

REPUBLIQUE DU TOGO  
ENQUETE DEMOGRAPHIQUE ET DE SANTE (E.D.S.T. 1988)  
QUESTIONNAIRE INDIVIDUEL.

NOM ET PRENOMS DE LA FEMME \_\_\_\_\_

N° DU QUESTIONNAIRE \_\_\_\_\_

REGION _____ PREFECTURE _____ LOCALITE _____ CODE ZD OU QUARTIER _____ CONCESSION N° _____ MENAGE N° _____ N° D'ORDRE DE LA FEMME _____	<input type="text"/> REGION <input type="text"/> PREFECTURE <input type="text"/> STRATE <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> CODE ZD <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> CONCESSION <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> MENAGE <input type="text"/> <input type="text"/> N° FEMME
--	---

VISITE DE L'ENQUETRICE

	---1---	---2---	---3---	<u>VISITE FINALE</u>
DATE				MOIS <input type="text"/> <input type="text"/>
NOM DE L'ENQUETRICE				ANNEE <input type="text"/> <input type="text"/>
RESULTATS*				CODE ENQ: <input type="text"/> <input type="text"/>
PROCHAINE VISITE	DATE: _____ HEURE: _____			CODE RES. <input type="text"/>
* CODES RESULTATS : 1 ENTIEREMENT REMPLI 2 PAS A LA MAISON 3 DIFFERE 4 REFUSE 5 PARTIELLEMENT REMPLI 6 AUTRE _____ <div style="text-align: right;">(PRECISER)</div>				No DE VISITES <input type="text"/>
	CONTROLE DE TERRAIN PAR	CONTROLE DE BUREAU PAR	SAISI PAR	
NOM				SAISI PAR <input type="text"/> <input type="text"/>
DATE				

## SECTION 1 : CARACTERISTIQUES SOCIO-DEMOGRAPHIQUES DES ENQUETEES

N°	QUESTIONS ET FILTRES	CODES	PASSER A
100	ENREGISTRER LE NOMBRE DE PERSONNES RECENSEES DANS LE MENAGE	NBRE DE PERSONNES  __ __	
101	ENREGISTRER LE NOMBRE DE TOUS LES ENFANTS AGES DE 5 ANS ET MOINS RECENSES DANS LE MENAGE ET VIVANT DANS LE MENAGE	NBRE D'ENFANTS AGES 5 ANS ET MOINS  __ __	
102	ENREGISTRER LE TEMPS : l'heure du début de l'interview	HEURES.....  __ __  MINUTES.....  __ __	
103	Pour la majeure partie des 12 premières années de votre vie, avez-vous vécu à LOME, dans une autre capitale, dans une autre ville ou à la campagne? NOM DE LA LOCALITE _____ ENQ:SI VILLE/CAMP, PRECISER	LOME..... 1 VILLE AU TOGO ..... 2 CAMPAGNE AU TOGO..... 3 CAPITALE/ETRANGER..... 4 VILLE/ETRANGER..... 5 CAMPAGNE/ETRANGER..... 6	
104	Pour commencer, je voudrais vous poser quelques questions sur votre famille et vous-même. Depuis combien de temps habitez-vous d'une manière continue à :  _____ (NOM DE LA LOCALITE) ?	ANNEES.....  __ __   DEPUIS TOUJOURS..... 95 VISITEUSE..... 96  NSP..... 98	→106
105	Juste avant de vous installer ici, avez-vous vécu à LOME, dans une autre ville ou à la campagne ? NOM DE LA LOCALITE _____ ENQ:SI VILLE/CAMP, PRECISER	LOME..... 1 VILLE AU TOGO..... 2 CAMPAGNE AU TOGO..... 3 CAPITALE/ETRANGER..... 4 VILLE/ETRANGER..... 5 CAMPAGNE/ETRANGER..... 6	
106	Quel est le mois et quelle est l'année de votre naissance ? ENQUETRICE: CODER LES REPONSES 1-PRECISE 2-ESTIMEE	MOIS.....  __ __   __ __  NSP MOIS..... 98  ANNEE.....  __ __   __ __  NSP ANNEE..... 98	
107	Quel Age avez-vous ? ENQUETRICE: INSCRIRE L'AGE EN ANNEES REVOLUES. COMPARER ET CORRIGER 106 ET OU 107 S'IL Y A INCOHERENCE. CODER LA REPONSE	ANS REVOLUS.....  __ __	

No	QUESTIONS ET FILTRES	CODES	PASSER A
108	Quelle est votre religion ?	CATHOLIQUE..... 1 PROTESTANTE..... 2 MUSULMANE..... 3 TRADITIONNELLE..... 4 AUTRES..... 5 SANS..... 6	
109	Quelle est votre nationalité?	TOGOLAIS..... 1 BENINOIS..... 2 GHANEEN..... 3 BURKINABE..... 4 ETRANGER ..... 5	--->111
110	Quelle est votre ethnie ? <u>ENQUETRICE:</u>  VOIR LA LISTE DES ETHNIES	<div style="text-align: right;"> _ _ </div>  ----- (PRECISER)	
111	Avez-vous déjà 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....  _ _	
114	<u>ENQUETRICE</u> : VERIFIER 112  PRIM. ( )      SECOND. ( ) OU PLUS (PASSER A 116) ↓		
115	Pouvez-vous lire une lettre ou un journal dans une langue nationale ou étrangère 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	--->119

N°	QUESTIONS ET FILTRES	CODES	PASSER A
117	Quelle station écoutez-vous souvent ?	RADIO-LOME..... 1 RADIO-KARA..... 2 STATION ETRANGERE..... 3	—>119
118	Ecoutez-vous souvent les émissions suivantes : <u>RADIO LOME :</u> -Magazine féminin -Chronique Médicale -Soir au Village -Une pensée, une moralité -Chronique Agricole -Bonsoir le Togo -STOP Danger -Divertissement Culturel <u>RADIO KARA:</u> -Magazine Féminin -Echo des Chants -Magazine sur la Santé	OUI NON MAGAZINE FEMIN... 1 2 CHRON. MED..... 1 2 SOIR AU VIL..... 1 2 UNE PENSEE..... 1 2 CHRON. AGRICOLE.. 1 2 BONSOIR TOGO..... 1 2 STOP DANGER..... 1 2 DIVERT. CULTUREL. 1 2  MAGAZINE FEMIN... 1 2 ECHO DES CHANTS.. 1 2 MAGAZINE SANTE... 1 2	
119	Quelle est la principale source d'eau à boire pour les membres de votre famille ?	EAU COURANTE..... 01 BORNE FONTAINE..... 02 PUITS, FORAGE..... 03 SOURCE..... 04 RIVIERE..... 05 MARIGOT..... 06 PLUIE..... 07 CAMION, CITERNE..... 08 AUTRE VENDEUR..... 09 AUTRE..... 10	
120	Quelle est la principale source d'eau utilisée par les membres de votre famille en dehors de l'eau à boire (ex. pour cuire, pour se laver les mains...)?	EAU COURANTE..... 01 BORNE FONTAINE..... 02 PUITS, FORAGE..... 03 SOURCE..... 04 RIVIERE..... 05 MARIGOT..... 06 PLUIE..... 07 CAMION, CITERNE..... 08 AUTRE VENDEUR..... 09 AUTRE..... 10	
121	Quel genre de toilettes utilisez-vous dans ce ménage ?	AVEC CHASSE D'EAU..... 1 FOSSE ETANCHE..... 2 PUITS PERDU..... 3 AUTRE..... 4 (PRECISER) DANS LA NATURE..... 5	—>123
122	A quel âge les enfants dans ce ménage commencent-ils à utiliser les mêmes toilettes que les adultes ?	ANS ..... <input type="text"/> <input type="text"/> PAS D'ENFANTS..... 96	

N°	QUESTIONS ET FILTRES	CODES	PASSER A																		
123	Quel mode d'éclairage utilisez-vous dans ce ménage ?	ELECTRICITE..... 1 GAZ..... 2 PETROLE..... 3 BOIS..... 4 AUTRE..... 5																			
124	Quels moyens utilisez-vous pour la cuisson de vos repas ?	ELECTRICITE..... 1 GAZ..... 2 PETROLE..... 3 CHARBON..... 4 BOIS..... 5 AUTRE..... 6																			
125	Possédez-vous dans votre ménage: -Une gazinière ? -Une radio ? -Une télévision ? -Un réfrigérateur ? -Un congélateur ?	<table><tr><td></td><td><u>OUI</u></td><td><u>NON</u></td></tr><tr><td>GAZINIÈRE ....</td><td>1</td><td>2</td></tr><tr><td>RADIO.....</td><td>1</td><td>2</td></tr><tr><td>TELEVISION....</td><td>1</td><td>2</td></tr><tr><td>REFRIGERATEUR.</td><td>1</td><td>2</td></tr><tr><td>CONGELATEUR...</td><td>1</td><td>2</td></tr></table>		<u>OUI</u>	<u>NON</u>	GAZINIÈRE ....	1	2	RADIO.....	1	2	TELEVISION....	1	2	REFRIGERATEUR.	1	2	CONGELATEUR...	1	2	
	<u>OUI</u>	<u>NON</u>																			
GAZINIÈRE ....	1	2																			
RADIO.....	1	2																			
TELEVISION....	1	2																			
REFRIGERATEUR.	1	2																			
CONGELATEUR...	1	2																			
126	Possédez-vous dans votre ménage :  Une bicyclette ? Une mobylette ou motocyclette? Une voiture ? Une camionnette ou un camion?	<table><tr><td></td><td><u>OUI</u></td><td><u>NON</u></td></tr><tr><td>BICYCLETTE.....</td><td>1</td><td>2</td></tr><tr><td>MOBILETTE/MOTOCY</td><td>1</td><td>2</td></tr><tr><td>VOITURE.....</td><td>1</td><td>2</td></tr><tr><td>CAMIONNET/CAMION</td><td>1</td><td>2</td></tr></table>		<u>OUI</u>	<u>NON</u>	BICYCLETTE.....	1	2	MOBILETTE/MOTOCY	1	2	VOITURE.....	1	2	CAMIONNET/CAMION	1	2				
	<u>OUI</u>	<u>NON</u>																			
BICYCLETTE.....	1	2																			
MOBILETTE/MOTOCY	1	2																			
VOITURE.....	1	2																			
CAMIONNET/CAMION	1	2																			
127	Quelle est la nature du sol de votre logement ?	MARBRE, CARREAUX, GRANITO..... 1 CIMENT..... 2 ARGILE, BANCO..... 3 SABLE..... 4 AUTRE..... 5																			
128	Quelle est la nature des murs de votre logement ?	BRIQUES EN CIMENT..... 1 BRIQUES EN BANCO..... 2 PLANCHE..... 3 PAILLE, NATTES, BRAN- CHAGES..... 4 AUTRE..... 5																			

