PASSER A 217) NON ..... 2	JOURS 1       MOIS 2       ANNEES 3       PASSER A NAIS- SANCE SUIV.	 AGE	OUI ..... 1 NON ..... 2
	GARCON .. 1 FILLE ... 2	MOIS       AN.19	OUI ..... 1 (PASSER A 217) NON ..... 2	JOURS 1       MOIS 2       ANNEES 3       PASSER A NAIS- SANCE SUIV.	 AGE	OUI ..... 1 NON ..... 2
	GARCON .. 1 FILLE ... 2	MOIS       AN.19	OUI ..... 1 (PASSER A 217) NON ..... 2	JOURS 1       MOIS 2       ANNEES 3       PASSER A NAIS- SANCE SUIV.	 AGE	OUI ..... 1 NON ..... 2
	GARCON .. 1 FILLE ... 2	MOIS       AN.19	OUI ..... 1 (PASSER A 217) NON ..... 2	JOURS 1       MOIS 2       ANNEES 3       PASSER A NAIS- SANCE SUIV.	 AGE	OUI ..... 1 NON ..... 2
	GARCON .. 1 FILLE ... 2	MOIS       AN.19	OUI ..... 1 (PASSER A 217) NON ..... 2	JOURS 1       MOIS 2       ANNEES 3       PASSER A NAIS- SANCE SUIV.	 AGE	OUI ..... 1 NON ..... 2
	GARCON .. 1 FILLE ... 2	MOIS       AN.19	OUI ..... 1 (PASSER A 217) NON ..... 2	JOURS 1       MOIS 2       ANNEES 3       PASSER A NAIS- SANCE SUIV.	 AGE	OUI ..... 1 NON ..... 2
	GARCON .. 1 FILLE ... 2	MOIS       AN.19	OUI ..... 1 (PASSER A 217) NON ..... 2	JOURS 1       MOIS 2       ANNEES 3       PASSER A NAIS- SANCE SUIV.	 AGE	OUI ..... 1 NON ..... 2
	GARCON .. 1 FILLE ... 2	MOIS       AN.19	OUI ..... 1 (PASSER A 217) NON ..... 2	JOURS 1       MOIS 2       ANNEES 3       PASSER A NAIS- SANCE SUIV.	 AGE	OUI ..... 1 NON ..... 2
	GARCON .. 1 FILLE ... 2	MOIS       AN.19	OUI ..... 1 (PASSER A 217) NON ..... 2	JOURS 1       MOIS 2       ANNEES 3       PASSER A 219	 AGE	OUI ..... 1 NON ..... 2

219 **ENQUETRICICE**: COMPARER 208 AVEC LE NOMBRE DE NAISSANCES DANS LE TABLEAU 1  
 CI-DESSUS ET CODER

LES NOMBRES SONT LES MEMES

LES NOMBRES SONT DIFFERENTS

VERIFIER ET CORRIGER

N°	QUESTIONS ET FILTRES	CODES	PASSER A																		
220	Maintenant nous allons parler d'autres choses concernant la reproduction. A quel âge avez-vous vu vos premières règles ?	ANS ..... <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> PAS ENCORE DE REGLES ... 95--- REFUS DE REPONSE ..... 96 NSP ..... 98	→ 228																		
221	Etes-vous enceinte?	OUI ..... 1 NON ..... 2--- PAS SURE, NSP ..... 8---	→ 227 → 227																		
222	De combien de mois êtes-vous enceinte?	MOIS ..... <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>																			
223	Depuis que vous êtes tombée enceinte, avez-vous déjà reçu une injection pour prévenir votre bébé d'avoir le tétanos, c'est-à-dire des convulsions après la naissance?	OUI ..... 1 NON ..... 2 NSP ..... 8																			
224	Avez-vous eu une consultation pré-natale pour la grossesse actuelle?	OUI ..... 1 NON ..... 2---	→ 228																		
225	Où avez-vous eu votre première consultation?	HOPITAL/MATERNITE..... 1 CENTRE DE SANTE/PMI..... 2 DISPENSARE..... 3 CABINET PRIVE..... 4 MEDECINE TRADITIONELLE.. 5 AUTRE ..... 6 (PRECISER)																			
226	A combien de mois de grossesse avez-vous fait la lère visite prénatale?	MOIS ..... <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> -- NSP ..... 98 --	→ 228 → 228																		
227	Il y a combien de temps vos dernières règles ont-elles commencé?	JOURS.....1 <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> OU SEMAINES .....2 <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> OU MOIS .....3 <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> AVANT LA DERNIERE GROSSESSE ..... 995 JAMAIS EU DE REGLES .. 996 NSP ..... 998																			
228	Au cours de son cycle mensuel, quand pensez-vous qu'une femme a le plus de chance de tomber enceinte? INSISTER: Quels sont les jours du mois pendant lesquels une femme doit faire attention pour ne pas tomber enceinte?	PENDANT SES REGLES ..... 1 JUSTE APRES SES REGLES . 2 AU MILIEU DU CYCLE ..... 3 JUSTE AVANT SES REGLES . 4 N'IMPORTE QUAND ..... 5 AUTRE ..... 6 (PRECISER) NSP ..... 8																			
229	PERSONNES PRESENTES (PENDANT CETTE PREMIERE PARTIE DE L'INTERVIEW)	<table border="0"> <tr> <td></td> <td>OUI</td> <td>NON</td> </tr> <tr> <td>ENFANTS DE &lt;3 ANS</td> <td>1</td> <td>2</td> </tr> <tr> <td>ENFANTS DE 3+ ANS</td> <td>1</td> <td>2</td> </tr> <tr> <td>MARI .....</td> <td>1</td> <td>2</td> </tr> <tr> <td>AUTRES HOMMES ....</td> <td>1</td> <td>2</td> </tr> <tr> <td>AUTRES FEMMES ....</td> <td>1</td> <td>2</td> </tr> </table>		OUI	NON	ENFANTS DE <3 ANS	1	2	ENFANTS DE 3+ ANS	1	2	MARI .....	1	2	AUTRES HOMMES ....	1	2	AUTRES FEMMES ....	1	2	
	OUI	NON																			
ENFANTS DE <3 ANS	1	2																			
ENFANTS DE 3+ ANS	1	2																			
MARI .....	1	2																			
AUTRES HOMMES ....	1	2																			
AUTRES FEMMES ....	1	2																			

**SECTION 3. CONTRACEPTION**

301 Maintenant, je voudrais vous parler d'un autre sujet. Il existe différents moyens ou méthodes traditionnelles ou modernes qu'un couple peut utiliser pour retarder ou prévenir une grossesse. Connaissez-vous quelques-uns de ces moyens ou en avez-vous entendu parler?

**ENQUETRICE:**

ENCERCLER LE CODE 1 DANS 301-302 POUR CHAQUE METHODE MENTIONNEE. POUR CHAQUE METHODE NON MENTIONNEE, LIRE LA DESCRIPTION, POSER LA QUESTION 302 ET EN CERCLER LE CODE 2 SI LA METHODE EST RECONNUE. POSER DIRECTEMENT 303 A 305 POUR CHACUNE DES METHODES CODEES 1 OU 2 DANS 301-302.

