

QUESTIONNAIRE FEMME

IDENTIFICATION	
DEPARTEMENT	DEPARTEMENT.....
SOUS-PREFECTURE	SOUS-PREFECTURE.....
DISTRICT DE RECENSEMENT	DISTRICT DE RECENSEMENT.....
N° DE LA GRAPPE.....	N° DE LA GRAPPE.....
N° DE LA STRUCTURE.....	N° DE LA STRUCTURE.....
N° DU MENAGE.....	N° DU MENAGE.....
ABIDJAN / AUTRES VILLES / RURAL.....	ABIDJAN =1, AUTRES VILLES =2, RURAL =3..
ZONE D'INTERVENTION.....	ZONE D'INTERVENTION...OUI=1, NON=2.....
NOM DE LA FEMME _____	N° DE LIGNE DE LA FEMME.....

VISITES D'ENQUETRIX				
	1	2	3	VISITE FINALE
DATE				JOUR
				MOIS
				ANNEE 1 9
NON DE L'ENQUETRIX				NOM
RESULTAT*				RESULTAT
PROCHAINE VISITE: DATE				NBRE. TOTAL DE VISITES
*CODES RESULTAT				
	1 REMPLI	4 REFUSE	7 AUTRE _____ (préciser)	
	2 PAS A LA MAISON	5 PARTIELLEMENT REMPLI		
	3 DIFFERE	6 INCAPACITE		

LANGUE DE L'INTERVIEW**	
INTERPRETE:.....OUI = 1 / NON = 2 .....	
**CODES LANGUE:	
1 FRANÇAIS / 2 DIOULA / 3 BAOULE / 6 AUTRES	

CONTROLEUSE	CHEF D'EQUIPE	CONTROLE BUREAU	SAISI PAR
NOM	NOM		
DATE	DATE		

SECTION 1. CARACTERISTIQUES SOCIO-DEMOGRAPHIQUES DES ENQUETTES

N°	QUESTIONS ET FILTRES	CODES	PASSER
101	ENREGISTRER L'HEURE	HEURE..... MINUTES.....	
105	En quel mois et quelle année êtes-vous née?	MOIS..... NSP MOIS.....98 ANNEE..... NSP ANNEE.....9998	

- 106 | Quel âge aviez-vous à votre dernier anniversaire? | AGE EN ANNEES REVOLUES.....   |  
 | COMPARER ET CORRIGER 105 ET/OU 106 SI INCOHERENTS |
- 106A | Comprenez-vous le français? | OUI.....1 |  
 | | NON.....2 |
- 107 | Avez-vous fréquenté l'école? | OUI.....1 |  
 | | NON.....2 | 114
- 108 | Quel est le plus haut niveau d'études que vous avez atteint: primaire, secondaire premier cycle, secondaire deuxième cycle ou supérieur? | PRIMAIRE.....1 |  
 | | SECONDAIRE 1er CYCLE.....2 |  
 | | SECONDAIRE 2eme CYCLE.....3 |  
 | | SUPERIEUR.....4 |
- 109 | Quelle est la dernière (année/classe) que vous avez achevée à ce niveau?\* | ANNEE.....  |

110 | VERIFIER 106: |  
 | AGEE DE 29 ANS  AGEE DE 30 ANS OU PLUS  | 111A

- 111 | Est-ce que vous allez à l'école actuellement? | OUI.....1 | 113  
 | | NON.....2 |

111A | A quel âge avez-vous arrêté d'aller à l'école? | AGE.....   |

- 112 | Quelle est la raison principale pour laquelle vous avez arrêté d'aller à l'école? | TOMBEE ENCEINTE.....01 |  
 | | S'EST MARIEE.....02 |  
 | | GARDE DES ENFANTS +JEUNES.....03 |  
 | | FAMILLE AVAIT BESOIN D'AIDE |  
 | | AUX CHAMPS OU AU TRAVAIL.....04 |  
 | | POUVAIT PAS PAYER LES FRAIS....05 |  
 | | DEVAIT GAGNER DE L'ARGENT.....06 |  
 | | PREFERENCE POUR EMPLOI/POUR |  
 | | ALLER TRAVAILLER.....07 |  
 | | SUFFISAMMENT SCOLARISEE.....08 |  
 | | ECHEC A L'ECOLE.....09 |  
 | | N'AIME PAS L'ECOLE.....10 |  
 | | ECOLE INACCESSIBLE/TROP LOIN...11 |  
 | | AUTRE 96 |  
 | | (PRECISER) |  
 | | NSP.....98 |

\* CODES  
 POUR  
 Q.109

NIVEAU	PRIMAIRE	SECONDAIRE 1er CYCLE	SECONDAIRE 2è CYCLE	SUPERIEUR
CLASSE	CP1 = 1 CP2 = 2 CE1 = 3 CE2 = 4 CM1 = 5 CM2 = 6 NSP = 8	6ème = 1 5ème = 2 4ème = 3 3ème = 4 NSP = 8	2nd = 1 1ère = 2 Terminale = 3 NSP = 8	1ere année = 1 2eme année = 2 3eme année = 3 4eme année = 4 5eme année ou + = 5 NSP = 8

2

N° | QUESTIONS ET FILTRES | CODES | PASSER A

113 | VERIFIER 108: |  
 | PRIMAIRE  SECONDAIRE OU SUPERIEUR  | 114A

- 114 | Pouvez-vous lire et comprendre une lettre ou un journal facilement, avec difficulté ou pas du tout ? | FACILEMENT.....1 |  
 | | DIFFICILEMENT.....2 |  
 | | PAS DU TOUT.....3 | 115A

114A | Avez-vous l'habitude de lire un journal ou un magazine, au moins une fois par mois? | OUI.....1 |  
 | | NON.....2 | 115A

115 | Avez-vous l'habitude de lire un journal ou un magazine, au moins une fois par semaine? | OUI.....1 |  
 | | NON.....2 |

115A | Avez-vous l'habitude d'écouter la radio? | OUI.....1 |  
 | | NON.....2 | 116G

116 | Avez-vous l'habitude d'écouter la radio chaque jour? | OUI.....1 | 116B  
 | | NON.....2 |

116A | Quels jours de la semaine avez-vous l'habitude d'écouter la radio? | LUNDI.....A |  
 | | MARDI.....B |  
 | | MERCREDI.....D |

ENREGISTRER TOUTES LES REPONSES DONNEES.  
 SI LA REponse EST "ÇA DEPEND", "N'IMPORTE" OU "NSP", VOUS  
 NE DEVEZ ENCERCLER QU'UN SEUL CODE.

JEUDI.....E  
 VENDREDI.....F  
 SAMEDI.....G  
 DIMANCHE.....H  
 ÇA DEPEND/N'IMPORTE.....X  
 NSP.....Z

116B A quelles heures avez-vous l'habitude d'écouter la radio?  
 ENREGISTRER TOUTES LES REPONSES DONNEES.  
 SI LA REponse EST "TOUTE LA JOURNEE", "ÇA DEPEND",  
 "N'IMPORTE" OU "NSP", VOUS NE DEVEZ ENCERCLER QU'UN  
 SEUL CODE.

AVANT 8 HEURES.....A  
 DE 8 A 12 HEURES.....B  
 DE 12 A 14 HEURES.....C  
 DE 14 A 18 HEURES.....D  
 DE 18 A 20 HEURES.....E  
 AU DELA DE 20 HEURES.....F  
 TOUTE LA JOURNEE.....G  
 ÇA DEPEND/N'IMPORTE.....X  
 NSP.....Z

116C Quel genre d'émission radio avez-vous l'habitude  
 d'écouter?  
 INSISTER POUR OBTENIR LE GENRE D'EMISSION.  
 ENREGISTRER TOUTES LES EMISSIONS ECOUTEES.

VARIETE MUSICALE.....A  
 SPORT.....B  
 JOURNAL PARLE.....D  
 REPORTAGE.....E  
 EMISSION SUR LA SANTE.....F  
 AUTRE \_\_\_\_\_ X  
 (PRECISER)

116D Avez-vous déjà eu l'occasion d'écouter le feuilleton-radio  
 "Yamba Songo"? OUI.....1  
 NON.....2 116G

116E Ce feuilleton est-il, selon vous, à caractère éducatif ou  
 s'agit-il d'un feuilleton de divertissement? EDUCATIF.....1  
 DIVERTISSEMENT.....2 116G  
 LES DEUX.....3  
 NSP.....8 116G

116F Selon vous, de quels problèmes parle le feuilleton  
 "Yamba Songo"? ENREGISTRER TOUTES LES REPONSES DONNEES.  
 SI LA REponse EST "NSP", VOUS NE DEVEZ ENCERCLER QUE CE  
 CODE.

PLANIFICATION FAMILIALE/  
 CONTRACEPTION.....A  
 SIDA/VIH.....B  
 MALADIE SEXUEL. TRANSMISSIBLE...C  
 TRAITEMENT DIARRHEE/SRO.....D  
 PROBLEMES DE SANTE.....E  
 AUTRE \_\_\_\_\_ X  
 (PRECISER)  
 NSP.....Z

N° | QUESTIONS ET FILTRES | CODES | PASSER A

116G Avez-vous l'habitude de regarder la télévision?  
 OUI.....1  
 NON.....2 118

117 Avez-vous l'habitude de regarder la télévision au moins  
 une fois par semaine? OUI.....1  
 NON.....2

117A Quels jours de la semaine avez-vous l'habitude de regarder  
 la télévision? LUNDI.....A  
 MARDI.....B  
 MERCREDI.....D  
 JEUDI.....E  
 VENDREDI.....F  
 SAMEDI.....G  
 DIMANCHE.....H  
 TOUS LES JOURS.....I  
 ÇA DEPEND/N'IMPORTE.....X  
 NSP.....Z  
 ENREGISTRER TOUTES LES REPONSES DONNEES.  
 SI LA REponse EST "TOUS LES JOURS", "ÇA DEPEND",  
 "N'IMPORTE" OU "NSP", VOUS NE DEVEZ ENCERCLER QU'UN SEUL  
 CODE.