N°	QUESTIONS ET FILTRES	CODES	PASSER A
129	Quelle est la nature du toit de votre logement ?	BETON..... 1 TUILE OU TOLE EN CIMENT..... 2 BAC ALU..... 3 ZINC..... 4 PAILLE, BRANCHAGE..... 5 AUTRE ..... 6 (PRECISER)	
130	De combien de pièces d'habitation dispose votre ménage ?	NOMBRE..... <input type="text"/> <input type="text"/>	
131	Quel est le statut d'occupation de votre logement ?	PROPRIETAIRE..... 1 FAMILIAL..... 2 LOCATAIRE..... 3 USAGE GRATUIT..... 4 AUTRE ..... 5 (PRECISER)	
132	Etes-vous membre d'une association féminine ou d'un groupement ?  <u>SI OUI</u> : Quel genre d'organisation est-ce ?	GROUPEMENT DE PRODUCTION AGRICOLE..... 01 GROUPEMENT DE COMMERCIALISATION..... 02 GROUPEMENT ARTISANAL.. 03 GROUPEMENT DE TAM-TAM. 04 GROUPEMENT RELIGIEUX.. 05 AUTRE ASSOCIATION ..... 06 PAS MEMBRE..... 07	

## SECTION 2: FECONDITE

N°	QUESTIONS ET FILTRES	CODES	PASSER A
201	Je voudrais vous poser des questions sur toutes les naissances que vous avez eues durant votre vie. Avez-vous déjà eu une naissance vivante ?	OUI..... 1 NON..... 2	→206
202	Avez-vous donné naissance à des fils ou des filles qui habitent actuellement avec vous ?	OUI..... 1 NON..... 2	→204
203	Combien de garçons habitent actuellement avec vous?  Combien de filles habitent actuellement avec vous? <u>ENQUETRICE</u> : METTRE 00 SI AUCUN (E)	GARCONS A LA MAISON      FILLES A LA MAISON	
204	Avez-vous donné naissance à des fils ou des filles qui sont en vie mais qui n'habitent pas actuellement avec vous ?	OUI..... 1 NON..... 2	→206
205	Combien de garçons sont en vie mais n'habitent pas actuellement avec vous ? Combien de filles sont en vie mais n'habitent pas actuellement avec vous ?  <u>ENQUETRICE</u> : METTRE 00 SI AUCUN (E)	GARCONS AILLEURS      FILLES AILLEURS	

N°	QUESTIONS ET FILTRES	CODES	PASSER A
206	<p>Avez-vous déjà donné naissance à un garçon ou une fille né (e) vivant (e) mais décédé (e) par la suite ?</p> <p><u>SI NON INSISTER :</u> Avez-vous mis au monde un garçon ou une fille qui n'a vécu que quelques minutes ou quelques jours ?</p>	<p>OUI..... 1</p> <p>NON..... 2 —————&gt;208</p>	
207	<p>Combien de garçons sont décédés ?</p> <p>Combien de filles sont décédées ?</p> <p><u>ENQUETRICE</u> : METTRE 00 SI AUCUN (E)</p>	<p>GARCONS DECEDES    </p> <p>FILLES DECEDEES    </p>	
208	<p><u>ENQUETRICE</u>: FAIRE LA SOMME DES REPONSES DE 203, 205, 207 ET INSCRIRE LE TOTAL</p>	<p>TOTAL.....    </p>	
209	<p><u>ENQUETRICE</u> : VERIFIER Pour vérifier que j'ai compté tous vos enfants, est-ce que vous avez eu -----(total) enfants durant votre vie ? SI NON SONDER ET CORRIGER 203 A 209.</p>		
210	<p><u>ENQUETRICE</u>: VERIFIER 208 UNE OU PLUSIEURS AUCUNE NAISSANCES ( ) NAISSANCE( ) ↓ PASSER A 219 v</p> <p>Maintenant je voudrais avoir les noms de toutes vos naissances, encore vivantes ou décédées, en commençant par la première naissance que vous avez eue.</p> <p><u>ENQUETRICE</u>: INSCRIRE EN 211 LES NOMS DE TOUTES LES NAISSANCES.</p>		

TABLEAU 1 : HISTORIQUE DES NAISSANCES

211 Quel est le nom de votre(1 2ème... enfant?	212(NOM DE L'ENFANT) Est-il/ elle un garçon ou une fille?	213(NOM DE L'ENFANT) Est-il/ elle encore en vie?	214 Quel est le mois et quelle est l'année de naissance de (NOM)? <u>INSISTER</u> Quel est sa date de naiss <u>ENQUET:</u> UTILISER LES MEMES CODES QUE DANS LA Q106	215 SI DECEDE Quel était son âge au décès ?  <u>ENQUETRICE</u> INSCRIRE L'AGE EN JOURS SI MOINS D'UN MOIS, EN MOIS SI MOINS DE 2 ANS, OU EN ANNEES REVOLUES.	216 SI ENCORE VIVANT Quel est son âge ?  <u>ENQUETRICE:</u> INSCRIRE L'AGE EN ANNEES REVOLUES.	217 SI ENCORE VIVANT Habite-t-il/ elle avec vous?	515 RANG D'UNION DE L'ENFANT
ENQUET. INSCRIRE LES JUM- EAUX SUR DES LIG- NES SEP- AREES. DANS LA 3e CASE INSCRIRE TYPE DE NAISSAN- CE							
_____	GARCON...1 FILLE...2	OUI....1 NON....2	M _____  _____ A _____  _____	J 1  _____ M 2  _____ A 3  _____	_____ AGE	OUI .1 NON .2	_____ RANG
_____	GARCON...1 FILLE...2	OUI....1 NON....2	M _____  _____ A _____  _____	J 1  _____ M 2  _____ A 3  _____	_____ AGE	OUI .1 NON .2	_____ RANG
_____	GARCON...1 FILLE...2	OUI....1 NON....2	M _____  _____ A _____  _____	J 1  _____ M 2  _____ A 3  _____	_____ AGE	OUI .1 NON .2	_____ RANG
_____	GARCON...1 FILLE...2	OUI....1 NON....2	M _____  _____ A _____  _____	J 1  _____ M 2  _____ A 3  _____	_____ AGE	OUI .1 NON .2	_____ RANG
_____	GARCON...1 FILLE...2	OUI....1 NON....2	M _____  _____ A _____  _____	J 1  _____ M 2  _____ A 3  _____	_____ AGE	OUI .1 NON .2	_____ RANG
_____	GARCON...1 FILLE...2	OUI....1 NON....2	M _____  _____ A _____  _____	J 1  _____ M 2  _____ A 3  _____	_____ AGE	OUI .1 NON .2	_____ RANG
_____	GARCON...1 FILLE...2	OUI....1 NON....2	M _____  _____ A _____  _____	J 1  _____ M 2  _____ A 3  _____	_____ AGE	OUI .1 NON .2	_____ RANG
_____	GARCON...1 FILLE...2	OUI....1 NON....2	M _____  _____ A _____  _____	J 1  _____ M 2  _____ A 3  _____	_____ AGE	OUI .1 NON .2	_____ RANG

