



ETUDE NATIONALE D'EVALUATION D'INDICATEURS SOCIO-ECONOMIQUES ET DEMOGRAPHIQUES (ENISED)

QUESTIONNAIRE INDIVIDUEL FEMME

I. IDENTIFICATION			
ID1	REGION DE :	1. Agadez 2. Diffa 3. Dosso 4. Maradi 5. Tahoua 6. Tillabéri 7. Zinder 8. Niamey	_
ID2	DEPARTEMENT DE	_ _
ID3	COMMUNE DE	_ _ _
ID4	NUMERO DE LA ZD	_ _ _
ID5A	GRAPPE :		
ID5B	NUMERO DE LA GRAPPE		_ _ _
ID6A	MILIEU DE RESIDENCE : 1=Urbain 2=Rural		_
ID6B	NUMERO DU MENAGE (01 à 15) <i>[Reporter à partir du questionnaire ménage]</i>		_ _
ID6C	NOM ET PRENOMS DU CHEF DE MENAGE :		
ID7	NOM/PRENOMS et NUMERO DE LIGNE DE LA FEMME de 15-49 ans <i>[Reporter à partir du questionnaire ménage]</i>		_ _
ID9	NOM ET PRENOMS DE L'ENQUETEUR :		
ID10	NUMERO DE L'EQUIPE :		_ _
ID11	RESULTAT DE L'INTERVIEW	1. Rempli 2. Refusé 3. Autre (à préciser) :	_

Date de l'interview :

Jour Mois Année
 |_|_| |_|_| |_|_2_|_0_|_1_|_5_|

Observations de l'enquêteur:

NOM ET PRENOM DU CHEF D'EQUIPE :

Observations du chef d'équipe:



II. CARACTERISTIQUES SOCIO-DEMOGRAPHIQUE	
CF1A. QUEL AGE AVEZ-VOUS? <p style="text-align: right;"><i>[AGE EN ANNEES REVOLUES]</i></p>	_ _
CF1B. SITUATION MATRIMONIALE DE LA REpondANTE ? 1. Célibataire/jamais marié(e) <i>[Aller à CF3]</i> 2. Mariée monogame 3. Marié(e) polygame 4. Veuf (ve) 5. Divorcé(e)/séparé(e) 6. Union libre <i>[ALLER A CF3]</i>	_
CF2. QUEL AGE AVEZ-VOUS QUAND VOUS ETES MARIEE POUR LA PREMIERE FOIS? <p style="text-align: right;"><i>[AGE EN ANNEES REVOLUES]</i></p>	_ _
CF3. QUELLE EST L'OCCUPATION PRINCIPALE DE L'ENQUETEE ? 01=Agriculture 02=Elevage 03=Petit commerce 04=Artisanat 05=Chasse/pêche 06=Bucheron 07=Elève/Etudiant 08=Travaux ménagers et domestiques 09=Soin des animaux au sein du ménage 10=Administration publique 11=Administration parapublique 12=Administration/secteur privé(e)/ONG 13=Commerçant/entrepreneur 14=Travail journalier 15=Transporteur/conducteur 16=Sans occupation 17=Autres (à préciser) :	_ _

III. HISTOIRE GENESIQUE (FEMMES DE 15-49 ANS)	
<i>[JE VOUDRAIS VOUS POSER DES QUESTIONS SUR TOUTES LES NAISSANCES QUE VOUS AVEZ EUES AU COURS DE VOTRE VIE]</i>	
Q201. AVEZ-VOUS DEJA DONNE NAISSANCE A DES ENFANTS NES VIVANTS ? 1. OUI 2. NON <i>[ALLER A Q206]</i>	_
Q202. AVEZ-VOUS DES GARÇONS OU FILLES A QUI VOUS AVEZ DONNE NAISSANCE ET QUI VIVENT ACTUELLEMENT AVEC VOUS ? 1. OUI 2. NON <i>[ALLER A Q204]</i>	_
Q203A. COMBIEN DE GARÇONS VIVENT AVEC VOUS ? <p style="text-align: right;"><i>[GARÇONS A LA MAISON]</i></p>	_ _
Q203B. COMBIEN DE FILLES VIVENT AVEC VOUS ? <p style="text-align: right;"><i>[FILLES A LA MAISON]</i></p>	_ _
Q204. AVEZ-VOUS DES GARÇONS OU FILLES A QUI VOUS AVEZ DONNE NAISSANCE ET QUI SONT TOUJOURS EN VIE MAIS QUI NE VIVENT PAS AVEC VOUS ? 1. OUI 2. NON <i>[ALLER A Q206]</i>	_
Q205A. COMBIEN DE GARÇONS SONT EN VIE MAIS NE VIVENT PAS AVEC VOUS ? <p style="text-align: right;"><i>[GARÇONS AILLEURS]</i></p>	_ _
Q205B. COMBIEN DE FILLES SONT EN VIE MAIS NE VIVENT PAS AVEC VOUS ? <p style="text-align: right;"><i>[FILLES AILLEURS]</i></p>	_ _
Q206. AVEZ-VOUS DEJA DONNE NAISSANCE A UN GARÇON OU UNE FILLE QUI EST NE VIVANT MAIS QUI EST DECEDE PAR LA SUITE ? 1. OUI 2. NON <i>[ALLER A Q208]</i> <i>[SI NON, INSISTER : AUCUN BEBE QUI A CRIE OU A MONTRE UN SIGNE DE VIE A LA NAISSANCE MAIS QUI N'A PAS SURVECU ?]</i>	_
Q207A. COMBIEN DE GARÇONS SONT DECEDES ? <p style="text-align: right;"><i>[GARÇONS DECEDES. SI AUCUN, ENREGISTRER 00]</i></p>	_ _
Q207B. COMBIEN DE FILLES SONT DECEDES ? <p style="text-align: right;"><i>[FILLES DECEDEES. SI AUCUN, ENREGISTRER 00]</i></p>	_ _



III. HISTOIRE GENESIQUE (FEMMES DE 15-49 ANS)

Q207C. AVEZ-VOUS EU D'AUTRES ENFANTS QUI SONT NES VIVANTS MAIS QUI SONT MORTS APRES QUELQUES MINUTES, QUELQUES HEURES, OU QUELQUES JOURS ? 1. OUI 2. NON [SI OUI, CORRIGER Q206 ET Q207 PUIS CONTINUER A LA QUESTION Q208 ?]	_ _
Q208. FAITES LA SOMME DES REPONSES Q203A, Q203B, Q205A, Q205B, Q207A Q207B ET Q207C ET ENREGISTRER LE TOTAL ? [SI AUCUN, ENREGISTRER 00]	_ _ _
Q209. VERIFIER Q208 : JE VOUDRAIS ETRE SURE D'AVOIR BIEN COMPRIS : VOUS AVEZ EU AU TOTAL : _ _ _ NAISSANCES AU COURS DE VOTRE VIE. EST-CE BIEN EXACT ? 1. OUI [SI OUI, CONTINUER] 2. NON [SI NON, INSISTER ET CORRIGER Q203A, Q203B, Q205A, Q205B, Q207A Q207B ET Q207C COMME IL SE DOIT]	_ _
Q210A. VERIFIER Q208 : 1. UNE NAISSANCE VIVANTE OU PLUS 2. AUCUNE [SI AUCUNE, ALLER A LA SECTION SUIVANTE]	_ _

