

SECTION 5. MARIAGE

N°	QUESTIONS ET FILTRES	CODES	PASSER A
501	Etes-vous actuellement mariée ou vivez-vous actuellement en union avec un homme?	OUI.....1 NON.....2	→504
502	Avez-vous été mariée ou avez-vous vécu en union avec un homme?	OUI.....1 NON.....2	→513
503	Etes-vous actuellement veuve, divorcée ou séparée?	VEUVE.....1 DIVORCEE.....2 SEPEREE.....3	→508
504	Est-ce que votre mari/conjoint vit avec vous ou habite ailleurs?	VIT AVEC ELLE.....1 HABITE AILLEURS.....2	
505	Votre mari/conjoint a-t-il d'autres femmes en plus de vous-même?	OUI.....1 NON.....2	→508
506	Combien d'autres femmes a-t-il?	NOMBRE..... <input type="text"/> <input type="text"/> NSP.....98	→508
507	Etes-vous la première, la deuxième, la troisième épouse?	RANG..... <input type="text"/> <input type="text"/>	
508	Avez-vous été mariée ou avez-vous vécu en union avec un homme une fois ou plus d'une fois?	UNE FOIS.....1 PLUS D'UNE FOIS.....2	
509	En quel mois et quelle année avez-vous commencé à vivre avec votre (premier) mari/conjoint?	MOIS..... <input type="text"/> <input type="text"/> NSP MOIS.....98 ANNEE..... <input type="text"/> <input type="text"/> NSP ANNEE.....98	
510	Quel âge aviez-vous quand vous avez commencé à vivre avec lui?	AGE..... <input type="text"/> <input type="text"/> NSP AGE.....98	
511	VOIR 509 ET 510: ANNEE ET MOIS DONNES	OUI <input type="checkbox"/> NON <input type="checkbox"/>	→514
512	VERIFIER LA COHERENCE DE 509 ET 510:	<div style="border: 1px solid black; padding: 5px; display: inline-block;"> <p>SI NECESSAIRE, CALCULER L'ANNEE DE NAISSANCE</p> <p>ANNEE ACTUELLE <input type="text"/><input type="text"/></p> <p>MOINS -</p> <p>AGE ACTUEL (106) <input type="text"/><input type="text"/></p> <p>=</p> <p>ANNEE DE NAISSANCE CALCULEE <input type="text"/><input type="text"/></p> </div>	
	ANNEE DE NAISSANCE (105) <input type="text"/> <input type="text"/>		
	PLUS +		
	AGE AU MARIAGE (510) <input type="text"/> <input type="text"/>		
	=		
	ANNEE DE MARIAGE CALCULEE <input type="text"/> <input type="text"/>		
	L'ANNEE DE MARIAGE CALCULEE EST-ELLE, A UNE ANNEE PRES, LA MEME QUE L'ANNEE DE MARIAGE ENREGISTREE (509)	OUI <input type="checkbox"/> NON <input type="checkbox"/>	→ VERIFIER ET CORRIGER 509 ET 510.
	(PASSER A 514)		

N°	QUESTIONS ET FILTRES	CODES	PASSER A															
513	SI JAMAIS EN UNION: Avez-vous déjà eu des rapports sexuels?	OUI.....1 NON.....2	518															
514	Maintenant nous avons besoin de quelques renseignements sur votre activité sexuelle afin de mieux comprendre la planification familiale et la fécondité. Combien de fois avez-vous eu des rapports sexuels durant les quatre dernières semaines?	NOMBRE DE FOIS.....	<input type="text"/>															
515	Combien de fois par mois avez-vous <u>habituellement</u> des rapports sexuels?	NOMBRE DE FOIS.....	<input type="text"/>															
516	Combien de temps y a-t-il depuis que vous avez eu des rapports sexuels pour la dernière fois?	JOURS.....1 SEMAINES.....2 MOIS.....3 ANNEES.....4 AVANT DERNIERE NAISSANCE.....996	<input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>															
517	Quel âge aviez-vous la première fois que vous avez eu des rapports sexuels?	AGE..... PREMIERE FOIS AU MARIAGE.....96	<input type="text"/>															
518	AUTRES PERSONNES PRESENTES A CE MOMENT	<table border="1"> <thead> <tr> <th></th> <th>OUI</th> <th>NON</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>ENFANTS MOINS DE 10 ANS.....1</td> <td>1</td> <td>2</td> </tr> <tr> <td>MARI.....1</td> <td>1</td> <td>2</td> </tr> <tr> <td>AUTRES HOMMES.....1</td> <td>1</td> <td>2</td> </tr> <tr> <td>AUTRES FEMMES.....1</td> <td>1</td> <td>2</td> </tr> </tbody> </table>		OUI	NON	ENFANTS MOINS DE 10 ANS.....1	1	2	MARI.....1	1	2	AUTRES HOMMES.....1	1	2	AUTRES FEMMES.....1	1	2	
	OUI	NON																
ENFANTS MOINS DE 10 ANS.....1	1	2																
MARI.....1	1	2																
AUTRES HOMMES.....1	1	2																
AUTRES FEMMES.....1	1	2																

SECTION 6. PREFERENCES EN MATIERE DE FECONDITE

N°	QUESTIONS ET FILTRES	CODES	PASSER A
601	VOIR 312: NI ELLE NI LUI STERILISE <input type="checkbox"/> LUI OU ELLE STERILISE(E) <input type="checkbox"/>		607
602	VOIR 501: ACTUELLEMENT MARIEE OU VIVANT EN UNION <input type="checkbox"/> NON MARIEE/ NE VIVANT PAS EN UNION <input type="checkbox"/>		614
603	VOIR 223: PAS ENCEINTE OU PAS SURE <input type="checkbox"/> ENCEINTE <input type="checkbox"/> Maintenant j'ai quelques questions au sujet de de l'avenir. Voudriez-vous avoir (un/ autre) enfant ou préférez-vous ne pas avoir d'(autres) enfants? Maintenant j'ai quelques questions au sujet de de l'avenir. Après l'enfant que vous attendez, voudriez-vous avoir un autre enfant ou préférez-vous ne pas avoir d'autres enfants?	AVOIR UN (AUTRE) ENFANT.....1 PAS D'AUTRE/AUCUN.....2 DIT QU'ELLE NE PEUT PAS TOMBER ENCEINTE.....3 PAS DECIDEE OU NSP.....8	610
604	VOIR 223: PAS ENCEINTE OU PAS SURE <input type="checkbox"/> ENCEINTE <input type="checkbox"/> Combien de temps voudriez-vous attendre à partir de maintenant avant la naissance d'(un/autre) enfant? Combien de temps voudriez-vous attendre après la naissance de l'enfant que vous attendez et avant la naissance d'un autre enfant?	MOIS.....1 ANNEES.....2 BIENTOT/MAINTENANT.....994 DIT QU'ELLE NE PEUT PAS TOMBER ENCEINTE.....995 AUTRE _____ 996 (PRECISER) NSP.....998	610
605	VOIR 216 ET 223: A UN/DES ENFANT(S) VIVANT(S) OU ENCEINTE? OUI <input type="checkbox"/> NON <input type="checkbox"/>		610
606	VOIR 223: PAS ENCEINTE OU PAS SURE <input type="checkbox"/> ENCEINTE <input type="checkbox"/> Quel âge voudriez-vous que votre plus jeune enfant ait atteint quand votre prochain enfant naîtra? Quel âge voudriez-vous que l'enfant que vous attendez ait atteint quand votre prochain enfant naîtra?	AGE DU PLUS JEUNE ANNEES..... NSP.....98	610
607	Dans votre situation actuelle, si vous aviez à le refaire, pensez-vous que (vous/votre mari/conjoint) prendriez la même décision d'être stérilisé(e)?	OUI.....1 NON.....2	
608	Regrettez-vous que (vous/votre mari) (ayez/ait) eu l'opération pour ne (pas/plus) avoir d'enfant?	OUI.....1 NON.....2	614
609	Pourquoi le regrettez-vous?	ENQUETEE VEUT UN AUTRE ENFANT...1 CONJOINT VEUT UN AUTRE ENFANT...2 EFFETS SECONDAIRES.....3 AUTRE RAISON _____ 4 (PRECISER)	614