117B A quelles heures avez-vous l'habitude de regarder la  
 télévision? LE MATIN.....A  
 DE 8 A 12 HEURES.....B  
 DE 12 A 14 HEURES.....C  
 DE 14 A 18 HEURES.....D  
 DE 18 A 20 HEURES.....E  
 AU DELA DE 20 HEURES.....F  
 TOUTE LA JOURNEE.....G  
 ÇA DEPEND/N'IMPORTE.....X  
 NSP.....Z  
 ENREGISTRER TOUTES LES REPONSES DONNEES.  
 SI LA REponse EST "TOUTE LA JOURNEE", "ÇA DEPEND",  
 "N'IMPORTE" OU "NSP", VOUS NE DEVEZ ENCERCLER QU'UN  
 SEUL CODE.

117C Quel genre d'émission avez-vous l'habitude de regarder?  
 INSISTER POUR OBTENIR LE GENRE D'EMISSION.  
 ENREGISTRER TOUTES LES EMISSIONS REGARDEES.

VARIETE MUSICALE.....A  
 SPORT.....B  
 FILM/FEUILLETON.....C  
 JOURNAL TELEVISE.....D  
 REPORTAGE.....E  
 EMISSION SUR LA SANTE.....F  
 AUTRE \_\_\_\_\_ X  
 (PRECISER)

118 Quelle est votre religion? CATHOLIQUE.....1  
 PROTESTANTE.....2

MUSULMANE.....3  
 TRADITIONNELLE.....4  
 SANS RELIGION/AUCUNE.....5  
 AUTRE \_\_\_\_\_ 6  
 (PRECISER)

119 | Quelle est votre ethnie?

--	--

SECTION 2. REPRODUCTION

N°	QUESTIONS ET FILTRES	CODES	PASSER A
----	----------------------	-------	----------

201	Maintenant je voudrais vous parler de toutes les naissances que vous avez eues dans votre vie. Avez-vous donné naissance à des enfants?	OUI.....1 NON.....2	<input type="checkbox"/> 206
-----	--	------------------------	------------------------------

202	Avez-vous des fils ou des filles à qui vous avez donné naissance et qui vivent actuellement avec vous?	OUI.....1 NON.....2	<input type="checkbox"/> 204
-----	--	------------------------	------------------------------

203	Combien de fils vivent avec vous? Combien de filles vivent avec vous? SI "AUCUN", NOTER '00'	FILS A LA MAISON..... FILLES A LA MAISON.....	<table border="1"><tr><td> </td><td> </td></tr><tr><td> </td><td> </td></tr></table>				

204	Avez-vous des fils ou des filles à qui vous avez donné naissance, qui sont toujours en vie mais qui ne vivent pas avec vous?	OUI.....1 NON.....2	<input type="checkbox"/> 206
-----	--	------------------------	------------------------------

205	Combien de fils sont vivants mais ne vivent pas avec vous? Combien de filles sont vivantes mais ne vivent pas avec vous? SI "AUCUN", NOTER '00'	FILS AILLEURS..... FILLES AILLEURS.....	<table border="1"><tr><td> </td><td> </td></tr><tr><td> </td><td> </td></tr></table>				

206	Avez-vous donné naissance à un fils ou une fille qui est né vivant mais qui est décédé par la suite? SI NON, INSISTER: Aucun enfant qui a crié ou qui a donné un signe de vie mais qui n'a survécu que quelques heures ou quelques jours?	OUI.....1 NON.....2	<input type="checkbox"/> 208
-----	---	------------------------	------------------------------

207	Combien de vos fils sont décédés? Combien de vos filles sont décédées? SI "AUCUN", NOTER '00'	FILS DECEDE..... FILLE DECEDEE.....	<table border="1"><tr><td> </td><td> </td></tr><tr><td> </td><td> </td></tr></table>				

208	FAITES LA SOMME DE Q. 203, 205 ET 207, ET NOTER LE TOTAL. SI "AUCUN", NOTER '00'	TOTAL.....	<table border="1"><tr><td> </td><td> </td></tr></table>		

209	VERIFIER 208: Je voudrais être sûre d'avoir bien compris : vous avez eu au TOTAL ____ naissances durant votre vie. Est-ce bien exact?  OUI <input type="checkbox"/> NON <input type="checkbox"/> INSISTER ET CORRIGER 201-208 COMME IL SE DOIT.		
-----	--	--	--

210	VERIFIER 208: AU MOINS UNE NAISSANCE <input type="checkbox"/> AUCUNE NAISSANCE <input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/> 227
-----	--	--	------------------------------

211 Maintenant je voudrais faire la liste de toutes vos naissances, qu'elles soient encore en vie ou non, en commençant par la première naissance que vous avez eue.  
 NOTER LE NOM DE TOUTES LES NAISSANCES A 212. NOTER LES JUMEAUX ET TRIPLES SUR DES LIGNES SEPARÉES.

212	213	214	215	216	217	218	219	220	221
Quel nom a été donné à votre (premier/suivant) enfant?  (NOM)	Parmi ces naissances, y avait-il des jumeaux?	(NOM) est-ce un garçon ou une fille?	En quel mois et quelle année est né(e) (NOM)?  INSISTER: Quelle est sa date de naissance? OU: En quelle saison est-il/elle né(e)?	(NOM) est-il/elle toujours en vie?	Quel âge avait (NOM) à son dernier anniversaire?  NOTER L'AGE EN ANNEES REVOLUES	(NOM) vit-il/elle avec vous?	Quel âge avait (NOM) quand il/elle est mort(e)?  SI "1 AN", INSISTER: Quel âge avait (NOM) en mois?  NOTER EN JOURS SI MOINS D'1 MOIS; EN MOIS SI MOINS DE 2 ANS; OU EN ANNEES.	SOUSTRAIRE L'ANNEE DE NAISSANCE DE (NOM) DE L'ANNEE DE NAISSANCE PRECEDENTE.  LA DIFFERENCE EST-ELLE DE 4 ANS OU PLUS?	Y-a-t-il eu d'autres naissances vivantes entre (NOM DE LA NAISSANCE PRECEDENTE) et (NOM)?

01	SIMP..1	GARÇ..1	MOIS....	OUI..1	AGE EN ANNEES	OUI...1	JOURS...1		
	MULT..2	FILL..2	AN	NON..2		NON...2	MOIS...2		
				<input type="checkbox"/>		(ENFANT SUIVANT)	ANNEES..3		
				219					

02	SIMP..1	GARÇ..1	MOIS....	OUI..1	AGE EN ANNEES	OUI...1	JOURS...1	OUI...1	OUI..1
	MULT..2	FILL..2	AN	NON..2		NON...2	MOIS...2	NON...2	NON..2
				<input type="checkbox"/>		(ALLEZ A 220)	ANNEES..3	(NAIS. SUIVANTE)	
				219					

03	SIMP..1	GARÇ..1	MOIS....	OUI..1	AGE EN ANNEES	OUI...1	JOURS...1	OUI...1	OUI..1
	MULT..2	FILL..2	AN	NON..2		NON...2	MOIS...2	NON...2	NON..2
				<input type="checkbox"/>		(ALLEZ A 220)	ANNEES..3	(NAIS. SUIVANTE)	
				219					

04	SIMP..1	GARÇ..1	MOIS....	OUI..1	AGE EN ANNEES	OUI...1	JOURS...1	OUI...1	OUI..1
	MULT..2	FILL..2	AN	NON..2		NON...2	MOIS...2	NON...2	NON..2
				<input type="checkbox"/>		(ALLEZ A 220)	ANNEES..3	(NAIS. SUIVANTE)	
				219					

05	SIMP..1	GARÇ..1	MOIS....	OUI..1	AGE EN ANNEES	OUI...1	JOURS...1	OUI...1	OUI..1
	MULT..2	FILL..2	AN	NON..2		NON...2	MOIS...2	NON...2	NON..2
				<input type="checkbox"/>		(ALLEZ A 220)	ANNEES..3	(NAIS. SUIVANTE)	
				219					

06	SIMP..1	GARÇ..1	MOIS....	OUI..1	AGE EN ANNEES	OUI...1	JOURS...1	OUI...1	OUI..1
	MULT..2	FILL..2	AN	NON..2		NON...2	MOIS...2	NON...2	NON..2
				<input type="checkbox"/>		(ALLEZ A 220)	ANNEES..3	(NAIS. SUIVANTE)	
				219					

07	SIMP..1	GARÇ..1	MOIS....	OUI..1	AGE EN ANNEES	OUI...1	JOURS...1	OUI...1	OUI..1
	MULT..2	FILL..2	AN	NON..2		NON...2	MOIS...2	NON...2	NON..2
				<input type="checkbox"/>		(ALLEZ A 220)	ANNEES..3	(NAIS. SUIVANTE)	
				219					

212	213	214	215	216	217	218	219	220	221
Quel nom a été donné à votre enfant suivant?	Parmi ces naissances,	(NOM) est-ce un garçon ou	En quel mois et quelle année est né(e) (NOM)?	(NOM) est-il/elle toujours	Quel âge avait (NOM) à son	(NOM) vit-il/elle avec	Quel âge avait (NOM) quand il/elle est mort(e)?	SOUSTRAIRE L'ANNEE DE NAISSANCE DE (NOM) DE L'ANNEE	Y-a-t-il eu d'autres naissances vi-

y avait-il des jumeaux?	une fille?	INSISTER: Quelle est sa date de naissance? OU: En quelle saison est-il/elle né(e)?	en vie/	dernier anniversaire?	vous?	SI "1 AN", INSISTER: Quel âge avait (NOM) en mois?	DE NAIS-SANCE PRE-CEDEnte.	vantes entre (NOM DE LA NAIS-SANCE PRECE-DEnte) et (NOM)?
(NOM)				NOTER L'AGE EN ANNEES REVOLUES		NOTER EN JOURS SI MOINS D'1 MOIS; EN MOIS SI MOINS DE 2 ANS; OU EN ANNEES.	LA DIFFE-RENCE EST-ELLE DE 4 ANS OU PLUS?	