CODE POUR 304	CODE POUR 305
01 HOPITAL PUBLIC /MATERNITE	01 AUCUN
02 CENTRE DE SANTE/PMI	02 METHODE INEFFICACE
03 DISPENSAIRE PUBLIC	03 OPPOSITION DU MARI/PARTNAIRE
04 DISPENSAIRE AGREE	04 EFFETS SECONDAIRE
05 CABINET PRIVE	05 ACCES/DISPONIBILITE
06 PHARMACIE	06 COUT
07 SORCIER/GUERISSEUR	07 GENANT
08 CONNAISSANCES (PRECISER)	08 AUTRE (PRECISER)
09 AUTRE (PRECISER)	98 NSP
98 NSP	

TABLEAU 2	(301-)	303 Avez-vous jamais entendu parler de cette methode ?	304 Où iriez-vous actuellement pour obtenir (METHODE)?	305 Quel est le problème majeur, s'il y en a, en utilisant (METHODE)?
	302 Avez-vous OUI, SPONT. 1 OUI, DESC. 2 NON ..... 3-	303 Avez-vous jamais utilisé (METHODE)? OUI .... 1 NON .... 2		
<b>PILULE:</b> Il y a des femmes qui, pour retarder ou éviter une grossesse, prennent une pilule tous les jours.	OUI, SPONT. 1 OUI, DESC. 2 NON ..... 3-	OUI .... 1 NON .... 2	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> _____ (AUTRE)	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> _____ (AUTRE)
<b>STERILET:</b> Certaines femmes ont un stérilet ou un dispositif intra-utérin en plastique ou en métal que le médecin leur place dans l'utérus.	OUI, SPONT. 1 OUI, DESC. 2 NON ..... 3-	OUI .... 1 NON .... 2	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> _____ (AUTRE)	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> _____ (AUTRE)
<b>INJECTION:</b> Certaines femmes reçoivent une injection par un médecin ou une infirmière pour éviter de tomber enceinte pendant plusieurs mois.	OUI, SPONT. 1 OUI, DESC. 2 NON ..... 3-	OUI .... 1 NON .... 2	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> _____ (AUTRE)	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> _____ (AUTRE)
<b>DIAPHRAGME, MOUSSE, GELEE:</b> Certaines femmes se mettent un diaphragme, une éponge, des comprimés effervescents, de la gelée ou de la crème avant d'avoir des rapports sexuels, pour ne pas tomber enceinte.	OUI, SPONT. 1 OUI, DESC. 2 NON ..... 3-	OUI .... 1 NON .... 2	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> _____ (AUTRE)	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> _____ (AUTRE)
<b>CONDOM:</b> Certains hommes portent un condom (capote anglaise) afin d'éviter à la femme de tomber enceinte.	OUI, SPONT. 1 OUI, DESC. 2 NON ..... 3-	OUI .... 1 NON .... 2	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> _____ (AUTRE)	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> _____ (AUTRE)
<b>STERILISATION FEMININE:</b> Certaines femmes subissent une opération pour ne plus avoir d'enfants	OUI, SPONT. 1 OUI, DESC. 2 NON ..... 3-	OUI .... 1 NON .... 2	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> _____ (AUTRE)	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> _____ (AUTRE)
<b>STERILISATION MASCULINE:</b> Certains hommes subissent une opération pour ne plus avoir d'enfants.	OUI, SPONT. 1 OUI, DESC. 2 NON ..... 3-	OUI .... 1 NON .... 2	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> _____ (AUTRE)	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> _____ (AUTRE)

TABEAU 2 (SUITE)	302 Avez-vous jamais entendu parler de cette méthode?	303 Avez-vous jamais utilisé (METHODE)?	304 Où iriez-vous actuellement pour obtenir (METHODE)?	305 Quel est le problème majeur, s'il y en a, en utilisant (METHODE)?
<b>RETRAIT:</b> Certains hommes pratiquent le retrait, c. à d. qu'ils font attention et se retirent avant l'éjaculation.	OUI, SPONT. 1 OUI, DESC. 2 NON .....3-	OUI .... 1 NON .... 2	/ /	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>  (AUTRE)
<b>ABSTINENCE:</b> Certains couples, en dehors de l'abstinence post-natale, évitent d'avoir des rapports sexuels pendant des mois pour que la femme ne tombe pas enceinte.	OUI, SPONT. 1 OUI, DESC. 2 NON ..... 3-	OUI .... 1 NON .... 2	/ /	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>  (AUTRE)
<b>CONTINENCE PERIODIQUE:</b> Certains couples évitent d'avoir des rapports certains jours du cycle pendant lesquels la femme est plus susceptible de devenir enceinte.	OUI, SPONT. 1 OUI, DESC. 2 NON ..... 3-	OUI .... 1 NON .... 2	Où iriez-vous pour obtenir des conseils sur la continence périodique? <input type="checkbox"/>  (AUTRE)	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>  (AUTRE)
<b>PLANTES MEDICINALES</b> (écorce, racine, feuilles) sont des produits employés par certaines femmes pour retarder ou espacer les grossesses.	OUI, SPONT. 1 OUI, DESC. 2 NON ..... 3-	OUI .... 1 NON .... 2	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>  (AUTRE)	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>  (AUTRE)
<b>GRIS-GRIS</b> (amulette, cordon avec noeud, etc.) sont des objets employés par certaines femmes pour retarder ou espacer les grossesses.	OUI, SPONT. 1 OUI, DESC. 2 NON ..... 3-	OUI .... 1 NON .... 2	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>  (AUTRE)	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>  (AUTRE)
<b>AUTRES METHODES:</b> Avez-vous entendu parler d'autres méthodes, y compris les méthodes traditionnelles que des hommes ou des femmes utilisent? (PRECISER)	OUI, SPONT. 1 NON ..... 3-	OUI .... 1 NON .... 2	<b>CODE POUR 304</b> 01 HOPITAL PUBLIC /MATERNITE 02 CENTRE DE SANTE/PMI 03 DISPENSAIRE PUBLIC 04 DISPENSAIRE AGREE 05 CABINET PRIVE 06 PHARMACIE 07 SORCIER/GUERISSEUR 08 CONNAISSANCES 09 AUTRE (PRECISER) 98 NSP	<b>CODE POUR 305</b> 01 AUCUN 02 METHODE INEFFICACE 03 OPPOSITION DU MARI/PARTNAIRE 04 EFFETS SECONDAIRE 05 ACCES/DISPONIBILITE 06 COUT 07 GENANT 08 AUTRE (PRECISER) 98 NSP

306 **ENQUETRICE:** AUCUN "OUI" DANS 301-302   
(NE CONNAIT AUCUNE METHODE)

(PASSER A 309)

AU MOINS UN "OUI" DANS 301-302   
(CONNAIT AU MOINS UNE METHODE)

N°	QUESTIONS ET FILTRES	CODES	PASSER A
307	De qui ou comment avez-vous obtenu des informations sur la contraception pour la première fois?	MEDECIN..... 01 AUTRE PERSONNEL DE SANTE 02 ANIMATRICES SOCIALES... 03 REUNIONS UFB ..... 04 REUNIONS PARTI ..... 05 MARI .....06 AMIES/CONNAISSANCES ....07 PERSONNEL DE CULTTE .....08 RADIO/TELEVISION ..... 09 JOURNAL ..... 10 AUTRE ..... 11 (PRECISER) NSP .....98	
308	<u>ENQUETRIXE</u> : VOIR TABLEAU 2 AUCUN "OUI" DANS 303 <input type="checkbox"/>   (N'A JAMAIS UTILISE)	AU MOINS UN "OUI" DANS 303 <input type="checkbox"/>   (A UTILISE AU MOINS UNE METHODE)	(PASSER A 311)
309	Avez-vous jamais utilisé ou essayé un moyen quelconque pour ne pas tomber enceinte?	OUI ..... 1 NON ..... 2---	318
310	Qu'avez-vous fait ou utilisé?  <u>ENQUETRIXE</u> : CORRIGER 302-303 ET OBTENIR L'INFORMATION POUR 304 A 308 SI NECESSAIRE	(PRECISER)	
311	<u>VERIFIER 303</u> : A UTILISE LA CONTINENCE <input type="checkbox"/>   PERIODIQUE N'A JAMAIS UTILISE LA CONTINENCE <input type="checkbox"/>   PERIODIQUE (PASSER A 313)		
312	Quand vous avez utilisé la continence périodique la dernière fois, comment étiez-vous en mesure de déterminer les jours ou il fallait s'abstenir?	EN SE BASANT SUR LE CYCLE MENSTRUEL ..... 1 EN SE BASANT SUR LA TEMPERATURE DU CORPS ..... 2 EN SE BASANT SUR LA METHODE DU MUCUS CERVICAL (BILLINGS) ..... 3 EN SE BASANT SUR LA TEMPERATURE DU CORPS ET DU MUCUS ..... 4 AUTRE ..... 5 (PRECISER)	
313	Combien d'enfants vivants aviez-vous quand vous avez utilisé pour la première fois une méthode pour éviter de tomber enceinte? <u>ENQUETRIXE</u> : METTRE 00 SI AUCUN(E)	NOMBRE D'ENFANTS .. <input type="text"/>   <input type="text"/>	