N°	QUESTIONS ET FILTRES	CODES	PASSER A								
610	Pensez-vous que votre mari/conjoint approuve ou désapprouve les couples qui utilisent une méthode pour éviter d'avoir des enfants?	APPROUVE.....1 DESAPPROUVE.....2 NSP.....8									
611	Combien de fois avez-vous parlé de planning familial avec votre mari/conjoint au cours de l'année dernière?	JAMAIS.....1 UNE OU DEUX FOIS.....2 PLUS SOUVENT.....3									
612	Avez-vous déjà discuté avec votre mari du nombre d'enfants que vous voudriez avoir?	OUI.....1 NON.....2									
613	Pensez-vous que votre mari/conjoint souhaite le <u>même</u> nombre d'enfants que vous, en veut <u>davantage</u> ou <u>moins</u> que vous?	MEME NOMBRE1 PLUS D'ENFANTS.....2 MOINS D'ENFANTS.....3 NSP.....8									
614	Après la naissance d'un enfant, combien de temps un couple devrait-il attendre avant de reprendre les relations sexuelles?	MOIS.....1 <table border="1" data-bbox="1159 672 1224 720"><tr><td> </td><td> </td></tr><tr><td> </td><td> </td></tr></table> ANNEES.....2 <table border="1" data-bbox="1159 720 1224 768"><tr><td> </td><td> </td></tr><tr><td> </td><td> </td></tr></table> AUTRE _____ 996 (PRECISER)									
615	Une mère devrait-elle attendre qu'elle ait complètement arrêté d'allaiter avant de reprendre les relations sexuelles ou cela n'a-t-il pas d'importance?	ATTENDRE.....1 PAS D'IMPORTANCE.....2									
616	En général, est-ce que vous approuvez ou désapprouvez les couples qui utilisent une méthode pour éviter la grossesse?	APPROUVE.....1 DESAPPROUVE.....2									
617	<p>VOIR 216:</p> <table border="0" data-bbox="266 1115 829 1373"> <tr> <td data-bbox="266 1115 553 1373"> <p>A UN/DES ENFANT(S) VIVANT(S) <input type="checkbox"/></p> <p>Y</p> <p>Si vous pouviez recommencer à partir de l'époque où vous n'aviez pas d'enfants, et si vous pouviez choisir exactement le nombre d'enfants à avoir dans toute votre vie, combien voudriez-vous en avoir?</p> </td> <td data-bbox="597 1115 829 1373"> <p>N'A PAS D'ENFANT VIVANT <input type="checkbox"/></p> <p>Y</p> <p>Si vous pouviez choisir exactement le nombre d'enfants à avoir dans toute votre vie, combien voudriez-vous en avoir?</p> </td> </tr> </table> <p>ENREGISTRER UN SIMPLE NOMBRE OU AUTRE REPONSE.</p>	<p>A UN/DES ENFANT(S) VIVANT(S) <input type="checkbox"/></p> <p>Y</p> <p>Si vous pouviez recommencer à partir de l'époque où vous n'aviez pas d'enfants, et si vous pouviez choisir exactement le nombre d'enfants à avoir dans toute votre vie, combien voudriez-vous en avoir?</p>	<p>N'A PAS D'ENFANT VIVANT <input type="checkbox"/></p> <p>Y</p> <p>Si vous pouviez choisir exactement le nombre d'enfants à avoir dans toute votre vie, combien voudriez-vous en avoir?</p>	<p>NOMBRE..... <table border="1" data-bbox="1143 1142 1208 1190"><tr><td> </td><td> </td></tr><tr><td> </td><td> </td></tr></table></p> <p>AUTRE REPONSE _____ 96 (PRECISER)</p>							
<p>A UN/DES ENFANT(S) VIVANT(S) <input type="checkbox"/></p> <p>Y</p> <p>Si vous pouviez recommencer à partir de l'époque où vous n'aviez pas d'enfants, et si vous pouviez choisir exactement le nombre d'enfants à avoir dans toute votre vie, combien voudriez-vous en avoir?</p>	<p>N'A PAS D'ENFANT VIVANT <input type="checkbox"/></p> <p>Y</p> <p>Si vous pouviez choisir exactement le nombre d'enfants à avoir dans toute votre vie, combien voudriez-vous en avoir?</p>										
618	D'après vous quel est le meilleur intervalle en mois ou en années entre la naissance d'un enfant et la naissance de l'enfant suivant?	MOIS.....1 <table border="1" data-bbox="1159 1457 1224 1505"><tr><td> </td><td> </td></tr><tr><td> </td><td> </td></tr></table> ANNEES.....2 <table border="1" data-bbox="1159 1505 1224 1554"><tr><td> </td><td> </td></tr><tr><td> </td><td> </td></tr></table> AUTRE _____ 996 (PRECISER)									

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

	FILTRES	CODES	PASSER A
701	VOIR 501 ET 502: EST/A EYE MARIEE OU EN UNION <input type="checkbox"/> ↓ POSER LES QUESTIONS SUR LE MARI/CONJOINT ACTUEL OU LE PLUS RECENT	JAMAIS MARIEE/JAMAIS EN UNION <input type="checkbox"/>	→708
702	Est-ce que votre (dernier) mari/conjoint a fréquenté l'école?	OUI.....1 NON.....2	→705
703	Quel est le plus haut niveau d'études qu'il a atteint: primaire, secondaire ou supérieur?*	PRIMAIRE.....1 SECONDAIRE 1° CYCLE.....2 SECONDAIRE 2° CYCLE.....3 SUPERIEUR.....4 NSP.....8	→705
704	Quelle est la dernière classe qu'il a achevée à ce niveau?*	CLASSE..... <input type="checkbox"/> NSP.....8	
705	Quel est (était) le genre de travail principal de votre (dernier) mari/conjoint?	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> _____ _____ _____	
706	VOIR 705: TRAVAILLE (TRAVAILLAIT) DANS L'AGRICULTURE <input type="checkbox"/> ↓ NE TRAVAILLE (TRAVAILLAIT) PAS DANS L'AGRICULTURE <input type="checkbox"/>		→708
707	Est-ce que votre mari/conjoint (travaille/travaillait) principalement sur sa propre terre ou celle de sa famille, ou est-ce qu'il (loue/louait) la terre, ou est-ce qu'il (travaille/travaillait) sur la terre de quelqu'un d'autre?	CHAMP PERSONNEL/FAMILIAL.....1 CHAMP LOUE.....2 CHAMP DE QUELQU'UN D'AUTRE.....3	

* Codes pour q.108 et 109

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

N°	QUESTIONS ET FILTRES	CODES	PASSER A
708	En dehors de votre propre travail domestique, travaillez-vous actuellement?	OUI.....1 NON.....2	→710
709	Comme vous le savez, certaines femmes ont un travail pour lequel elles sont payées en argent ou en nature. D'autres vendent des choses, ont une petite affaire ou travaillent dans les champs de la famille ou dans l'affaire de la famille. Faites-vous actuellement quelque chose de ce genre ou un quelconque autre travail?	OUI.....1 NON.....2	→801
710	Quelle est votre occupation, c'est à dire, quel genre de travail faites-vous?	_____ _____ _____	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
711	Dans votre travail actuel, travaillez-vous pour un membre de votre famille, pour quelqu'un d'autre, ou êtes-vous à votre compte?	POUR UN MEMBRE DE LA FAMILLE....1 POUR QUELQU'UN D'AUTRE.....2 A SON COMPTE.....3	
712	Touchez-vous un salaire pour ce travail? INSISTER: Gagnez-vous de l'argent pour ce travail?	OUI.....1 NON.....2	
713	Faites-vous ce travail à la maison ou en dehors de chez vous?	MAISON.....1 AILLEURS.....2	
714	VOIR 215/216/218: A UN ENFANT NE DEPUIS JANV. 1987 ET VIVANT A LA MAISON?	OUI <input type="checkbox"/> NON <input type="checkbox"/>	→801
715	Pendant que vous travaillez, avez-vous <u>habituellement</u> (NOM DU PLUS JEUNE ENFANT A LA MAISON) avec vous, l'avez-vous <u>quelque fois</u> avec vous ou <u>jamais</u> avec vous?	HABITUELLEMENT.....1 QUELQUE FOTS.....2 JAMAIS.....3	→801
716	Qui s'occupe habituellement de (NOM DU PLUS JEUNE ENFANT A LA MAISON) pendant que vous travaillez?	MARI/CONJOINT.....01 ENFANT(S) PLUS AGE(S).....02 AUTRES PARENTS.....03 VOISINS.....04 AMIS.....05 DOMESTIQUE/AIDE.....06 ENFANT A L'ECOLE.....07 JARDIN D'ENFANTS.....08 AUTRE _____ 09 (PRECISER)	

SECTION 8. MORTALITE MATERNELLE

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

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

	(1)	(2)	(3)	(4)	(5)	(6)	(7)
802 Quel nom a été donné à votre frère ou soeur né le premier (né après NOM)?							
803 (NOM) est-il/elle de sexe masculin ou féminin?	HOMME1 FEMME2	HOMME1 FEMME2	HOMME1 FEMME2	HOMME1 FEMME2	HOMME1 FEMME2	HOMME1 FEMME2	HOMME1 FEMME2
804 Est-ce que (NOM) est encore en vie?	OUI1 NON2 PASSER A 806 NSP8 PASSER A [2]	OUI1 NON2 PASSER A 806 NSP8 PASSER A [3]	OUI1 NON2 PASSER A 806 NSP8 PASSER A [4]	OUI1 NON2 PASSER A 806 NSP8 PASSER A [5]	OUI1 NON2 PASSER A 806 NSP8 PASSER A [6]	OUI1 NON2 PASSER A 806 NSP8 PASSER A [7]	OUI1 NON2 PASSER A 806 NSP8 PASSER A [8]
805 Quel âge a (NOM)?	<input type="text"/> PASSER A [2]	<input type="text"/> PASSER A [3]	<input type="text"/> PASSER A [4]	<input type="text"/> PASSER A [5]	<input type="text"/> PASSER A [6]	<input type="text"/> PASSER A [7]	<input type="text"/> PASSER A [8]
806 Combien d'années y a-t-il que (NOM) est décédé(e)?	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
807 Quel âge avait (NOM) quand il/elle est décédé(e)?	<input type="text"/> SI 'HOMME' OU DECEDE AVANT 15 ANS PASSER A [2]	<input type="text"/> SI 'HOMME' OU DECEDE AVANT 15 ANS PASSER A [3]	<input type="text"/> SI 'HOMME' OU DECEDE AVANT 15 ANS PASSER A [4]	<input type="text"/> SI 'HOMME' OU DECEDE AVANT 15 ANS PASSER A [5]	<input type="text"/> SI 'HOMME' OU DECEDE AVANT 15 ANS PASSER A [6]	<input type="text"/> SI 'HOMME' OU DECEDE AVANT 15 ANS PASSER A [7]	<input type="text"/> SI 'HOMME' OU DECEDE AVANT 15 ANS PASSER A [8]
808 Est-ce que (NOM) était enceinte quand elle est décédée?	OUI1 NON2 PASSER A 811	OUI1 NON2 PASSER A 811	OUI1 NON2 PASSER A 811	OUI1 NON2 PASSER A 811	OUI1 NON2 PASSER A 811	OUI1 NON2 PASSER A 811	OUI1 NON2 PASSER A 811
809 Est-ce que (NOM) est décédée pendant un accouchement?	OUI1 NON2 PASSER A 814	OUI1 NON2 PASSER A 814	OUI1 NON2 PASSER A 814	OUI1 NON2 PASSER A 814	OUI1 NON2 PASSER A 814	OUI1 NON2 PASSER A 814	OUI1 NON2 PASSER A 814
810 Est-ce que (NOM) est décédée dans les 2 mois suivant la fin d'une grossesse ou d'un accouchement?	OUI1 NON2 PASSER A 812	OUI1 NON2 PASSER A 812	OUI1 NON2 PASSER A 812	OUI1 NON2 PASSER A 812	OUI1 NON2 PASSER A 812	OUI1 NON2 PASSER A 812	OUI1 NON2 PASSER A 812
811 Est-ce que le décès de (NOM) était en rapport avec la grossesse/suite de l'accouchement?	OUI1 NON2 NSP8 PASSER A 814	OUI1 NON2 NSP8 PASSER A 814	OUI1 NON2 NSP8 PASSER A 814	OUI1 NON2 NSP8 PASSER A 814	OUI1 NON2 NSP8 PASSER A 814	OUI1 NON2 NSP8 PASSER A 814	OUI1 NON2 NSP8 PASSER A 814
812	VOIR Q. 806-807 DECES ENTRE 15 ET 50 ANS ET DANS LES 20 DERNIERES ANNEES NON OUI <input type="checkbox"/> PASSER A Q. 814	VOIR Q. 806-807 DECES ENTRE 15 ET 50 ANS ET DANS LES 20 DERNIERES ANNEES NON OUI <input type="checkbox"/> PASSER A Q. 814	VOIR Q. 806-807 DECES ENTRE 15 ET 50 ANS ET DANS LES 20 DERNIERES ANNEES NON OUI <input type="checkbox"/> PASSER A Q. 814	VOIR Q. 806-807 DECES ENTRE 15 ET 50 ANS ET DANS LES 20 DERNIERES ANNEES NON OUI <input type="checkbox"/> PASSER A Q. 814	VOIR Q. 806-807 DECES ENTRE 15 ET 50 ANS ET DANS LES 20 DERNIERES ANNEES NON OUI <input type="checkbox"/> PASSER A Q. 814	VOIR Q. 806-807 DECES ENTRE 15 ET 50 ANS ET DANS LES 20 DERNIERES ANNEES NON OUI <input type="checkbox"/> PASSER A Q. 814	VOIR Q. 806-807 DECES ENTRE 15 ET 50 ANS ET DANS LES 20 DERNIERES ANNEES NON OUI <input type="checkbox"/> PASSER A Q. 814
813 De quoi (NOM) est-elle morte?	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
814 Combien de grossesses a eu (NOM) (y compris celle au cours/à la suite de laquelle elle est décédée)?	<input type="text"/> PASSER A [2]	<input type="text"/> PASSER A [3]	<input type="text"/> PASSER A [4]	<input type="text"/> PASSER A [5]	<input type="text"/> PASSER A [6]	<input type="text"/> PASSER A [7]	<input type="text"/> PASSER A [8]