III. HISTOIRE GENESIQUE

[MAINTENANT JE VOUDRAIS FAIRE LA LISTE DE TOUTES VOS NAISSANCES, QU'ELLES SOIENT ENCORE EN VIE OU NON, PARTANT DE LA PREMIERE QUE VOUS AVEZ EUE]

Q210B. Quel prénom a été donné à votre (premier/suivant) enfant ? [PRENOM]	Q211. Parmi ces naissances, y-avait-il des jumeaux ? 1. SIMP. 2. MULT.	Q212. [PRENOM] Est-ce un garçon ou une fille ? 1. GAR 2. FIL	Q213. En quel mois et année est né(e) [PRENOM] INSISTER : Quelle est sa date de naissance	Q214. [PRENOM] est-il/elle toujours en vie ? 1. Oui 2. Non	Q215. SI EN VIE : Quel âge avait [PRENOM] à son dernier anniversaire [NOTER AGE EN ANNEES REVOLUES]	Q216. SI EN VIE : [PRENOM] est-il/elle avec vous ? 1. Oui 2. Non	Q217. SI EN VIE : NOTER LE N° DE LIGNE DE L'ENFANT DU QUESTIONNAIRE MENAGE [NOTER '00' SI ENFANT N'EST PAS LISTE DANS LE MENAGE]	Q218. SI DECEDE : Quel âge avait [PRENOM] quand il/elle est décédé(e) ? [Si '1 AN' INSISTER : Quel âge avait [PRENOM] en mois NOTER EN : - Jour si moins d'un mois - Mois si de moins 2 ans - Ans si 2 ans ou plus	Q219. Y-a-t-il eu d'autres naissances vivantes entre (Prénom de la naissance précédente) et (Prénom) ? 1. Oui [si OUI, Ajout NAISS] 2. Non [si NON, NAISS SUIVANTE]
1	_	_	MOIS _ _ ANNEE _ _ _ _	_ [SI NON, ALLER Q218]	AGE EN ANNEES _ _	_	N° DE LIGNE _ _ [NAISS. SUIV]	JOUR1 _ _ MOIS2 _ _ ANNEE3 _ _	
2	_	_	MOIS _ _ ANNEE _ _ _ _	_ [SI NON, ALLER Q218]	AGE EN ANNEES _ _	_	N° DE LIGNE _ _ [ALLER A Q219]	JOUR1 _ _ MOIS2 _ _ ANNEE3 _ _	_



III. HISTOIRE GENESIQUE

[MAINTENANT JE VOUDRAIS FAIRE LA LISTE DE TOUTES VOS NAISSANCES, QU'ELLES SOIENT ENCORE EN VIE OU NON, PARTANT DE LA PREMIERE QUE VOUS AVEZ EUE]

Q210B. Quel prénom a été donné à votre (premier/suivant) enfant ? [PRENOM]	Q211. Parmi ces naissances, y-avait-il des jumeaux ? 1. SIMP. 2. MULT.	Q212. [PRENOM] Est-ce un garçon ou une fille ? 1. GAR 2. FIL	Q213. En quel mois et année est né(e) [PRENOM] INSISTER : Quelle est sa date de naissance	Q214. [PRENOM] est-il/elle toujours en vie ? 1. Oui 2. Non	Q215. Si EN VIE : Quel âge avait [PRENOM] à son dernier anniversaire [NOTER AGE EN ANNEES REVOLUES]	Q216. Si EN VIE : [PRENOM] est-il/elle avec vous ? 1. Oui 2. Non	Q217. Si EN VIE : NOTER LE N° DE LIGNE DE L'ENFANT DU QUESTIONNAIRE MENAGE [NOTER '00' SI ENFANT N'EST PAS LISTE DANS LE MENAGE]	Q218. Si DECEDE : Quel âge avait [PRENOM] quand il/elle est décédé(e) ? [Si '1 AN' INSISTER : Quel âge avait [PRENOM] en mois NOTER EN : - Jour si moins d'un mois - Mois si de moins 2 ans - Ans si 2 ans ou plus	Q219. Y-a-t-il eu d'autres naissances vivantes entre (Prénom de la naissance précédente) et (Prénom) ? 1. Oui [si OUI, Ajout NAISS] 2. Non [si NON, NAISS SUIVANTE]
3	_	_	MOIS _ _ ANNEE _ _ _ _	_ [Si NON, ALLER Q218]	AGE EN ANNEES _ _	_	N° DE LIGNE _ _ [ALLER A Q219]	JOUR1 _ _ MOIS2 _ _ ANNEE3 _ _	_
4	_	_	MOIS _ _ ANNEE _ _ _ _	_ [Si NON, ALLER Q218]	AGE EN ANNEES _ _	_	N° DE LIGNE _ _ [ALLER A Q219]	JOUR1 _ _ MOIS2 _ _ ANNEE3 _ _	_
5	_	_	MOIS _ _ ANNEE _ _ _ _	_ [Si NON, ALLER Q218]	AGE EN ANNEES _ _	_	N° DE LIGNE _ _ [ALLER A Q219]	JOUR1 _ _ MOIS2 _ _ ANNEE3 _ _	_
6	_	_	MOIS _ _ ANNEE _ _ _ _	_ [Si NON, ALLER Q218]	AGE EN ANNEES _ _	_	N° DE LIGNE _ _ [ALLER A Q219]	JOUR1 _ _ MOIS2 _ _ ANNEE3 _ _	_
7	_	_	MOIS _ _ ANNEE _ _ _ _	_ [Si NON, ALLER Q218]	AGE EN ANNEES _ _	_	N° DE LIGNE _ _ [ALLER A Q219]	JOUR1 _ _ MOIS2 _ _ ANNEE3 _ _	_
8	_	_	MOIS _ _ ANNEE _ _ _ _	_ [Si NON, ALLER Q218]	AGE EN ANNEES _ _	_	N° DE LIGNE _ _ [ALLER A Q219]	JOUR1 _ _ MOIS2 _ _ ANNEE3 _ _	_



III. HISTOIRE GENESIQUE

[MAINTENANT JE VOUDRAIS FAIRE LA LISTE DE TOUTES VOS NAISSANCES, QU'ELLES SOIENT ENCORE EN VIE OU NON, PARTANT DE LA PREMIERE QUE VOUS AVEZ EUE]