N°	QUESTIONS ET FILTRES	CODES	PASSER A
314	<b>ENQUETRICE: VERIFIER 221 ET 303:</b>  ENCEINTE <input type="checkbox"/> (PASSER A 318)      STERILISEE <input type="checkbox"/> (PASSER A 322)	AUTRES CAS <input type="checkbox"/> ↓	
315	Est-ce que vous utilisez à present une méthode contraceptive pour éviter une grossesse?	OUI ..... 1 NON ..... 2---	→ 318
316	Quelle méthode utilisez-vous?	PILULE ..... 01 STERILET..... 02 INJECTIONS ..... 03 DIAPHRAGME, MOUSSE, GELEE ..... 04 CONDOM ..... 05 RETRAIT ..... 08--- ABSTINENCE PROLONGEE... 09--- CONTINENCE PERIODIQUE.. 10 PLANTES MEDICINALES ... 11 GRIS-GRIS ..... 12 AUTRE ..... 13--- (PRECISER)	→ 322 → 322 → 322
317	Où avez-vous obtenu (conseil pour) (METHODE ACTUELLE) la dernière fois?	HOPITAL PUBLIC/MATERNITE 01 CENTRE DE SANTE/PMI .... 02 DISPENSAIRE PUBLIC ..... 03 DISPENSAIRE AGREE ..... 04 CABINET PRIVE ..... 05 PHARMACIE ..... 06 SORCIER/GUERISSEUR ..... 07 CONNAISSANCES ..... 08 AUTRE ..... 09 (PRECISER) NSP ..... 98_	→ 322
318	Avez-vous l'intention d'utiliser une méthode ou un moyen pour éviter de tomber enceinte dans l'avenir?	OUI ..... 1 NON ..... 2 -- NSP ..... 8 --	→ 322 → 322
319	Parmi les méthodes dont on vient de parler, quelle méthode préféreriez-vous utiliser?	PILULE ..... 01 STERILET..... 02 INJECTIONS ..... 03 DIAPHRAGME, MOUSSE, GELEE ..... 04 CONDOM ..... 05 STERILISATION FEMININE 06 STERILISATION MASCULINE 07 RETRAIT ..... 08 -- ABSTINENCE PROLONGEE... 09 -- CONTINENCE PERIODIQUE.. 10 -- PLANTES MEDICINALES ... 11 GRIS-GRIS ..... 12 AUTRE ..... 13 -- (PRECISER) PAS SURE OU NSP..... 98 --	→ 321 → 321 → 321 → 321 → 322



**SECTION 4. SANTE ET ALLAITEMENT**

N°	QUESTIONS ET FILTRES	CODES	PASSER A
401	<p><b>ENQUETRICE:</b> VOIR 214            UNE OU PLUSIEURS NAISSANCES VIVANTES DEPUIS JANVIER 1982 [ ] AUCUNE NAISSANCE VIVANTE DEPUIS JANVIER 1982 [ ]            (PASSER A LA SECTION 5)</p>		
402	<p><b>ENQUETRICE:</b>            ECRIRE LE N° D'ORDRE, LE NOM ET L'ETAT DE SURVIE DE CHAQUE NAISSANCE DEPUIS JANVIER 1982 DANS LE TABLEAU 3 EN COMMENCANT PAR LA DERNIERE NAISSANCE. POSER LES QUESTIONS POUR CHAQUE NAISSANCE, MEME SI DECEDEE.</p>		

	N° D'ORDRE	N° D'ORDRE	N° D'ORDRE	N° D'ORDRE
<b>TABEAU 3.</b>	<b>DERNIERE NAISSANCE</b>	<b>AVANT-DERNIERE NAISSANCE</b>	<b>DEUXIEME AVANT-DERNIERE NAISSANCE</b>	<b>TROISIEME AVANT-DERNIERE NAISSANCE</b>
<b>NAISSANCE DES 5 DERNIERES ANNEES</b>	NOM _____ EN VIE[ ] DECEDE[ ]	NOM _____ EN VIE[ ] DECEDE[ ]	NOM _____ EN VIE[ ] DECEDE[ ]	NOM _____ EN VIE[ ] DECEDE[ ]
403 Quand vous étiez enceinte de (NOM), aviez-vous reçu une injection pour prévenir votre enfant d'avoir le tétanos? <b>SI OUI:</b> Combien de fois?	OUI, 1 FOIS .... 1 OUI, 2+ FOIS ... 2 NON ..... 3 NSP ..... 8	OUI, 1 FOIS .... 1 OUI, 2+ FOIS ... 2 NON ..... 3 NSP ..... 8	OUI, 1 FOIS ... 1 OUI, 2+ FOIS .. 2 NON ..... 3 NSP ..... 8	OUI, 1 FOIS ... 1 OUI, 2+ FOIS .. 2 NON ..... 3 NSP ..... 8
404 Quand vous étiez enceinte de (NOM), aviez-vous eu une consultation prénatale?  <b>SI OUI:</b> Où avez-vous eu votre première consultation?	HOPITAL/MATERNITE 1 CENTRE DE SANTE/ PMI ..... 2 DISPENSARE ..... 3 CABINET PRIVE ... 4 MEDECINE TRADITIONNELLE ..... 5 AUTRE _____ 6 (PRECISER)  PAS DE CONSULTATION ..... 7	HOPITAL/MATERNITE 1 CENTRE DE SANTE/ PMI ..... 2 DISPENSARE ..... 3 CABINET PRIVE ... 4 MEDECINE TRADITIONNELLE ..... 5 AUTRE _____ 6 (PRECISER)  PAS DE CONSULTATION ..... 7	HOPITAL/MATERNITE 1 CENTRE DE SANTE/ PMI ..... 2 DISPENSARE ..... 3 CABINET PRIVE .. 4 MEDECINE TRADITIONNELLE ..... 5 AUTRE _____ 6 (PRECISER)  PAS DE CONSULTATION ..... 7	HOPITAL/MATERNITE 1 CENTRE DE SANTE/ PMI ..... 2 DISPENSARE ..... 3 CABINET PRIVE .. 4 MEDECINE TRADITIONNELLE ..... 5 AUTRE _____ 6 (PRECISER)  PAS DE CONSULTATION ..... 7