TABLEAU 1 : HISTORIQUE DES NAISSANCES

211 Quel est le nom de votre(1 2ème... enfant?	212(NOM DE L'ENFANT) Est-il/ elle un garçon ou une fille?	213(NOM DE L'ENFANT) Est-il/ elle encore en vie?	214 Quel est le mois et quelle est l'année de naissance de (NOM)? INSISTER Quel est sa date de naiss ENQUET: UTILIS- ER LES MEMES CODES QUE DANS LA Q106	215 SI DECEDE Quel était son âge au décès ? ENQUETRICE INSCRIRE L'AGE EN JOURS SI MOINS D'UN MOIS, EN MOIS SI MOINS DE 2 ANS, OU EN ANNEES REVOLUES.	216 SI ENCORE VIVANT Quel est son âge ? ENQUETRICE: INSCRIRE L'AGE EN ANNEES REVOLUES.	217 SI ENCORE VIVANT Habite t-il/ elle avec vous?	515 RANG D'U-NION DE L'EN-FANT
ENQUET. INSCRIRE LES JUM- EAUX SUR DES LIG- NES SEP- AREES. DANS LA 3e CASE INSCRIRE TYPE DE NAISSAN- CE							
_ _ _ _	GARCON..1 FILLE...2	OUI....1 NON....2	M _ _ _   _ _ _  A _ _ _   _ _ _	J 1  _ _ _  M 2  _ _ _  A 3  _ _ _	_ _ _  AGE	OUI.1 NON.2	_ _ _  RANG
_ _ _ _	GARCON..1 FILLE...2	OUI....1 NON....2	M _ _ _   _ _ _  A _ _ _   _ _ _	J 1  _ _ _  M 2  _ _ _  A 3  _ _ _	_ _ _  AGE	OUI.1 NON.2	_ _ _  RANG
_ _ _ _	GARCON..1 FILLE...2	OUI....1 NON....2	M _ _ _   _ _ _  A _ _ _   _ _ _	J 1  _ _ _  M 2  _ _ _  A 3  _ _ _	_ _ _  AGE	OUI.1 NON.2	_ _ _  RANG
_ _ _ _	GARCON..1 FILLE...2	OUI....1 NON....2	M _ _ _   _ _ _  A _ _ _   _ _ _	J 1  _ _ _  M 2  _ _ _  A 3  _ _ _	_ _ _  AGE	OUI.1 NON.2	_ _ _  RANG
_ _ _ _	GARCON..1 FILLE...2	OUI....1 NON....2	M _ _ _   _ _ _  A _ _ _   _ _ _	J 1  _ _ _  M 2  _ _ _  A 3  _ _ _	_ _ _  AGE	OUI.1 NON.2	_ _ _  RANG
_ _ _ _	GARCON..1 FILLE...2	OUI....1 NON....2	M _ _ _   _ _ _  A _ _ _   _ _ _	J 1  _ _ _  M 2  _ _ _  A 3  _ _ _	_ _ _  AGE	OUI.1 NON.2	_ _ _  RANG
_ _ _ _	GARCON..1 FILLE...2	OUI....1 NON....2	M _ _ _   _ _ _  A _ _ _   _ _ _	J 1  _ _ _  M 2  _ _ _  A 3  _ _ _	_ _ _  AGE	OUI.1 NON.2	_ _ _  RANG
_ _ _ _	GARCON..1 FILLE...2	OUI....1 NON....2	M _ _ _   _ _ _  A _ _ _   _ _ _	J 1  _ _ _  M 2  _ _ _  A 3  _ _ _	_ _ _  AGE	OUI.1 NON.2	_ _ _  RANG

N°	QUESTIONS ET FILTRES	CODES	PASSER A
218	<u>ENQUETRICE</u> : VERIFIEZ QUE LE NOMBRE DE NAISSANCES ENREGISTREES CORRESPOND AU CONTENU DE 208.		
219	Etes-vous enceinte ?	OUI..... 1 NON..... 2 PAS SURE..... 8	→225 →225
220	De combien de mois êtes-vous enceinte ?	MOIS.....	
221	Depuis que vous êtes tombée enceinte, avez-vous jamais reçu une injection pour protéger votre bébé contre le tétanos, c'est-à-dire des convulsions après la naissance?	OUI..... 1 NON..... 2 NSP..... 8	
222	Avez-vous eu une visite prénatale pour la grossesse ?	OUI..... 1 NON..... 2	→226
223	Qui avez-vous consulté la première fois ? <u>ENQUETRICE</u> : INSISTER ET INSCRIRE LE CODE DE LA PERSONNE LA PLUS QUALIFIEE.	MEDECIN..... 01 SAGE-FEMME..... 02 MATRONE ..... 03 ACCOUCHEUSE, AUX..... 04 ACCOUCHEUSE TRAD..... 05 HOPITAL, PMI, DISPEN.... 06  AUTRE..... 07 (PRECISER)	
224	A combien de mois de grossesse avez-vous fait la première visite prénatale?	MOIS.....     NSP..... 98	→226 →226
225	Depuis combien de temps avez-vous eu vos dernières règles?	JOURS....1     SEMAINE....2     MOIS....3      AVANT DERN.ACCOUC.... 995 JAMAIS EU DE REGLES.. 996	

N°	QUESTIONS ET FILTRES	CODES	PASSER A
226	Au cours de son cycle, mensuel, quand pensez-vous qu'une femme a le plus de chance de 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	
227	PERSONNES PRESENTES (PENDANT CETTE PREMIERE PARTIE DE L'INTERVIEW)	<div> <div>OUI</div> <div>NON</div> </div> ENFANTS DE <10 ANS 1 2 MARI..... 1 2 AUTRES HOMMES..... 1 2 AUTRES FEMMES..... 1 2	

## SECTION 3 : CONTRACEPTION

<b>301</b> 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 espacer une grossesse. Connaissez-vous quelques-uns de ces moyens ou en avez-vous entendu parler ?  <b>ENQUETRIX:</b> ENCERCLER LE CODE 1 DANS 302 POUR CHAQUE METHODE MENTIONNEE DE FACON SPONTANEE. POUR CHAQUE METHODE NON MENTIONNEE, LIRE LA DESCRIPTION, POSER LA QUESTION 302 ET ENCERCLER LE CODE 2 SI LA METHODE EST RECONNUE. PUIS POSER 303-305 POUR CHACUNE DES METHODES CODEES 1 OU 2 DANS 302.		<b>CODE POUR 304</b>  01 PMI 02 DISPENS. 03 ATBEF/ 04 HOPITAL 05 CENTRE DE   SANTE 06 PHARMACIE 07 CLIN PRIVE 08 MARCHE 09 MISSION REL 10 ECOLE 11 AUTRE   (A PRECISER) 98 NSP	<b>CODE POUR 305</b> 01 RIEN 02 ACCES/DIS- PONIBILITE 03 COUT  04 EFFETS SE- CONDAIRES 05 METHODE INEFFICACE 06 OPPOSITION DU MARI 07 USAGE DIFFICILE 08 AUTRE (A PRECISER)  98 NSP	
<b>TABLEAU 2</b>  <b>CONTRACEPTION</b>	<b>301</b> <b>302</b> Avez-vous déjà entendu parler de (METHODE)?  1) <u>PILULE</u> : les médicaments que les femmes avalent tous les jours pour ne pas être enceinte. OUI, SPONT. 1 OUI, DESC.. 2 NON..... 3 ↓	<b>303</b> Avez-vous déjà utilisé (METHODE)  OUI...1 NON...2	<b>304</b> Où pourriez vous obtenir (METHODE) ?   __ __	<b>305</b> Quel est le problème majeur, (s'il y en a), à utiliser (METHODE) ?   __ __
2) <u>STERILET</u> : L'instrument en plastique que les sages-femmes ou les médecins mettent dans l'utérus de certaines femmes pour qu'elles ne soient pas enceinte.	OUI, SPONT. 1 OUI, DESC.. 2 NON..... 3 ↓	OUI...1 NON...2	__ __	__ __
3) <u>INJECTION</u> : 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	__ __	__ __

TABLEAU 2 CONTRACEPTION (SUITE)	301 302 Avez-vous déjà entendu parler de (METHODE)?	303 Avez-vous déjà utilisé (METHODE)	304 Où pour- riez vous obtenir (METHODE) ?	305 Quel est le problème majeur, (s'il y en a), à utiliser (METHODE) ?
4) <u>CREME, GELEE, COMP, SPERMICIDES:</u> Certaines femmes se mettent un diaphragme, 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	 	 
5) <u>CONDOM:</u> Certains hommes portent un condom afin d'éviter à leur femme de tomber enceinte.	OUI, SPONT. 1 OUI, DESC.. 2 NON..... 3 ↓	OUI... 1 NON... 2	 	 
6) <u>STERILISATION FEMININE:</u> Certaines femmes subissent une opération pour ne plus avoir d'enfants.	OUI, SPONT. 1 OUI, DESC.. 2 NON..... 3 ↓	Avez-vous subi une opération pour ne plus avoir d'enfants? OUI... 1 NON... 2	Où peut-on faire cette opération?     	 
7) <u>STERILISATION MAS-CULINE:</u> Certains hommes subissent une opération pour ne plus avoir d'enfants.	OUI, SPONT. 1 OUI, DESC.. 2 NON..... 3 ↓	Votre mari ou partenaire a-t-il subi une opération pour ne plus avoir d'enfants? OUI... 1 NON... 2	Où est-ce qu'on peut faire cette opération?     	 
8) <u>OGINO:</u> Certaines personnes évitent d'avoir des rapports certains jours du cycle pendant lesquels la femme est plus susceptible de tomber enceinte.	OUI, SPONT. 1 OUI, DESC.. 2 NON..... 3 ↓	OUI... 1 NON... 2	Où iriez-vous pour demander des conseils sur l'ogino?     	 