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

815	Je voudrais être sûre d'avoir bien compris. En tout votre propre mère a donné naissance à ___ enfants y compris vous?	OUI <input type="checkbox"/>	NON <input type="checkbox"/> → VERIFIER ET CORRIGER				
↓							
816	Parmi vos frères, ___ sont décédés?	OUI <input type="checkbox"/>	NON <input type="checkbox"/> → VERIFIER ET CORRIGER				
↓							
817	Parmi vos soeurs, ___ sont décédées?	OUI <input type="checkbox"/>	NON <input type="checkbox"/> → VERIFIER ET CORRIGER				
↓							
818	Y-a-t-il une ou plusieurs de vos soeurs (de votre propre mère) ayant plus de 14 ans qui vit dans ce ménage?	OUI <input type="checkbox"/>	NON <input type="checkbox"/> → (PASSER A 819)				
↓							
<p>VERIFIER AVEC L'ENQUETE QUELLES FEMMES ELIGIBLES DU QUESTIONNAIRE MENAGE SONT SES SOEURS ET ET INSCRIRE LEUR NUMERO DE LIGNE CI-DESSOUS.</p>							
<div style="display: flex; justify-content: space-around;"> <div style="border: 1px solid black; width: 30px; height: 20px;"></div> <div style="border: 1px solid black; width: 30px; height: 20px;"></div> <div style="border: 1px solid black; width: 30px; height: 20px;"></div> <div style="border: 1px solid black; width: 30px; height: 20px;"></div> <div style="border: 1px solid black; width: 30px; height: 20px;"></div> <div style="border: 1px solid black; width: 30px; height: 20px;"></div> </div>							
819	INSCRIRE L'HEURE.	HEURE.....	<table border="1" style="border-collapse: collapse; width: 30px; height: 20px;"> <tr><td style="width: 15px; height: 10px;"></td><td style="width: 15px; height: 10px;"></td></tr> <tr><td style="width: 15px; height: 10px;"></td><td style="width: 15px; height: 10px;"></td></tr> </table>				
		MINUTES.....	<table border="1" style="border-collapse: collapse; width: 30px; height: 20px;"> <tr><td style="width: 15px; height: 10px;"></td><td style="width: 15px; height: 10px;"></td></tr> <tr><td style="width: 15px; height: 10px;"></td><td style="width: 15px; height: 10px;"></td></tr> </table>				

SECTION 9. TAILLE ET POIDS

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

ENQUETRIXE: EN 902(COLONNES 2-4) ENREGISTRER LE N° DE LIGNE DE CHAQUE ENFANT NE DEPUIS JANVIER 1987 ET ENCORE EN VIE.
 EN 903 ET 904 ENREGISTRER LE NOM ET LA DATE DE NAISSANCE DE L'ENQUETEE ET DE CHAQUE ENFANT ENFANT EN VIE, NE DEPUIS JANVIER 1987. EN 907 ET 909 NOTER LA TAILLE ET LE POIDS DE L'ENQUETEE ET DES ENFANTS VIVANTS.
 (NOTE: TOUTES LES ENQUETEEES AVEC UNE NAISSANCE OU PLUS DEPUIS JANVIER 1987 DOIVENT ETRE PESEES ET MESUREES MEME SI TOUS LES ENFANTS SONT DECEDES).
 (S'IL Y A PLUS DE 3 ENFANTS VIVANTS NES DEPUIS JANVIER 1987, UTILISEZ UN QUESTIONNAIRE SUPPLEMENTAIRE).

	1 ENQUETEE	2 DERNIER ENFANT EN VIE	3 AVANT-DERNIER ENFANT EN VIE	4 AVANT-AVANT- DERNIER ENFANT EN VIE
902 N° DE LIGNE DE LA Q.212		<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
903 NOM, DE LA Q.212 POUR LES ENFANTS	(NOM) <input type="text"/>	(NOM) <input type="text"/>	(NOM) <input type="text"/>	(NOM) <input type="text"/>
904 DATE DE NAISSANCE DE Q.105 POUR L'ENQUETEE DE Q.215 POUR LES ENFANTS ET DEMANDEZ LE JOUR DE NAISSANCE	MOIS..... <input type="text"/> ANNEE..... <input type="text"/>	JOUR..... <input type="text"/> MOIS..... <input type="text"/> ANNEE..... <input type="text"/>	JOUR..... <input type="text"/> MOIS..... <input type="text"/> ANNEE..... <input type="text"/>	JOUR..... <input type="text"/> MOIS..... <input type="text"/> ANNEE..... <input type="text"/>
905 Est-ce que vous/(NOM) souffre(z) de dundumi? PRECISER: Est-ce que vous/(NOM) avez (a) des difficul- tés pour y voir au crépuscule, la nuit ou dans une pièce mal éclairée?	OUI.....1 NON.....2 AVEUGLE.....3 NSP.....8	OUI.....1 NON.....2 AVEUGLE.....3 NSP.....8	OUI.....1 NON.....2 AVEUGLE.....3 NSP.....8	OUI.....1 NON.....2 AVEUGLE.....3 NSP.....8
906 CICATRICE DU BCG SUR L'AVANT-BRAS GAUCHE		CICAT. VUE.....1 PAS DE CICAT...2	CICAT. VUE.....1 PAS DE CICAT...2	CICAT. VUE.....1 PAS DE CICAT...2
907 TAILLE (en centimètres)	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
908 LES ENFANTS ONT-ILS ETE MESURES COUCHEES OU DEBOUT?		COUCHE.....1 DEBOUT.....2	COUCHE.....1 DEBOUT.....2	COUCHE.....1 DEBOUT.....2
909 POIDS (en kilogrammes)	<input type="text"/>	0 <input type="text"/>	0 <input type="text"/>	0 <input type="text"/>
910 CIRCONFERENCE DU BRAS (en centimètres)	<input type="text"/>			
911 DATE DE PESEE ET DE MESURE	MOIS..... <input type="text"/> ANNEE..... <input type="text"/>	MOIS..... <input type="text"/> ANNEE..... <input type="text"/>	MOIS..... <input type="text"/> ANNEE..... <input type="text"/>	MOIS..... <input type="text"/> ANNEE..... <input type="text"/>
912 RESULTAT	MESURE.....1 ABSENTE.....3 REFUSE.....4 AUTRE.....6 (PRECISER)	ENFANT MESURE..1 ENFANT MALADE..2 ENFANT ABSENT..3 ENFANT REFUSE..4 MERE REFUSE...5 AUTRE.....6 (PRECISER)	MESURE.....1 ENFANT MALADE..2 ENFANT ABSENT..3 ENFANT REFUSE..4 MERE REFUSE...5 AUTRE.....6 (PRECISER)	MESURE.....1 ENFANT MALADE..2 ENFANT ABSENT..3 ENFANT REFUSE..4 MERE REFUSE...5 AUTRE.....6 (PRECISER)
913 NOM DE L'OPERATEUR:	<input type="text"/>	NOM DE L'ASSISTANT*:	<input type="text"/>	