N°.	QUESTIONS ET FILTRES	CODES	PASSER A																																				
412	La nuit dernière, du coucher jusqu' au lever du soleil, combien de fois avez-vous allaité votre enfant?	NOMBRE DE FOIS .... <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> A LA DEMANDE, QUAND L'ENFANT PLEURE ..... 96 NSP ..... 98																																					
413	Combien de fois avez-vous allaité votre enfant hier au cours de la journée?	NOMBRE DE FOIS .... <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> A LA DEMANDE, QUAND L'ENFANT PLEURE ..... 96 NSP ..... 98																																					
414	Avez-vous donné, hier ou la nuit dernière, à (NOM DU DERNIER ENFANT), un des liquides ou une des nourritures suivantes? - eau ? - jus ? - lait en poudre ? - lait de vache ? - lait de chèvre ? - bière de banane ou de sorgo ? - bouillie ? - autre liquide ?  - aliments solides ?	<table> <thead> <tr> <th></th> <th>QUI</th> <th>NON</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>EAU .....</td> <td>1</td> <td>2</td> </tr> <tr> <td>JUS .....</td> <td>1</td> <td>2</td> </tr> <tr> <td>LAIT EN POUDRE ....</td> <td>1</td> <td>2</td> </tr> <tr> <td>LAIT DE VACHE .....</td> <td>1</td> <td>2</td> </tr> <tr> <td>LAIT DE CHEVRE ....</td> <td>1</td> <td>2</td> </tr> <tr> <td>BIERE BANANE/SORGO</td> <td>1</td> <td>2</td> </tr> <tr> <td>BOUILLIE .....</td> <td>1</td> <td>2</td> </tr> <tr> <td>AUTRE LIQUIDE</td> <td></td> <td></td> </tr> <tr> <td>_____</td> <td>1</td> <td>2</td> </tr> <tr> <td>(PRECISER)</td> <td></td> <td></td> </tr> <tr> <td>ALIMENTS SOLIDES ..</td> <td>1</td> <td>2</td> </tr> </tbody> </table>		QUI	NON	EAU .....	1	2	JUS .....	1	2	LAIT EN POUDRE ....	1	2	LAIT DE VACHE .....	1	2	LAIT DE CHEVRE ....	1	2	BIERE BANANE/SORGO	1	2	BOUILLIE .....	1	2	AUTRE LIQUIDE			_____	1	2	(PRECISER)			ALIMENTS SOLIDES ..	1	2	
	QUI	NON																																					
EAU .....	1	2																																					
JUS .....	1	2																																					
LAIT EN POUDRE ....	1	2																																					
LAIT DE VACHE .....	1	2																																					
LAIT DE CHEVRE ....	1	2																																					
BIERE BANANE/SORGO	1	2																																					
BOUILLIE .....	1	2																																					
AUTRE LIQUIDE																																							
_____	1	2																																					
(PRECISER)																																							
ALIMENTS SOLIDES ..	1	2																																					
415	ENQUETRICE: VOIR 414 ENFANT A RECU [ ] LIQUIDE OU NOURRITURE ENFANT N'A RECU AUCUNE [ ] LIQUIDE OU NOURRITURE ↓ (PASSER A 418)																																						
416	Avez-vous donné un de ces liquides (nourritures) dans un biberon?	OUI ..... 1--- NON ..... 2---	→ 418 → 418																																				
417	Pourquoi avez-vous cessé d'allaiter au sein (NOM DE DERNIERE NAISSANCE)?	SEVRAGE ..... 01 ENFANT MALADE ..... 02 REFUS TETER ..... 03 MERE MALADE ..... 04 PAS DE LAIT ..... 05 GROSSESSE ..... 06 PREFERE LAIT ARTIFICIEL 07 MERE QUI TRAVAILLE ..... 08 AUTRE ..... 09 (PRECISER)																																					
418	Quand vous étiez enceinte de (NOM DE LA DERNIERE NAISSANCE) vouliez-vous avoir cet enfant à ce moment là, ou attendre pour plus tard, ou ne pas avoir d'(autres) enfants du tout?	A CE TEMPS LA .....01 PLUS TARD .....02 NE PAS AVOIR .....03																																					

419 **ENQUETRICE:**

ECRIRE LE N° D'ORDER, LE NOM ET L'ETAT DE SURVIE DE CHAQUE NAISSANCE DEPUIS JANVIER 1982 DANS LE TABLEAU 4, EN COMMENCANT PAR LA DERNIERE NAISSANCE. L'ENTETE DU TABLEAU 4 DOIT ETRE EXACTEMENT LA MEME QUE CELLE DU TABLEAU 3. POSER LES QUESTIONS SEULEMENT POUR LES ENFANTS ENCORE EN VIE.

	NO D'ORDRE	NO D'ORDRE	NO D'ORDRE	NO D'ORDRE
TABLEAU 4	DERNIERE NAISSANCE	AVANT-DERNIERE NAISSANCE	DEUXIEME AVANT-DERNIERE NAISSANCE	TROISIEME AVANT-DERNIERE NAISSANCE
	NOM _____	NOM _____	NOM _____	NOM _____
ENFANTS VIVANTS	EN VIE [ ] DECEDE [ ]	EN VIE [ ] DECEDE [ ]	EN VIE [ ] DECEDE [ ]	EN VIE [ ] DECEDE [ ] (PASSER A 428)
420				
Avez-vous une carte de vaccination pour (NOM)	OUI, VU ..... 1_	OUI, VU ..... 1_	OUI, VU ..... 1_	OUI, VU ..... 1_
SI OUI: Puis-je la voir SVP ?	OUI, PAS VU ..... 2_	OUI, PAS VU ..... 2_	OUI, PAS VU ..... 2_	OUI, PAS VU ..... 2_
SI CODE '2': NOTER RAISONS DANS OBSERVATIONS.	(PASSER A 422) <---	(PASSER A 422) <---	(PASSER A 422) <---	(PASSER A 422) <---
	PAS DE CARTE ..... 3_	PAS DE CARTE ..... 3_	PAS DE CARTE ..... 3_	PAS DE CARTE ..... 3_
421				
ENQUETRICE: ENREGISTRER LES DATES DE VACCINATION A PARTIR DE LA CARTE DE VACCINATION	NON J M A B.C.G.	NON J M A B.C.G.	NON J M A B.C.G.	NON J M A B.C.G.
	1	1	1	1
	POLIO	POLIO	POLIO	POLIO
	1	1	1	1
	2	2	2	2
	3	3	3	3
	4	4	4	4
	D.T.C.	D.T.C.	D.T.C.	D.T.C.
	1	1	1	1
	2	2	2	2
	3	3	3	3
	4	4	4	4
	ROUGEOLE	ROUGEOLE	ROUGEOLE	ROUGEOLE
	1	1	1	1
	(PASSER A 423)	(PASSER A 423)	(PASSER A 423)	(PASSER A 423)
422				
Est-ce que (NOM) a ete vaccine contre des maladies?	OUI ..... 1	OUI ..... 1	OUI ..... 1	OUI ..... 1
	NON ..... 2	NON ..... 2	NON ..... 2	NON ..... 2
	NSP ..... 8	NSP ..... 8	NSP ..... 8	NSP ..... 8