08	SIMP..1	GARÇ..1	MOIS....	OUI..1	AGE EN ANNEES	OUI...1	JOURS...1	OUI....1	OUI..1
	MULT..2	FILL..2	AN	NON..2		NON...2	MOIS....2	NON....2	NON..2
				<input type="checkbox"/>		(ALLEZ <input type="checkbox"/> A 220)	ANNEES..3	(NAIS. <input type="checkbox"/> SUIVANTE)	

09	SIMP..1	GARÇ..1	MOIS....	OUI..1	AGE EN ANNEES	OUI...1	JOURS...1	OUI....1	OUI..1
	MULT..2	FILL..2	AN	NON..2		NON...2	MOIS....2	NON....2	NON..2
				<input type="checkbox"/>		(ALLEZ <input type="checkbox"/> A 220)	ANNEES..3	(NAIS. <input type="checkbox"/> SUIVANTE)	

10	SIMP..1	GARÇ..1	MOIS....	OUI..1	AGE EN ANNEES	OUI...1	JOURS...1	OUI....1	OUI..1
	MULT..2	FILL..2	AN	NON..2		NON...2	MOIS....2	NON....2	NON..2
				<input type="checkbox"/>		(ALLEZ <input type="checkbox"/> A 220)	ANNEES..3	(NAIS. <input type="checkbox"/> SUIVANTE)	

11	SIMP..1	GARÇ..1	MOIS....	OUI..1	AGE EN ANNEES	OUI...1	JOURS...1	OUI....1	OUI..1
	MULT..2	FILL..2	AN	NON..2		NON...2	MOIS....2	NON....2	NON..2
				<input type="checkbox"/>		(ALLEZ <input type="checkbox"/> A 220)	ANNEES..3	(NAIS. <input type="checkbox"/> SUIVANTE)	

222 SOUSTRAIRE L'ANNEE DE NAISSANCE DU DERNIER ENFANT DE L'ANNEE DE L'INTERVIEW. OUI...1 —  PASSER A 223  
 LA DIFFERENCE EST-ELLE DE 4 ANS OU PLUS? NON....2 —  PASSER A 224

223 Avez-vous eu d'autres naissances vivantes depuis la naissance de (NOM DERNIERE NAISSANCE)? OUI.....1  
 NON.....2

224 COMPARER 208 AVEC LE NOMBRE DE NAISSANCES ENREGISTREES DANS LE TABLEAU CI-DESSUS ET NOTER:  
 LES NOMBRES SONT LES MEMES  LES NOMBRES SONT DIFFERENTS  (VERIFIER 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 : VERIFIER POUR DETERMINER LE NOMBRE EXACT DE MOIS.

225 VERIFIER 215 ET ENTRER LE NOMBRE DE NAISSANCES VIVANTES DEPUIS JANVIER 1993. S'IL N'Y EN A PAS, NOTER '0'.

N°	QUESTIONS ET FILTRES	CODES	PASSER A
227	Etes-vous enceinte en ce moment?	OUI.....1 NON.....2 PAS SURE.....8	<input type="checkbox"/> 236
228	De combien de mois êtes-vous enceinte? NOTER LE NOMBRE DE MOIS REVOLUS	MOIS.....	
229	Au moment où vous êtes tombée enceinte, vouliez-vous tomber enceinte Dà ce moment-là, vouliez-vous attendre plus tard, ou vouliez-vous ne plus avoir d'enfant?	A CE MOMENT-LA.....1 PLUS TARD.....2 NE PLUS AVOIR D'ENFANT.....3	
236	Quand vos dernières règles ont-elles commencé?	JOURS.....1	

(INSCRIRE LA DATE, SI ELLE EST DONNEE)

SEMAINES.....	2		
MOIS.....	3		
ANNEES.....	4		
EN MENOPAUSE.....	994		
AVANT LA DERNIERE NAISSANCE....	995		
JAMAIS EU DE REGLES.....	996		

237 Entre le premier jour des règles d'une femme et le premier jour de ses règles suivantes, y-a-t-il des moments où elle a plus de chances de tomber enceinte que d'autres?

OUI.....1  
NON.....2  
NSP.....8  300

238 A quels moments du cycle menstruel, une femme a-t-elle le plus de chances de tomber enceinte?

DURANT SES REGLES.....01  
JUSTE APRES LA FIN DES REGLES.....02  
AU MILIEU DU CYCLE.....03  
JUSTE AVANT DEBUT DES REGLES...04

AUTRE \_\_\_\_\_ 96  
(PRECISER)

NSP.....98

SECTION 3. CONTRACEPTION

300 Maintenant, je voudrais vous parler de la planification familiale - les différents moyens ou méthodes qu'un couple peut utiliser pour retarder la survenue d'une grossesse ou éviter de tomber enceinte.

ENCERCLER LE CODE '1' DANS 301 POUR CHAQUE METHODE MENTIONNEE D'UNE MANIERE SPONTANEE.  
PUIS CONTINUER A LA COLONNE 302 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 ELLE N'EST PAS RECONNUE.  
PUIS, POUR CHAQUE METHODE AYANT LE CODE '1' OU '2' ENCERCLE A 301 OU A 302, POSER 303.

301 Quels sont les moyens ou méthodes dont vous avez entendu parler?	302 Avez-vous déjà entendu parler de (METHODE)?		303 Avez-vous déjà utilisé (METHODE)?
	OUI SPONTANE	OUI DESCRIPTION NON	
01   PILULE Les femmes peuvent prendre une pilule tous les jours.	1	2 <input type="checkbox"/> 3	OUI.....1 NON.....2
02   DIU Les femmes peuvent avoir un stérilet que le médecin ou l'infirmière leur place dans l'utérus.	1	2 <input type="checkbox"/> 3	OUI.....1 NON.....2
03   INJECTION Les femmes peuvent avoir une injection par un médecin ou une infirmière pour éviter de tomber enceinte pendant plusieurs mois.	1	2 <input type="checkbox"/> 3	OUI.....1 NON.....2
04   IMPLANT Les femmes se font insérer sous la peau du bras plusieurs petits bâtonnets qui empêchent de tomber enceinte pendant plusieurs années.	1	2 <input type="checkbox"/> 3	OUI.....1 NON.....2
05   DIAPHRAGME, MOUSSE, GELEE Les femmes peuvent se mettre à l'intérieur une éponge, un suppositoire, un diaphragme, de la gelée ou de la crème avant d'avoir des rapports sexuels.	1	2 <input type="checkbox"/> 3	OUI.....1 NON.....2
06   CONDOM (CAPOTE ANGLAISE) Les hommes peuvent se mettre une capote en caoutchouc au pénis avant les rapports sexuels.	1	2 <input type="checkbox"/> 3	OUI.....1 NON.....2
07   STERILISATION FEMININE Les femmes peuvent subir une opération pour ne plus avoir d'enfants.	1	2 <input type="checkbox"/> 3	Avez-vous eu une opération pour éviter d'avoir d'autres enfants? OUI.....1 NON.....2
08   STERILISATION MASCULINE Les hommes peuvent subir une opération pour ne plus avoir d'enfants.	1	2 <input type="checkbox"/> 3	Avez-vous déjà vécu avec un homme qui avait eu une opération pour éviter d'avoir des enfants? OUI.....1 NON/NSP.....2
09   RYTHME, CONTINENCE PERIODIQUE Chaque mois qu'une femme est sexuellement active, elle peut éviter d'avoir des rapports sexuels les jours du mois pendant lesquels elle est plus susceptible de tomber enceinte.	1	2 <input type="checkbox"/> 3	OUI.....1 NON.....2

10	RETRAIT Les hommes peuvent faire attention et se retirer avant l'éjaculation.	1	2	3	OUI.....1 NON.....2
11	Avez-vous entendu parler d'autres moyens ou méthodes que les femmes ou les hommes peuvent utiliser pour éviter une grossesse?	1		3	OUI.....1 NON.....2  OUI.....1 NON.....2
			(PRECISER)		
			(PRECISER)		

304 VERIFIER 303: AUCUN "OUI" (N'A JAMAIS UTILISE)  AU MOINS UN "OUI" (A UTILISE)  PASSER A 309

9

No.	QUESTIONS ET FILTRES	CODES	PASSER A
305	Avez-vous déjà utilisé un moyen quelconque ou essayé quelque chose pour retarder la survenue d'une grossesse ou éviter de tomber enceinte?	OUI.....1 NON.....2	<input type="checkbox"/> 331
307	Qu'avez-vous fait ou utilisé? CORRIGER 303 ET 304 (ET 302 SI NECESSAIRE).		
309	Maintenant, je voudrais vous parler du moment où pour la première fois, vous avez fait quelque chose ou utilisé une méthode pour éviter de tomber enceinte.  Combien d'enfants vivants aviez-vous à ce moment-là? SI AUCUN ENREGISTRER '00'	NOMBRE D'ENFANTS.....	<input type="text"/>
310	Au moment où vous avez commencé à utiliser la planification familiale pour la première fois, était-ce parce que vous vouliez avoir un autre enfant, mais vous le vouliez plus tard, ou parce que vous ne vouliez plus avoir d'enfant?	VOULAIT ENFANT PLUS TARD.....1 NE VOULAIT PLUS D'ENFANT.....2 AUTRE.....6 (PRECISER)	
311	VERIFIER 303: FEMME NON STERILISEE <input type="checkbox"/> FEMME STERILISEE <input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/> 314A
312	VERIFIER 227: PAS ENCEINTE <input type="checkbox"/> ENCEINTE <input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/> 332
313	En ce moment, faites-vous quelque chose ou utilisez-vous une méthode pour éviter de tomber enceinte?	OUI.....1 NON.....2	<input type="checkbox"/> 331
314	Quelle méthode utilisez-vous?	PILULE.....01 DIU.....02 INJECTION.....03 IMPLANT.....04 DIAPHRAGME/MOUSSE/GELEE.....05 CONDOM.....06 STERILISATION FEMININE.....07 STERILISATION MASCULINE.....08 CONTINENCE PERIODIQUE.....09 RETRAIT.....10 AUTRE.....96 (PRECISER)	<input type="checkbox"/> 325A  <input type="checkbox"/> 317A <input type="checkbox"/> 322A <input type="checkbox"/> 325A
314A	ENCERCLER '07' POUR STERILISATION FEMININE		
314B	Pourquoi utilisez-vous la pilule plutôt qu'une autre méthode?	COUT/MOINS CHER.....01 PLUS DISPONIBLE.....02 M'A ETE PRESCRIT.....03 PLUS EFFICACE.....04 PAS EFFETS SECONDAIRES.....05 ÇA ME CONVIENT.....06 SEULE METHODE CONNUE.....07 METHODE REVERSIBLE.....08 AUTRE.....96 (PRECISER)	
315	Puis-je voir la boîte de pilules que vous utilisez en ce moment?  SI LE PAQUET EST MONTRE, ENCEERCLER LE CODE CORRESPONDANT	LO FEMENAL.....01 OVRETTE.....02 CONFIANCE.....03 NOVELL-DUO.....04 AUTRE.....96 (PRECISER) BOITE NON VUE.....98	<input type="checkbox"/> 317