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

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

Commentaires sur l'enquêtée: _____

Commentaires sur des questions particulières: _____

Autres commentaires: _____

OBSERVATIONS DU CHEF D'EQUIPE

Nom du chef d'équipe: _____ Date: _____

OBSERVATIONS DE LA CONTROLEUSE

Nom de la contrôlease: _____ Date: _____

ENQUETE DEMOGRAPHIQUE ET DE SANTE
QUESTIONNAIRE INDIVIDUEL MARI

Confidentiel

IDENTIFICATION			
DEPARTEMENT _____		N° STRATE.....	<input type="text"/> <input type="text"/>
ARRONDISSEMENT _____		N° GRAPPE...	<input type="text"/> <input type="text"/>
COMMUNE/CANT./CENTRE URBAIN _____		N° STRUCTURE	<input type="text"/> <input type="text"/>
VILLAGE/QUARTIER _____		N° MENAGE.....	<input type="text"/> <input type="text"/>
NIAMEY=1 / AGADEZ, MARADI, TAHOUA, ZINDER=2 / AUTRES VILLES=3 / RURAL=4...			
NOM DU MARI _____		N° de ZD....	<input type="text"/> <input type="text"/>
		N° LIGNE MARI..	<input type="text"/> <input type="text"/>
N° LIGNE DE LA (DES) FEMME(S) ELIGIBLE(S)			<input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>

VISITES D'ENQUETRIX				
	1	2	3	VISITE FINALE
DATE	_____	_____	_____	JOUR <input type="text"/> <input type="text"/>
				MOIS <input type="text"/> <input type="text"/>
				ANNEE <input type="text"/> <input type="text"/>
NOM DE L'ENQUETRICE	_____	_____	_____	NOM <input type="text"/> <input type="text"/>
RESULTAT*	_____	_____	_____	RESULTAT <input type="text"/> <input type="text"/>
PROCHAINE DATE VISITE:	_____	_____	_____	NOMBRE TOTAL DE VISITES <input type="text"/>
<p>*CODES RESULTAT: 1 ENTIEREMENT REMPLI 4 REFUSE</p> <p> 2 PAS A LA MAISON 5 PARTIELLEMENT REMPLI</p> <p> 3 DIFFERE 6 AUTRE _____</p> <p style="text-align: right;">(PRECISER)</p>				

QUESTIONNAIRE FRANCAIS.....	<input type="text"/>	1
LANGUE DE L'INTERVIEW ** _____	<input type="text"/>	
INTERPRETE: OUI (=1) / NON (=2)	<input type="text"/>	
** CODES LANGUES: 1 FRANCAIS 2 HAOUSSA 3 DJERMA 4 AUTRES		

NOM	CONTROLE TERRAIN	CONTROLE BUREAU	SAISI PAR	SAISI PAR
DATE	_____	_____	_____	<input type="text"/> <input type="text"/>

SECTION 1. CARACTERISTIQUES SOCIO-DEMOGRAPHIQUES DES ENQUETES

N°	QUESTIONS ET FILTRES	CODES	PASSER A
101	ENREGISTRER L'HEURE	HEURE..... MINUTES.....	<input type="text"/> <input type="text"/>
102	En quel mois et quelle année êtes-vous né?	MOIS..... NSP MOIS.....98 ANNEE..... NSP ANNEE.....98	<input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>
103	Quel âge aviez-vous à votre dernier anniversaire? COMPARER ET CORRIGER 102 ET/OU 103 SI INCOMPATIBLES	AGE EN ANNEES REVOLUES.....	<input type="text"/>
104	Avez-vous fréquenté l'école?	OUI.....1 NON.....2	→107
105	Quel est le plus haut niveau scolaire que vous avez atteint: primaire, secondaire 1 ^{er} cycle, secondaire 2 ^{ème} cycle ou supérieur?*	PRIMAIRE.....1 SECONDAIRE 1 ^{er} CYCLE.....2 SECONDAIRE 2 ^{ème} CYCLE.....3 SUPERIEUR.....4	
106	Quelle est la dernière classe que vous avez achevée à ce niveau?*	CLASSE.....	<input type="text"/>
107	Quel est votre travail principal ?		<input type="text"/>
108	Quelle est votre religion?	MUSULMANE.....1 CHRETIENNE.....2 ANIMISTE.....3 AUTRE.....4 (PRECISER)	
109	Quelle est votre nationalité?	NIGERIENNE.....01 TOGOLAISE.....02 BENINOISE.....03 MALIENNE.....04 BURKINABE.....05 AUTRE AFRICAIN.....06 AUTRE.....07 (PRECISER)	→111
110	Quelle est votre ethnie?	ARABE.....01 DJERMA.....02 GOURMANTHE.....03 HAOUSSA.....04 KANOURI.....05 MOSSI.....06 PEULH.....07 TOUAREG BELLA.....08 TOUBOU.....09 AUTRE.....10 (PRECISER)	
111	Maintenant je voudrais vous poser des questions à propos du mariage: Combien d'épouses/femmes avez-vous actuellement?	NOMBRE.....	<input type="text"/>
112	Avez-vous l'intention de prendre une autre (d'autres) épouse(s)/femme(s) dans l'avenir?	OUI.....1 NON.....2	
113	En quel mois et quelle année vous êtes-vous marié ou avez-vous commencé à vivre en union pour la première fois avec une femme?	MOIS..... NSP MOIS.....98 ANNEE..... NSP ANNEE.....98	<input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>
114	Quel âge aviez-vous quand vous vous êtes marié ou quand vous avez commencé à vivre en union pour la première fois avec une femme?	AGE EN ANNEES REVOLUES..... NSP AGE.....98	<input type="text"/> <input type="text"/>

* Codes pour Q.105 et 106

NIVEAU	1= PRIMAIRE	2= SEC. 1 ^{er} CYC.	3= SEC. 2 ^{ème} CYCLE	4= SUPERIEUR	8= NSP
	0 = MOINS D'UNE ANNEE ACHIEVEE				
CLASSES	1= CI 2= CP 3= CE1 4= CE2 5= CM1 6= CM2	1= 6ème 2= 5ème 3= 4ème 4= 3ème 8= NSP	1= 2nde 2= 1ère 3= Term. 8= NSP -----	1= 1ème année 2= 2ème année 3= 3ème année 4= 4ème an. et+	8= NSP

SECTION 2: CONTRACEPTION

201 Maintenant, je voudrais vous parler de la planification familiale, c'est à dire les différents moyens ou méthodes qu'un couple peut utiliser pour retarder ou éviter une grossesse. De quels moyens ou méthodes avez-vous entendu parler?

ENCERCLER LE CODE 1 DANS 202 POUR CHAQUE METHODE MENTIONNEE D'UNE MANIERE SPONTANEE.
 PUIS CONTINUER LA COLONNE EN LISANT LE NOM ET LA DESCRIPTION DE CHAQUE METHODE NON MENTIONNEE SPONTANEMENT.
 ENCERCLER LE CODE 2 SI LA METHODE EST RECONNUE, ET LE CODE 3 SI NON RECONNUE.
 PUIS, POUR CHAQUE METHODE AYANT LE CODE 1 OU 2 ENCERCLE DANS 202, POSER 203 AVANT DE PASSER A LA METHODE SUIVANTE.

	202 Avez-vous déjà entendu parler de (METHODE)?	203 Avez-vous déjà utilisé (METHODE)?
01 PILULE Les femmes peuvent prendre une pilule tous les jours	OUI/SPONTANE.....1 OUI/CITE.....2 NON.....3	Votre (vos) femme(s) a-t-elle (ont-elles) déjà utilisé (METHODE)? OUI.....1 NON.....2
02 DIU/STERILET Certaines femmes ont un stérilet ou un dispositif intra-utérin que le médecin ou l'infirmière leur place dans l'utérus.	OUI/SPONTANE.....1 OUI/CITE.....2 NON.....3	Votre (vos) femme(s) a-t-elle (ont-elles) déjà utilisé (METHODE)? OUI.....1 NON.....2
03 INJECTIONS Certaines femmes reçoivent une piqûre par un médecin ou une infirmière pour éviter de tomber enceinte pendant plusieurs mois.	OUI/SPONTANE.....1 OUI/CITE.....2 NON.....3	Votre (vos) femme(s) a-t-elle (ont-elles) déjà utilisé (METHODE)? OUI.....1 NON.....2
04 SPERMICIDES: DIAPHRAGME/MOUSSE/GELEE Certaines femmes se mettent à l'intérieur du vagin une éponge, des comprimés effervescents, un diaphragme, de la gelée ou de la crème avant les rapports sexuels.	OUI/SPONTANE.....1 OUI/CITE.....2 NON.....3	Votre (vos) femme(s) a-t-elle (ont-elles) déjà utilisé (METHODE)? OUI.....1 NON.....2
05 PRESERVATIF/CONDOM Certains hommes mettent un préservatif (capote anglaise) pendant les rapports sexuels.	OUI/SPONTANE.....1 OUI/CITE.....2 NON.....3	OUI.....1 NON.....2
06 STERILISATION FEMININE/LIGATURE DES TROMPES Certaines femmes subissent une opération pour ne plus avoir d'enfants.	OUI/SPONTANE.....1 OUI/CITE.....2 NON.....3	Votre femme a-t-elle eu une opération pour éviter d'avoir d'autres enfants? OUI.....1 NON.....2
07 STERILISATION MASCULINE/VASECTOMIE Certains hommes subissent une opération pour ne plus avoir d'enfants.	OUI/SPONTANE.....1 OUI/CITE.....2 NON.....3	Avez-vous eu une opération pour éviter d'avoir d'autres enfants? OUI.....1 NON.....2
08 CONTINENCE PERIODIQUE/OGINO Certains couples évitent d'avoir des rapports sexuels certains jours du cycle pendant lesquels la femme est plus susceptible de tomber enceinte.	OUI/SPONTANE.....1 OUI/CITE.....2 NON.....3	OUI.....1 NON.....2
09 RETRAIT/COIT INTERROMPU Certains hommes font attention et se retirent avant l'éjaculation.	OUI/SPONTANE.....1 OUI/CITE.....2 NON.....3	OUI.....1 NON.....2
10 GRIS-GRIS Certaines femmes utilisent des amulettes pour ne pas tomber enceintes.	OUI/SPONTANE.....1 OUI/DESCRIPTION.....2 NON.....3	Votre (vos) femme(s) a-t-elle (ont-elles) déjà utilisé (METHODE)? OUI.....1 NON.....2
11 AUTRES METHODES? Avez-vous entendu parler d'autres moyens ou méthodes que des femmes ou des hommes peuvent utiliser pour éviter la grossesse?	OUI/SPONTANE.....1 NON.....3	
1 _____ (PRECISER)		OUI.....1 NON.....2
2 _____ (PRECISER)		OUI.....1 NON.....2