TABLEAU 4 (SUITE) ENFANTS VIVANTS	N° D'ORDRE		N° D'ORDRE		N° D'ORDRE		N° D'ORDRE	
	DERNIERE NAISSANCE		AVANT DERNIERE NAISSANCE		2E AVANT DERN. NAISSANCE		3E AVANT DERN. NAISSANCE	
	NOM	EN VIE [ ] DECEDE [ ]	NOM	EN VIE [ ] DECEDE [ ]	NOM	EN VIE [ ] DECEDE [ ]	NOM	EN VIE [ ] DECEDE [ ]
423 Est-ce que (NOM) a eu la diarrhée dans les 24 dernières heures ?	OUI ..... 1 (PASSER A 425)	NON ..... 2 NSP ..... 8	OUI ..... 1 (PASSER A 425)	NON ..... 2 NSP ..... 8	OUI ..... 1 (PASSER A 425)	NON ..... 2 NSP ..... 8	OUI ..... 1 (PASSER A 425)	NON ..... 2 NSP ..... 8
424 Est-ce que (NOM) a eu la diarrhée au cours des 2 dernières semaines?	OUI ..... 1 NON ..... 2 (PASSER A COL. SUIV.)	NON ..... 2 NSP ..... 8	OUI ..... 1 NON ..... 2 (PASSER A COL. SUIV.)	NON ..... 2 NSP ..... 8	OUI ..... 1 NON ..... 2 (PASSER A COL. SUIV.)	NON ..... 2 NSP ..... 8	OUI ..... 1 NON ..... 2 (PASSER A 428)	NON ..... 2 NSP ..... 8
425: Avez-vous emmené (NOM) à l'hôpital, au centre de santé, ou au dispensaire pour traiter la diarrhée (la dernière fois)? <u>SI</u> OUI: Où l'avez-vous emmené d'abord?	HOPITAL ..... 1 CENTRE DE SANTE ..... 2 DISPENSARE ..... 3 NON ..... 4	HOPITAL ..... 1 CENTRE DE SANTE ..... 2 DISPENSARE ..... 3 NON ..... 4	HOPITAL ..... 1 CENTRE DE SANTE ..... 2 DISPENSARE ..... 3 NON ..... 4	HOPITAL ..... 1 CENTRE DE SANTE ..... 2 DISPENSARE ..... 3 NON ..... 4	HOPITAL ..... 1 CENTRE DE SANTE ..... 2 DISPENSARE ..... 3 NON ..... 4	HOPITAL ..... 1 CENTRE DE SANTE ..... 2 DISPENSARE ..... 3 NON ..... 4	HOPITAL ..... 1 CENTRE DE SANTE ..... 2 DISPENSARE ..... 3 NON ..... 4	HOPITAL ..... 1 CENTRE DE SANTE ..... 2 DISPENSARE ..... 3 NON ..... 4
426: Est-ce que (NOM) a reçu RVO pour maîtriser la diarrhée (la dernière fois)?	OUI ..... 1 NON ..... 2 NSP ..... 8	OUI ..... 1 NON ..... 2 NSP ..... 8	OUI ..... 1 NON ..... 2 NSP ..... 8	OUI ..... 1 NON ..... 2 NSP ..... 8	OUI ..... 1 NON ..... 2 NSP ..... 8	OUI ..... 1 NON ..... 2 NSP ..... 8	OUI ..... 1 NON ..... 2 NSP ..... 8	OUI ..... 1 NON ..... 2 NSP ..... 8
427: Avez-vous ou quelqu'un d'autre fait (autre) chose pour traiter la diarrhée (la dernière fois)? <u>SI</u> OUI: Qu'est-ce qu'on a fait?	SOLUTION D'EAU SUCREE ET SALEE (MAISON) ..... 1 SIROP ET AUTRES PRODUITS PHARMACEUTIQUES ..... 1 PLANTES MEDICINALES ..... 1 JUS DE CITRON ..... 1 BOISSONS GAZEUSES ..... 1 BEAUCOUP DE LIQUIDES ..... 1 BEAUCOUP DE NOURRITURE ..... 1 MOINS DE LIQUIDE ..... 1 MOINS DE NOURRITURE ..... 1 AUTRE ..... 1 (PRECISER) RIEN ..... 1 (PASSER A LA COL. SUIV.)	SOLUTION D'EAU SUCREE ET SALEE (MAISON) ..... 1 SIROP ET AUTRES PRODUITS PHARMACEUTIQUES ..... 1 PLANTES MEDICINALES ..... 1 JUS DE CITRON ..... 1 BOISSONS GAZEUSES ..... 1 BEAUCOUP DE LIQUIDES ..... 1 BEAUCOUP DE NOURRITURE ..... 1 MOINS DE LIQUIDE ..... 1 MOINS DE NOURRITURE ..... 1 AUTRE ..... 1 (PRECISER) RIEN ..... 1 (PASSER A LA COL. SUIV.)	SOLUTION D'EAU SUCREE ET SALEE (MAISON) ..... 1 SIROP ET AUTRES PRODUITS PHARMACEUTIQUES ..... 1 PLANTES MEDICINALES ..... 1 JUS DE CITRON ..... 1 BOISSONS GAZEUSES ..... 1 BEAUCOUP DE LIQUIDES ..... 1 BEAUCOUP DE NOURRITURE ..... 1 MOINS DE LIQUIDE ..... 1 MOINS DE NOURRITURE ..... 1 AUTRE ..... 1 (PRECISER) RIEN ..... 1 (PASSER A LA COL. SUIV.)	SOLUTION D'EAU SUCREE ET SALEE (MAISON) ..... 1 SIROP ET AUTRES PRODUITS PHARMACEUTIQUES ..... 1 PLANTES MEDICINALES ..... 1 JUS DE CITRON ..... 1 BOISSONS GAZEUSES ..... 1 BEAUCOUP DE LIQUIDES ..... 1 BEAUCOUP DE NOURRITURE ..... 1 MOINS DE LIQUIDE ..... 1 MOINS DE NOURRITURE ..... 1 AUTRE ..... 1 (PRECISER) RIEN ..... 1 (PASSER A LA COL. SUIV.)	SOLUTION D'EAU SUCREE ET SALEE (MAISON) ..... 1 SIROP ET AUTRES PRODUITS PHARMACEUTIQUES ..... 1 PLANTES MEDICINALES ..... 1 JUS DE CITRON ..... 1 BOISSONS GAZEUSES ..... 1 BEAUCOUP DE LIQUIDES ..... 1 BEAUCOUP DE NOURRITURE ..... 1 MOINS DE LIQUIDE ..... 1 MOINS DE NOURRITURE ..... 1 AUTRE ..... 1 (PRECISER) RIEN ..... 1 (PASSER A 428)	SOLUTION D'EAU SUCREE ET SALEE (MAISON) ..... 1 SIROP ET AUTRES PRODUITS PHARMACEUTIQUES ..... 1 PLANTES MEDICINALES ..... 1 JUS DE CITRON ..... 1 BOISSONS GAZEUSES ..... 1 BEAUCOUP DE LIQUIDES ..... 1 BEAUCOUP DE NOURRITURE ..... 1 MOINS DE LIQUIDE ..... 1 MOINS DE NOURRITURE ..... 1 AUTRE ..... 1 (PRECISER) RIEN ..... 1 (PASSER A 428)	SOLUTION D'EAU SUCREE ET SALEE (MAISON) ..... 1 SIROP ET AUTRES PRODUITS PHARMACEUTIQUES ..... 1 PLANTES MEDICINALES ..... 1 JUS DE CITRON ..... 1 BOISSONS GAZEUSES ..... 1 BEAUCOUP DE LIQUIDES ..... 1 BEAUCOUP DE NOURRITURE ..... 1 MOINS DE LIQUIDE ..... 1 MOINS DE NOURRITURE ..... 1 AUTRE ..... 1 (PRECISER) RIEN ..... 1 (PASSER A 428)	SOLUTION D'EAU SUCREE ET SALEE (MAISON) ..... 1 SIROP ET AUTRES PRODUITS PHARMACEUTIQUES ..... 1 PLANTES MEDICINALES ..... 1 JUS DE CITRON ..... 1 BOISSONS GAZEUSES ..... 1 BEAUCOUP DE LIQUIDES ..... 1 BEAUCOUP DE NOURRITURE ..... 1 MOINS DE LIQUIDE ..... 1 MOINS DE NOURRITURE ..... 1 AUTRE ..... 1 (PRECISER) RIEN ..... 1 (PASSER A 428)
N°	QUESTIONS ET FILTRES				CODES		PASSER A	
428	VOIR 426 AU MOINS UN ENFANT A RECU RVO <input type="checkbox"/> AUCUN ENFANT N'A RECU RVO <input type="checkbox"/> (PASSER A 430)							
429	Avez-vous jamais entendu d'un produit spécial appelé (NOM LOCAL) que vous pouvez acquérir pour traiter la diarrhée ?				OUI ..... 1 NON ..... 2			
430	Avez-vous déjà vu ce sachet (MONTRER LE SACHET RVO D'UNICEF)?				OUI ..... 1 NON ..... 2			