316	Connaissez-vous le nom de la marque de pilules que vous utilisez en ce moment?	LO FEMENAL.....01
		OVRETTE.....02
		CONFIANCE.....03
		NOVELL-DUO.....04
		AUTRE _____ 96
	NOTER LE NOM DE LA MARQUE	(PRECISER)
		NSP.....98

10

No.	QUESTIONS ET FILTRES	CODES	PASSER A
317	Combien vous coûte une boîte (cycle) de pilules?	COUT..... <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> GRATUIT.....9996 NSP.....9998	<input type="checkbox"/> 326
317A	Pourquoi avez-vous eu (vous ou votre conjoint/partenaire) une opération pour ne plus avoir d'enfants plutôt que que d'utiliser une autre méthode?	COUT/MOINS CHER.....01 PLUS DISPONIBLE.....02 M'A ETE PRESCRIT.....03 PLUS EFFICACE.....04 PAS EFFETS SECONDAIRES.....05 ÇA ME CONVIENT.....06 SEULE METHODE CONNUE.....07 METHODE DEFINITIVE.....08 AUTRE _____ 96 (PRECISER)	
318	Où a eu lieu l'opération pour ne plus avoir d'enfant?  S'IL S'AGIT D'UN HOPITAL, D'UN CENTRE DE SANTE OU D'UNE CLINIQUE, ECRIRE LE NOM DE L'ENDROIT. INSISTER POUR DETERMINER LE TYPE DE SERVICE ET ENCERCLER LE CODE APPROPRIE.  _____  (NOM DE L'ENDROIT)	SECTEUR PUBLIC HOPITAL.....11 CENTRE DE SANTE/PMI.....12 AUTRE PUBLIC _____ 16 (PRECISER) SECTEUR MEDICAL PRIVE DOCTEUR PRIVE.....21 CLINIQUE/HOPITAL PRIVE.....22 CENTRE DE PF.....23 AUTRE MED.PRIV. _____ 26 (PRECISER) AUTRE _____ 96 (PRECISER) NSP.....98	
319	Regrettez-vous d'avoir eu (ou que votre mari ait eu) une opération pour ne plus avoir d'enfants?	OUI.....1 NON.....2	<input type="checkbox"/> 321
320	Pourquoi regrettez-vous l'opération?	ENQUETEE VEUT AUTRE ENFANT.....01 MARI/CONJOINT VEUT ENFANT.....02 EFFETS SECONDAIRES.....03 ENFANT DECEDE.....04 AUTRE _____ 96 (PRECISER)	
321	En quel mois et quelle année la stérilisation a-t-elle eu lieu?	MOIS..... <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> ANNEE..... <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>	<input type="checkbox"/> 327
322A	Pourquoi utilisez-vous la continence périodique plutôt qu'une autre méthode?	COUT/NE COUTE RIEN.....01 PAS PROBLEME DE DISPONIBILITE..02 M'A ETE PRESCRIT.....03 PLUS EFFICACE.....04 PAS EFFETS SECONDAIRES.....05 ÇA ME CONVIENT.....06 SEULE METHODE CONNUE.....07 METHODE REVERSIBLE.....08 AUTRE _____ 96 (PRECISER)	
323	Comment déterminez-vous les jours de votre cycle mensuel pendant lesquels vous ne devez pas avoir de relations sexuelles?	BASEE SUR LE CALENDRIER.....01 BASEE SUR TEMPERATURE CORPS...02 BASEE SUR MUCUS CERVICAL (METHODE BILLINGS).....03 BASEE SUR TEMPERATURE DU CORPS ET MUCUS CERVICAL.....04 PAS DE SYSTEME SPECIFIQUE.....05 AUTRE _____ 96 (PRECISER)	

No.	QUESTIONS ET FILTRES	CODES	PASSER A
325A	Pourquoi utilisez-vous (METHODE CITEE A Q.314) plutôt qu'une autre méthode?	COUT/PAS CHER/COUTE RIEN.....01 PAS PROBLEME DE DISPONIBILITE..02 M'A ETE PRESCRIT.....03 PLUS EFFICACE.....04 PAS EFFETS SECONDAIRES.....05 ÇA ME CONVIENT.....06 SEULE METHODE CONNUE.....07 METHODE REVERSIBLE.....08 PROTEGE CONTRE SIDA/MST.....09  AUTRE ..... 96 (PRECISER)	
326	Depuis combien de mois utilisez-vous (METHODE) de façon continue?  SI MOINS DE 1 MOIS, NOTER '00'.	MOIS..... <input type="text"/>  8 ANS OU PLUS.....96	
327	VERIFIER 314:  ENCERCLER LE CODE DE LA METHODE:	PILULE.....01 DIU.....02 INJECTION.....03 IMPLANT.....04 DIAPHRAGME/MOUSSE/GELEE.....05 CONDOM.....06 STERILISATION FEMININE.....07 STERILISATION MASCULINE.....08 CONTINENCE PERIODIQUE.....09 RETRAIT.....10  AUTRE METHODE.....96	<input type="checkbox"/> 329A  <input type="checkbox"/> 332
328	Où avez-vous obtenu (METHODE) la dernière fois?  S'IL S'AGIT D'UN HOPITAL, D'UN CENTRE DE SANTE OU D'UNE CLINIQUE, ECRIRE LE NOM DE L'ENDROIT. INSISTER POUR DETERMINER LE TYPE DE SERVICE ET ENCERCLER LE CODE APPROPRIE.  _____ (NOM DE L'ENDROIT)	SECTEUR PUBLIC HOPITAL.....11 CENTRE DE SANTE/PMI.....12 DISPENSARE.....13 POSTE MEDICAL.....14  AUTRE PUBLIC ..... 16 (PRECISER) SECTEUR MEDICAL PRIVE DOCTEUR PRIVE.....21 CLINIQUE/HOPITAL PRIVE.....22 CENTRE DE PF.....23 PHARMACIE/DEPOT PHARMACEUT....24  AUTRE MEDICAL PRIVE ..... 26 (PRECISER) AUTRE SECTEUR PRIVE BOUTIQUE/MARCHE.....31 BAR/BOITE DE NUIT.....32 KIOSQUE.....33 CIRCUIT COMMERCIAL INFORMEL...34 EGLISE/TEMPLE.....35 CONNAISSANCES/PARENTS.....36 GUERISSEUR TRADITIONNEL.....37  AUTRE ..... 96 (PRECISER)	
329	Connaissez-vous un autre endroit où vous auriez pu vous procurer (METHODE) la dernière fois?	OUI.....1 NON.....2	<input type="checkbox"/> 334
329A	Au moment de la stérilisation, connaissiez-vous un autre endroit où vous auriez pu subir cette même opération?		

No.	QUESTIONS ET FILTRES	CODES	PASSER A
329B	Les gens choisissent l'endroit où se procurer des services de planification familiale, pour différentes raisons.  Quelles sont les raisons pour lesquelles vous êtes	ACCESSIBILITE PLUS PROCHE DOMICILE.....A PLUS PROCHE MARCHE/TRAVAIL...B TRANSPORT DISPONIBLE.....C	

allée à (NOM DE L'ENDROIT CITE A Q.328 OU Q.318)  
plutôt qu'à l'autre endroit que vous connaissez?

ENREGISTRER TOUT CE QUI EST MENTIONNE  
SI LA REponse EST "NSP" VOUS NE DEVEZ ENCERCLER  
QUE CE CODE.

Autres raisons?

RAISONS RELATIVES AU SERVICE  
PERSONNEL PLUS COMPETENT/  
AIMABLE.....D  
PLUS PROPRE.....E  
OFFRE PLUS D'INTIMITE.....F  
ATTENTE MOINS LONGUE.....G  
TEMPS D'OUVERTURE PLUS LONG...H  
MEME ETABLISSEMENT OFFRE  
D'AUTRES SERVICES.....I  
DISPONIBILITE DE LA METHODE  
A TOUS MOMENTS.....J  
COUTS PLUS FAIBLES/MOINS CHER...K  
VOULAIT ANONYMAT.....L  
AUTRE \_\_\_\_\_ X  
(PRECISER)  
NSP.....Z

330 ENQUETRIX:  
-SI VOUS N'AVEZ ENCERCLE QU'UN SEUL CODE A Q.329B,  
ENCERCLER ICI LE CODE CORRESPONDANT A LA MEME REponse  
ET PASSER A Q.334.  
-SI VOUS AVEZ ENCERCLE PLUSIEURS CODES A Q.329B,  
POSER LA QUESTION SUIVANTE ET ENCERCLER LA REponse.

Parmi les raisons que vous m'avez données, quelle est la  
raison principale?