Q210B. Quel prénom a été donné à votre (premier/suivant) enfant ? [PRENOM]	Q211. Parmi ces naissances, y-avait-il des jumeaux ? 1. SIMP. 2. MULT.	Q212. [PRENOM] Est-ce un garçon ou une fille ? 1. GAR 2. FIL	Q213. En quel mois et année est né(e) [PRENOM] INSISTER : Quelle est sa date de naissance	Q214. [PRENOM] est-il/elle toujours en vie ? 1. Oui 2. Non	Q215. Si EN VIE : Quel âge avait [PRENOM] à son dernier anniversaire [NOTER AGE EN ANNEES REVOLUES]	Q216. Si EN VIE : [PRENOM] est-il/elle avec vous ? 1. Oui 2. Non	Q217. Si EN VIE : NOTER LE N° DE LIGNE DE L'ENFANT DU QUESTIONNAIRE MENAGE [NOTER '00' SI ENFANT N'EST PAS LISTE DANS LE MENAGE]	Q218. Si DECEDE : Quel âge avait [PRENOM] quand il/elle est décédé(e) ? [Si '1 AN' INSISTER : Quel âge avait [PRENOM] en mois NOTER EN : - Jour si moins d'un mois - Mois si de moins 2 ans - Ans si 2 ans ou plus	Q219. Y-a-t-il eu d'autres naissances vivantes entre (Prénom de la naissance précédente) et (Prénom) ? 1. Oui [si OUI, Ajout NAISS] 2. Non [si NON, NAISS SUIVANTE]
9	_	_	MOIS _ _ ANNEE _ _ _ _	_ [Si NON, ALLER Q218]	AGE EN ANNEES _ _	_	N° DE LIGNE _ _ [ALLER A Q219]	JOUR1 _ _ MOIS2 _ _ ANNEE3 _ _	_
10	_	_	MOIS _ _ ANNEE _ _ _ _	_ [Si NON, ALLER Q218]	AGE EN ANNEES _ _	_	N° DE LIGNE _ _ [ALLER A Q219]	JOUR1 _ _ MOIS2 _ _ ANNEE3 _ _	_
11	_	_	MOIS _ _ ANNEE _ _ _ _	_ [Si NON, ALLER Q218]	AGE EN ANNEES _ _	_	N° DE LIGNE _ _ [ALLER A Q219]	JOUR1 _ _ MOIS2 _ _ ANNEE3 _ _	_
12	_	_	MOIS _ _ ANNEE _ _ _ _	_ [Si NON, ALLER Q218]	AGE EN ANNEES _ _	_	N° DE LIGNE _ _ [ALLER A Q219]	JOUR1 _ _ MOIS2 _ _ ANNEE3 _ _	_
13	_	_	MOIS _ _ ANNEE _ _ _ _	_ [Si NON, ALLER Q218]	AGE EN ANNEES _ _	_	N° DE LIGNE _ _ [ALLER A Q219]	JOUR1 _ _ MOIS2 _ _ ANNEE3 _ _	_
14	_	_	MOIS _ _ ANNEE _ _ _ _	_ [Si NON, ALLER Q218]	AGE EN ANNEES _ _	_	N° DE LIGNE _ _ [ALLER A Q219]	JOUR1 _ _ MOIS2 _ _ ANNEE3 _ _	_



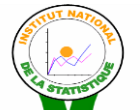
III. HISTOIRE GENESIQUE

Q220. AVEZ-VOUS EU D'AUTRES NAISSANCES VIVANTES DEPUIS LA NAISSANCE DE (NOM DE LA DERNIERE NAISSANCE)		
1. Oui [Si OUI, AJOUTER LA NAISSANCE A Q210]		__
2. Non		
Q221. COMPARER Q208 AVEC NOMBRE DE NAISSANCE ENREGISTREES DANS LE TABLEAU CI-DESSUS ET COCHER :		
1. NOMBRES SONT EGAUX..... [CONTINUER]		__
2. NOMBRES SONT DIFFERENTS..... [INSISTER ET CORRIGER]		
VERIFIER : POUR CHAQUE NAISSANCE : L'ANNEE DE NAISSANCE EST ENREGISTREE		
POUR CHAQUE ENFANT VIVANT : L'AGE ACTUEL EST ENREGISTRE		
POUR CHAQUE ENFANT DECEDE : L'AGE AU DECES EST ENREGISTRE		
POUR L'AGE AU DECES 12 MOIS OU 1 AN : INSISTER POUR DETERMINER LE NOMBRE EXACT DE MOIS		

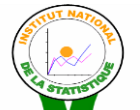
IV. METHODE DES SOEURS

CETTE SECTION EST ADMINISTREE UNIQUEMENT AUX FEMMES AGEES DE 15 A 49 ANS. SI DEUX FEMMES OU PLUS ELIGIBLES DE MEME MERE SONT DANS LE MENAGE, ADMINISTRER LE QUESTIONNAIRE A TOUTES LES FEMMES

N°	QUESTIONS ET FILTRES	CODES	
Q1001A	Maintenant, je voudrais vous poser des questions sur vos frères et sœurs, c'est-à-dire sur tous les enfants nés vivants de votre mère biologique. Est-ce que votre mère a donné naissance à des enfants, en plus de vous-même ?	1. Oui 2. Non [ALLER A Q1001H]	__
Q1001B	Combien votre mère a-t-elle eu de garçons qui sont encore en vie ? [ENREGISTRER 00 si AUCUN]	Garçons vivants	__ __
Q1001C	En dehors de vous, combien votre mère a-t-elle eu de filles qui sont encore en vie ? [ENREGISTRER 00 si AUCUN]	Filles vivantes	__ __
Q1001D	Combien votre mère a-t-elle eu de garçons qui sont décédés ? [ENREGISTRER 00 si AUCUN]	Garçons décédés	__ __
Q1001E	Combien votre mère a-t-elle eu de filles qui sont décédées ? [ENREGISTRER 00 si AUCUN]	Filles décédées	__ __
Q1001F	Est-ce que votre mère a donné naissance à d'autres enfants dont vous ne savez pas s'ils sont vivants ou décédés ?	1. Oui 2. Non [ALLER A Q1001H]	__
Q1001G	Combien d'autres enfants votre mère a-t-elle eu dont vous ne savez pas s'ils sont vivants ou décédés ?	Autres enfants	__ __
Q1001H	ADDITIONNER LES REPONSES 1001B, 1001C, 1001D, 1001E ET 1001G AJOUTER 1 (L'ENQUÊTEE) ET NOTER LE TOTAL	TOTAL	__ __
Q1001I	VERIFIER 1001H Juste pour être sûre que j'ai bien compris, y compris vous-même, votre mère a donné naissance à __ __ enfants en tout Est-ce bien exact ? 1. Oui [CONTINUER] 2. Non [INSISTER ET CORRIGER 1001A-1001H COMME IL SE DOIT]		__
Q1002	VERIFIER 1001H 1. Deux naissances ou plus [CONTINUER] 2. Une naissance seulement [ENQUETEE SEULE]		__
Q1003	Combien de ces naissances votre mère a-t-elle eues avant votre naissance ? [Si enquêtée seule, aller section suivante]	Nombre de naissances précédentes	__ __