	N° D'ORDRE	N° D'ORDRE	N° D'ORDRE	N° D'ORDRE
TABEAU 4 (SUITE)	DERNIERE NAISSANCE	AVANT-DERNIERE NAISSANCE	DEUXIEME AVANT-DERNIERE NAISSANCE	TROISIEME AVANT-DERNIERE NAISSANCE
ENFANTS VIVANTS	NOM EN VIE [ ] DECEDE [ ]	NOM EN VIE [ ] DECEDE [ ]	NOM EN VIE [ ] DECEDE [ ]	NOM EN VIE [ ] DECEDE [ ]
	▼	▼	▼	▼ PASSER A 437
431 Est-ce que (NOM) a eu la fièvre dans les 4 dernières semaines ?	OUI ..... 1 NON ..... 2 (PASSER A 434) ← NSP ..... 8	OUI ..... 1 NON ..... 2 (PASSER A 434) ← NSP ..... 8	OUI ..... 1 NON ..... 2 (PASSER A 434) ← NSP ..... 8	OUI ..... 1 NON ..... 2 (PASSER A 434) ← NSP ..... 8
432 Avez-vous emmené (NOM) à l'hôpital, au centre de santé, ou au dispensaire pour traiter la fièvre? SI OUI: Où l'avez-vous emmené d'abord?	HOPITAL ..... 1 CENTRE DE SANTE ... 2 DISPENSARE ..... 3 NON ..... 4	HOPITAL ..... 1 CENTRE DE SANTE .. 2 DISPENSARE ..... 3 NON ..... 4	HOPITAL ..... 1 CENTRE DE SANTE . 2 DISPENSARE ..... 3 NON ..... 4	HOPITAL ..... 1 CENTRE DE SANTE . 2 DISPENSARE ..... 3 NON ..... 4
433 Avez-vous ou quelqu'un d'autre fait (autre) chose pour traiter la fièvre? SI OUI: Qu'est-ce qu'on a fait ?  ENQUETRIE: CODER 1 POUR TOUS LES TRAITEMENTS MENTIONNES.	ANTI-MALARIEN (COMPRI- MES OU INJECTION) . 1 ASPIRINE/NOVALGIN . . 1 ANTIBIOTIQUE (COMPRI- MES OU INJECTION) . 1 COMPRIMES (AUTRE/NSP) 1 INJECTION (AUTRE/NSP) 1 LIQUIDE OU SIROP ... 1 PLANTES MEDICINALES . 1 GRIS-GRIS ..... 1 AUTRE ..... 1 (PRECISER) RIEN ..... 1	ANTI-MALARIEN (COMPRI- MES OU INJECTION) . 1 ASPIRINE/NOVALGIN . . 1 ANTIBIOTIQUE (COMPRI- MES OU INJECTION) . 1 COMPRIMES(AUTRE/NSP) 1 INJECTION(AUTRE/NSP) 1 LIQUIDE OU SIROP .. 1 PLANTES MEDICINALES 1 GRIS-GRIS ..... 1 AUTRE ..... 1 (PRECISER) RIEN ..... 1	ANTI-MALARIEN (COMPRI- MES OU INJECTION) 1 ASPIRINE/NOVALGIN 1 ANTIBIOTIQUE(COMPRI- MES OU INJECTION) 1 COMPRIMES(AUTRE/NSP) 1 INJECTION(AUTRE/NSP) 1 LIQUIDE OU SIROP . 1 PLANTES MEDICINALES 1 GRIS-GRIS ..... 1 AUTRE ..... 1 (PRECISER) RIEN ..... 1	ANTI-MALARIEN (COMPRI- MES OU INJECTION) 1 ASPIRINE/NOVALGIN 1 ANTIBIOTIQUE(COMPRI- MES OU INJECTION) 1 COMPRIMES(AUTRE/NSP) 1 INJECTION(AUTRE/NSP) 1 LIQUIDE OU SIROP . 1 PLANTES MEDICINALES 1 GRIS-GRIS ..... 1 AUTRE ..... 1 (PRECISER) RIEN ..... 1
434 Est-ce que (NOM) a souffert d'une toux sévère, d'une respiration rapide ou difficile dans les 4 dernières semaines ?	OUI ..... 1 NON ..... 2 (PASSER A COL.SUIV) ← NSP ..... 3	OUI ..... 1 NON ..... 2 (PASSER A COL.SUIV) ← NSP ..... 3	OUI ..... 1 NON ..... 2 (PASSER A COL.SUIV) ← NSP ..... 3	OUI ..... 1 NON ..... 2 (PASSER A 437) ← NSP ..... 3
435 Avez-vous emmené (NOM) à l'hôpital, au centre de santé, ou au dispensaire pour traiter le problème? SI OUI: Où l'avez-vous emmené d'abord?	HOPITAL ..... 1 CENTRE DE SANTE ... 2 DISPENSARE ..... 3 NON ..... 4	HOPITAL ..... 1 CENTRE DE SANTE .. 2 DISPENSARE ..... 3 NON ..... 4	HOPITAL ..... 1 CENTRE DE SANTE . 2 DISPENSARE ..... 3 NON ..... 4	HOPITAL ..... 1 CENTRE DE SANTE . 2 DISPENSARE ..... 3 NON ..... 4
436 Avez-vous ou quelqu'un d'autre fait (autre) chose pour traiter le problème? SI OUI: Qu'est-ce qu'on a fait ?  ENQUETRIE: CODER 1 POUR TOUS LES TRAITEMENTS MENTIONNES.	ANTIBIOTIQUE ..... 1 SIROP CONTRE LA TOUX 1 COMPRIMES ..... 1 INJECTION ..... 1 JUS DE CITRON ..... 1 AUTRE ..... 1 (PRECISER) RIEN ..... 1 (PASSER A COL.SUIV)	ANTIBIOTIQUE ..... 1 SIROP CONTRE LA TOUX 1 COMPRIMES ..... 1 INJECTION ..... 1 JUS DE CITRON ..... 1 AUTRE ..... 1 (PRECISER) RIEN ..... 1 (PASSER A COL.SUIV)	ANTIBIOTIQUE ..... 1 SIROP CONTRE LA TOUX 1 COMPRIMES ..... 1 INJECTION ..... 1 JUS DE CITRON ..... 1 AUTRE ..... 1 (PRECISER) RIEN ..... 1 (PASSER A COL.SUIV)	ANTIBIOTIQUE ..... 1 SIROP CONTRE LA TOUX 1 COMPRIMES ..... 1 INJECTION ..... 1 JUS DE CITRON ..... 1 AUTRE ..... 1 (PRECISER) RIEN ..... 1 (PASSER A 437)
N°	QUESTIONS ET FILTRES		CODES	PASSER A
437	A quoi sert un vaccin?		PREVENIR ..... 1 GUERIR ..... 2 PREVENIR ET GUERIR ... 3 AUTRE ..... 4 (PRECISER) NSP ..... 8	

## SECTION 5. MARIAGE

N°	QUESTIONS ET FILTRES	CODES	PASSER A
501	Avez-vous jamais été mariée ou vécu en union avec quelqu'un?	OUI ..... 1 NON ..... 2---	➔ 514
502	Etes-vous actuellement mariée, veuve, séparée, divorcé ou célibataire?	MARIEE ..... 1--- VEUVE ..... 2 SEPARÉE ..... 3 DIVORCÉE ..... 4 CELIBATAIRE ..... 5	➔ 504
503	Vivez-vous en union avec quelqu'un?	OUI ..... 1 NON ..... 2---	➔ 507
504	Est-ce que votre mari/partenaire vit avec vous où habite ailleurs?	VIT AVEC ELLE ..... 1 HABITE AILLEURS ..... 2	
505	Votre mari/partenaire a-t-il d'autres femmes actuellement en plus de vous-même?	OUI ..... 1 NON ..... 2---	➔ 507
506	Combien a-t-il de femmes en plus de vous-même ?	NOMBRE ..... <input type="text"/> NSP ..... 8	
507	Avez-vous été mariée ou vécu avec un homme une fois ou plus d'une fois?	UNE FOIS ..... 1 PLUS D'UNE FOIS ..... 2--	➔ 509
508	<u>ENQUETRIX</u> VOIR 502 MARIEE, VEUVE [ ]      DIVORCÉE OU [ ] OU SEPARÉE (PASSER A 510)      CELIBATAIRE		
509	Votre premier mari ou partenaire est-il encore en vie?	OUI ..... 1 NON ..... 2 NSP ..... 8	
510	En quel mois et quelle année avez-vous commencé à vivre avec votre (premier) mari ou partenaire?	MOIS ..... <input type="text"/> NSP MOIS ..... 98 ANNEE ..... <input type="text"/> NSP ANNEE ..... 98	➔ 512
511	Quel âge aviez-vous quand vous avez commencé à vivre avec lui?	AGE..... <input type="text"/>	
512	Quand vous avez commencé à vivre avec votre (premier) mari ou partenaire, avait-il d'autres femmes en plus de vous-même?	OUI ..... 1 NON ..... 2---	➔ 514
513	Quel était votre rang à ce moment: étiez-vous la première, la deuxième, la troisième ... épouse?	RANG ..... <input type="text"/> NSP ..... 8	