ACCESSIBILITE  
PLUS PROCHE DOMICILE.....11  
PLUS PROCHE MARCHE/TRAVAIL...12  
TRANSPORT DISPONIBLE.....13  
RAISONS RELATIVES AU SERVICE  
PERSONNEL PLUS COMPETENT/  
AIMABLE.....21  
PLUS PROPRE.....22  
OFFRE PLUS D'INTIMITE.....23  
ATTENTE MOINS LONGUE.....24  
TEMPS D'OUVERTURE PLUS LONG..25  
MEME ETABLISSEMENT OFFRE  
D'AUTRES SERVICES.....26  
DISPONIBILITE DE LA METHODE  
A TOUS MOMENTS.....27  
COUTS PLUS FAIBLES/MOINS CHER..31  
VOULAIT ANONYMAT.....41  
AUTRE \_\_\_\_\_ 96  
(PRECISER)  
NSP.....98

□334

331 VERIFIER 227:

PAS ENCEINTE  
OU PAS SURE

ENCEINTE

□332

13

PASSER

No.	QUESTIONS ET FILTRES	CODES	A
331A	Quelle est la principale raison pour laquelle vous n'utilisez pas une méthode pour éviter une grossesse?	NON MARIEE.....11 RAISONS LIEES A LA FECONDITE PAS DE RAPPORTS SEXUELS.....21 RAP. SEX. PEU FREQUENTS.....22 MENOPAUSEE/HYSTERECTOMIE.....23 SOUS-FECONDE/STERILE.....24 POST-PARTUM/ALLAITEMENT.....25 VEUT DES (D'AUTRES) ENFANTS...26 OPPOSITION A L'UTILISATION ENQUETEE OPPOSEE.....31 MARI/CONJOINT OPPOSE.....32 AUTRES PERS. OPPOSEES.....33 INTERDITS RELIGIEUX.....34 TABOUS CULTURELS.....35 MANQUE DE CONNAISSANCE NE CONNAIT AUCUNE METHODE....41 NE CONNAIT AUCUNE SOURCE.....42 RAISONS LIEES AUX METHODES PROBLEMES DE SANTE.....51 PEUR DES EFFETS SECONDAIRES...52 PAS ACCESSIBLE/TROP LOIN.....53 TROP CHERE.....54 PAS PRATIQUE A UTILISER.....55 INTERFERE AVEC LE PROCESSUS NORMAL DU CORPS.....56	

AUTRE \_\_\_\_\_ 96  
(PRECISER)  
NSP..... 98

332 | Connaissez-vous un endroit où vous pouvez vous procurer une méthode de planification familiale? | OUI.....1  
NON.....2 334

333 | Où est-ce?  
S'IL S'AGIT D'UN HOPITAL, D'UN CENTRE DE SANTE OU D'UNE CLINIQUE, ECRIRE LE NOM DE L'ENDROIT. INSISTER POUR DETERMINER LE TYPE DE SERVICE ET ENCERCLER LE CODE APPROPRIE.  
\_\_\_\_\_  
(NOM DE L'ENDROIT)

SECTEUR PUBLIC  
HOPITAL.....11  
CENTRE DE SANTE/PMI.....12  
DISPENSARE.....13  
POSTE MEDICAL.....14  
AUTRE PUBLIC \_\_\_\_\_ 16  
(PRECISER)  
SECTEUR MEDICAL PRIVE  
DOCTEUR PRIVE.....21  
CLINIQUE/HOPITAL PRIVE.....22  
CENTRE DE PF.....23  
PHARMACIE/DEPOT PHARMACEUT...24  
AUTRE MEDICAL PRIVE \_\_\_\_\_ 26  
(PRECISER)  
AUTRE SECTEUR PRIVE  
BOUTIQUE/MARCHE.....31  
BAR/BOITE DE NUIT.....32  
KIOSQUE.....33  
CIRCUIT COMMERCIAL INFORMEL...34  
EGLISE/TEMPLE.....35  
CONNAISSANCES/PARENTS.....36  
GUERISSEUR TRADITIONNEL.....37  
AUTRE \_\_\_\_\_ 96  
(PRECISER)

334 | Avez-vous reçu la visite d'un agent qui vous a parlé de la planification familiale au cours des 12 derniers mois? | OUI.....1  
NON.....2

335 | Avez-vous été dans un établissement de santé pour n'importe quelle raison au cours des 12 derniers mois? | OUI.....1  
NON.....2 337

14

No. | QUESTIONS ET FILTRES | CODES | PASSER A

336 | Est-ce que quelqu'un de l'établissement de santé vous a parlé des méthodes de planification familiale? | OUI.....1  
NON.....2

337 | Pensez-vous que le fait d'allaiter peut influencer les chances d'une femme de tomber enceinte? | OUI.....1  
NON.....2 401  
NSP.....8

338 | Pensez-vous que l'allaitement augmente ou diminue les chances d'une femme de tomber enceinte? | AUGMENTE.....1 401  
DIMINUE.....2  
ÇA DEPEND.....3  
NSP.....8

339 | VERIFIER 210:  
UNE OU PLUSIEURS NAISSANCES  AUCUNE NAISSANCE  401

340 | Avez-vous déjà compté sur l'allaitement comme un moyen d'éviter de tomber enceinte? | OUI.....1  
NON.....2 401

341 | VERIFIER 227 ET 311:  
PAS ENCEINTE OU PAS SURE ENCEINTE OU STERILISEE   
ET 401  
NON STERILISEE

342 | Comptez-vous actuellement sur l'allaitement pour éviter de tomber enceinte? | OUI.....1  
NON.....2

15

## SECTION 4A. GROSSESSES ET ALLAITEMENT

401	VERIFIER 225 : UNE OU PLUSIEURS NAISSANCES DEPUIS JANV.1993	<input type="checkbox"/>	AUCUNE NAISSANCE DEPUIS JANVIER 1993	<input type="checkbox"/>	(PASSER A 465)
402	INSCRIRE LE NOM, LE N° DE LIGNE ET L'ETAT DE SURVIE DE CHAQUE NAISSANCE DEPUIS JANVIER 1993 DANS LE TABLEAU. POSER LES QUESTIONS A PROPOS DE TOUTES CES NAISSANCES. COMMENCER PAR LA DERNIERE NAISSANCE. (S'IL Y A PLUS DE TROIS NAISSANCES, UTILISEZ UN QUESTIONNAIRE SUPPLEMENTAIRE).  Maintenant, je voudrais vous poser quelques questions à propos de la santé des enfants que vous avez eus durant les cinq dernières années. (Nous parlerons d'un enfant à la fois)				
403	VOIR SECTION 2: N° DE LIGNE DE LA Q. 212	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
404	SELON Q. 212 ET Q. 216	DERNIERE NAISSANCE NOM VIVANT <input type="checkbox"/> DECEDE <input type="checkbox"/>	AVANT-DERNIERE NAISS. NOM VIVANT <input type="checkbox"/> DECEDE <input type="checkbox"/>	AV. AVANT-DERNIERE NAISS. NOM VIVANT <input type="checkbox"/> DECEDE <input type="checkbox"/>	
405	Au moment où vous êtes tombée enceinte de (NOM), vouliez-vous tomber enceinte, Dà ce moment-là, vouliez-vous attendre plus tard, ou vouliez- vous ne plus (pas) avoir d'enfants?	A CE MOMENT-LA.....1 (PASSER A 407) <input type="checkbox"/>	A CE MOMENT-LA.....1 (PASSER A 407) <input type="checkbox"/>	A CE MOMENT-LA.....1 (PASSER A 407) <input type="checkbox"/>	
		PLUS TARD.....2	PLUS TARD.....2	PLUS TARD.....2	
		NE VOULAIT PLUS.....3 (PASSER A 407) <input type="checkbox"/>	NE VOULAIT PLUS.....3 (PASSER A 407) <input type="checkbox"/>	NE VOULAIT PLUS.....3 (PASSER A 407) <input type="checkbox"/>	
406	Combien de temps auriez-vous voulu attendre?	MOIS.....1 <input type="text"/>	MOIS.....1 <input type="text"/>	MOIS.....1 <input type="text"/>	
		ANNEES.....2 <input type="text"/>	ANNEES.....2 <input type="text"/>	ANNEES.....2 <input type="text"/>	
		NSP.....998	NSP.....998	NSP.....998	
407	Quand vous étiez enceinte de (NOM), avez-vous vu quelqu'un pour des soins prénatals au sujet de cette grossesse ?  SI OUI: Qui avez-vous consulté? Quelqu'un d'autre?  INSISTER POUR OBTENIR LE TYPE DE PERSONNE. ENREGISTRER TOUTES LES PERSONNES CITEES.	PROFESSIONNEL DE SANTE MEDECIN.....A INFIRMIERE.....B SAGE-FEMME.....C AUTRE PERSONNE ACCOUCHEUSE FORMEE/ MATRONE.....E ACCOUCHEUSE TRADITIONNELLE.....F GUERISSEUR TRADITION...G AUTRE _____ X (PRECISER) PERSONNE.....Y (PASSER A 410) <input type="checkbox"/>	PROFESSIONNEL DE SANTE MEDECIN.....A INFIRMIERE.....B SAGE-FEMME.....C AUTRE PERSONNE ACCOUCHEUSE FORMEE/ MATRONE.....E ACCOUCHEUSE TRADITIONNELLE.....F GUERISSEUR TRADITION...G AUTRE _____ X (PRECISER) PERSONNE.....Y (PASSER A 410) <input type="checkbox"/>	PROFESSIONNEL DE SANTE MEDECIN.....A INFIRMIERE.....B SAGE-FEMME.....C AUTRE PERSONNE ACCOUCHEUSE FORMEE/ MATRONE.....E ACCOUCHEUSE TRADITIONNELLE.....F GUERISSEUR TRADITION...G AUTRE _____ X (PRECISER) PERSONNE.....Y (PASSER A 410) <input type="checkbox"/>	
408	De combien de mois étiez-vous enceinte lors de votre première consultation prénatale? DEMANDER A VOIR LE CARNET DE SANTE	MOIS..... <input type="text"/>	MOIS..... <input type="text"/>	MOIS..... <input type="text"/>	
		NSP.....98	NSP.....98	NSP.....98	
409	Combien de fois avez-vous été en consultation prénatale durant cette grossesse?	NOMBRE DE FOIS..... <input type="text"/>	NOMBRE DE FOIS..... <input type="text"/>	NOMBRE DE FOIS..... <input type="text"/>	
		NSP.....98	NSP.....98	NSP.....98	
410	Quand vous étiez enceinte de (NOM) vous a-t-on fait une injection dans le bras ou la fesse pour éviter au bébé d'attraper le tétanos, c'est-à- dire d'avoir des convulsions après la naissance?	OUI.....1 NON.....2 (PASSER A 412) <input type="checkbox"/>	OUI.....1 NON.....2 (PASSER A 412) <input type="checkbox"/>	OUI.....1 NON.....2 (PASSER A 412) <input type="checkbox"/>	
		NSP.....8	NSP.....8	NSP.....8	
411	Pendant cette grossesse, com- bien de fois avez-vous eu cette injection?	NOMBRE..... <input type="text"/>	NOMBRE..... <input type="text"/>	NOMBRE..... <input type="text"/>	
		NSP.....8	NSP.....8	NSP.....8	
412	Où avez-vous accouché de (NOM)?	DERNIERE NAISSANCE NOM VOTRE DOMICILE.....11	AVANT-DERNIERE NAISS. NOM VOTRE DOMICILE.....11	AV. AVANT-DERNIERE NAISS. NOM VOTRE DOMICILE.....11	