IV. METHODE DES SOEURS							
Q1004	Quel nom a été donné à votre frère ou sœur le plus âgé (ou suivant) ?	[1] _____	[2] _____	[3] _____	[4] _____	[5] _____	[6] _____
Q1005	[NOM] est-il/elle de sexe ?!	1. MASC 2. FEM __	1. MASC 2. FEM __	1. MASC 2. FEM __	1. MASC 2. FEM __2_	1. MASC 2. FEM __	1. MASC 2. FEM __
Q1006	Est-ce que [NOM] est toujours en vie ?	1. OUI 2. NON __ [Si NON ALLER Q1008] 8. NSP--> [2]	1. OUI 2. NON __ [Si NON ALLER Q1008] 8. NSP--> [3]	1. OUI 2. NON __ [Si NON ALLER Q1008] 8. NSP--> [4]	1. OUI 2. NON __ [Si NON ALLER Q1008] 8. NSP--> [5]	1. OUI 2. NON __ [Si NON ALLER Q1008] 8. NSP--> [6]	1. OUI 2. NON __ [Si NON ALLER Q1008] 8. NSP--> [7]
Q1007	Quel âge a [NOM] ?	__ _ ALLER A [2]	__ _ ALLER A [3]	__ _ ALLER A [4]	__ _ ALLER A [5]	__ _ ALLER A [6]	__ _ ALLER A [7]
Q1008	Combien y a-t-il d'années depuis que [NOM] est décédé(e) ?	__ _	__ _	__ _	__ _	__ _	__ _
Q1009	Quel âge avait [NOM] lorsqu'il/elle est décédé(e) ? SI NE SAIT PAS INSISTER : Est-ce que [NOM] est décédé (e) avant l'âge de 12 ans ? SI OUI, NOTER '95' . SI NON, POSER D'AUTRES QUESTIONS POUR OBTENIR UNE ESTIMATION PAR EXEMPLE : Est-ce que [NOM] est mort(e) avant de se marier ?	__ _ SI HOMME OU SI FEMME DECEDE AVANT L'ÂGE DE 12 ANS ALLER A [2]	__ _ SI HOMME OU SI FEMME DECEDE AVANT L'ÂGE DE 12 ANS ALLER A [3]	__ _ SI HOMME OU SI FEMME DECEDE AVANT L'ÂGE DE 12 ANS ALLER A [4]	__ _ SI HOMME OU SI FEMME DECEDE AVANT L'ÂGE DE 12 ANS ALLER A [5]	__ _ SI HOMME OU SI FEMME DECEDE AVANT L'ÂGE DE 12 ANS ALLER A [6]	__ _ SI HOMME OU SI FEMME DECEDE AVANT L'ÂGE DE 12 ANS ALLER A [7]
Q1010	[NOM] était-elle enceinte quand elle est décédée ?	1. OUI [Si OUI, ALLER Q1013] 2. NON __	1. OUI [Si OUI, ALLER Q1013] 2. NON __	1. OUI [Si OUI, ALLER Q1013] 2. NON __	1. OUI [Si OUI, ALLER Q1013] 2. NON __	1. OUI [Si OUI, ALLER Q1013] 2. NON __	1. OUI [Si OUI, ALLER Q1013] 2. NON __
Q1011	[NOM] est décédée au cours d'un accouchement ?	1. OUI [Si OUI, ALLER Q1013] 2. NON __	1. OUI [Si OUI, ALLER Q1013] 2. NON __	1. OUI [Si OUI, ALLER Q1013] 2. NON __	1. OUI [Si OUI, ALLER Q1013] 2. NON __	1. OUI [Si OUI, ALLER Q1013] 2. NON __	1. OUI [Si OUI, ALLER Q1013] 2. NON __
Q1012	Est-ce [NOM] est décédée dans les 42 jours suivant la fin d'une grossesse ou d'un accouchement ?	1. OUI [Si OUI, ALLER Q1013] 2. NON __	1. OUI [Si OUI, ALLER Q1013] 2. NON __	1. OUI [Si OUI, ALLER Q1013] 2. NON __	1. OUI [Si OUI, ALLER Q1013] 2. NON __	1. OUI [Si OUI, ALLER Q1013] 2. NON __	1. OUI [Si OUI, ALLER Q1013] 2. NON __
Q1013	A combien d'enfants nés vivants [NOM] a-t-elle donné naissance au cours de sa vie ?	__ _ ALLER [2]	__ _ ALLER [3]	__ _ ALLER [4]	__ _ ALLER [5]	__ _ ALLER [6]	__ _ ALLER [7]



IV. METHODE DES SOEURS

Q1004	Quel nom a été donné à votre frère ou sœur le plus âgé (ou suivant) ?	[7] _____	[8] _____	[9] _____	[10] _____	[11] _____	[12] _____
Q1005	[NOM] est-il/elle de sexe ?!	1. MASC 2. FEM __	1. MASC 2. FEM __	1. MASC 2. FEM __	1. MASC 2. FEM __	1. MASC 2. FEM __	1. MASC 2. FEM __
Q1006	Est-ce que [NOM] est toujours en vie ?	1. OUI 2. NON __ [Si NON ALLER Q1008] 8. NSP---> [8]	1. OUI 2. NON __ [Si NON ALLER Q1008] 8. NSP---> [9]	1. OUI 2. NON __ [Si NON ALLER Q1008] 8. NSP---> [10]	1. OUI 2. NON __ [Si NON ALLER Q1008] 8. NSP---> [11]	1. OUI 2. NON __ [Si NON ALLER Q1008] 8. NSP---> [12]	1. OUI 2. NON __ [Si NON ALLER Q1008] 8. NSP---> [13]
Q1007	Quel âge a [NOM] ?	__ _ ALLER A [8]	__ _ ALLER A [9]	__ _ ALLER A [10]	__ _ ALLER A [11]	__ _ ALLER A [12]	__ _ ALLER A [13]
Q1008	Combien y a-t-il d'années que [NOM] est décédé(e)s ?	__ _	__ _	__ _	__ _	__ _	__ _
Q1009	Quel âge avait [NOM] lorsqu'il/elle est décédé(e) ? SI NE SAIT PAS INSISTER : Est-ce que [NOM] est mort(e) avant l'âge de 12 ans ? SI OUI, NOTER '95'. SI NON, POSER D'AUTRES QUESTIONS POUR OBTENIR UNE ESTIMATION PAR EXEMPLE : Est-ce que [NOM] est mort(e) avant de se marier ?	__ _ SI HOMME OU SI FEMME DECEDE AVANT L'ÂGE DE 12 ANS ALLER A [8]	__ _ SI HOMME OU SI FEMME DECEDE AVANT L'ÂGE DE 12 ANS ALLER A [9]	__ _ SI HOMME OU SI FEMME DECEDE AVANT L'ÂGE DE 12 ANS ALLER A [10]	__ _ SI HOMME OU SI FEMME DECEDE AVANT L'ÂGE DE 12 ANS ALLER A [11]	__ _ SI HOMME OU SI FEMME DECEDE AVANT L'ÂGE DE 12 ANS ALLER A [12]	__ _ SI HOMME OU SI FEMME DECEDE AVANT L'ÂGE DE 12 ANS ALLER A [13]
Q1010	[NOM] était-elle enceinte quand elle est décédée ?	1. OUI [Si OUI, ALLER Q1013] 2. NON __	1. OUI [Si OUI, ALLER Q1013] 2. NON __	1. OUI [Si OUI, ALLER Q1013] 2. NON __	1. OUI [Si OUI, ALLER Q1013] 2. NON __	1. OUI [Si OUI, ALLER Q1013] 2. NON __	1. OUI [Si OUI, ALLER Q1013] 2. NON __
Q1011	[NOM] est décédée au cours d'un accouchement ?	1. OUI [Si OUI, ALLER Q1013] 2. NON __	1. OUI [Si OUI, ALLER Q1013] 2. NON __	1. OUI [Si OUI, ALLER Q1013] 2. NON __	1. OUI [Si OUI, ALLER Q1013] 2. NON __	1. OUI [Si OUI, ALLER Q1013] 2. NON __	1. OUI [Si OUI, ALLER Q1013] 2. NON __
Q1012	Est-ce [NOM] est décédée dans les 42 jours suivant la fin d'une grossesse ou d'un accouchement ?	1. OUI [Si OUI, ALLER Q1013] 2. NON __	1. OUI [Si OUI, ALLER Q1013] 2. NON __	1. OUI [Si OUI, ALLER Q1013] 2. NON __	1. OUI [Si OUI, ALLER Q1013] 2. NON __	1. OUI [Si OUI, ALLER Q1013] 2. NON __	1. OUI [Si OUI, ALLER Q1013] 2. NON __
Q1013	A combien d'enfants nés vivants [NOM] a-t-elle donné naissance au cours de sa vie ?	__ _ ALLER [8]	__ _ ALLER [9]	__ _ ALLER [10]	__ _ ALLER [11]	__ _ ALLER [12]	__ _ ALLER [13]