N°	QUESTIONS ET FILTRES	CODES	PASSER A
514	Votre père est-il encore en vie?	OUI ..... 1 --- NON ..... 2 NSP ..... 8 ---	➤ 516 ➤ 516
515	Depuis combien d'années est-il décédé?	NOMBRE D'ANNEES [ ][ ] NSP ..... 98	
516	Votre mère est-elle encore en vie?	OUI ..... 1 --- NON ..... 2 NSP ..... 8 ---	➤ 518 ➤ 518
517	Depuis combien d'années est-elle décédée?	NOMBRE D'ANNEES [ ][ ] NSP ..... 98	
518	ENQUETRIX: VOIR 501 OUI, A ETE MARIEE OU [ ] VECU EN UNION	NON, N'A JAMAIS ETE MARIEE [ ] NI VECU EN UNION (PASSER A 527)	
519	Le père et la mère de votre (premier) mari ou partenaire sont-ils encore en vie?	OUI NON NSP PERE DU 1er MARI 1 2 8 MERE DU 1er MARI 1 2 8	
520	ENQUETRIX: VOIR 514, 516 ET 519 TOUS EN VIE [ ] ( 'OUI' A TOUTES (PASSER A 523) LES QUESTIONS)	PAS TOUS EN VIE [ ] OU NSP	
521	Votre (CITER LES PARENTS QUI NE SONT PLUS EN VIE) était-il/elle en vie quand vous aviez commencé à vivre avec votre (premier) mari ou partenaire?	OUI NON NSP PERE DE LA FEMME 1 2 8 MERE DE LA FEMME 1 2 8 PERE DU (1er) MARI 1 2 8 MERE DU (1er) MARI 1 2 8	
522	ENQUETRIX: VOIR 521 AU MOINS UN PARENT AUCUN PARENT VIVANT AU MARIAGE VIVANT AU MAR. [ ] [ ] (PASSER A 526)		
523	Pendant les 6 premiers mois de votre (premier) mariage ou union, avez-vous habité, vous et votre mari, avec un de ces parents dans le même ménage ou rigo d'une manière continue?	OUI ..... 1 NON ..... 2 ---	➤ 525
524	Et cette situation a duré pendant combien d'années?	ANNEES REVOLUES ... [ ][ ] JUSQU'A MAINTENANT .... 96 --- NSP ..... 98	➤ 526
525	Vivez-vous à présent avec un de vos parents ou les parents de votre mari/partenaire actuel?	OUI ..... 1 NON ..... 2	
526	Dans combien de localités différentes avez-vous vécu, pendant 6 mois ou plus, depuis votre premier mariage ou union, y compris cette localité?	NOMBRE DE LOCALITES ..... [ ][ ] --- NSP ..... 98 ---	➤ 528 ➤ 528

N°	QUESTIONS ET FILTRES	CODES	PASSER A
527	Maintenant nous avons besoin de quelques renseignements sur votre activité sexuelle afin de mieux comprendre la fécondité et la contraception. Avez-vous jamais eu des relations sexuelles?	OUI ..... 1--- NON ..... 2---	➔ 529 ➔ 537
528	Maintenant nous avons besoin de quelques renseignements sur votre activité sexuelle afin de mieux comprendre la fécondité et la contraception.		
529	Quel âge aviez-vous la première fois que vous avez eu des relations sexuelles ?	AGE <input type="text"/>	
530	Avez-vous eu des relations sexuelles dans les 4 dernières semaines ?	OUI ..... 1 NON ..... 2 --	➔ 532
531	Combien de fois ?	NOMBRE <input type="text"/>	
532	Combien de temps y a t-il depuis la dernière fois que vous avez eu des relations sexuelles ?	JOURS 1 <input type="text"/> OU SEMAINES 2 <input type="text"/> OU MOIS 3 <input type="text"/> OU ANNEES 4 <input type="text"/> AVANT LA DER- NIERE NAISSANCE 996 ----	➔ VERIFIER 530 ➔ 537 ➔ 537
533	ENQUETRICE: VERIFIER 221 ENCEINTE [ ] PAS ENCEINTE/ (PASSER A 537) N'EST PAS SURE [ ]		
534	ENQUETRICE: VERIFIER 303 ET 315 UTILISE ACTUELLEMENT [ ] UNE METHODE (PASSER A 537) N'UTILISE ACTUELLEMENT AUCUNE METHODE [ ]		
535	Si vous deveniez enceinte dans les prochaines semaines, vous sentirez vous heureuse, malheureuse ou indifférente ?	HEUREUSE ..... 1 -- MALHEUREUSE ..... 2 INDIFFERENTE ..... 3	➔ 537
536	Quelle est la principale raison qui vous empêche d'utiliser une méthode pour éviter une grossesse ?	MANQUE D'INFORMATION .... 01 OPPOSEE A LA PLANIFICA- TION FAMILIALE ..... 02 LE MARI DESAPPROUVE ..... 03 LA FAMILLE DESAPPROUVE 04 RAPPORTS SEXUELS PEU FREQUENTS ..... 05 ALLAITE ENCORE ..... 06 STERILITE/MENOPAUSE ..... 07 PROBLEMES DE SANTE ..... 08 METHODE PAS DISPONIBLE 09 COUT ELEVE ..... 10 CROYANCE RELIGIEUSE ..... 11 FATALISTE ..... 12 METHODES CONTRACEPTIVES PRESENTENT INCONVENIENTS 13 AUTRE (PRECISER) 14 NSP ..... 98	
537	PERSONNES PRESENTES (PENDANT CETTE CINQUIEME PARTIE DE L'INTERVIEW)	OUI NON ENFANTS DE <3 ANS 1 2 ENFANTS DE 3+ ANS 1 2 MARI ..... 1 2 AUTRES HOMMES .... 1 2 AUTRES FEMMES .... 1 2	



N°	QUESTIONS ET FILTRES	CODES	PASSER A
608	A votre avis, une mère devrait-elle attendre jusqu'à ce qu'elle n'allaitte plus pour reprendre les relations sexuelles?	OUI ..... 1 NON ..... 2 NSP ..... 8	
609	Pensez-vous que votre mari (ou partenaire) approuve ou désapprouve les couples qui utilisent la contraception ?	APPROUVE ..... 1 DESAPPROUVE..... 2 NSP ..... 8	
610	Combien de fois avez-vous parlé à votre mari/partenaire de la contraception au cours de l'année dernière?	JAMAIS ..... 1 UNE OU DEUX FOIS ..... 2 TROIS FOIS OU PLUS ..... 3 EN UNION MOINS D'UN AN . 4	
611	En général, approuvez-vous ou désapprouvez-vous les couples qui utilisent la contraception?	APPROUVE ..... 1 DESAPPROUVE ..... 2 -- NSP ..... 8 --	→613 →614
612	Pourquoi les approuvez-vous ?	SANTE, REPOS DE LA MERE 1- SANTE DE L'ENFANT ..... 1 EDUCATION DE L'ENFANT .. 1 DIFFICULTES ECONOMIQUES 1 AUTRE ..... 1 (PRECISER) NSP ..... 1-	→614
613	Pourquoi les désapprouvez-vous ?	COUTUMES..... 1 RELIGION ..... 1 EFFETS SECONDAIRES ..... 1 MORTALITE ENFANTS..... 1 AVANTAGES ECONOMIQUE ..... 1 AUTRE ..... 1 (PRECISER) NSP ..... 1	
614	<u>ENQUETRIE</u> : VERIFIER 202 ET 204 PAS D'ENFANTS VIVANTS     : Si vous pouviez choisir exactement le nombre d'enfants que vous désirez, combien voudriez-vous avoir en total?  A DES ENFANTS VIVANTS     : Si vous pouviez recommencer à partir du temps où vous n'aviez pas d'enfants et pouviez choisir exactement le nombre d'enfants que vous désirez, combien voudriez-vous avoir en total?	NOMBRE .....        ENTRE ..... ET ..... DEPEND DE DIEU ..... 95 AUTRE REPONSE ..... 96 (PRECISER) NSP ..... 98	
615	Combien de garçons et combien de filles voudriez-vous avoir?	NOMBRE DE GARCONS       NOMBRE DE FILLES       DEPEND DE DIEU ..... 95 AUTRE ..... 96 (PRECISER) NSP ..... 98	