<b>TABEAU 2</b> <b>CONTRACEPTION</b> <b>(SUITE)</b>	<b>301</b> <b>302 Avez-vous déjà</b> <b>entendu parler de</b>  <b>(METHODE)?</b>	<b>303 Avez-vous déjà</b> <b>utilisé</b>  <b>(METHODE)</b>	<b>304 Où pourriez vous</b> <b>obtenir</b>  <b>(METHODE) ?</b>	<b>305 Quel est le problème</b> <b>majeur, (s'il y en a), à</b> <b>utiliser</b> <b>(METHODE) ?</b>
<b>9)RETRAIT:</b> Certains hommes pratiquent le retrait, c'est-à-dire qu'ils font attention et se retirent avant l'éjaculation.	OUI, SPONT. 1 OUI, DESC.. 2 NON..... 3   V	OUI... 1 NON... 2	XXXXXXXXXXXXXXXX XXXXXXXXXXXXXXXX XXXXXXXXXXXXXXXX XXXXXXXXXXXXXXXX XXXXXXXXXXXXXXXX XXXXXXXXXXXXXXXX XXXXXXXXXXXXXXXX	XXXXXXXXXXXXXXXX XXXXXXXXXXXXXXXX XXXXXXXXXXXXXXXX XXXXXXXXXXXXXXXX XXXXXXXXXXXXXXXX XXXXXXXXXXXXXXXX XXXXXXXXXXXXXXXX
<b>10)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   V	OUI... 1 NON... 2	XXXXXXXXXXXXXXXX XXXXXXXXXXXXXXXX XXXXXXXXXXXXXXXX XXXXXXXXXXXXXXXX XXXXXXXXXXXXXXXX XXXXXXXXXXXXXXXX XXXXXXXXXXXXXXXX XXXXXXXXXXXXXXXX XXXXXXXXXXXXXXXX XXXXXXXXXXXXXXXX XXXXXXXXXXXXXXXX	XXXXXXXXXXXXXXXX XXXXXXXXXXXXXXXX XXXXXXXXXXXXXXXX XXXXXXXXXXXXXXXX XXXXXXXXXXXXXXXX XXXXXXXXXXXXXXXX XXXXXXXXXXXXXXXX XXXXXXXXXXXXXXXX XXXXXXXXXXXXXXXX XXXXXXXXXXXXXXXX XXXXXXXXXXXXXXXX
<b>11)PLANTES MEDICIN.:</b> (écorce, racine, feuilles) sont des produits que les couples peuvent utiliser pour retarder ou espacer les grossesses.	OUI, SPONT. 1 OUI, DESC.. 2 NON..... 3   V	OUI... 1 NON... 2	_   _	_   _
<b>12)GRIS-GRIS:</b> (bague, ceintures) sont des objets que les couples peuvent utiliser pour retarder ou espacer les grossesses.	OUI, SPONT. 1 OUI, DESC.. 2 NON..... 3   V	OUI... 1 NON... 2	_   _	_   _
<b>13) AUTRES METHODES:</b> Avez-vous entendu parler d'autres méthodes y compris les méthodes traditionnelles que des hommes ou des femmes utilisent? PRECISER ----- (SI AUCUN "OUI" PASSER A 306)	OUI, SPONT. 1 NON..... 3 (SI AUCUN "OUI" PASSER A 306)	OUI... 1 NON... 2	_   _	_   _

306 <u>ENQUETRICE</u> : AUCUN OUI DANS 303 N'A JAMAIS UTILISE UNE DE CES METHODES ( )		AU MOINS UN "OUI" DANS 303 (A UTILISE AU MOINS UNE METHODE) ( ) (PASSER A 309)	
↓ V			
N°	QUESTIONS ET FILTRES	CODES	PASSER A
307	Avez-vous déjà utilisé ou essayé un moyen quelconque pour ne pas tomber enceinte ?	OUI..... 1 NON..... 2	→ 312
308	Qu'avez-vous fait ou utilisé ? <u>ENQUETRICE</u> : CORRIGER 302-303 ET OBTENIR L'INFORMATION POUR 304 305 SI NECESSAIRE	----- (PRECISER)	
309	<u>ENQUETRICE</u> : VERIFIER 303 A UTILISE                      N'A JAMAIS UTI- OGINO ( )                      LISE OGINO ( ) (PASSER A 311) ↓ V		
310	Quand vous avez utilisé la méthode Ogino la dernière fois, comment étiez-vous en mesure de déterminer les jours où il fallait s'abstenir ?	CALCUL DES JOURS/CALENDRIER..... 1 CALENDRIER + METHODES DES TEMPERATURES..... 2 EN SE BASANT SUR LA METHODE DE GLAIRES..... 3 LA METHODE TEMPERATURE DU CORPS ET DE GLAIRES. 4 AUTRE ..... 5 (PRECISER)	
311	Combien d'enfants nés vivant aviez-vous quand vous avez utilisé pour la première fois une méthode pour éviter de tomber enceinte ? (SI AUCUN, METTRE 00)	NOMBRE D'ENFANTS.....	

312	<b>ENQUETRIX: VERIFIER 219 ET 303</b>  <div style="display: flex; justify-content: space-between;"> <div> <b>ENCEINTE (    )</b>  (PASSER A 317) </div> <div> <b>PAS ENCEINTE (    )</b>   <div style="display: flex; justify-content: space-between;"> <div> <b>UTILISE(    )</b>  ↓ </div> <div> <b>N'A PAS UTILISE(    )</b>  (PASSER A 316) </div> </div> </div> </div>		
N°	QUESTIONS ET FILTRES	CODES	PASSER
313	Est-ce que vous ou votre mari, utilisez à présent une méthode contraceptive pour éviter une grossesse ?	OUI..... 1 NON..... 2	—>316
314	Quelle méthode utilisez-vous ?	PILULE..... 01 STERILET..... 02 INJECTION..... 03 CREME,GEL,COMP,SPERMIC 04 CONDOM..... 05 STERILISATION FEM..... 06 STERILISATION MASC..... 07 OGINO ..... 08 RETRAIT..... 09 —>321 ABSTINENCE..... 10 —>321 PLANTES MEDICINALES... 11 GRIS-GRIS..... 12 AUTRE ----- 13 —>321 (PRECISER)	
315	Où vous (votre partenaire) avez obtenu (LA METHODE ACTUELLE) la dernière fois) ?	PMI..... 01 DISPENS..... 02 ATBEF ..... 03 HOPITAL ..... 04 CENTRE DE SANTE..... 05 PHARMACIE ..... 06 —>321 CLINIQUE PRIVEE ..... 07 MARCHE ..... 08 MISSION REL..... 09 ECOLE ..... 10 AUTRE ..... 11 (A PRECISER) NSP ..... 98	

N°	QUESTIONS ET FILTRES	CODES	PASSER A
316	Pourquoi n'utilisez-vous pas un des moyens que je viens de vous décrire pour retarder ou espacer vos grossesses ?	MAUVAIS POUR LA SANTE.. 01 ALLAITE..... 02 TROP CHERE..... 03 MANQUE D'INFORMATION... 04 OPPOSITION A LA PLAN. FAMILIALE..... 05 RELIGION..... 06 DIFFICULTE D'ACCES..... 07 SANS OBJET..... 08  (PRECISER) DESIRE UN ENFANT..... 09 AUTRE..... 10 (PRECISER)	
317	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	—> 321 —> 321
318	Quelle méthode préférez-vous utiliser ?	PILULE..... 01 STERILET..... 02 INJECTION..... 03 CREME, GEL, COMP, SPERMIC. 04 CONDOM..... 05 STERILISATION FEMININE. 06 STERILISATION MASC..... 07 OGINO..... 08 RETRAIT..... 09 ABSTINENCE..... 10 PLANTES MEDICINALES.... 11 GRIS-GRIS..... 12 AUTRE..... 13 (PRECISER)	
319	Avez-vous l'intention d'utiliser (METHODE PREFEREE) dans les 12 prochains mois ?	OUI..... 1 NON..... 2 NSP..... 8	
320	Où comptez-vous aller pour demander conseil ou obtenir des approvisionnements pour (METHODE PREFEREE) ?	PMI..... 01 DISPENSAIRE..... 02 ATBEF..... 03 HOPITAL..... 04 CENTRE DE SANTE ..... 05 PHARMACIE..... 06 CLINIQUE PRIVEE..... 07 MARCHE..... 08 MISSION REL..... 09 ECOLE..... 10 AUTRE..... 11	

No	QUESTIONS ET FILTRES	CODES	PASSER A
321	<p>Il y a des femmes qui ne veulent pas tomber enceinte mais n'utilisent aucune des méthodes (que je viens de vous citer) pour retarder ou espacer les grossesses.</p> <p>Selon vous, quelles sont les principales raisons pour ça?</p> <p><u>ENQUETRICE</u>: ENCERCLER TOUTES LES REPONSES DONNEES</p> <p>INSISTER: AUTRES RAISONS ?</p>	<p>MAUVAIS POUR LA SANTE..... 1</p> <p>TROP CHERE..... 1</p> <p>MANQUE D'INFORMATION.. 1</p> <p>OPPOSITION A LA PLAN. FAMILIALE..... 1</p> <p>RELIGION..... 1</p> <p>DIFFICULTE D'ACCES.... 1</p> <p>AUTRE _____ 1</p> <p>NSP..... 1</p>	
322	<p>Trouvez-vous acceptable que des informations sur l'espacement des naissances soient diffusées à la radio ou à la télévision ?</p>	<p>OUI..... 1</p> <p>NON..... 2</p> <p>NSP..... 8</p>	

## SECTION 4: SANTE ET ALLAITEMENT DES ENFANTS DE MOINS DE 5 ANS

401 ENQUETRICE: VOIR 214  
UNE OU PLUSIEURS NAISSANCES  
VIVANTES DEPUIS JUIN 1983 ( )

AUCUNE NAISSANCE VIVANTE  
DEPUIS JUIN 1983 ( )  
(PASSER A LA SECTION 5)

ENQUETRICE: ECRIRE LE N DE LIGNE, LE NOM ET L'ETAT DE SURVIE DE CHAQUE  
NAISSANCE DEPUIS JUIN 1983 DANS LE TABLEAU 3 EN COMMENCANT PAR LA  
LA DERNIERE NAISSANCE:

N° DE LIG. | | | N° DE LIG. | | | N° DE LIG. | | | N° DE LIG. | | |

TABLEAU 3	DERNIERE NAISSANCE NOM ----- EN VIE( )DEC( )	AVANT-DERNIERE NAISSANCE NOM ----- EN VIE( )DEC( )	DEUXIEME AVANT- DER. NAISSANCE NOM ----- EN VIE( )DEC( )	TROIS AVANT- DER. NAISSANCE NOM ----- EN VIE( )DEC( )
402 Quand vous étiez enceinte de (NOM)  avez-vous fait une consultation prénatale ? SI OUI: Qui avez-vous consulté la 1ère fois? <u>ENQUET. IN-SISTER ET ENCERCLER LE CODE DE LA PERSONNE LA PLUS QUALIFIEE.</u>	MEDECIN..... 01 SAGE-FEMME.. 02 MATRONE .... 03 ACCOUCHEUSE, AUX..... 04 ACCOUCH. TRAD 05 HOPITAL, PMI, DISPENSARE. 06 AUTRE..... 07	MEDECIN..... 01 SAGE-FEMME.. 02 MATRONE .... 03 ACCOUCHEUSE, AUX..... 04 ACCOUCH. TRAD 05 HOPITAL, PMI, DISPENSARE. 06 AUTRE..... 07	MEDECIN..... 01 SAGE-FEMME.. 02 MATRONE .... 03 ACCOUCHEUSE, AUX..... 04 ACCOUCH. TRAD 05 HOPITAL, PMI, DISPENSARE. 06 AUTRE..... 07	MEDECIN... 01 SAGE-FEM.. 02 MATRONE .. 03 ACCOUCHEUSE, AUX..... 04 ACC. TRAD. 05 HOPITAL, PMI, DISPENS... 06 AUTRE..... 07
	(PRECISER) PAS DE CONSUL- TATION..... 08 (PASSER A 404) ↓	(PRECISER) PAS DE CONSUL- TATION..... 08	(PRECISER) PAS DE CONSUL- TATION..... 08	(PRECISER) PAS DE CON- SULTATION. 08
403 A partir de quel mois avez-vous fait la première visite prénatale ?		XXXXXXXXXXXXXXXXXXXX XXXXXXXXXXXXXXXXXXXX XXXXXXXXXXXXXXXXXXXX XXXXXXXXXXXXXXXXXXXX XXXXXXXXXXXXXXXXXXXX XXXXXXXXXXXXXXXXXXXX	XXXXXXXXXXXXXXXXXXXX XXXXXXXXXXXXXXXXXXXX XXXXXXXXXXXXXXXXXXXX XXXXXXXXXXXXXXXXXXXX XXXXXXXXXXXXXXXXXXXX XXXXXXXXXXXXXXXXXXXX	XXXXXXXXXXXXXXXXXXXX XXXXXXXXXXXXXXXXXXXX XXXXXXXXXXXXXXXXXXXX XXXXXXXXXXXXXXXXXXXX XXXXXXXXXXXXXXXXXXXX XXXXXXXXXXXXXXXXXXXX
404 Quand vous étiez enceinte de (NOM) aviez-vous reçu une injection pour protéger votre enfant contre le tétanos ?	OUI..... 1 NON..... 2 NSP..... 8	OUI..... 1 NON..... 2 NSP..... 8	OUI..... 1 NON..... 2 NSP..... 8	OUI..... 1 NON..... 2 NSP..... 8

**TABLEAU 3 : SANTE ET ALLAITEMENT DES ENFANTS DE MOINS DE 5 ANS**  
 (SUITE)

N DE LIG. |\_\_|\_\_| N DE LIG. |\_\_|\_\_| N DE LIG. |\_\_|\_\_| N DE LIG. |\_\_|\_\_|

TABLEAU 3	DERNIERE NAIS- SANCE NOM ----- EN VIE( )DEC( )	AVANT-DERNIERE NAISSANCE NOM ----- EN VIE( )DEC( )	DEUXIEME AVANT- DER. NAISSANCE NOM ----- EN VIE( )DEC( )	TROIS AVANT DER. NAISSANCE NOM ----- VIV( )DEC( )
405 Qui vous assistait quand vous accouchiez de _____ ? (NOM)  ENQUET: IN- SISTER ET ENCERCLER LE CODE DE LA PERSONNE LA PLUS QUALI- FIEE.	MEDECIN..... 01 SAGE-FEMME.. 02 MATRONE .... 03 ACCOUCHEUSE, AUX..... 04 ACCOUC TRAD 05 HOPITAL,PMI, DISPENSARE. 06 AUTRE..... 07	MEDECIN..... 01 SAGE-FEMME.. 02 MATRONE .... 03 ACCOUCHEUSE, AUX..... 04 ACCOUCH TRAD 05 HOPITAL,PMI, DISPENSARE.. 06 AUTRE..... 07	MEDECIN..... 01 SAGE-FEMME.. 02 MATRONE .... 03 ACCOUCHEUSE, AUX..... 04 ACCOUCH TRAD 05 HOPITAL,PMI, DISPENSARE.. 06 AUTRE..... 07	MEDECIN... 01 SAGE-FEM.. 02 MATRONE .. 03 ACCOUCHEUSE, AUX..... 04 ACC. TRAD. 05 HOPITAL,PMI, DISPENS... 06 AUTRE..... 07
	(PRECISER) SANS ASSISTAN- CE..... 08	(PRECISER) SANS ASSISTAN- CE..... 08	(PRECISER) SANS ASSISTAN- CE..... 08	(PRECISER) SANS ASSIS- TANCE..... 08
406 Avez- vous allaité  (NOM) au sein?	OUI.1 NON. 2   (PASSER A 409)  V	OUI.1 NON.2   (PASSER A 410)	OUI.1 NON.2   (PASSER A 410)	OUI.1 NON.2   (PASSER A 410)
407 SI EN EN VIE: Allaitez vous encore _____ ? (NOM)	OUI.1 NON.2 (PASSER A 409)   V	XXXXXXXXXXXXX XXXXXXXXXXXXX XXXXXXXXXXXXX XXXXXXXXXXXXX XXXXXXXXXXXXX V XXXXXXXXXXXXX	XXXXXXXXXXXXX XXXXXXXXXXXXX XXXXXXXXXXXXX XXXXXXXXXXXXX XXXXXXXXXXXXX V XXXXXXXXXXXXX	XXXXXXXXXX XXXXXXXXXX XXXXXXXXXX XXXXXXXXXX XXXXXXXXXX V XXXXXXXXX
408 Combien de mois avez-vous allaité _____ ? (NOM)	MOIS  __ __   JUSQU'AU DECES..... 96	MOIS  __ __   JUSQU'AU DECES..... 96 (PASSER A 410)	MOIS  __ __   JUSQU'AU DECES..... 96 (PASSER A 410)	MOIS  __ __   JUSQU'AU DECES... 96 (PASSER A 410)
409 Vos règles ont- elles repris ?	OUI.1 NON. 2   (PASSER A 411)  V	XXXXXXXXXXXXX XXXXXXXXXXXXX XXXXXXXXXXXXX XXXXXXXXXXXXX XXXXXXXXXXXXX V	XXXXXXXXXXXXX XXXXXXXXXXXXX XXXXXXXXXXXXX XXXXXXXXXXXXX XXXXXXXXXXXXX V	XXXXXXXXXX XXXXXXXXXX XXXXXXXXXX XXXXXXXXXX XXXXXXXXXX V

TABLEAU 3 : SANTE ET ALLAITEMENT DES ENFANTS DE MOINS DE 5 ANS (SUITE)

N° DE LIG. | | | N° DE LIG. | | | N° DE LIG. | | | N° DE LIG. | | |

TABLEAU 3	DERNIERE NAIS- SANCE NOM ----- EN VIE( )DEC( )	AVANT-DERNIERE NAISSANCE NOM ----- EN VIE( )DEC( )	DEUXIEME AVANT- DER. NAISSANCE NOM ----- EN VIE( )DEC( )	TROIS AVANT DER. NAISSANCE NOM ----- VIV( )DEC( )
410 Combien de mois après la naissance de ----- (NOM) vos règles ont-elles repris ?	 MOIS	N'A JAMAIS RE- PRIS..... 96        MOIS (PASSER A 412)	N'A JAMAIS RE- PRIS..... 96        MOIS (PASSER A 412)	N'A JAMAIS REPRIS.. 96        MOIS PASSER A 412
411 Avez- vous repris les rela- tion sexuel- les depuis la naissance de -----? (NOM)	OUI.1    NON.2   (PASSER A 402 POUR LA COL. SUI- VANTE. SI NON A 413)  V	XXXXXXXXXXXXXXXXX XXXXXXXXXXXXXXXXX XXXXXXXXXXXXXXXXX XXXXXXXXXXXXXXXXX XXXXXXXXXXXXXXXXX XXXXXXXXXXXXXXXXX XXXXXXXXXXXXXXXXX XXXXXXXXXXXXXXXXX XXXXXXXXXXXXXXXXX XXXXXXXXXXXXXXXXX	XXXXXXXXXXXXXXXXX XXXXXXXXXXXXXXXXX XXXXXXXXXXXXXXXXX XXXXXXXXXXXXXXXXX XXXXXXXXXXXXXXXXX XXXXXXXXXXXXXXXXX XXXXXXXXXXXXXXXXX XXXXXXXXXXXXXXXXX XXXXXXXXXXXXXXXXX XXXXXXXXXXXXXXXXX	XXXXXXXXXXXXXXXXX XXXXXXXXXXXXXXXXX XXXXXXXXXXXXXXXXX XXXXXXXXXXXXXXXXX XXXXXXXXXXXXXXXXX XXXXXXXXXXXXXXXXX XXXXXXXXXXXXXXXXX XXXXXXXXXXXXXXXXX XXXXXXXXXXXXXXXXX XXXXXXXXXXXXXXXXX
412 Combien de mois après la naissance de ----- (NOM) avez-vous repris les relations sexuelles ?	 MOIS (PASSER A 402 POUR LA COL. SUIVANTE, OU A 413 S'IL N'Y A PLUS D'AU TRE NAISSANCE)	 MOIS (PASSER A 402 POUR LA COL. SUIVANTE, OU A 413 S'IL N'Y A PLUS D'AU TRE NAISSANCE)	 MOIS (PASSER A 402 POUR LA COL. SUIVANTE, OU A 413 S'IL N'Y A PLUS D'AU TRE NAISSANCE)	 MOIS (PASSER A 413)
413 <u>ENQUETRICE</u> : VOIR 407 POUR LA DERNIERE NAISSANCE:				
ALLAITE ENCORE ( ) DERNIER ENFANT 		AUTRE CAS ( ) (PASSER A 419)		