V. UTILISATION DE LA MOUSTIQUAIRE IMPREGNEE				
(MERES/GARDIENNES DES ENFANTS DE 0-59 MOIS)				
	ENFANT 1	ENFANT 2	ENFANT 3	ENFANT 4
NOM DE L'ENFANT
ML0. IDENTIFIANT DE L'ENFANT	__ __	__ __	__ __	__ __
ML1. SEXE	1. MASCULIN 2. FEMININ __	1. MASCULIN 2. FEMININ __	1. MASCULIN 2. FEMININ __	1. MASCULIN 2. FEMININ __
ML2. ÂGE DE L'ENFANT (EN MOIS)	__ __	__ __	__ __	__ __
ML3. NUMERO DE LIGNE DE LA MERE OU GARDIENNE DE L'ENFANT	__ __	__ __	__ __	__ __
ML4. EST-CE QUE VOTRE MENAGE POSSEDE UNE MOUSTIQUAIRE ?	1. OUI 2. NON ---->FIN DE SECTION 8. NSP ---->FIN DE SECTION		__	
ML5. OBSERVER OU DEMANDER LE TYPE ?	1. SIMPLE ---->FIN DE SECTION 2. IMPREGNEE (MIILDA) 8. NSP/PAS SUR ---->FIN DE SECTION		__	
ML6. EST-CE QUE [NOM] A DORMIS SOUS UNE MOUSTIQUAIRE IMPREGNEE LA NUIT DERNIERE ?	1. OUI 2. NON __ 8. NSP	1. OUI 2. NON __ 8. NSP	1. OUI 2. NON __ 8. NSP	1. OUI 2. NON __ 8. NSP

VI. SOINS DES ENFANTS MALADES : DIARRHEE, FIEVRE & TOUX				
(MERES/GARDIENNES DES ENFANTS DE 0-59 MOIS)				
	ENFANT 1	ENFANT 2	ENFANT 3	ENFANT 4
SE0. IDENTIFIANT DE L'ENFANT	__ __	__ __	__ __	__ __
SE1A. EST-CE QUE [NOM] A EU DE LA DIARRHEE AU COURS DES DEUX DERNIERES SEMAINES ? [LA DIARRHEE EST DETERMINEE SELON LA PERCEPTION DE LA MERE/GARDIENNE DE LA MALADIE OU 3 SELLES LIQUIDES PAR JOUR, OU DU SANG DANS LES SELLES POUR LES PLUS DE 6 MOIS ; ET PLUS DE 6 SELLES LIQUIDES OU MOLLES PAR JOUR OU DU SANG DANS LES SELLES POUR LES MOINS DE 6 MOIS]	1. OUI 2. NON __ 8. NSP [Si NON ou NSP, ALLER SE5]	1. OUI 2. NON __ 8. NSP [Si NON ou NSP, ALLER SE5]	1. OUI 2. NON __ 8. NSP [Si NON ou NSP, ALLER SE5]	1. OUI 2. NON ... __ 8. NSP [Si NON ou NSP, ALLER SE5]
SE1B. EST-CE QUE [NOM] AVAIT DU SANG DANS LES SELLES ?	1. OUI 2. NON..... __ 8. NSP	1. OUI 2. NON..... __ 8. NSP	1. OUI 2. NON..... __ 8. NSP	1. OUI 2. NON..... __ 8. NSP
SE2. DURANT LE DERNIER EPISODE DE DIARRHEE, EST-CE QU'ON A DONNE A [NOM] L'UNE DES CHOSES SUIVANTES A BOIRE :				
SE2A. UN LIQUIDE PREPARE A PARTIR D'UN SACHET SRO ?	1. OUI 2. NON .. __ 8. NSP	1. OUI 2. NON..... __ 8. NSP	1. OUI 2. NON.... __ 8. NSP	1. OUI 2. NON..... __ 8. NSP