204 VERIFIER 203: AUCUN "OUI" (N'A JAMAIS UTILISE) AU MOINS UN "OUI" (A UTILISE) → PASSER A 207

N°	QUESTIONS ET FILTRES	PASSER A	
205	Avez-vous jamais, vous ou votre(vos) épouse(s)/femme(s) utilisé ou essayé un moyen quelconque pour retarder éviter une naissance?	OUI..... <input type="checkbox"/> NON..... <input type="checkbox"/> → 209	
206	Qu'avez-vous fait ou utilisé? CORRIGER 203-204 (ET 202 SI NECESSAIRE)		
207	En ce moment, vous ou votre(vos) épouse(s)/femme(s) faites-vous quelque chose ou utilisez-vous une méthode pour éviter une naissance?	OUI.....1 NON.....2 → 209	
208	Quelle méthode utilisez-vous actuellement?	PILULE.....01 DIU.....02 INJECTIONS.....03 DIAPHRAGME/MOUSSE/GELEE.....04 CONDOM.....05 STERILISATION FEMININE.....06 STERILISATION MASCULINE.....07 CONTINENCE PERIODIQUE.....08 RETRAIT.....09 GRIS-GRIS.....10 AUTRE.....11 (PRECISER)	→ 212
209	Avez-vous, vous ou votre(vos) épouse(s)/femme(s) l'intention d'utiliser une méthode pour éviter une naissance dans l'avenir?	OUI.....1 NON.....2 → 211 NSP.....8 → 212	
210	Quelle méthode préféreriez-vous utiliser?	PILULE.....01 DIU.....02 INJECTIONS.....03 DIAPHRAGME/MOUSSE/GELEE.....04 CONDOM.....05 STERILISATION FEMININE.....06 STERILISATION MASCULINE.....07 CONTINENCE PERIODIQUE.....08 RETRAIT.....09 GRIS-GRIS.....10 AUTRE.....11 (PRECISER) PAS SURE.....98	→ 212
211	Quelle est la principale raison pour laquelle vous n'avez pas l'intention d'utiliser une méthode?	VEUT DES ENFANTS.....01 MANQUE D'INFORMATION.....02 PARTENAIRE DESAPPROUVE.....03 COUT TROP ELEVE.....04 EFFETS SECONDAIRES.....05 PROBLEMES DE SANTE.....06 DIFFICILE A OBTENIR.....07 RELIGION.....08 OPPOSEE A LA PLANIF. FAMILIALE.....09 FATALISTE.....10 AUTRES PERSONNES DESAPPROUVENT.....11 RAPPORTS SEX. PEU FREQUENTS.....12 FEMME A DES DIFFICULTES A TOMBER ENCEINTE.....13 FEMME MENOPAUSE/STRERILE.....14 PAS COMMODE.....15 NE PEUT PAS/PLUS AVOIR D'ENFANTS/STERILE.....16 AUTRE.....17 (PRECISER) NSP.....98	
212	Etes-vous pour ou contre la diffusion d'informations sur le planning familial à la radio ou à la télévision?	POUR.....1 CONTRE.....2 NSP.....8	
213	Durant les douze derniers mois, avez-vous assisté à des séances de sensibilisation ou à des causeries sur le planning familial?	OUI.....1 NON.....2 → 301	
214	Où avez-vous assisté à ces séances ou causeries?	FORMATION SANITAIRE.....1 QUARTIER.....2 AUTRE.....3 (PRECISER) NSP.....8	

SECTION 3: PREFERENCES EN MATIERE DE FECONDITE

N°	QUESTIONS ET FILTRES	PASSER A
301	Avez-vous des enfants?	OUI.....1 NON.....2 → 303
302	Combien de garçons avez-vous? Combien de filles avez-vous?	NOMBRE DE GARÇONS..... <input type="text"/> <input type="text"/> NOMBRE DE FILLES..... <input type="text"/> <input type="text"/>
303	VERIFIER 203: NON STERILISE <input type="checkbox"/> STERILISE <input type="checkbox"/> → PASSER A 309	
304	Voudriez-vous avoir un (d'autres) enfant(s) ou préféreriez vous ne pas avoir d'(autres) enfant(s)?	AVOIR UN (AUTRES) ENFANT(S).....1 PAS D'AUTRE/AUCUN.....2 DIT QUE SA FEMME NE PEUT PAS TOMBER ENCEINTE.....3 DIT QU'IL NE PEUT PAS/PLUS AVOIR D'ENFANT.....4 PAS DECIDE OU NSP.....8
305	Pensez-vous que votre(vos) épouse(s)/femme(s) approuve(nt) les couples qui utilisent une méthode pour éviter une naissance?	OUI.....1 NON.....2 NSP.....8
306	Combien de fois avez-vous parlé avec votre(vos) épouse(s)/femme(s) de ce sujet au cours de l'année dernière?	JAMAIS.....1 UNE OU DEUX FOIS.....2 PLUS SOUVENT.....3
307	Avez-vous déjà discuté avec votre(vos) épouse(s)/femme(s) du nombre d'enfants que vous voudriez avoir?	OUI.....1 NON.....2
308	Pensez-vous que votre(vos) épouse(s)/femme(s) souhai(te)nt) avoir le même nombre d'enfants que vous, en veut (veulent) davantage ou moins que vous?	MEME NOMBRE.....1 PLUS D'ENFANTS.....2 MOINS D'ENFANTS.....3 NSP.....8
309	Après l'accouchement, combien de temps un couple devrait-il attendre avant de reprendre les rapports sexuels?	MOIS.....1 <input type="text"/> <input type="text"/> ANNEES.....2 <input type="text"/> <input type="text"/> AUTRE.....996 (PRECISER)
310	Une mère devrait-elle attendre qu'elle ait complètement arrêté d'allaiter avant de reprendre les rapports sexuels ou cela n'a pas d'importance?	ATTENDRE.....1 PAS D'IMPORTANCE.....2
311	En général, approuvez-vous les couples qui utilisent une méthode pour éviter la grossesse?	OUI.....1 NON.....2
312	VERIFIER 301-302 ET COCHER LA CASE: PAS D'ENFANTS VIVANTS <input type="checkbox"/> Si vous pouviez choisir exactement le nombre d'enfants à avoir durant toute votre vie, combien voudriez-vous en avoir en tout? A DES ENFANTS VIVANTS <input type="checkbox"/> Si vous pouviez recommencer à partir de l'époque où vous n'aviez pas d'enfants et si vous pouviez choisir exactement le nombre d'enfants à avoir durant toute votre vie, combien voudriez-vous en avoir en tout? ENREGISTRER UN SEUL NOMBRE OU AUTRE REPONSE.	NOMBRE..... <input type="text"/> <input type="text"/> AUTRE REPONSE.....96 (PRECISER)
313	ENREGISTRER L'HEURE	HEURE..... <input type="text"/> <input type="text"/> MINUTES..... <input type="text"/> <input type="text"/>

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

Personne enquêtée: _____

Questions spécifiques: _____

Autres aspects: _____

Nom de l'enquêteur: _____ Date: _____

OBSERVATIONS DU CHEF D'EQUIPE

Nom du chef d'équipe: _____ Date: _____

OBSERVATIONS DU CONTROLEUR(SE)

Nom du contrôleur(se): _____ Date: _____

ENQUETE DEMOGRAPHIQUE ET DE SANTE
QUESTIONNAIRE COMMUNAUTAIRE

IDENTIFICATION				
DEPARTEMENT _____	N° STRATE..... <table border="1" style="display: inline-table; vertical-align: middle;"><tr><td style="width: 20px; height: 20px;"></td><td style="width: 20px; height: 20px;"></td></tr></table>			
ARRONDISSEMENT _____	N° GRAPPE..... <table border="1" style="display: inline-table; vertical-align: middle;"><tr><td style="width: 20px; height: 20px;"></td><td style="width: 20px; height: 20px;"></td><td style="width: 20px; height: 20px;"></td></tr></table>			
CANTON/COMMUNE _____	N° ZD..... <table border="1" style="display: inline-table; vertical-align: middle;"><tr><td style="width: 20px; height: 20px;"></td><td style="width: 20px; height: 20px;"></td><td style="width: 20px; height: 20px;"></td></tr></table>			

TYPE DE LOCALITE:

NIAMEY	1	AGADEZ/MARADI/ TAHOUA/ZINDER	2	AUTRES VILLES	3		RURAL	4
--------	---	---------------------------------	---	------------------	---	--	-------	---

↳ Nom de la ville: _____
 ↳ Nom du quartier: _____

↳ Nom du village/localité
 (centre de la grappe:
 le + gros de la grappe) _____

NOMBRE D'HABITANTS DE LA VILLE/VILLAGE/LOCALITE:

--	--	--	--	--	--	--

DATE DE DEBUT DE VISITE A LA GRAPPE _____	JOUR	MOIS	<table border="1" style="display: inline-table;"><tr><td style="width: 20px; height: 20px;"></td><td style="width: 20px; height: 20px;"></td></tr></table>			<table border="1" style="display: inline-table;"><tr><td style="width: 20px; height: 20px;"></td><td style="width: 20px; height: 20px;"></td></tr></table>		
DATE DE FIN DE VISITE A LA GRAPPE _____	JOUR	MOIS	<table border="1" style="display: inline-table;"><tr><td style="width: 20px; height: 20px;"></td><td style="width: 20px; height: 20px;"></td></tr></table>			<table border="1" style="display: inline-table;"><tr><td style="width: 20px; height: 20px;"></td><td style="width: 20px; height: 20px;"></td></tr></table>		
NOM DE L'ENQUETEUR _____	<table border="1" style="display: inline-table;"><tr><td style="width: 20px; height: 20px;"></td><td style="width: 20px; height: 20px;"></td></tr></table>							
ENQUETES HOMMES:								
NOMBRE: <input style="width: 30px;" type="text"/>	FONCTIONS/TITRES*: _____							