N°	QUESTIONS ET FILTRES	CODES	PASSER A																																	
414	La nuit dernière du coucher jusqu'au lever du soleil, combien de fois avez-vous allaité votre enfant ?	NOMBRE DE FOIS.....    A LA DEMANDE QUAND L'ENFANT PLEURE.....96 NSP.....98																																		
415	Combien de fois avez-vous allaité votre enfant hier au cours de la journée ?	NOMBRE DE FOIS.....    A LA DEMANDE QUAND L'ENFANT PLEURE.....96 NSP.....98																																		
416	Avez-vous donné, hier ou la nuit dernière à (NOM DU DERNIER ENFANT), un liquide ou une des nourritures suivantes ? <u>ENQUETRICE</u> : LIRE LA LISTE DES CATEGORIES. - eau - jus - lait en poudre, - lait de vache, <del>bière</del> - (eso, etc.....) tisane - bouillie de mil ou de maïs - aliments solides - bière locale - autre	<table border="0"> <thead> <tr> <th></th><th>OUI</th><th>NON</th></tr> </thead> <tbody> <tr> <td>EAU.....</td><td>1</td><td>2</td></tr> <tr> <td>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></td><td></td></tr> <tr> <td>TISANE (ESO)...</td><td>1</td><td>2</td></tr> <tr> <td>BOUILLIE DE MIL,</td><td></td><td></td></tr> <tr> <td>MAIS .....</td><td>1</td><td>2</td></tr> <tr> <td>ALIMENTS SOLIDES</td><td>1</td><td>2</td></tr> <tr> <td>BIERE LOCALE...</td><td>1</td><td>2</td></tr> <tr> <td>AUTRE</td><td>1</td><td>2</td></tr> </tbody> </table> <p style="text-align: center;">(PRECISER)</p>		OUI	NON	EAU.....	1	2	JUS.....	1	2	LAIT EN POUDRE,	1	2	LAIT DE VACHE.			TISANE (ESO)...	1	2	BOUILLIE DE MIL,			MAIS .....	1	2	ALIMENTS SOLIDES	1	2	BIERE LOCALE...	1	2	AUTRE	1	2	
	OUI	NON																																		
EAU.....	1	2																																		
JUS.....	1	2																																		
LAIT EN POUDRE,	1	2																																		
LAIT DE VACHE.																																				
TISANE (ESO)...	1	2																																		
BOUILLIE DE MIL,																																				
MAIS .....	1	2																																		
ALIMENTS SOLIDES	1	2																																		
BIERE LOCALE...	1	2																																		
AUTRE	1	2																																		
417	<u>ENQUETRICE</u> : VOIR 416 AUTRE NOURRITURE OU LIQUIDE A ETE DONNE (AU MOINS UN "OUI" DANS 416) ( ) ↓ V	AUCUNE NOURRITURE OU LIQUIDE N'A ETE DONNE (AUCUN "OUI" DANS 416 ( ) (PASSER A 419)																																		
418	Avez-vous donné un de ces liquides dans un biberon ?	OUI..... 1 NON..... 2																																		
419	Quand vous étiez enceinte de (NOM DU DERNIER ENFANT) vouliez-vous avoir cet enfant à ce temps là, ou attendre pour plus tard, ou ne pas avoir d'autre(s) enfants du tout ?	A CE TEMPS..... 1 PLUS TARD..... 2 NE PAS AVOIR..... 3																																		
420	<u>ENQUETRICE</u> : VOIR 401 ECRIRE LE NOM ET L'ETAT DE SURVIE DE CHAQUE NAISSANCE DEPUIS JUIN 1983 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.																																			

TABLEAU 4 : SANTE ET ALLAITEMENT DES ENFANTS VIVANTS DE MOINS DE 5 ANS.

N° DE LIG. | | | N° DE LIG. | | | N° DE LIG. | | | N° DE LIG. | | |

TABLEAU 4	DERNIERE NAIS- SANCE NOM	AVANT-DERNIERE NAISSANCE NOM	DEUXIEME AVANT- DER. NAISSANCE NOM	TROIS AVANT DER. NAISSANCE NOM
	VIV ( ) DEC ( )	VIV ( ) DEC ( )	VIV ( ) DEC ( )	VIV ( ) DEC ( )
	↓	↓	↓	↓
	V	V	V	(PAS- SER A SEC. 5
421 Est-ce que (NOM) a déjà été vacciné con- tre des ma- ladies ?	OUI..... 1 NON..... 2 NSP..... 8	OUI..... 1 NON..... 2 NSP..... 8	OUI..... 1 NON..... 2 NSP..... 8	OUI..... 1 NON..... 2 NSP..... 8
422 Avez- vous un carnet de santé pour (NOM) SI OUI: Puis-je le voir ?	OUI, VU..... 1 OUI, PAS VU.. 2 PAS DE CAR- NET..... 3	OUI, VU..... 1 OUI, PAS VU.. 2 PAS DE CAR- NET..... 3	OUI, VU..... 1 OUI, PAS VU.. 2 PAS DE CAR- NET..... 3	OUI, VU.. 1 OUI, PAS VU2 PAS DE CARNET... 3
423 Est-ce (NOM) a eu la diarrhée dans les dernières 24 heures?	OUI..... 1 (PASSER A 425)	OUI..... 1 (PASSER A 425)	OUI..... 1 (PASSER A 425)	OUI..... 1 PASSER A 425
	NON..... 2	NON..... 2	NON..... 2	NON..... 2
	NSP..... 8	NSP..... 8	NSP..... 8	NSP..... 8
424 Est-ce (NOM) a eu la diarrhée dans les deux der- nières se- maines ?	OUI..... 1 NON..... 2 (PASSER A 428)	OUI..... 1 NON..... 2 (PASSER A 428)	OUI..... 1 NON..... 2 (PASSER A 428)	OUI..... 1 NON..... 2 (PASSER A 428)
	NSP..... 8	NSP..... 8	NSP..... 8	NSP..... 8
425 Est-ce vous avez a- mené (NOM) à une forma- tion sanita- re pour trai- ter la diar- rhée la der- nière fois ?	OUI..... 1 NON..... 2	OUI..... 1 NON..... 2	OUI..... 1 NON..... 2	OUI..... 1 NON..... 2

TABLEAU 4 : SANTE ET ALLAITEMENT DES ENFANTS VIVANTS DE MOINS DE 5 ANS.

N° DE LIG. | \_ | \_ | N° DE LIG. | \_ | \_ | N° DE LIG. | \_ | \_ | N° DE LIG. | \_ | \_ |

TABLEAU 4 (SUITE) ENFANTS VIVANTS	DERNIERE NAIS- SANCE	AVANT-DERNIERE NAISSANCE	DEUXIEME AVANT- DER. NAISSANCE	TROIS AVANT DER. NAISSANCE
	NOM	NOM	NOM	NOM
	----- VIV ( ) DEC ( )	----- VIV ( ) DEC ( )	----- VIV ( ) DEC ( )	----- VIV ( ) DEC ( )
	↓ V	↓ V	↓ V	↓ V (PAS- SER A SEC. 5
426 Est-ce que (NOM) a reçu un sachet de SRO pour traiter la diarrhée?	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 Qu'est- ce qu'on a fait pour traiter la diarrhée ? (en dehors du SRO)	SOLUTION D'EAU SUCREE ET SA- LEE (Maison). 1 BOUILLIE DE RIZ..... 1 SERUM. (PERF) 1 GOYAVIER..... 1 PLANTES MEDIC. 1 GANIDAN, SIROP ET AUTRES PRO- DUITS PHARMA- CEUTIQUES.... 1 HOPITAL, PMI, DISPENSARE.. 1 PAS DE LIQUI- DE DU TOUT... 1 PAS DE NOUR.. DU TOUT..... 1 AUTRE..... 1 NSP..... 1 RIEN..... 1	SOLUTION D'EAU SUCREE ET SA- LEE (Maison). 1 BOUILLIE DE RIZ..... 1 SERUM. (PERF). 1 GOYAVIER..... 1 PLANTES MEDIC. 1 GANIDAN, SIROP ET AUTRES PRO- DUITS PHARMA- CEUTIQUES.... 1 HOPITAL, PMI, DISPENSARE.. 1 PAS DE LIQUI- DE DU TOUT... 1 PAS DE NOUR.. DU TOUT..... 1 AUTRE..... 1 NSP..... 1 RIEN..... 1	SOLUTION D'EAU SUCREE ET SA- LEE (Maison). 1 BOUILLIE DE RIZ..... 1 SERUM. (PERF). 1 GOYAVIER..... 1 PLANTES MEDIC. 1 GANIDAN, SIROP ET AUTRES PRO- DUITS PHARMA- CEUTIQUES.... 1 HOPITAL, PMI DISPENSARE.. 1 PAS DE LIQUI- GUIDE DU TOUT. 1 PAS DE NOUR... DU TOUT..... 1 AUTRE..... 1 NSP..... 1 RIEN..... 1	SOLUTION SUCREE ET SALEE (MAIS. 1 BOUILLIE DE RIZ..... 1 SERUM (PER). 1 GOYAVIER.. 1 PLANT. MEDI. 1 GANIDAN, SIROP ET AU- TRES PRO- DUITS PHAR. 1 HOPITAL, PMI DISPENS. 1 PAS DE LIQU. DU TOUT.... 1 PAS DE NOUR DU TOUT.... 1 AUTRE..... 1 NSP..... 1 RIEN..... 1
ENQUET. : CODER 1 POUR TOUS LES TRAITE- MENTS MEN- TIONNES.				
428 Est-ce que (NOM) a eu la fièvre dans les deux dernières semaines ?	OUI..... 1 NON..... 2 (PASSER A 431) NSP..... 8	OUI..... 1 NON..... 2 (PASSER A 431) NSP..... 8	OUI..... 1 NON..... 2 (PASSER A 431) NSP..... 8	OUI..... 1 NON..... 2 PASSER A 431 NSP..... 8
429 Est-ce que vous avez amené (NOM) à une formation sanitaire pour traiter la fièvre ?	OUI..... 1 NON..... 2 NSP..... 8	OUI..... 1 NON..... 2 NSP..... 8	OUI..... 1 NON..... 2 NSP..... 8	OUI..... 1 NON..... 2 NSP..... 8