VI. SOINS DES ENFANTS MALADES : DIARRHÉE, FIEVRE & TOUX

SE2B. EAU SALEE SUCREE RECOMMANDEE PAR LE SERVICE DE SANTE ?	1. OUI 2. NON ___ 8. NSP	1. OUI 2. NON ___ 8. NSP	1. OUI 2. NON..... ___ 8. NSP	1. OUI 2. NON..... ___ 8. NSP
SE2C. DURANT LE DERNIER EPISODE DE DIARRHÉE, EST-CE QU'ON A DONNEE A [NOM] DU ZINC ?	1. OUI 2. NON ___ 8. NSP	1. OUI 2. NON ___ 8. NSP	1. OUI 2. NON .. ___ 8. NSP	1. OUI 2. NON..... ___ 8. NSP
SE3. DURANT LA DIARRHÉE DE [NOM], LUI A-T-ON DONNE A BOIRE MOINS QUE D'HABITUDE, ENVIRON LA MEME QUANTITE OU PLUS ?	1. MOINS QUE D'HABITUDE 2. MEME QUANTITE. . ___ 3. PLUS QUE D'HABITUDE 8. NSP	1. MOINS QUE D'HABITUDE 2. MEME QUANTITE.. ___ 3. PLUS QUE D'HABITUDE 8. NSP	1. MOINS QUE D'HABITUDE 2. MEME QUANTITE.. ___ 3. PLUS QUE D'HABITUDE 8. NSP	1. MOINS QUE D'HABITUDE 2. MEME QUANTITE.. ___ 3. PLUS QUE D'HABITUDE 8. NSP
SE4. DURANT LA DIARRHÉE DE [NOM], LUI A-T-ON DONNE A MANGER MOINS QUE D'HABITUDE, ENVIRON LA MEME QUANTITE OU PLUS ?	1. MOINS QUE D'HABITUDE 2. MEME QUANTITE .. ___ 3. PLUS QUE D'HABITUDE 8. NSP	1. MOINS QUE D'HABITUDE 2. MEME QUANTITE. . ___ 3. PLUS QUE D'HABITUDE 8. NSP	1. MOINS QUE D'HABITUDE 2. MEME QUANTITE. . ___ 3. PLUS QUE D'HABITUDE 8. NSP	1. MOINS QUE D'HABITUDE 2. MEME QUANTITE.. ___ 3. PLUS QUE D'HABITUDE 8. NSP
SE5. EST-CE QUE [NOM] A SOUFFERT DE LA FIEVRE AU COURS DES DEUX DERNIERES SEMAINES ?	1. OUI 2. NON ___ 8. NSP [Si NON ou NSP, ALLER A SE8]	1. OUI 2. NON ___ 8. NSP [Si NON ou NSP, ALLER A SE8]	1. OUI 2. NON ___ 8. NSP [Si NON ou NSP, ALLER A SE8]	1. OUI 2. NON ... ___ 8. NSP [Si NON ou NSP, ALLER A SE8]
SE6. AVEZ-VOUS DEMANDE DES CONSEILS OU RECHERCHE UN TRAITEMENT POUR LA FIEVRE ?	1. OUI 2. NON ___ 8. NSP [Si NON ou NSP, ALLER A SE8]	1. OUI 2. NON ___ 8. NSP [Si NON ou NSP, ALLER A SE8]	1. OUI 2. NON ___ 8. NSP [Si NON ou NSP, ALLER A SE8]	1. OUI 2. NON ___ 8. NSP [Si NON ou NSP, ALLER A SE8]
SE7A. OU AVEZ-VOUS RECHERCHE DES CONSEILS OU UN TRAITEMENT ?				
	1. OUI		2. NON	
SE7AA. HOPITAL	___	___	___	___
SE7AB. CABINET/CLINIQUE PRIVE	___	___	___	___
SE7AC. CSI	___	___	___	___
SE7AD. CASE DE SANTE	___	___	___	___
SE7AE. PHARMACIE	___	___	___	___
SE7AF. BOUTIQUE/TABLIER	___	___	___	___
SE7AG. GUERISSEUR TRADITIONNEL	___	___	___	___
SE7AH. MARCHAND AMBULANT	___	___	___	___
SE7AX. AUTRE (A PRECISER)	___ 	___ 	___ 	___
SE7B. DURANT LE DERNIER EPISODE DE FIEVRE, QU'AVEZ-VOUS DONNE A L'ENFANT COMME TRAITEMENT ?				
	1. OUI		2. NON	
SE7BB. COARTEM/ARTHEMETER+LUMEFANTRINE	___	___	___	___
SE7BC. AUTRES ANTIPALUDEENS	___	___	___	___
SE7BE. AMOXICILLINE	___	___	___	___
SE7BF. AUTRES ANTIBIOTIQUES	___	___	___	___
SE7BG. PARACETAMOL	___	___	___	___
SE7BH. AUCUN MEDICAMENT	___	___	___	___
SE7BI. NSP	___	___	___	___
SE7BX. AUTRES (A PRECISER)	___ 	___ 	___ 	___


VI. SOINS DES ENFANTS MALADES : DIARRHEE, FIEVRE & TOUX

SE8. EST-CE QUE [NOM] A SOUFFERT DE LA TOUX AU COURS DES DEUX DERNIERES SEMAINES ?	1. OUI 2. NON __ 8. NSP [Si NON ou NSP, Fin DE SECTION]	1. OUI 2. NON __ 8. NSP [Si NON ou NSP, Fin DE SECTION]	1. OUI 2. NON __ 8. NSP [Si NON ou NSP, Fin DE SECTION]	1. OUI 2. NON __ 8. NSP [Si NON ou NSP, Fin DE SECTION]
SE9. QUAND [NOM] A SOUFFERT DE LA TOUX, RESPIRAIT-IL/ELLE PLUS VITE QUE D'HABITUDE AVEC UN SOUFFLE COURT ET RAPIDE ?	1. OUI 2. NON __ 8. NSP	1. OUI 2. NON __ 8. NSP	1. OUI 2. NON __ 8. NSP	1. OUI 2. NON __ 8. NSP
SE10. AVEZ-VOUS DEMANDE DES CONSEILS OU RECHERCHE UN TRAITEMENT POUR LA TOUX ?	1. OUI 2. NON __ 8. NSP [Si NON ou NSP, Fin DE SECTION]	1. OUI 2. NON __ 8. NSP [Si NON ou NSP, Fin DE SECTION]	1. OUI 2. NON __ 8. NSP [Si NON ou NSP, Fin DE SECTION]	1. OUI 2. NON __ 8. NSP [Si NON ou NSP, Fin DE SECTION]
SE11. OU AVEZ-VOUS RECHERCHE DES CONSEILS OU UN TRAITEMENT ?	1. OUI 2. NON			
SE11A. HOPITAL	__	__	__	__
SE11B. CABINET/CLINIQUE PRIVE	__	__	__	__
SE11C. CSI	__	__	__	__
SE11D. CASE DE SANTE	__	__	__	__
SE11E. PHARMACIE	__	__	__	__
SE11F. BOUTIQUE/TABLIER	__	__	__	__
SE11G. GUERISSEUR TRADITIONNEL	__	__	__	__
SE11H. MARCHAND AMBULANT	__	__	__	__
SE11X. AUTRE (A PRECISER)	__	__	__	__

VII. LAVAGE DES MAINS

MAINTENANT, JE VOUDRAIS VOUS POSER DES QUESTIONS SUR LE LAVAGE DES MAINS

WS1. HABITUELLEMENT, A QUEL MOMENT LAVEZ-VOUS LES MAINS ?	1. OUI	2. NON
A. AVANT DE PREPARER A MANGER	__	__
B. AVANT DE PREPARER A MANGER POUR LES ENFANTS	__	__
C. AVANT DE NOURRIR LES ENFANTS	__	__
D. AVANT DE MANGER	__	__
E. APRES AVOIR MANGE	__	__
F. APRES AVOIR ETE AUX TOILETTES	__	__
G. APRES AVOIR NETTOYE UN ENFANT QUI DEFEQUE	__	__
X. AUTRE (A PRECISER) :	__	__