ENQUETES FEMMES:								
NOMBRE: <input style="width: 30px;" type="text"/>	FONCTIONS/TITRES**: _____							

<p>* CODES: 1 CHEF VILLAGE/QUARTIER 2 SARKIN SAMARI 3 PERSONNEL MEDICAL/ESV 4 RESPONSABLE EDUCATION 5 RESPONSABLE RELIGIEUX 6 AUTRE</p>		<p>** CODES: 1 MEMBRE ASS. DE FEMMES 2 PERSONNEL MEDICAL/ESV 3 RESPONSABLE EDUCATION 4 AUTRE</p>						

SECTION 1. CARACTERISTIQUES GENERALES

N°	QUESTIONS ET FILTRES	CODES	PASSER A
101	VERIFIER LE TYPE DE LOCALITE ET COCHER LA CASE CORRESPONDANTE: RURAL <input type="checkbox"/> NIAMEY/AGADEC/MARADI TAHOJA/ZINDOR <input type="checkbox"/> AUTRES VILLES <input type="checkbox"/>		107
102	NOTER LE TYPE D'HABITAT	DENSE.....1 DISPERSE.....2 AUTRE.....3 (PRECISER)	
103	Quel est le centre urbain le plus proche de _____? (Nom local./village/pte. ville)	_____ (NOM DU CENTRE URBAIN)	
104	Quelle est la principale voie d'accès entre _____ et _____? (Nom local./village/pte. ville) (Nom Centre Urbain)	ROUTE Goudronnée.....1 LATERITE.....2 PISTE.....3 VOIE D'EAU.....4 SENTIER.....5	
105	Quelle est la distance en kilomètres entre _____ et _____? (Nom local./village/pte. ville) (Nom Centre Urbain) INSCRIRE '97' POUR 97 KM ET PLUS.	<input type="text"/> KILOMETRES	
106	Quels sont les moyens de transport en commun les plus utilisés pour se rendre à _____? (Nom Centre Urbain) ENREGISTRER SEULEMENT LES DEUX PRINCIPAUX MOYENS DE TRANSPORT	AUTOBUS.....A TAXI-BROSSE.....B TAXI.....C CAMION/CAMIONNETTE.....D CHARRETTE.....E PIROGUE/BAC.....F AUCUN.....G	
107	Quelle est la principale source d'eau que les habitants de _____ (Nom local./village/ville/quartier) utilisent pour boire?	EAU DU ROBINET ROBINET DANS LE LOGEMENT/COUR/PARCELLE.....11 ROBINET PUBLIC.....12 EAU DE PUIITS PUIITS DANS LE LOGEMENT/COUR/PARCELLE.....21 PUIITS PUBLIC/FORAGE.....22 EAU DE SURFACE SOURCE.....31 RIVIERE/RUISSEAU.....32 MARE/LAC.....33 BARRAGE.....34 EAU DE PLUIE.....41 VENDEUR D'EAU.....51 EAU EN BOUTEILLE.....61 AUTRE.....71 (PRECISER)	
108	Quelle est la principale source d'eau que les habitants de _____ (Nom local./village/ville/quartier) utilisent pour faire la vaisselle?	EAU DU ROBINET ROBINET DANS LE LOGEMENT/COUR/PARCELLE.....11 ROBINET PUBLIC.....12 EAU DE PUIITS PUIITS DANS LE LOGEMENT/COUR/PARCELLE.....21 PUIITS PUBLIC/FORAGE.....22 EAU DE SURFACE SOURCE.....31 RIVIERE/RUISSEAU.....32 MARE/LAC.....33 BARRAGE.....34 EAU DE PLUIE.....41 VENDEUR D'EAU.....51 EAU EN BOUTEILLE.....61 AUTRE.....71 (PRECISER)	
109	Comment sont évacuées les eaux usées des logements de _____? (Nom local./village/ville/quartier)	SYSTEME D'EGOUTS FERMES.....1 EGOUTS A CIEL OUVERT.....2 FOSSE SCEPTIQUE.....3 RUE/BROSSE.....4	
110	Quel genre de toilettes sont utilisées par la majorité des habitants de _____? (Nom local./village/ville/quartier)	CHASSE D'EAU CHASSE D'EAU PERSONNELLE.....11 CHASSE D'EAU EN COMMUN.....12 FOSSE/LATRINES FOSSE SOMMAIRE.....21 FOSSE AMELIOREE ET VENTILEE OU LATRINES.....22 PAS DE TOILETTES/BROSSE.....31 AUTRE.....41 (PRECISER)	

N°	QUESTIONS ET FILTRES	CODES	PASSER
			A
111	Y-a-t-il l'électricité à _____ ? (Nom local./village/ville/quartier)	OU1.....1	
		NON.....2	
112	Quelle est l'activité principale des habitants de _____ ? (Nom local./village/ville/quartier)	AGRICULTURE/PECHÉ.....1	
		COMMERCE.....2	
		ARTISANAT.....3	
		INDUSTRIE.....4	
		SERVICES.....5	
		AUTRE.....6 (PRECISER)	

COMPLETER LE TABLEAU A PARTIR DE VOS OBSERVATIONS ET DES INFORMATIONS OBTENUES

	113	114	115
	DISTANCE (EN KM.) ENTRE LE LIEU D'ENQUETE ET LA LOCALITE LA PLUS PROCHE POSSEDANT LE SERVICE SI LE SERVICE SE TROUVE SUR LE LIEU D'ENQUETE, INSCRIRE '98'. INSCRIRE '97' POUR 97 KM ET PLUS.	MOYEN DE DEPLACEMENT LE PLUS UTILISE POUR SE RENDRE DANS LA LOCALITE LA PLUS PROCHE POSSEDANT LE SERVICE	TEMPS NECESSAIRE POUR SE RENDRE DANS LA LOCALITE LA PLUS PROCHE POSSEDANT LE SERVICE, PAR LE MOYEN DE DEPLACEMENT LE PLUS UTILISE SI PLUS 90 MIN., NOTER EN HEURES. 24H. POUR 24H.ET+
01 ECOLE PRIMAIRE	<input type="text"/> <input type="text"/> → SI '98' PASSER A 02 KILOMETRES	VEHICULE MOTEUR..1 VELO.....2 DOS D'ANIMAL.....3 CHARRETTE.....4 A PIED.....5 AUTRE.....6 (PRECISER)	MINUTES.....1 <input type="text"/> <input type="text"/> HEURES.....2 <input type="text"/> <input type="text"/> → 02
02 ECOLE SECONDAIRE OU TECHNIQUE 1° CYCLE	<input type="text"/> <input type="text"/> → SI '98' PASSER A 03 KILOMETRES	VEHICULE MOTEUR..1 VELO.....2 DOS D'ANIMAL.....3 CHARRETTE.....4 A PIED.....5 AUTRE.....6 (PRECISER)	MINUTES.....1 <input type="text"/> <input type="text"/> HEURES.....2 <input type="text"/> <input type="text"/> → 03
03 ECOLE SECONDAIRE OU TECHNIQUE 2° CYCLE	<input type="text"/> <input type="text"/> → SI '98' PASSER A 04 KILOMETRES	VEHICULE MOTEUR..1 VELO.....2 DOS D'ANIMAL.....3 CHARRETTE.....4 A PIED.....5 AUTRE.....6 (PRECISER)	MINUTES.....1 <input type="text"/> <input type="text"/> HEURES.....2 <input type="text"/> <input type="text"/> → 04
04 MARCHÉ JOURNALIER	<input type="text"/> <input type="text"/> → SI '98' PASSER A 05 KILOMETRES	VEHICULE MOTEUR..1 VELO.....2 DOS D'ANIMAL.....3 CHARRETTE.....4 A PIED.....5 AUTRE.....6 (PRECISER)	MINUTES.....1 <input type="text"/> <input type="text"/> HEURES.....2 <input type="text"/> <input type="text"/> → 05
05 MARCHÉ HEBDOMADAIRE	<input type="text"/> <input type="text"/> → SI '98' PASSER A 06 KILOMETRES	VEHICULE MOTEUR..1 VELO.....2 DOS D'ANIMAL.....3 CHARRETTE.....4 A PIED.....5 AUTRE.....6 (PRECISER)	MINUTES.....1 <input type="text"/> <input type="text"/> HEURES.....2 <input type="text"/> <input type="text"/> → 06
06 BOUTIQUE	<input type="text"/> <input type="text"/> → SI '98' PASSER A 07 KILOMETRES	VEHICULE MOTEUR..1 VELO.....2 DOS D'ANIMAL.....3 CHARRETTE.....4 A PIED.....5 AUTRE.....6 (PRECISER)	MINUTES.....1 <input type="text"/> <input type="text"/> HEURES.....2 <input type="text"/> <input type="text"/> → 07
07 SERVICE REGULIER DE TRANSPORT EN COMMUN	<input type="text"/> <input type="text"/> → SI '98' PASSER A 0.201 KILOMETRES	VEHICULE MOTEUR..1 VELO.....2 DOS D'ANIMAL.....3 CHARRETTE.....4 A PIED.....5 AUTRE.....6 (PRECISER)	MINUTES.....1 <input type="text"/> <input type="text"/> HEURES.....2 <input type="text"/> <input type="text"/> → Q.201