**TABEAU 4 : SANTE ET ALLAITEMENT DES ENFANTS VIVANTS DE MOINS DE 5 ANS**  
(SUITE)

N° DE LIG. | | | N° DE LIG. | | | N° DE LIG. | | | N° DE LIG. | | |

TABLEAU 4 (SUITE) ENFANTS VIVANTS	DERNIERE NAIS- SANCE	AVANT-DERNIERE NAISSANCE	DEUXIEME AVANT- DER. NAISSANCE	TROIS AVANT DER. NAISSANCE
	NOM	NOM	NOM	NOM
	VIV ( ) DEC ( )	VIV ( ) DEC ( )	VIV ( ) DEC ( )	VIV ( ) DEC ( )
	(PAS- SER A SEC.5			
430 Qu'est- ce qu'on a fait pour traiter la fièvre ? ENQUET: CODER 1 POUR TOUS LES TRAITE- MENTS MEN- TIONNES	NIVAQUINE/CH. 1 ASPIRINE..... 1 AUT.COMP..... 1 INJECTION.... 1  PLANTES MEDI- CINALES..... 1 GELULES DU MAR- CHE (DJIMEBLA)1 NSP..... 1 AUTRE..... 1 (PRECISER)1 RIEN..... 1	NIVAQUINE/CH. 1 ASPIRINE..... 1 AUT.COMP..... 1 INJECTION.... 1  PLANTES MEDI- CINALES..... 1 GELULES DU MAR- CHE (DJIMEBLA)1 NSP..... 1 AUTRE..... 1 (PRECISER)1 RIEN..... 1	NIVAQUINE/CH. 1 ASPIRINE..... 1 AUT.COMP..... 1 INJECTION.... 1  PLANTES MEDI- CINALES..... 1 GELULES DU MAR- CHE (DJIMEBLA)1 NSP..... 1 AUTRE..... 1 (PRECISER)1 RIEN..... 1	NIVAQU. /CH.1 ASPIRINE...1 AUT.COMP...1 INJECTION..1  PLANTES ME- DICINALES..1 GELULES DU MARCHE.....1 NSP.....1 AUTRE.....1 (PRECISER) RIEN.....1
431 Est-ce que  (NOM) a eu la res- piration difficile ou rapide dans les deux 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 Est-ce que vous avez amené (NOM) à une formation sanitaire pour traiter la respira- difficile 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

TABLEAU 4 : SANTE ET ALLAITEMENT DES ENFANTS VIVANTS DE MOINS DE 5 ANS  
(SUITE)

N DE LIG. | \_ | \_ | N DE LIG. | \_ | \_ | N DE LIG. | \_ | \_ | N DE LIG. | \_ | \_ |

TABLEAU 4 (SUITE) ENFANTS VIVANTS	DERNIERE NAIS- SANCE	AVANT-DERNIERE NAISSANCE	DEUXIEME AVANT- DER. NAISSANCE	TROIS AVANT- DER. NAISSANCE
	NOM	NOM	NOM	NOM
	VIV ( ) DEC ( )	VIV ( ) DEC ( )	VIV ( ) DEC ( )	VIV ( ) DEC ( )
	↓	↓	↓	↓ (PAS- SER A SEC.5
433 Qu'est- ce qu'on a fait pour traiter le problème ? ENQUET : CODER 1 POUR LES TRAITE- MENTS MEN- TIONNES	GUERISSEUR...1 SIROP.....1 COMPRIME.....1 SUPPO.....1 MASSAGE.....1 INJECTION.....1 TISANE.....1 PENICILLINE..1 AUTRE.....1 RIEN.....1	GUERISSEUR...1 SIROP.....1 COMPRIME.....1 SUPPO.....1 MASSAGE.....1 INJECTION.....1 TISANE.....1 PENICILLINE..1 AUTRE.....1 RIEN.....1	GUERISSEUR...1 SIROP.....1 COMPRIME.....1 SUPPO.....1 MASSAGE.....1 INJECTION.....1 TISANE.....1 PENICILLINE..1 AUTRE.....1 RIEN.....1	GUERISS. 1 SIROP.....1 COMPRIME..1 SUPPO.....1 MASSAGE...1 INJECTION.1 TISANE....1 PENICIL. 1 AUTRE.....1 RIEN.....1
434 Est-ce (NOM) a eu la rougeole?	OUI.....1 NON.....2 NSP.....8 PASSER A COLON. SUIV 421 SI PAS D'AUTRE NAIS., A 437	OUI.....1 NON.....2 NSP.....8 PASSER A COLON. SUIV 421 SI PAS D'AUTRE NAIS., A 437	OUI.....1 NON.....2 NSP.....8 PASSER A COLON. SUIV 421 SI PAS D'AUTRE NAIS., A 437	OUI.....1 NON.....2 NSP.....8 PASSER A COL. SUIV. 421 SI PAS D'AUTRE NAIS., A 437
435 Est-ce que vous avez amené (NOM) à une formation sanitaire pour traiter la rougeole?	OUI.....1 NON.....2 NSP.....8	OUI.....1 NON.....2 NSP.....8	OUI.....1 NON.....2 NSP.....8	OUI.....1 NON.....2 NSP.....8
436 Qu'a-t- on fait pour traiter la rougeole ?  ENQUET: CODER 1 POUR TOUS LES TRAITEMENTS MENTIONNES.	GUERISSEUR...1 SIROP.....1 COMPRIME.....1 SUPPO.....1 MASSAGE.....1 INJECTION.....1 TISANE.....1 PENICILLINE..1 AUTRE.....1 RIEN.....1	GUERISSEUR...1 SIROP.....1 COMPRIME.....1 SUPPO.....1 MASSAGE.....1 INJECTION.....1 TISANE.....1 PENICILLINE..1 AUTRE.....1 RIEN.....1	GUERISSEUR...1 SIROP.....1 COMPRIME.....1 SUPPO.....1 MASSAGE.....1 INJECTION.....1 TISANE.....1 PENICILLINE..1 AUTRE.....1 RIEN.....1	GUERISS...1 SIROP.....1 COMPRIME..1 SUPPO.....1 MASSAGE...1 INJECTION.1 TISANE....1 PENICIL. 1 AUTRE.....1 RIEN.....1

**TABEAU 4 : SANTE ET ALLAITEMENT DES ENFANTS VIVANTS DE MOINS DE 5 ANS  
(SUITE)**

N° DE LIG. | | | N° DE LIG. | | | N° DE LIG. | | | N° DE LIG. | | |

TABLEAU 4 (SUITE) ENFANTS VIVANTS	DERNIERE NAIS- SANCE	AVANT-DERNIERE NAISSANCE	DEUXIEME AVANT- DER. NAISSANCE	TROIS AVANT DER. NAISSANCE
	NOM	NOM	NOM	NOM
	-----	-----	-----	-----
	VIV ( ) DEC ( )	VIV ( ) DEC ( )	VIV ( ) DEC ( )	VIV ( ) DEC ( )
	↓	↓	↓	↓ (PAS- SER A SEC. 5
	V	V	V	
437 FILTRE				
ENQUETRIXE : VOIR 426 (TOUTES NAISSANCES)				
NON OU NSP OU QUESTION NON-POSEE ( ) ↓ V		OUI ( )  PASSER A LA SECTION 5		
438 Est-ce vous avez déjà entendu parler d'un produit appelé SRO qu'on peut obtenir pour traiter la diarrhée ?		OUI.....1  NON.....2		



	TABLEAU 5 (SUITE) ENQ: SI UNION EN COURS, ENCERC- LER CODE 3 ET PASSER A 512.	1er	2ème	3ème	4ème	5ème
		NOM	NOM	NOM	NOM	NOM
511	Comment ce mariage s'est-il terminé ?	VEUV...1 DIV...2 EN COURS.3	VEUV...1 DIV...2 EN COURS.3	VEUV...1 DIV...2 EN COURS.3	VEUV...1 DIV...2 EN COURS.3	VEUV...1 DIV...2 EN COURS.3
512	<u>ENQUETRICE</u> : POUR LES MARIAGES AU PASSE Avez-vous toujours cohabité avec (NOM) ? POUR LE MARIAGE ACTUEL: Est-ce que (NOM) habite actuel- lement avec vous? (OUI ou NON)	OUI...1 NON...2  PAS TOUT LE TEMPS.3 JAMAIS4	OUI...1 NON...2  PAS TOUT LE TEMPS.3 JAMAIS4	OUI...1 NON...2  PAS TOUT LE TEMPS.3 JAMAIS4	OUI...1 NON...2  PAS TOUT LE TEMPS.3 JAMAIS4	OUI...1 NON...2  PAS TOUT LE TEMPS.3 JAMAIS4
513	<u>ENQUETRICE</u> : (1) VOIR Q502. VERIFIER QUE LE NOMBRE TOTAL DE MARIAGES CORRESPOND AUX INFORMATIONS DANS LE TABLEAU 5. (2) VOIR Q208 UNE OU PLUSIEURS NAISSANCES ( )   ↓ PASSEZ A Q516	PAS DE NAISSANCES ( ) ↓ PASSEZ A Q516				
514	DEMANDEZ A L'ENQUETEE D'ASSOCIER SES NAISSANCES A UN DE SES MARIAGES. INSCRIRE LE NUMERO DU MARIAGE DANS LA CASE DE LA COLONNE 515 (TABLEAU HISTORIQUE DE NAISSANCE. POUR LES NAISSANCES PAS ASSOCIEES A UN MARIAGE, INSCRIRE LE CODE 00.					
516	Pour votre dernière union, votre mari a-t-il été choisi par : - Votre famille - Vous-mêmes avec l'avis de la famille - Vous-mêmes sans l'avis de la famille	LA FAMILLE.....1 VOUS-MEME AVEC L'AVIS..2 VOUS-MEME SANS L'AVIS..3				
517	Votre dernier mariage était-il un mariage civil, ou mariage religieux, ou mariage coutumier ou l'accord privé entre époux sans mariages ?  <u>ENQUETRICE</u> : ENCERCLEZ 1 POUR TOUTES LES REPONSES APPROPRIÉES.	CIVIL.....1 RELIGIEUX.....1 COUTUMIER.....1 AUCUN MARIAGE.....1 →520				