- [NE PAS LISTER LES MODALITES DE REPONSES]
- [POSER UNE SEULE FOIS LA QUESTION POUR LES MERE/GARDIENNES AYANT PLUSIEURS ENFANTS DE 0-59 MOIS]
- [SI TOUT EST NON WS1, ALLER AU MODULE SUIVANT]



VII. LAVAGE DES MAINS

WS2. SI OUI [A AU MOINS UNE MODALITES PRECEDENTES], QU'EST-CE QUE VOUS UTILISEZ POUR VOUS LAVER LES MAINS ?	1. EAU SIMPLE	_ _
	2. EAU+SABLE+CENDRE	
	3. EAU+SAVON	
	8. AUTRE (A PRECISER) :	

VIII. SUPPLEMENTATION EN VITAMINE A

(MERES/GARDIENNES DES ENFANTS NES DE 6-59 MOIS)

	ENFANT 1	ENFANT 2	ENFANT 3	ENFANT 4
VA0. IDENTIFIANT DE L'ENFANT	_ _	_ _	_ _	_ _
VA1. EST-CE QUE [NOM] A REÇU UNE SUPPLEMENTATION EN VITAMINES A AU COURS DES SIX (6) DERNIERS MOIS ?	1. OUI 2. NON _ _ 8. NSP	1. OUI 2. NON _ _ 8. NSP	1. OUI 2. NON _ _ 8. NSP	1. OUI 2. NON _ _ 8. NSP

IX. ALLAITEMENT MATERNEL

(MERES/GARDIENNES DES ENFANTS NES VIVANTS DE 0-59 MOIS)

	ENFANT 1	ENFANT 2	ENFANT 3	ENFANT 4
AM0. IDENTIFIANT DE L'ENFANT	_ _	_ _	_ _	_ _
AM1. [NOM] A-T-IL/ELLE ETE ALLAITE(E) ? 1. OUI 2. NON 8. NSP	_ _ [SI NON OU NSP, ENFANT SUIVANT]	_ _ [SI NON OU NSP, ENFANT SUIVANT]	_ _ [SI NON OU NSP, ENFANT SUIVANT]	_ _ [SI NON OU NSP, ENFANT SUIVANT]
AM2. COMBIEN DE TEMPS APRES LA NAISSANCE AVEZ-VOUS MIS [NOM] AU SEIN POUR LA PREMIERE FOIS ? 1. IMMEDIATEMENT/MOINS D'UNE HEURE 2. 1-24 HEURES 3. PLUS DE 24 HEURES 8. NSP	_ _	_ _	_ _	_ _
AM3. DANS LES TROIS PREMIERS JOURS APRES LA NAISSANCE DE [NOM], A-T-IL/ELLE REÇUT AUTRE CHOSE A BOIRE QUE LE LAIT MATERNEL ? 1. OUI 2. NON [SI NON → AM.5] 8. NSP [SI NON → AM.5]	_ _	_ _	_ _	_ _
AM4. SI OUI QU'A TON DONNE A BOIRE A L'ENFANT ? a. Lait autre que le lait maternel. b. Eau/Zamzam c. Eau sucrée ou eau glucosée.. d. Infusion calmante pour les coliques e. Solution d'eau salée sucrée f. Jus de fruits g. Lait en poudre pour bébé h. Infusions i. Miel/Dattes j. AUTRE (PRECISEZ)	1. OUI 2. NON _ _ _ _ _ _ _ _ _ _ _ _ _ _ _ _ _ _ 	1. OUI 2. NON _ _ _ _ _ _ _ _ _ _ _ _ _ _ _ _ 	1. OUI 2. NON _ _ _ _ _ _ _ _ _ _ _ _ _ _ _ _ 	1. OUI 2. NON _ _ _ _ _ _ _ _ _ _ _ _ _ _ _ _



IX. ALLAITEMENT MATERNEL

AM.5 JUSQU'A COMBIEN DE TEMPS APRES LA NAISSANCE VOTRE ENFANT N'A REÇU QUE DU LAIT MATERNEL ET REIN D'AUTRE? 1. Moins d'un mois 2. Entre 1 et 3 mois 3. Entre 4 et 5 mois 4. 6 MOIS OU PLUS	_ _	_ _	_ _	_ _
AM.6 A-T-IL BU QUELQUE CHOSE AU BIBERON HIER OU LA NUIT DERNIERE? 1. Oui 2. Non 8. NSP	_ _	_ _	_ _	_ _

X. VACCINATION INFANTILE

(MERES/GARDIENNES DES ENFANTS 12 A 23 MOIS)

	ENFANT 1	ENFANT 2	ENFANT 3	ENFANT 4
V10. IDENTIFIANT DE L'ENFANT	_ _	_ _	_ _	_ _
V11A. [NOM] A-T-IL/ELLE ETE VACCINE (E) CONTRE LA ROUGEOLE (VAR) ? 1. OUI 2. NON 8. NSP	_ _ [Si NON OU NSP, ENFANT SUIVANT]	_ _ [Si NON OU NSP, ENFANT SUIVANT]	_ _ [Si NON OU NSP, ENFANT SUIVANT]	_ _ [Si NON OU NSP, ENFANT SUIVANT OU FIN DE SECTION]
V11B. DATE DE LA VACCINATION ?	JOUR _ _ - MOIS _ _ - ANNEE _ _ _	JOUR _ _ - MOIS _ _ - ANNEE _ _ _	JOUR _ _ - MOIS _ _ - ANNEE _ _ _	JOUR _ _ - MOIS _ _ - ANNEE _ _ _
V11C. SOURCE D'INFORMATION ? 1. SELON LE CARNET 2. SELON LE SOUVENIR DE LA MERE/GARDIENNE	_ _	_ _	_ _	_ _

XI. SANTE DE LA MERE ET DU NOUVEAU-NE

(CE MODULE S'ADRESSE A TOUTES LES FEMMES QUI ONT UNE NAISSANCE VIVANTE AU COURS DES 12 DERNIERS MOIS AYANT PRECEDE LA DATE DE L'ENQUETE)

MN0. NUMERO DU PLUS JEUNE ENFANT [Si Jumeaux, SAISIR L'UN DES DEUX]	INSCRIRE LE CODE '00' SI ENFANT DECEDE	_ _
MN1. POUR LA GROSSESSE DE [NOM], AVEZ-VOUS REÇU DES SOINS PRENATALS ?	1. OUI 2. NON----> MN5	_ _
MN2. COMBIEN DE FOIS AVEZ-VOUS ETE CONSULTEE ?	NOMBRE DE CONSULTATIONS PRENATALES	_ _
MN3. EST-CE QUE VOUS AVEZ REÇU UNE DOSE DE VACCINATION ANTITETANIQUE ?	1. OUI 2. NON ----> MN5	_ _
MN4A. COMBIEN DE FOIS AVEZ-VOUS REÇU CETTE DOSE ?	98. NSP	_ _
MN4B. SOURCE D'INFORMATION ?	1. SELON LE CARNET 2. SELON LE SOUVENIR DE LA MERE	_ _
MN5. EST-CE QUE VOUS AVEZ REÇU UNE DOSE DE VACCINATION ANTITETANIQUE AU COURS DE VOTRE GROSSESSE ANTERIEURES ?	1. OUI 2. NON ----> MN7 3. NON CONCERNEE----> MN7	_ _
MN6A. COMBIEN DE FOIS AVEZ-VOUS REÇU CETTE DOSE ?	98. NSP	_ _