SECTION 2. DISPONIBILITE DES SERVICES SANITAIRES

	201 Ou se trouve (NOM DU SERVICE) le plus proche?	202 A combien de kilomètres se trouve (NOM DU SERVICE) le plus proche?	203 Quel est le moyen de déplacement le plus utilisé pour se rendre à (NOM DU SERVICE) le plus proche?	204 Combien de temps faut-il pour se rendre à (NOM DU SERVICE) le plus proche par le moyen de déplacement le plus utilisé?	205 (NOM DU SERV.) le plus proche assure-t-il des services de planning familial?	206 VERIFIER q. 202	207 (NOM DU SERVICE) le plus proche assure-t-il:	208 Savez-vous si à (NOM DU SERVICE) le plus proche, on peut se procurer:
01 HOPITAL PUBLIC	(INSCRIRE LE NOM LOCALITE/VILLAGE/VILLE/QUARTIER) SI LE SERVICE SE TROUVE SUR LE LIEU D'ENQUETE, INSCRIRE '98' A Q.202, PUIS PASSER A Q.205.	<input type="text"/> KILOMETRES INSCRIRE '97' POUR 97 KM. ET PLUS. SI '98', PASSER A Q.205	VEHICULE MOTEUR..1 VELO.....2 DOS D'ANIMAL.....3 CHARRETTE.....4 A PIED.....5 AUTRE.....6 (PRECISER)	SI + DE 90 MIN. MOTER EN HEURES. SI 24 H. ET + MOTER 24H. MIN..1 <input type="text"/> HEUR.2 <input type="text"/>	OUI.....1 NON.....2 NSP.....8	DISTANCE <=30 Km. <input type="checkbox"/> ->PASSER A OU Q.202=98 Q.207 DISTANCE >30 Km. <input type="checkbox"/> ->PASSER A 02	OUI NON NSP SOINS PRENATALS....1 2 8 ACCOUCHEMENTS....1 2 8 SOINS POSTNATALS...1 2 8 CONS. NOURRISSONS..1 2 8 CONS. NUTRITIONEL..1 2 8 VACCINATIONS.....1 2 8 URGENCES.....1 2 8 SOINS CURATIFS....1 2 8	OUI NON NSP SACHETS SRO.....1 2 8 ANTI-PALUDEEN....1 2 8 PILULE CONTRACEP...1 2 8 STERILET.....1 2 8 INJECTIONS CONTR...1 2 8 CONDON.....1 2 8 METH. VAGINALES...1 2 8 STERILIS. FEM.....1 2 8 AUTR. METH. CONT...1 2 8 (A PRECISER)
02 HOPITAL PRIVE/ CLINIQUE	(INSCRIRE LE NOM LOCALITE/VILLAGE/VILLE/QUARTIER) SI LE SERVICE SE TROUVE SUR LE LIEU D'ENQUETE, INSCRIRE '98' A Q.202, PUIS PASSER A Q.205.	<input type="text"/> KILOMETRES INSCRIRE '97' POUR 97 KM. ET PLUS. SI '98', PASSER A Q.205	VEHICULE MOTEUR..1 VELO.....2 DOS D'ANIMAL.....3 CHARRETTE.....4 A PIED.....5 AUTRE.....6 (PRECISER)	SI + DE 90 MIN. MOTER EN HEURES. SI 24 H. ET + MOTER 24H. MIN..1 <input type="text"/> HEUR.2 <input type="text"/>	OUI.....1 NON.....2 NSP.....8	DISTANCE <=30 Km. <input type="checkbox"/> ->PASSER A OU Q.202=98 Q.207 DISTANCE >30 Km. <input type="checkbox"/> ->PASSER A 03	OUI NON NSP SOINS PRENATALS....1 2 8 ACCOUCHEMENTS....1 2 8 SOINS POSTNATALS...1 2 8 CONS. NOURRISSONS..1 2 8 CONS. NUTRITIONEL..1 2 8 VACCINATIONS.....1 2 8 URGENCES.....1 2 8 SOINS CURATIFS....1 2 8	OUI NON NSP SACHETS SRO.....1 2 8 ANTI-PALUDEEN....1 2 8 PILULE CONTRACEP...1 2 8 STERILET.....1 2 8 INJECTIONS CONTR...1 2 8 CONDON.....1 2 8 METH. VAGINALES...1 2 8 STERILIS. FEM.....1 2 8 AUTR. METH. CONT...1 2 8 (A PRECISER)
03 PMI	(INSCRIRE LE NOM LOCALITE/VILLAGE/VILLE/QUARTIER) SI LE SERVICE SE TROUVE SUR LE LIEU D'ENQUETE, INSCRIRE '98' A Q.202, PUIS PASSER A Q.205.	<input type="text"/> KILOMETRES INSCRIRE '97' POUR 97 KM. ET PLUS. SI '98', PASSER A Q.205	VEHICULE MOTEUR..1 VELO.....2 DOS D'ANIMAL.....3 CHARRETTE.....4 A PIED.....5 AUTRE.....6 (PRECISER)	SI + DE 90 MIN. MOTER EN HEURES. SI 24 H. ET + MOTER 24H. MIN..1 <input type="text"/> HEUR.2 <input type="text"/>	OUI.....1 NON.....2 NSP.....8	DISTANCE <=30 Km. <input type="checkbox"/> ->PASSER A OU Q.202=98 Q.207 DISTANCE >30 Km. <input type="checkbox"/> ->PASSER A 04	OUI NON NSP SOINS PRENATALS....1 2 8 SOINS POSTNATALS...1 2 8 CONS. NOURRISSONS..1 2 8 CONS. NUTRITIONEL..1 2 8 VACCINATIONS.....1 2 8 URGENCES.....1 2 8 SOINS CURATIFS....1 2 8	OUI NON NSP SACHETS SRO.....1 2 8 ANTI-PALUDEEN....1 2 8 PILULE CONTRACEP...1 2 8 STERILET.....1 2 8 INJECTIONS CONTR...1 2 8 CONDON.....1 2 8 METH. VAGINALES...1 2 8 AUTR. METH. CONT...1 2 8 (A PRECISER)

04 CENTRE MEDICAL PUBLIC	(INSCRIRE LE NOM LOCALITE/VILLAGE/ VILLE/QUARTIER) SI LE SERVICE SE TROUVE SUR LE LIEU D'ENQUETE, INSCRIRE '98' A Q.202, PUIS PASSER A Q.205.	<input type="text"/> <input type="text"/> KILOMETRES INSCRIRE '97' POUR 97 KM. ET PLUS. SI '98', PASSER A Q.205	VEHICULE MOTEUR...1 VELO.....2 DOS D'ANIMAL...3 CHARRETTE.....4 A PIED.....5 AUTRE.....6 (PRECISER)	SI + DE 90 MIN. NOTER EN HEURES. SI 24 H. ET + NOTER 24H. OUI.....1 NON.....2 NSP.....8 MIN..1 <input type="text"/> <input type="text"/> HEUR.2 <input type="text"/> <input type="text"/>	DISTANCE <=30 Km. <input type="checkbox"/> →PASSER OU A Q.202-98 Q.207 DISTANCE >30 Km. <input type="checkbox"/> →PASSER A 05	OUI NON NSP SOINS PRENATALS...1 2 8 SOINS POSTNATALS...1 2 8 CONS. NOURRISSONS...1 2 8 CONS. NUTRITIONEL...1 2 8 VACCINATIONS...1 2 8 URGENCES...1 2 8 SOINS CURATIFS...1 2 8	OUI NON NSP SACHETS SRO.....1 2 8 ANTI-PALUDEEN.....1 2 8 PILULE CONTRACEP...1 2 8 STERILET.....1 2 8 INJECTIONS CONTR...1 2 8 CONDOM.....1 2 8 METH. VAGINALES...1 2 8 AUTR. METH. CONT...1 2 8 (A PRECISER)
05 DISPEN- SAIRE PUBLIC	(INSCRIRE LE NOM LOCALITE/VILLAGE/ VILLE/QUARTIER) SI LE SERVICE SE TROUVE SUR LE LIEU D'ENQUETE, INSCRIRE '98' A Q.202, PUIS PASSER A Q.205.	<input type="text"/> <input type="text"/> KILOMETRES INSCRIRE '97' POUR 97 KM. ET PLUS. SI '98', PASSER A Q.205	VEHICULE MOTEUR...1 VELO.....2 DOS D'ANIMAL...3 CHARRETTE.....4 A PIED.....5 AUTRE.....6 (PRECISER)	SI + DE 90 MIN. NOTER EN HEURES. SI 24 H. ET + NOTER 24H. OUI.....1 NON.....2 NSP.....8 MIN..1 <input type="text"/> <input type="text"/> HEUR.2 <input type="text"/> <input type="text"/>	DISTANCE <=30 Km. <input type="checkbox"/> →PASSER OU A Q.202-98 Q.207 DISTANCE >30 Km. <input type="checkbox"/> →PASSER A 05	OUI NON NSP SOINS PRENATALS...1 2 8 ACCOUCHEMENTS...1 2 8 SOINS POSTNATALS...1 2 8 CONS. NOURRISSONS...1 2 8 CONS. NUTRITIONEL...1 2 8 VACCINATIONS...1 2 8 URGENCES...1 2 8 SOINS CURATIFS...1 2 8	OUI NON NSP SACHETS SRO.....1 2 8 ANTI-PALUDEEN.....1 2 8 PILULE CONTRACEP...1 2 8 STERILET.....1 2 8 INJECTIONS CONTR...1 2 8 CONDOM.....1 2 8 METH. VAGINALES...1 2 8 AUTR. METH. CONT...1 2 8 (A PRECISER)
06 EQUIPE MOBILE	Est-ce qu'une équipe mobile visite (NOM LOCALITE/VILLAGE)? OUI <input type="checkbox"/> →PASSER A Q.207 OUI <input type="checkbox"/> →PASSER A 07					OUI NON NSP VACCINATIONS...1 2 8 URGENCES...1 2 8 SOINS CURATIFS...1 2 8	OUI NON NSP SACHETS SRO.....1 2 8 ANTI-PALUDEEN.....1 2 8
07 MATERNITE	(INSCRIRE LE NOM LOCALITE/VILLAGE/ VILLE/QUARTIER) SI LE SERVICE SE TROUVE SUR LE LIEU D'ENQUETE, INSCRIRE '98' A Q.202, PUIS PASSER A Q.205.	<input type="text"/> <input type="text"/> KILOMETRES INSCRIRE '97' POUR 97 KM. ET PLUS. SI '98', PASSER A Q.205	VEHICULE MOTEUR...1 VELO.....2 DOS D'ANIMAL...3 CHARRETTE.....4 A PIED.....5 AUTRE.....6 (PRECISER)	SI + DE 90 MIN. NOTER EN HEURES. SI 24 H. ET + NOTER 24H. OUI.....1 NON.....2 NSP.....8 MIN..1 <input type="text"/> <input type="text"/> HEUR.2 <input type="text"/> <input type="text"/>	DISTANCE <=30 Km. <input type="checkbox"/> →PASSER OU A Q.202-98 Q.207 DISTANCE >30 Km. <input type="checkbox"/> →PASSER A 08	OUI NON NSP ACCOUCHEMENTS...1 2 8 SOINS POSTNATALS...1 2 8 VACCINATIONS...1 2 8 URGENCES...1 2 8 SOINS CURATIFS...1 2 8	OUI NON NSP SACHETS SRO.....1 2 8 ANTI-PALUDEEN.....1 2 8