	AUTRE DOMICILE.....12	AUTRE DOMICILE.....12	AUTRE DOMICILE.....12
	SECTEUR PUBLIC	SECTEUR PUBLIC	SECTEUR PUBLIC
	HOPITAL.....21	HOPITAL.....21	HOPITAL.....21
	MATERNITE.....22	MATERNITE.....22	MATERNITE.....22
	CENTRE DE SANTE/PMI...23	CENTRE DE SANTE/PMI...23	CENTRE DE SANTE/PMI...23
	SECTEUR PRIVE	SECTEUR PRIVE	SECTEUR PRIVE
	HOPITAL PRIVE/CLINIQUE.31	HOPITAL PRIVE/CLINIQUE.31	HOPITAL PRIVE/CLINIQUE.31
	AUTRE 96	AUTRE 96	AUTRE 96
	(PRECISER)	(PRECISER)	(PRECISER)

413	Qui vous a assisté pendant l'accouchement de (NOM)?	PROFESSIONNEL DE SANTE	PROFESSIONNEL DE SANTE	PROFESSIONNEL DE SANTE
		MEDECIN.....A	MEDECIN.....A	MEDECIN.....A
		INFIRMIERE.....B	INFIRMIERE.....B	INFIRMIERE.....B
		SAGE-FEMME.....C	SAGE-FEMME.....C	SAGE-FEMME.....C
	Quelqu'un d'autre?	AUTRE PERSONNE	AUTRE PERSONNE	AUTRE PERSONNE
		ACCOUCHEUSE FORMEE/ MATRONE.....E	ACCOUCHEUSE FORMEE/ MATRONE.....E	ACCOUCHEUSE FORMEE/ MATRONE.....E
	INSISTER POUR OBTENIR LE TYPE DE PERSONNE. ENREGISTRER TOUTES LES PERSONNES CITEES.	ACCOUCHEUSE TRADITIONNELLE.....F	ACCOUCHEUSE TRADITIONNELLE.....F	ACCOUCHEUSE TRADITIONNELLE.....F
		AMI/PARENTS/VOISINS.....G	AMI/PARENTS/VOISINS.....G	AMI/PARENTS/VOISINS.....G
		AUTRE X	AUTRE X	AUTRE X
		(PRECISER)	(PRECISER)	(PRECISER)
		PERSONNE.....Y	PERSONNE.....Y	PERSONNE.....Y

415	Avez-vous accouché de (NOM) par césarienne?	OUI.....1	OUI.....1	OUI.....1
		NON.....2	NON.....2	NON.....2

416	Quand (NOM) est né(e), était-il/elle: très gros(se), plus gros(se) que la moyenne, moyen(ne), plus petit(e) que la moyenne, ou très petit(e)?	TRES GROS.....1	TRES GROS.....1	TRES GROS.....1
		PLUS GROS QUE LA MOYENNE.....2	PLUS GROS QUE LA MOYENNE.....2	PLUS GROS QUE LA MOYENNE.....2
		MOYEN.....3	MOYEN.....3	MOYEN.....3
		PLUS PETIT QUE LA MOYENNE.....4	PLUS PETIT QUE LA MOYENNE.....4	PLUS PETIT QUE LA MOYENNE.....4
		TRES PETIT.....5	TRES PETIT.....5	TRES PETIT.....5
		NSP.....8	NSP.....8	NSP.....8

417	(NOM) a-t-il/elle été pesé à la naissance?	OUI.....1	OUI.....1	OUI.....1
		NON.....2	NON.....2	NON.....2
		(PASSER A 418A) <input type="checkbox"/>	(PASSER A 418A) <input type="checkbox"/>	(PASSER A 418A) <input type="checkbox"/>

418	Combien pesait (NOM)? ENREGISTRER LE POIDS PORTE SUR LE CARNET DE SANTE, SI DISPONIBLE	GRAMMES DU CARNET...1 <input type="text"/>	GRAMMES DU CARNET...1 <input type="text"/>	GRAMMES DU CARNET...1 <input type="text"/>
		GRAMMES DE MEMOIRE...2 <input type="text"/>	GRAMMES DE MEMOIRE...2 <input type="text"/>	GRAMMES DE MEMOIRE...2 <input type="text"/>
		NSP.....99998	NSP.....99998	NSP.....99998

418A	Au cours du premier mois et demi qui a suivi la naissance de (NOM), avez-vous consulté quelqu'un pour contrôler votre état de santé ou celui du bébé?	OUI.....1	OUI.....1	OUI.....1
		NON.....2	NON.....2	NON.....2
		(PASSER A 419) <input type="checkbox"/>	(PASSER A 420) <input type="checkbox"/>	(PASSER A 420) <input type="checkbox"/>

418B	Combien de jours après l'accouchement a eu lieu la première consultation?	JOURS AP. ACCOUC...1 <input type="text"/>	JOURS AP. ACCOUC...1 <input type="text"/>	JOURS AP. ACCOUC...1 <input type="text"/>
		SEMAINES AP. ACC...2 <input type="text"/>	SEMAINES AP. ACC...2 <input type="text"/>	SEMAINES AP. ACC...2 <input type="text"/>
		NSP.....998	NSP.....998	NSP.....998

		DERNIERE NAISSANCE	AVANT-DERNIERE NAISS.	AV. AVANT-DERNIERE NAISS.
		NOM	NOM	NOM
418C	Au cours de cette consultation, qui a contrôlé votre état de santé ou celui du bébé?	PROFESSIONNEL DE SANTE	PROFESSIONNEL DE SANTE	PROFESSIONNEL DE SANTE
		MEDECIN.....01	MEDECIN.....01	MEDECIN.....01
		INFIRMIERE.....02	INFIRMIERE.....02	INFIRMIERE.....02
		SAGE-FEMME.....03	SAGE-FEMME.....03	SAGE-FEMME.....03
		AUTRE PERSONNE	AUTRE PERSONNE	AUTRE PERSONNE
		ACCOUCHEUSE FORMEE/ MATRONE.....04	ACCOUCHEUSE FORMEE/ MATRONE.....04	ACCOUCHEUSE FORMEE/ MATRONE.....04
		ACCOUCHEUSE TRADITIONNELLE.....05	ACCOUCHEUSE TRADITIONNELLE.....05	ACCOUCHEUSE TRADITIONNELLE.....05
		GUERISSEUR TRADITION...06	GUERISSEUR TRADITION...06	GUERISSEUR TRADITION...06
		AUTRE 96	AUTRE 96	AUTRE 96
		(PRECISER)	(PRECISER)	(PRECISER)

418D	Où a eu lieu cette première	DOMICILE	DOMICILE	DOMICILE
------	-----------------------------	----------	----------	----------

consultation?	VOTRE DOMICILE.....11 AUTRE DOMICILE.....12 SECTEUR PUBLIC HOPITAL.....21 MATERNITE.....22 CENTRE DE SANTE/PMI...23 SECTEUR PRIVE HOPITAL PRIVE/CLINIQUE.31 AUTRE 96 (PRECISER)	VOTRE DOMICILE.....11 AUTRE DOMICILE.....12 SECTEUR PUBLIC HOPITAL.....21 MATERNITE.....22 CENTRE DE SANTE/PMI...23 SECTEUR PRIVE HOPITAL PRIVE/CLINIQUE.31 AUTRE 96 (PRECISER)	VOTRE DOMICILE.....11 AUTRE DOMICILE.....12 SECTEUR PUBLIC HOPITAL.....21 MATERNITE.....22 CENTRE DE SANTE/PMI...23 SECTEUR PRIVE HOPITAL PRIVE/CLINIQUE.31 AUTRE 96 (PRECISER)
---------------	--	--	--

418E	Au cours de cette visite, est-ce que la personne que vous avez consultée vous a donné des informations ou conseils sur la planification familiale?	OUI .....1 NON.....2	OUI .....1 NON.....2	OUI .....1 NON.....2
------	--	-------------------------	-------------------------	-------------------------

419	Vos règles sont-elles revenues depuis la naissance de (NOM)?	OUI .....1 (PASSER A 421) <input type="checkbox"/> NON.....2 (PASSER A 422) <input type="checkbox"/>		
-----	--	---	--	--

420	Vos règles sont-elles revenues entre la naissance de (NOM) et votre grossesse suivante?		OUI .....1 NON.....2 (PASSER A 424) <input type="checkbox"/>	OUI .....1 NON.....2 (PASSER A 424) <input type="checkbox"/>
-----	---	--	--	--

421	Pendant combien de mois après la naissance de (NOM) n'avez-vous pas eu de règles?	MOIS..... <input type="text"/> NSP.....98	MOIS..... <input type="text"/> NSP.....98	MOIS..... <input type="text"/> NSP.....98
-----	---	--	--	--

422	VOIR 227: FEMME ENCEINTE?	PAS ENCEINTE <input type="checkbox"/> ENCEINTE OU PAS SURE <input type="checkbox"/> (PASSER A 424)		
-----	------------------------------	--	--	--

423	Avez-vous repris les rapports sexuels depuis la naissance de (NOM)?	OUI.....1 NON.....2 (PASSER A 425) <input type="checkbox"/>		
-----	---	---	--	--

424	Pendant combien de mois après la naissance de (NOM) n'avez-vous pas eu de rapports sexuels?	MOIS..... <input type="text"/> NSP.....98	MOIS..... <input type="text"/> NSP.....98	MOIS..... <input type="text"/> NSP.....98
-----	---	--	--	--

425	Avez-vous allaité (NOM)?	OUI.....1 NON.....2 (PASSER A 431) <input type="checkbox"/>	OUI.....1 NON.....2 (PASSER A 431) <input type="checkbox"/>	OUI.....1 NON.....2 (PASSER A 431) <input type="checkbox"/>
-----	--------------------------	---	---	---

	NOM	DERNIERE NAISSANCE	NOM	AVANT-DERNIERE NAISS.	NOM	AV. AVANT-DERNIERE NAISS.
426		IMMEDIATEMENT.....000 HEURES.....1 <input type="text"/> JOURS.....2 <input type="text"/>		IMMEDIATEMENT.....000 HEURES.....1 <input type="text"/> JOURS.....2 <input type="text"/>		IMMEDIATEMENT.....000 HEURES.....1 <input type="text"/> JOURS.....2 <input type="text"/> (PASSER A 429) <input type="checkbox"/>

427	VOIR 404: ENFANT VIVANT?	VIVANT <input type="checkbox"/> DECEDE <input type="checkbox"/> (PASSER A 429)	VIVANT <input type="checkbox"/> DECEDE <input type="checkbox"/> (PASSER A 429)	
-----	-----------------------------	--	--	--