N°	QUESTIONS ET FILTRES	CODES	PASSER A
518	ENQ: VOIR 208 A UN ENFANT(S) ( ) N'A PAS D'ENFANT(S) ( ) (PASSER A 520) V		
519	Avez-vous déjà eu des rapports sexuels?	OUI..... 1 NON..... 2 → 525	
520	Quel Age aviez-vous la première fois que vous avez eu des relations sexuelles ?	AGE.....     JAMAIS EU..... 96 → 524	
521	Combien de temps y-a-t-il depuis la dernière fois que vous avez eu des relations sexuelles ?	JOURS..... 1     SEMAINES..... 2     MOIS..... 3      AVANT LA DERNIERE NAISSANCE ..... 996	
522	ENQUETRICE: VOIR 219 ENCEINTE ( ) PAS ENCEINTE ( ) PASSER A 524   V		
523	Si vous vous rendez compte que vous êtes enceinte d'ici le mois prochain, que ferez-vous?	GARDE LA GROSSESSE..... 1 NE GARDE PAS GROSSESSE.... 2 REFUS DE REPENDRE..... 3 CAS IMPOSSIBLES..... 4 AUTRE ..... 5 (A PRECISER) NSP..... 8	
524	Y-a-t-il un lien de parenté entre vous et votre (1er) mari/partenaire ?	COUSIN PATERNEL..... 1 COUSIN MATERNEL..... 2 AUTRES PARENTS..... 3 PAS DE LIEN..... 4	
525	PRESENCE D'AUTRES PERSONNES	OUI NON ENFANTS DE <10 ANS 1 2 MARI..... 1 2 AUTRES HOMMES.... 1 2 AUTRES FEMMES.... 1 2	

## SECTION 6: PREFERENCE EN MATIERE DE FECONDITE

N°	QUESTIONS ET FILTRES	CODES	PASSER A
601	<b>ENQUETRICE:</b> VOIR 501 ET VERIFIER: ACTUELLEMENT ( ) AUTRES CAS ( ) EN UNION (PASSER A 609) ↓ V		
602	Maintenant je voudrais vous poser des questions sur l'ave- nir. <b>ENQUETRICE: VERIFIER 219</b> PAS ENCEINTE OU PAS SURE ( ) : Voudriez-vous avoir (d'autres) enfants?  ENCEINTE ( ) : Après l'enfant que vous attendez, voudriez-vous avoir (d'autres) enfants ?	OUI..... 1 NON..... 2 —> 605 NSP OU PAS DECIDEE..... 8 —> 605	
603	Combien de temps voudriez-vous attendre avant d'avoir la pro- chaine grossesse ?	MOIS..... 1     ANNEES..... 2      AUTRE..... 996 (PRECISER)	—>605
604	Quel âge doit avoir le dernier enfant avant la naissance de votre prochain enfant ? <b>ENQUET: SI PAS D'ENFANTS VI-            VANTS, ENCERCLER 96.</b>	NOMBRE DE MOIS.....      PAS D'ENFANTS VIVANTS.. 96 NSP..... 98	
605	Après l'accouchement, combien de temps un couple devrait-il attendre avant de reprendre les relations sexuelles ?	NBRE DE JOURS ...1     NBRE DE MOIS ... 2     NBRE D'ANNEES ...3     AUTRE..... 996 (PRECISER) NSP..... 998	

N°	QUESTIONS ET FILTRES	CODES	PASSER A
606	A votre avis, est-ce qu'une femme qui allaite peut reprendre les rapports sexuels avec son partenaire ?	OUI..... 1 NON..... 2 NSP..... 8	
607	Pensez-vous que votre mari (ou partenaire) approuve ou désapprouve le fait que des couples utilisent des moyens pour retarder ou espacer des grossesses ?	APPROUVE..... 1 DESAPPROUVE..... 2 NSP..... 8	
608	Combien de fois au cours des 12 derniers mois, avez-vous parlé à votre mari/partenaire des moyens pouvant retarder ou espacer des grossesses ?	JAMAIS..... 1 UNE OU DEUX FOIS..... 2 PLUS SOUVENT..... 3	
609	En général approuvez-vous ou désapprouvez-vous les couples qui utilisent des moyens pour retarder ou espacer des grossesses ?	APPROUVE..... 1 DESAPPROUVE..... 2	
610	<p><u>ENQUETRICE</u>: VERIFIER 208 PAS D'ENFANTS ( ) : Si vous pouviez choisir exactement le nombre d'enfants que vous desirez, combien voudriez-vous (en) avoir ?</p> <p>A DES ENFANTS ( ) : 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 (en) avoir ?</p> <p><u>ENQUET</u>: INSISTER POUR AVOIR UN NOMBRE</p>	NOMBRE.....	
611	Combien de garçons et combien de filles voudriez-vous avoir ?	<p>NBRE DE GARCONS...    </p> <p>NBRE DE FILLES...    </p> <p>FILLES DEPEND DE DIEU.. 94</p> <p>GARC.DEPEND DE DIEU.... 95</p> <p>NSP..... 98</p>	



N	QUESTIONS ET FILTRES	CODES	PASSER A
708	<b>ENQUETRIX: VOIR 707</b>  TRAVAILLE DANS L'AG- RICULTURE ( ) (PASSER A 710)  NE TRAVAILLE PAS ( ) (PASSER A 712)  AUTRE CAS ( )	V OUI..... 1 NON..... 2 NSP..... 8	
709	Reçoit (recevait-il) un salaire régulier ou mensuel ?	OUI..... 1 NON..... 2 NSP..... 8	→ 712
710	Est-ce que votre mari/partenaire travaille (travaillait) principalement pour son propre compte ou celui de sa famille ou celui de quelqu'un d'autre?	PROPRE COMPTE..... 1 POUR FAMILLE..... 2 AUTRE PERSONNE..... 3	
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, avez-vous fait un travail régulier?	OUI..... 1 NON..... 2	→ 714
713	L'argent que vous avez ainsi gagné, avez-vous donné la plus grande partie à votre famille ou 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), avez-vous travaillé d'une manière régulière?	OUI..... 1 NON..... 2	→ 716
715	Travaillez-vous actuellement ?	OUI..... 1 NON..... 2	→ 718

N°	QUESTIONS ET FILTRES	CODES	PASSER A
716	ENQUET : VOIR 501 DEJA MARIEE ( ) V NON A 712 ET 714 ( ) (PASSER A 720)  AU MOINS UN OUI A 712 ET 714 ( ) (PASSER A 718)	CELIBATAIRE ( )  V	
717	Aviez-vous déjà travaillé ?	OUI..... 1 NON..... 2	—>720
718	Quelle est (était) votre prof. principale ? ENQUET : VOIR LISTE DES PROF.	 (PRECISER)	
719	Comment utilisez-vous l'argent gagné ?	DEPENSE DU MENAGE.....1 TONTINE.....1 FONDS DE COMMERCE.....1 ACHAT DE BIENS PERSON...1 NE GAGNE PAS D'ARGENT...1 EPARGNE.....1	
720	ENQUET : ENREGISTRER LE TEMPS	HEURES.....     MINUTES.....	

## SECTION 8: POIDS ET TAILLE

801	<b>ENQUETRICE:</b> VOIR TABLEAU 1. POUR CHAQUE ENFANT EN VIE, NE DEPUIS JUIN 1985 (C'EST A DIRE AYANT 0 A 36 MOIS), ENREGIS- TRER LE N° DE LIGNE, LA DATE DE NAISSANCE, LE POIDS ET LA TAILLE.	
	NOM ET PRENOMS _____   OBSERVATION:	N° DE LIGNE.....  __ __  MOIS/NAISSANCE.....  __ __  ANNEE/NAISS.....19  __ __   TAILLE EN CM.  __ __ __ .  __  POIDS EN KGR.  __ __ .  __
	PRENOM ET NOMS _____   OBSERVATION:	N° DE LIGNE.....  __ __  MOIS/NAISSANCE.....  __ __  ANNEE/NAISSANCE.....19  __ __   TAILLE EN CM.  __ __ __ .  __  POIDS EN KGR.  __ __ .  __
	PRENOM ET NOMS _____   OBSERVATION:	N° DE LIGNE.....  __ __  MOIS/NAISSANCE.....  __ __  ANNEE/NAISSANCE.....19  __ __   TAILLE EN CM.  __ __ __ .  __  POIDS EN KGR.  __ __ .  __

Personne interviewée.....

Questions spécifiques:.....

Autres aspects:.....

Nom de l'enquêtrice:..... Date:.....

#### OBSERVATIONS DU CONTROLEUR

Contrôleur:..... Date: .....

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

Contrôleur de bureau: ..... Date: .....

Agent de saisie:..... Date: .....