	201 Où se trouve (NOM DU SERVICE) le plus proche?	202 A combien de kilomètres se trouve (NOM DU SERVICE) le plus proche?	203 Quel est le moyen de déplacement le plus utilisé pour se rendre à (NOM DU SERVICE) le plus proche?	204 Combien de temps faut-il pour se rendre à (NOM DU SERVICE) le plus proche par le moyen de déplacement le plus utilisé?	205 (NOM DU SERV.) le plus proche assure-t-il des services de planning familial?	206 VERIFIER Q. 202	207 (NOM DU SERVICE) le plus proche assure-t-il:	208 Savez-vous si à (NOM DU SERVICE) le plus proche, on peut se procurer:
08 CABINET MEDECIN PRIVE/ DISPENSARE PRIVE	(INSCRIRE LE NOM LOCALITE/VILLAGE/VILLE/QUARTIER) SI LE SERVICE SE TROUVE SUR LE LIEU D'ENQUETE, INSCRIRE '98' A Q.202, PUIS PASSER A Q.205.	<input type="text"/> KILOMETRES INSCRIRE '97' POUR 97 KM. ET PLUS. SI '98', PASSER A Q.205	VEHICULE MOTEUR...1 VELO.....2 DOS D'ANIMAL...3 CHARRETTE.....4 A PIED.....5 AUTRE.....6 (PRECISER)	SI + DE 90 MIN. NOTER EN HEURES. SI 24 H. ET + NOTER 24H. MIN..1 <input type="text"/> HEUR.2 <input type="text"/>	OUI.....1 NON.....2 NSP.....8	DISTANCE <=30 Km. <input type="checkbox"/> → PASSER A Q.202=98 OU Q.202=98 DISTANCE >30 Km. <input type="checkbox"/> → PASSER A 09	OUI NON NSP SOINS PRENATALS....1 2 8 ACCOUCHEMENTS....1 2 8 SOINS POSTNATALS...1 2 8 CONS. NOURRISONS...1 2 8 CONS. NUTRITIONEL...1 2 8 VACCINATIONS.....1 2 8 URGENCES.....1 2 8 SOINS CURATIFS....1 2 8	OUI NON NSP SACHETS SRO.....1 2 8 ANTI-PALUDEEN....1 2 8 PILULE CONTRACEP...1 2 8 STERILET.....1 2 8 INJECTIONS CONTR...1 2 8 CONDOM.....1 2 8 METH. VAGINALES...1 2 8 AUTR. METH. CONT...1 2 8 (A PRECISER)
09 PERSONNEL DE SANTE COMMUNAUTAIRE/ SECOURISTE/ MATRONE	A (NOM LOCALITE/VILLAGE), y-a-t-il du personnel de santé communautaire/secouriste/matrone? OUI <input type="checkbox"/> → PASSER A Q 207 NON <input type="checkbox"/> → PASSER A 10						OUI NON NSP SOINS PRENATALS....1 2 8 ACCOUCHEMENTS....1 2 8 CONS. NUTRITIONEL...1 2 8 URGENCES.....1 2 8 SOINS CURATIFS....1 2 8	OUI NON NSP SACHETS SRO.....1 2 8 ANTI-PALUDEEN....1 2 8
10 PHARMACIE	(INSCRIRE LE NOM LOCALITE/VILLAGE/VILLE/QUARTIER) SI LE SERVICE SE TROUVE SUR LE LIEU D'ENQUETE, INSCRIRE '98' A Q.202, PUIS PASSER A Q.205.	<input type="text"/> KILOMETRES INSCRIRE '97' POUR 97 KM. ET PLUS. SI '98', PASSER A Q.205	VEHICULE MOTEUR...1 VELO.....2 DOS D'ANIMAL...3 CHARRETTE.....4 A PIED.....5 AUTRE.....6 (PRECISER)	SI + DE 90 MIN. NOTER EN HEURES. SI 24 H. ET + NOTER 24H. MIN..1 <input type="text"/> HEUR.2 <input type="text"/>	OUI.....1 NON.....2 NSP.....8	DISTANCE <=30 Km. <input type="checkbox"/> → PASSER A Q.202=98 OU Q.202=98 DISTANCE >30 Km. <input type="checkbox"/> → PASSER A 11	OUI NON NSP SACHETS SRO.....1 2 8 ANTI-PALUDEEN....1 2 8 PILULE CONTRACEP...1 2 8 STERILET.....1 2 8 INJECTIONS CONTR...1 2 8 CONDOM.....1 2 8 METH. VAGINALES...1 2 8 AUTR. METH. CONT...1 2 8 (A PRECISER)	OUI NON NSP SACHETS SRO.....1 2 8 ANTI-PALUDEEN....1 2 8 PILULE CONTRACEP...1 2 8 STERILET.....1 2 8 INJECTIONS CONTR...1 2 8 CONDOM.....1 2 8 METH. VAGINALES...1 2 8 AUTR. METH. CONT...1 2 8 (A PRECISER)
11 DEPOT PHARMA-CEUTIQUE	(INSCRIRE LE NOM LOCALITE/VILLAGE/VILLE/QUARTIER) SI LE SERVICE SE TROUVE SUR LE LIEU D'ENQUETE, INSCRIRE '98' A Q.202, PUIS PASSER A Q.205.	<input type="text"/> KILOMETRES INSCRIRE '97' POUR 97 KM. ET PLUS. SI '98', PASSER A Q.205	VEHICULE MOTEUR...1 VELO.....2 DOS D'ANIMAL...3 CHARRETTE.....4 A PIED.....5 AUTRE.....6 (PRECISER)	SI + DE 90 MIN. NOTER EN HEURES. SI 24 H. ET + NOTER 24H. MIN..1 <input type="text"/> HEUR.2 <input type="text"/>	OUI.....1 NON.....2 NSP.....8	DISTANCE <=30 Km. <input type="checkbox"/> → PASSER A Q.202=98 OU Q.202=98 DISTANCE >30 Km. <input type="checkbox"/> → PASSER A Q.209	OUI NON NSP SACHETS SRO.....1 2 8 ANTI-PALUDEEN....1 2 8 PILULE CONTRACEP...1 2 8 STERILET.....1 2 8 INJECTIONS CONTR...1 2 8 CONDOM.....1 2 8 METH. VAGINALES...1 2 8 AUTR. METH. CONT...1 2 8 (A PRECISER)	OUI NON NSP SACHETS SRO.....1 2 8 ANTI-PALUDEEN....1 2 8 PILULE CONTRACEP...1 2 8 STERILET.....1 2 8 INJECTIONS CONTR...1 2 8 CONDOM.....1 2 8 METH. VAGINALES...1 2 8 AUTR. METH. CONT...1 2 8 (A PRECISER)

→09

→10

→11

→Q.209

N°	QUESTIONS ET FILTRES	CODES									
209	Quel sont, par ordre d'importance, les principales maladies des enfants de moins de cinq ans au cours de l'année?	PALUDISME.....01 DIARRHÉE.....02 MALNUTRITION.....03 ROUGEOLE.....04 ANÉMIE.....05 TÉTANOS.....06 MÉNINGITE.....07 ICTÈRE (jaunisse, hépatite, généralement maladies du foie).....08 MALADIES CARDIAQUES.....09 TUBERCULOSE.....10 COQUELUCHE.....11 VARICELLE.....12 CONVULSION.....13 FIEVRE.....14 TOUX, SUFFOCATION, PROBLÈMES RESPIRATOIRES.....15 GALE.....16 TEIGNE.....17 AUTRES PROBLÈMES DE PEAU.....18 AUTRES.....19 (PRÉCISER) NSP.....98	1°..... 2°..... 3°..... 4°..... <table border="1" data-bbox="1161 178 1242 346" style="float: right; margin-left: 10px;"> <tr><td style="width: 20px; height: 20px;"></td><td style="width: 20px; height: 20px;"></td></tr> <tr><td style="width: 20px; height: 20px;"></td><td style="width: 20px; height: 20px;"></td></tr> <tr><td style="width: 20px; height: 20px;"></td><td style="width: 20px; height: 20px;"></td></tr> <tr><td style="width: 20px; height: 20px;"></td><td style="width: 20px; height: 20px;"></td></tr> </table>								
210	Quels sont, par ordre d'importance, vos principaux problèmes pour vous soigner?	SERVICES DE SANTÉ INEXISTANTS.....01 SERVICES DE SANTÉ TROP ÉLOIGNÉS.....02 SERV. DE SANTÉ N'OFFRANT PAS TOUS LES SERVICES.....03 CONSULTATIONS TROP CHERES.....04 MAUVAIS ACCUEIL.....05 MÉDICAMENTS NON DISPONIBLES.....06 MÉDICAMENTS TROP CHERS.....07 AUCUN.....08 AUTRE.....09 (PRÉCISER) NSP.....98	1°..... 2°..... 3°..... 4°..... <table border="1" data-bbox="1161 703 1242 871" style="float: right; margin-left: 10px;"> <tr><td style="width: 20px; height: 20px;"></td><td style="width: 20px; height: 20px;"></td></tr> <tr><td style="width: 20px; height: 20px;"></td><td style="width: 20px; height: 20px;"></td></tr> <tr><td style="width: 20px; height: 20px;"></td><td style="width: 20px; height: 20px;"></td></tr> <tr><td style="width: 20px; height: 20px;"></td><td style="width: 20px; height: 20px;"></td></tr> </table>								

OBSERVATIONS DU CHEF D'EQUIPE
(A remplir après achèvement de l'interview)

Nom du chef d'équipe: _____ Date: _____