XI. SANTE DE LA MERE ET DU NOUVEAU-NE		
<i>(CE MODULE S'ADRESSE A TOUTES LES FEMMES QUI ONT UNE NAISSANCE VIVANTE AU COURS DES 12 DERNIERS MOIS AYANT PRECEDE LA DATE DE L'ENQUETE)</i>		
MN6B. SOURCE D'INFORMATION ?	1. SELON LE CARNET 2. SELON LE SOUVENIR DE LA MERE 8. NSP	__
MN7. OU AVEZ-VOUS ACCOUCHE DE [NOM] ?	1. CASE DE SANTE 2. CSI 3. MATERNITE 4. HOPITAL 5. CLINIQUE 6. DOMICILE 7. AUTRE (A PRECISER) :	__
MN8. QUI VOUS A ASSISTE PENDANT L'ACCOUCHEMENT DE [NOM] ?	1. MEDECIN 2. SAGE-FEMME 3. INFIRMIERE 4. ACCOUCHEUSE TRAD. FORMEE/MATRONE 5. ACCOUCHEUSE TRADITIONNELLE NON FORMEE 6. SANS ASSISTANCE 7. AUTRE (A PRECISER) :	__
MN9. SI MN7=6, QUELLE ETAT LA RAISON PRINCIPALE ?	01. Indisponibilité du service 02. Éloignement du centre de santé 03. Mauvais accueil dans le service 04. Vétusté de la salle d'accouchement 05. Manque de moyen de transport 06. Frais de soins 07. Préférence pour l'accoucheuse traditionnelle 08. Pas de permission d'y aller 09. Crainte que le prestataire ne soit pas une femme 10. Ignorance 11. Surprise par l'accouchement 12. Travail long 13. Crainte de la césarienne 14. AUTRES (À PRÉCISER) :	__ __

XII. CONTRACEPTION		
<i>[CETTE SECTION EST ADMINISTREE A TOUTES LES FEMMES AGEES DE 15 A 49 ANS]</i>		
CP0. ÊTES-VOUS ACTUELLEMENT ENCEINTE?	1. Oui 2. Non 8. NSP/Pas sûre	__
CP1. SI ENCEINTE, APRES L'ENFANT QUE VOUS ATTENDEZ MAINTENANT, SOUHAITERIEZ-VOUS UN AUTRE ENFANT OU PREFERERIEZ-VOUS NE PLUS AVOIR D'ENFANTS ?	1. Avoir un autre enfant 2. Pas d'autre enfant 3. Indécise/NSP	__
CP2. SI PAS ENCEINTE OU PAS SÛRE, VOUDRIEZ-VOUS AVOIR (UN OU UN AUTRE) ENFANT OU PREFERERIEZ-VOUS NE PAS (PLUS) AVOIR D'ENFANT ?	1. Avoir (un/un autre) enfant 2. Pas d'autre/aucun 3. Dit qu'elle ne peut pas tomber enceinte 4. Indécise/NSP	__



XII. CONTRACEPTION		
[CETTE SECTION EST ADMINISTREE A TOUTES LES FEMMES AGEES DE 15 A 49 ANS]		
CP3. COMBIEN DE TEMPS (EN MOIS) VOUDRIEZ-VOUS ATTENDRE A PARTIR DE MAINTENANT/APRES LA NAISSANCE DE L'ENFANT QUE VOUS ATTENDEZ AVANT LA NAISSANCE (D'UN/UN AUTRE) ENFANT ? [SAISIR 97. SI APRES LE MARIAGE ET 98. NSP]	SI ENCEINTE [SAISIR 96 SI 96 mois et plus]	_ _
	SI PAS ENCEINTE/PAS SÛRE [SAISIR 96 SI 96 mois et plus]	_ _
CP4. FAITES-VOUS ACTUELLEMENT QUELQUE CHOSE OU UTILISEZ-VOUS UNE METHODE POUR RETARDER OU EVITER UNE GROSSESSE ?	1. Oui 2. Non [Si NON, Aller à CP6]	_
CP5. SI CP4=OUI, QUELLE(S) METHODE(S) UTILISEZ-VOUS ?	1. OUI 2. NON	
	A. Stérilisation féminine	_
	B. Stérilisation masculine	_
	C. DIU	_
	D. Injectables	_
	E. Implants	_
	F. Pilule	_
	G. Condom	_
	H. MAMA	_
	I. Méthode du rythme	_
J. Retrait	_	
K. Autre méthode moderne	_	
L. Autre méthode traditionnelle	_	
CP6. SI CP4=NON, AVEZ-VOUS L'INTENTION DE PRATIQUER LA PLANIFICATION FAMILIALE ?	1. Oui 2. Non	_
CP7. SI CP4= NON, QUELLE EST LA RAISON PRINCIPALE QUI FAIT QUE VOUS ET/OU VOTRE CONJOINT N'UTILISE PAS DE METHODE CONTRACEPTIVE ?	1. Non mariée, veuve, divorcée 2. Veux avoir des enfants 3. Partenaire ne veut pas 4. Interdit par ma religion 5. Ignore l'existence de ces méthodes 6. Méthodes trop chères 7. Inaccessible 8. Autre (à préciser) :	_
CP8. AVEZ-VOUS DEJA DEMANDE DE L'AIDE/CONSEILS DANS LE DOMAINE DE LA CONTRACEPTION DANS UN CENTRE DE PLANIFICATION FAMILIALE OU DANS UN CENTRE DE SANTE ?	1. Oui 2. Non [Si NON, Aller à CP10]	_
CP9. SI CP8=OUI, QUELLE APPRECIATION FAITES-VOUS DE L'AIDE REÇUE ?	1. Satisfaite 2. Accueil inadéquat 3. Information insuffisante 4. Manque de matériel contraceptif 5. Logistique inadéquate 6. Autre (à préciser) :	_
CP10. SI CP8=NON, QUELLE EST LA RAISON PRINCIPALE QUI FAIT QUE VOUS N'AVEZ PAS DEMANDE DE L'AIDE DANS UN CENTRE DE PLANIFICATION FAMILIALE OU DANS UN CENTRE DE SANTE ?	1. Ne veut pas utiliser de méthode contraceptive 2. Je suis déjà informée 3. Centre trop éloigné 4. Centre a mauvaise réputation 5. Pas autorisé à faire de telle visite 6. Autre (à préciser) :	_