428	Allaitez-vous encore (NOM)?	OUI.....1 (PASSER A 432) <input type="checkbox"/> NON.....2	OUI.....1 (PASSER A 432) <input type="checkbox"/> NON.....2	
-----	-----------------------------	---	---	--

429	Pendant combien de mois avez-vous allaité (NOM)?	MOIS..... <input type="text"/> NSP.....98	MOIS..... <input type="text"/> NSP.....98	MOIS..... <input type="text"/> NSP.....98
-----	--	--	--	--

430	Pourquoi avez-vous arrêté d'allaiter (NOM)?	MERE MALADE/FAIBLE.....01 ENFANT MALADE/FAIBLE...02 ENFANT DECEDE.....03	MERE MALADE/FAIBLE.....01 ENFANT MALADE/FAIBLE...02 ENFANT DECEDE.....03	MERE MALADE/FAIBLE.....01 ENFANT MALADE/FAIBLE...02 ENFANT DECEDE.....03
-----	---	--	--	--

PROBLEME DE SEIN.....04	PROBLEME DE SEIN.....04	PROBLEME DE SEIN.....04
LAIT INSUFFISANT.....05	LAIT INSUFFISANT.....05	LAIT INSUFFISANT.....05
MERE TRAVAILLE.....06	MERE TRAVAILLE.....06	MERE TRAVAILLE.....06
ENFANT A REFUSE.....07	ENFANT A REFUSE.....07	ENFANT A REFUSE.....07
AGE DU SEVRAGE.....08	AGE DU SEVRAGE.....08	AGE DU SEVRAGE.....08
TOMBEE ENCEINTE.....09	TOMBEE ENCEINTE.....09	TOMBEE ENCEINTE.....09
A COMMENCE A UTILISER LA CONTRACEPTION.....10	A COMMENCE A UTILISER LA CONTRACEPTION.....10	A COMMENCE A UTILISER LA CONTRACEPTION.....10
AUTRE _____ 96	AUTRE _____ 96	AUTRE _____ 96
(PRECISER)	(PRECISER)	(PRECISER)

431	VOIR 404: ENFANT VIVANT?	VIVANT <input type="checkbox"/> (PASSER A 434)	DECEDE <input type="checkbox"/> RETOURNER A 405 DANS LA COLONNE SUIVANTE OU SI PLUS DE NAISSANCE PASSER A 440)	VIVANT <input type="checkbox"/> (PASSER A 434)	DECEDE <input type="checkbox"/> RETOURNER A 405 DANS LA COLONNE SUIVANTE OU SI PLUS DE NAISSANCE PASSER A 440)	VIVANT <input type="checkbox"/> (PASSER A 434)	DECEDE <input type="checkbox"/> RETOURNER A 405 DANS LA COLONNE SUIVANTE OU SI PLUS DE NAISSANCE PASSER A 440)
-----	-----------------------------	--	--	--	--	--	--

432	Combien de fois avez-vous allaité (NOM) la nuit dernière entre le coucher et lever du soleil? SI REPONSE NON-NUMERIQUE, IN- SISTER POUR EVALUER LE NOMBRE	NOMBRE D'ALLAITEMENTS DE NUIT	<input type="text"/>	NOMBRE D'ALLAITEMENTS DE NUIT	<input type="text"/>	
-----	--	-------------------------------------	----------------------	-------------------------------------	----------------------	--

433	Combien de fois avez-vous allaité (NOM) hier, pendant les heures de la journée? SI REPONSE NON-NUMERIQUE, IN- SISTER POUR EVALUER LE NOMBRE	NOMBRE D'ALLAITEMENTS DE JOUR	<input type="text"/>	NOMBRE D'ALLAITEMENTS DE JOUR	<input type="text"/>	
-----	---	-------------------------------------	----------------------	-------------------------------------	----------------------	--

1

		NOM _____	DERNIERE NAISSANCE	NOM _____	AVANT-DERNIERE NAISS.	NOM _____	AV. AVANT-DERNIERE NAISS.
434	(NOM) a-t-il/elle bu quelque chose au biberon, hier ou la nuit dernière?	OUI.....1	NON.....2	NSP.....8	OUI.....1	NON.....2	NSP.....8

435	Est-ce que (NOM) a reçu, à n'importe quel moment, hier ou la nuit dernière, un des aliments ou boissons suivants:	OUI NON NSP	OUI NON NSP	OUI NON NSP
	Eau?	EAU .....1 2 8	EAU .....1 2 8	EAU .....1 2 8
	Eau sucrée?	EAU SUCREE.....1 2 8	EAU SUCREE.....1 2 8	EAU SUCREE.....1 2 8
	Jus?	JUS.....1 2 8	JUS.....1 2 8	JUS.....1 2 8
	Tisane?	TISANE.....1 2 8	TISANE.....1 2 8	TISANE.....1 2 8
	Lait en boîte pour bébé?	LAIT BOITE/BEBE....1 2 8	LAIT BOITE/BEBE....1 2 8	LAIT BOITE/BEBE....1 2 8
	Lait en boîte ou en poudre?	LAIT BOITE/POUDRE...1 2 8	LAIT BOITE/POUDRE...1 2 8	LAIT BOITE/POUDRE...1 2 8
	Lait d'animal/lait frais?	LAIT D'ANIMAL/FRAIS.1 2 8	LAIT D'ANIMAL/FRAIS.1 2 8	LAIT D'ANIMAL/FRAIS.1 2 8
	Préparation pour bébé?	PREPARATION BEBE....1 2 8	PREPARATION BEBE....1 2 8	PREPARATION BEBE....1 2 8
	N'importe quel autre liquide?	AUTRES LIQUIDES....1 2 8	AUTRES LIQUIDES....1 2 8	AUTRES LIQUIDES....1 2 8
	Aliment solide ou en bouillie?	SOLIDE/BOUILLIE....1 2 8	SOLIDE/BOUILLIE....1 2 8	SOLIDE/BOUILLIE....1 2 8

439		RETOURNER A 405 DANS LA COLONNE SUIVANTE OU, SI PLUS DE NAISSANCE, ALLER A 440.	RETOURNER A 405 DANS LA COLONNE SUIVANTE OU, SI PLUS DE NAISSANCE, ALLER A 440.	RETOURNER A 405 DANS LA COLONNE SUIVANTE OU, SI PLUS DE NAISSANCE, ALLER A 440.
-----	--	--	--	--

20

## SECTION 4B. VACCINATION ET SANTE

440 NOTER LE NOM ET LE N° DE LIGNE DE CHAQUE NAISSANCE DEPUIS JANVIER 1993 DANS LE TABLEAU.  
POSER LES QUESTIONS A PROPOS DE TOUTES CES NAISSANCES. COMMENCER PAR LA DERNIERE NAISSANCE. (S'IL Y A PLUS DE TROIS  
NAISSANCES, UTILISEZ UN QUESTIONNAIRE SUPPLEMENTAIRE).

441	VOIR SECTION 2: N° DE LIGNE	DERNIERE NAISSANCE	AVANT-DERNIERE NAISS.	AV. AVANT-DERNIERE NAISS.
-----	--------------------------------	--------------------	-----------------------	---------------------------

442	SELON Q. 212 ET Q. 216	NOM VIVANT <input type="checkbox"/> DECEDE <input type="checkbox"/> ALLER A 442 DANS COLONNE SUIVANTE OU, SI PLUS DE NAISS. ALLER A 465	NOM VIVANT <input type="checkbox"/> DECEDE <input type="checkbox"/> ALLER A 442 DANS COLONNE SUIVANTE OU, SI PLUS DE NAISS. ALLER A 465	NOM VIVANT <input type="checkbox"/> DECEDE <input type="checkbox"/> ALLER A 442 DANS COLONNE SUIVANTE OU, SI PLUS DE NAISS. ALLER A 465
-----	---------------------------	---	---	---

443	Avez-vous un carnet où les vaccinations de (NOM) sont inscrites? SI OUI: Puis-je la voir, s'il vous plaît?	OUI, VUE.....1 (PASSER A 445) <input type="checkbox"/> OUI, NON VUE.....2 (PASSER A 447) <input type="checkbox"/> PAS DE CARNET.....3	OUI, VUE.....1 (PASSER A 445) <input type="checkbox"/> OUI, NON VUE.....2 (PASSER A 447) <input type="checkbox"/> PAS DE CARNET.....3	OUI, VUE.....1 (PASSER A 445) <input type="checkbox"/> OUI, NON VUE.....2 (PASSER A 447) <input type="checkbox"/> PAS DE CARNET.....3
-----	--	---	---	---

444	Avez-vous déjà eu un carnet de vaccination pour (NOM)?	OUI.....1 (PASSER A 447) <input type="checkbox"/> NON.....2	OUI.....1 (PASSER A 447) <input type="checkbox"/> NON.....2	OUI.....1 (PASSER A 447) <input type="checkbox"/> NON.....2
-----	--	---	---	---

445	(1) COPIER LES DATES DE VACCINATIONS POUR CHAQUE VACCIN A PARTIR DU CARNET. BCG POLIO 0 (à naiss.) POLIO 1 (2) INSCRIRE '44' DANS LA COLONNE 'JOUR', SI LE CARNET INDIQUE QU'UNE VACCINATION A ETE FAITE, MAIS LA DATE N'A PAS ETE REPORTEE. DTCoq 1 DTCoq 2 DTCoq 3 ROUGEOLE FIEVRE JAUNE	JOUR MOIS ANNEE BCG P0 P1 P2 P3 D1 D2 D3 ROU F.J	JOUR MOIS ANNEE BCG P0 P1 P2 P3 D1 D2 D3 ROU F.J	JOUR MOIS ANNEE BCG P0 P1 P2 P3 D1 D2 D3 ROU F.J
-----	---	--	--	--