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

N°	QUESTIONS ET FILTRES	CODES	PASSER A
701	<p><b>ENQUETRICE:</b> VOIR 501 ET VERIFIER            A ETE MARIEE OU <input type="checkbox"/> AUTRES CAS <input type="checkbox"/>            A VECU AVEC UN HOMME <input type="checkbox"/> (PASSER A 715)            ↓            POSER LES QUESTIONS SUR LE MARI/PARTENAIRE ACTUEL OU LE PLUS RECENT.</p>		
702	<p>Maintenant je vais vous poser quelques questions au sujet de votre mari/partenaire actuel (dernier).            Est-ce que votre mari/partenaire actuel (dernier) a fréquenté l'école?</p>	<p>OUI ..... 1            NON ..... 2--- ➔ 706            NSP ..... 8--- ➔ 706</p>	
703	<p>Quel est le niveau le plus élevé qu'il a atteint?</p>	<p>PRIMAIRE ..... 1            SECONDAIRE ..... 2            SUPERIEUR ..... 3            NSP ..... 8--- ➔ 706</p>	
704	<p>Quelle est la dernière classe qu'il a achevée?</p>	<p>DERNIERE CLASSE            ACHEVEE <input type="checkbox"/>            NSP ..... 8</p>	
705	<p><b>ENQUETRICE:</b> VOIR 703 ET VERIFIER:            PRIMAIRE [ ] SECONDAIRE [ ]            ↓            OU + (PASSER A 707)</p>		
706	<p>Peut-(pouvait-)il lire une lettre ou un journal facilement, difficilement ou pas du tout ?</p>	<p>FACILEMENT..... 1            DIFFICILEMENT..... 2            PAS DU TOUT..... 3            NSP ..... 8</p>	
707	<p>Quel type de travail votre mari/partenaire fait (faisait-il) principalement? (INSCRIRE LA REPONSE)</p> <p>_____</p> <p>_____</p>	<p><input type="checkbox"/></p>	
708	<p><b>ENQUETRICE:</b> VOIR 707</p> <p>NE TRAVAILLE PAS DANS L'AGRICULTURE [ ]            ↓            TRAVAILLE DANS L'AGRICULTURE [ ] (PASSER A 710)            N'A JAMAIS TRAVAILLE [ ] (PASSER A 712)</p>		
709	<p>Reçoit-(Recevait-)il un revenu régulier hebdomadaire ou mensuel?</p>	<p>OUI ..... 1            NON ..... 2            NSP ..... 8</p>	<p>➔ 712</p>

N°	QUESTIONS ET FILTRES	CODES	PASSER A
710	Est-ce que votre mari/partenaire travaille (travaillait) principalement dans son propre champ ou celui de sa famille ou celui de quelqu'un d'autre?	CHAMP PERSON. OU FAMIL... 1 -- AUTRE CHAMP ..... 2	➔ 712
711	Est-ce qu'il travaille (travaillait) principalement pour être payé en espèces ou en nature?	EN ESPECES ..... 1 EN NATURE ..... 2 NSP ..... 8	
712	Avant de vous marier (pour la première fois)(Avant de commencer à vivre régulièrement avec un partenaire), avez-vous travaillé d'une manière régulière pour gagner de l'argent, en dehors du travail de champ et des affaires appartenant à votre famille?	OUI ..... 1 NON ..... 2 --	➔ 714
713	L'argent que vous avez ainsi gagné, en avez-vous donné la plus grande partie à votre famille ou en avez-vous gardé la plus grande partie pour vous-même?	FAMILLE ..... 1 SOI-MEME ..... 2 A PART EGALE ..... 3	
714	Depuis que vous êtes mariée (pour la première fois) (que vous avez commencé à vivre régulièrement avec un partenaire), avez-vous jamais travaillé d'une manière régulière pour de l'argent, en dehors du travail de champ et des affaires appartenant à votre famille?	OUI ..... 1--- NON ..... 2---	➔ 717 ➔ 718
715	Avez-vous jamais travaillé de manière régulière pour gagner de l'argent en dehors du travail de champ et des affaires appartenant à votre famille?	OUI ..... 1 NON ..... 2---	➔ 718
716	De l'argent que vous gagniez ainsi, donniez-vous la plus grande partie à votre famille ou gardiez-vous la plus grande partie pour vous-même?	FAMILLE ..... 1 SOI-MEME ..... 2 A PART EGALE ..... 3	
717	En dehors du travail de champ et des affaires appartenant à votre famille, travaillez-vous actuellement pour gagner de l'argent?	OUI ..... 1 NON ..... 2	
718	ENREGISTRER L'HEURE	HEURE             MINUTES	

SECTION 8. POIDS ET TAILLE

801	PRENOM ET NOM DE LA FEMME _____																														
802	<p><b>ENQUETRIXE: VOIR TABLEAU 1.</b></p> <p>POUR CHAQUE ENFANT EN VIE, AGE DE 3 A 36 MOIS, ENREGISTRER LE N° D'ORDRE, LA DATE DE NAISSANCE, LE POIDS ET LA TAILLE. ENREGISTRER LES NOMS EN COMMENCANT PAR L'ENFANT LE PLUS JEUNE.</p> <p>1. N° D'ORDRE    NOM _____                           </p> <p align="right">NON-MESURE(E)</p> <p>2. N° D'ORDRE    NOM _____                           </p> <p align="right">NON-MESURE(E)</p> <p>3. N° D'ORDRE    NOM _____                           </p> <p align="right">NON-MESURE(E)</p>																														
	<table style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <tr> <td style="width: 80%;">MOIS DE NAISSANCE ..</td> <td style="width: 20%; border: 1px solid black; text-align: center;">    </td> </tr> <tr> <td>ANNEE DE NAISSANCE 19</td> <td style="border: 1px solid black; text-align: center;">    </td> </tr> <tr> <td>POIDS EN KG ..</td> <td style="border: 1px solid black; text-align: center;">     :     </td> </tr> <tr> <td>TAILLE EN CM .</td> <td style="border: 1px solid black; text-align: center;">     :     </td> </tr> <tr> <td colspan="2" style="text-align: center; border-top: 1px solid black;">(PRECISER LA RAISON)</td> </tr> <tr> <td>MOIS DE NAISSANCE ..</td> <td style="border: 1px solid black; text-align: center;">    </td> </tr> <tr> <td>ANNEE DE NAISSANCE 19</td> <td style="border: 1px solid black; text-align: center;">    </td> </tr> <tr> <td>POIDS EN KG ..</td> <td style="border: 1px solid black; text-align: center;">     :     </td> </tr> <tr> <td>TAILLE EN CM .</td> <td style="border: 1px solid black; text-align: center;">     :     </td> </tr> <tr> <td colspan="2" style="text-align: center; border-top: 1px solid black;">(PRECISER LA RAISON)</td> </tr> <tr> <td>MOIS DE NAISSANCE ..</td> <td style="border: 1px solid black; text-align: center;">    </td> </tr> <tr> <td>ANNEE DE NAISSANCE 19</td> <td style="border: 1px solid black; text-align: center;">    </td> </tr> <tr> <td>POIDS EN KG ..</td> <td style="border: 1px solid black; text-align: center;">     :     </td> </tr> <tr> <td>TAILLE EN CM .</td> <td style="border: 1px solid black; text-align: center;">     :     </td> </tr> <tr> <td colspan="2" style="text-align: center; border-top: 1px solid black;">(PRECISER LA RAISON)</td> </tr> </table>	MOIS DE NAISSANCE ..		ANNEE DE NAISSANCE 19		POIDS EN KG ..	:	TAILLE EN CM .	:	(PRECISER LA RAISON)		MOIS DE NAISSANCE ..		ANNEE DE NAISSANCE 19		POIDS EN KG ..	:	TAILLE EN CM .	:	(PRECISER LA RAISON)		MOIS DE NAISSANCE ..		ANNEE DE NAISSANCE 19		POIDS EN KG ..	:	TAILLE EN CM .	:	(PRECISER LA RAISON)	
MOIS DE NAISSANCE ..																															
ANNEE DE NAISSANCE 19																															
POIDS EN KG ..	:																														
TAILLE EN CM .	:																														
(PRECISER LA RAISON)																															
MOIS DE NAISSANCE ..																															
ANNEE DE NAISSANCE 19																															
POIDS EN KG ..	:																														
TAILLE EN CM .	:																														
(PRECISER LA RAISON)																															
MOIS DE NAISSANCE ..																															
ANNEE DE NAISSANCE 19																															
POIDS EN KG ..	:																														
TAILLE EN CM .	:																														
(PRECISER LA RAISON)																															

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

Observations de l'Enquêtrice: \_\_\_\_\_

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

Nom de l'enquêtrice: \_\_\_\_\_ Date: \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

OBSERVATIONS DU CONTROLEUR

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

Contrôleur: \_\_\_\_\_ Date: \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

OBSERVATIONS DU CONTROLEUR DE BUREAU ET DE L'AGENT DE SAISIE

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

Contrôleur de bureau: \_\_\_\_\_ Date: \_\_\_\_\_

Agent de saisie: \_\_\_\_\_ Date: \_\_\_\_\_

2659S/01/14/87