446	(NOM) a-t-il reçu des vaccinations qui ne sont pas inscrites sur ce carnet? ENREGISTRER 'OUI' SEULEMENT SI L'ENQUETEE MENTIONNE LE(S) VACCIN(S) DU BCG, POLIO 0-3, DTCoq 1-3, ROUGEOLE ET/OU FIEVRE JAUNE.	OUI.....1 (INSISTER SUR LE TYPE <input type="checkbox"/> DE VACCIN ET INSCRIRE '66' DANS LA COLONNE CORRESPONDANT AU JOUR A Q.445, PUIS PASSER A 449) NON.....2 NSP.....8 (PASSER A 449) <input type="checkbox"/>	OUI.....1 (INSISTER SUR LE TYPE <input type="checkbox"/> DE VACCIN ET INSCRIRE '66' DANS LA COLONNE CORRESPONDANT AU JOUR A Q.445, PUIS PASSER A 449) NON.....2 NSP.....8 (PASSER A 449) <input type="checkbox"/>	OUI.....1 (INSISTER SUR LE TYPE <input type="checkbox"/> DE VACCIN ET INSCRIRE '66' DANS LA COLONNE CORRESPONDANT AU JOUR A Q.445, PUIS PASSER A 449) NON.....2 NSP.....8 (PASSER A 449) <input type="checkbox"/>
-----	---	---	---	---

		DERNIERE NAISSANCE NOM	AVANT-DERNIERE NAISS. NOM	AV. AVANT-DERNIERE NAISS. NOM
447	(NOM) a-t-il/elle reçu des vaccinations pour lui éviter d'attraper des maladies?	OUI.....1 NON.....2 (PASSER A 449) <input type="checkbox"/> NSP.....8	OUI.....1 NON.....2 (PASSER A 449) <input type="checkbox"/> NSP.....8	OUI.....1 NON.....2 (PASSER A 449) <input type="checkbox"/> NSP.....8
448	S'il vous plaît, dites-moi si (NOM) a reçu une des vaccinations suivantes:			
448A	La vaccination du BCG contre la tuberculose, c'est-à-dire une injection à l'avant-bras gauche qui laisse une cicatrice?	OUI.....1 NON.....2 NSP.....8	OUI.....1 NON.....2 NSP.....8	OUI.....1 NON.....2 NSP.....8
448B	Le vaccin contre la polio, c'est-à-dire des gouttes dans la bouche?	OUI.....1 NON.....2 (PASSER A 448E) <input type="checkbox"/> NSP.....8	OUI.....1 NON.....2 (PASSER A 448E) <input type="checkbox"/> NSP.....8	OUI.....1 NON.....2 (PASSER A 448E) <input type="checkbox"/> NSP.....8

448C	Combien de fois?	NOMBRE DE FOIS..... <input type="checkbox"/>	NOMBRE DE FOIS..... <input type="checkbox"/>	NOMBRE DE FOIS..... <input type="checkbox"/>
448D	Quand est-ce que le premier vaccin contre la polio a été donné, juste après la naissance ou plus tard?	JUSTE APRES NAISSANCE...1 PLUS TARD.....2	JUSTE APRES NAISSANCE...1 PLUS TARD.....2	JUSTE APRES NAISSANCE...1 PLUS TARD.....2
448E	Le vaccin du DTCoq, c'est-à-dire une injection faite généralement en même temps que l'on donne les gouttes contre la polio?	OUI.....1 NON.....2 (PASSER A 448G) <input type="checkbox"/>	OUI.....1 NON.....2 (PASSER A 448G) <input type="checkbox"/>	OUI.....1 NON.....2 (PASSER A 448G) <input type="checkbox"/>
448F	Combien de fois?	NOMBRE DE FOIS..... <input type="checkbox"/>	NOMBRE DE FOIS..... <input type="checkbox"/>	NOMBRE DE FOIS..... <input type="checkbox"/>
448G	Une injection contre la rougeole?	OUI.....1 NON.....2 NSP.....8	OUI.....1 NON.....2 NSP.....8	OUI.....1 NON.....2 NSP.....8
448H	Une injection contre la fièvre jaune?	OUI.....1 NON.....2 NSP.....8	OUI.....1 NON.....2 NSP.....8	OUI.....1 NON.....2 NSP.....8
449	(NOM) a-t-il/elle eu de la fièvre à un moment quelconque dans les 2 dernières semaines?	OUI.....1 NON.....2 NSP.....8	OUI.....1 NON.....2 NSP.....8	OUI.....1 NON.....2 NSP.....8
450	(NOM) a-t-il/elle souffert de la toux à un moment quelconque dans les 2 dernières semaines?	OUI.....1 NON.....2 (PASSER A 454) <input type="checkbox"/>	OUI.....1 NON.....2 (PASSER A 454) <input type="checkbox"/>	OUI.....1 NON.....2 (PASSER A 454) <input type="checkbox"/>
451	Quand (NOM) était malade avec la toux, respirait-il/elle plus rapidement que d'habitude avec un souffle court et rapide?	OUI.....1 NON.....2 NSP.....8	OUI.....1 NON.....2 NSP.....8	OUI.....1 NON.....2 NSP.....8
452	Avez-vous demandé des conseils ou un traitement pour la toux?	OUI.....1 NON.....2 (PASSER A 454) <input type="checkbox"/>	OUI.....1 NON.....2 (PASSER A 454) <input type="checkbox"/>	OUI.....1 NON.....2 (PASSER A 454) <input type="checkbox"/>

		DERNIERE NAISSANCE	AVANT-DERNIERE NAISS.	AV. AVANT-DERNIERE NAISS.
		NOM _____	NOM _____	NOM _____
453	Où avez-vous demandé des conseils ou un traitement?  Quelque part ailleurs?  ENREGISTRER TOUT CE QUI EST MENTIONNE	SECTEUR PUBLIC HOPITAL.....A CENTRE DE SANTE/PMI.....B DISPENSARE.....C POSTE MEDICAL.....D  AUTRE PUBLIC E (PRECISER) SECTEUR MEDICAL PRIVE DOCTEUR PRIVE.....F CLINIQUE/HOPITAL PRIVE...G PHARMACIE/DEPOT PHARMAC..H  AUTRE MEDICAL PRIVE I (PRECISER) AUTRE SECTEUR PRIVE GUERISSEUR TRADITIONNEL..J  AUTRE X (PRECISER)	SECTEUR PUBLIC HOPITAL.....A CENTRE DE SANTE/PMI.....B DISPENSARE.....C POSTE MEDICAL.....D  AUTRE PUBLIC E (PRECISER) SECTEUR MEDICAL PRIVE DOCTEUR PRIVE.....F CLINIQUE/HOPITAL PRIVE...G PHARMACIE/DEPOT PHARMAC..H  AUTRE MEDICAL PRIVE I (PRECISER) AUTRE SECTEUR PRIVE GUERISSEUR TRADITIONNEL..J  AUTRE X (PRECISER)	SECTEUR PUBLIC HOPITAL.....A CENTRE DE SANTE/PMI.....B DISPENSARE.....C POSTE MEDICAL.....D  AUTRE PUBLIC E (PRECISER) SECTEUR MEDICAL PRIVE DOCTEUR PRIVE.....F CLINIQUE/HOPITAL PRIVE...G PHARMACIE/DEPOT PHARMAC..H  AUTRE MEDICAL PRIVE I (PRECISER) AUTRE SECTEUR PRIVE GUERISSEUR TRADITIONNEL..J  AUTRE X (PRECISER)
454	(NOM) a-t-il/elle eu la diarrhée durant les deux dernières semaines?	OUI.....1 NON.....2 (PASSER A 464) <input type="checkbox"/>	OUI.....1 NON.....2 (PASSER A 464) <input type="checkbox"/>	OUI.....1 NON.....2 (PASSER A 464) <input type="checkbox"/>
455	Est-ce qu'il y avait du sang dans les selles?	OUI.....1 NON.....2 NSP.....8	OUI.....1 NON.....2 NSP.....8	OUI.....1 NON.....2 NSP.....8
456	Le pire jour de la diarrhée, combien de selles (NOM) a-t-il/elle eu?	NOMBRE DE SELLES..... <input type="checkbox"/>	NOMBRE DE SELLES..... <input type="checkbox"/>	NOMBRE DE SELLES..... <input type="checkbox"/>
457	(NOM) a-t-il/elle reçu la même	MEME.....1	MEME.....1	MEME.....1

quantité de liquide qu'avant la diarrhée, plus, ou moins?	PLUS.....2 MOINS.....3 NSP.....8	PLUS.....2 MOINS.....3 NSP.....8	PLUS.....2 MOINS.....3 NSP.....8
---	--	--	--

458 (NOM) a-t-il/elle reçu la même quantité de nourriture qu'avant la diarrhée, plus, ou moins?	MEME.....1 PLUS.....2 MOINS.....3 NSP.....8	MEME.....1 PLUS.....2 MOINS.....3 NSP.....8	MEME.....1 PLUS.....2 MOINS.....3 NSP.....8 (PASSER A 459) <input type="checkbox"/>
---	--	--	---

458A VOIR 428:  ENFANT ALLAITE?	'OUI' A 428 <input type="checkbox"/>	'NON' A 428 OU 428 NON POSEE <input type="checkbox"/> (PASSER A 459)	'OUI' A 428 <input type="checkbox"/>	'NON' A 428 OU 428 NON POSEE <input type="checkbox"/> (PASSER A 459)	
---------------------------------------	---	--	---	--	--

458B (NOM) a-t-il/elle reçu la même quantité de lait maternel qu'avant la diarrhée, plus, ou moins?	MEME.....1 PLUS.....2 MOINS.....3	MEME.....1 PLUS.....2 MOINS.....3	
---	---	---	--

	DERNIERE NAISSANCE NOM _____	AVANT-DERNIERE NAISS. NOM _____	AV. AVANT-DERNIERE NAISS. NOM _____
--	---------------------------------	------------------------------------	--

459 Quand (NOM) avait la diarrhée, lui a-t-on donné à boire l'une des choses suivantes:  Un liquide préparé à partir d'un sachet de SRO comme celui-ci? MONTRER LE SACHET DE SRO	OUI NON NSP SACHET SRO.....1 2 8	OUI NON NSP SACHET SRO.....1 2 8	OUI NON NSP SACHET SRO.....1 2 8
Solution maison eau/sel/sucre?	SOL. EAU/SEL/SUCRE.1 2 8	SOL. EAU/SEL/SUCRE.1 2 8	SOL. EAU/SEL/SUCRE.1 2 8
Une bouillie légère?	BOUILLIE LEGERE....1 2 8	BOUILLIE LEGERE....1 2 8	BOUILLIE LEGERE....1 2 8
Soupe?	SOUPE.....1 2 8	SOUPE.....1 2 8	SOUPE.....1 2 8
Lait ou préparation pour bébé?	LAIT/PREPARATION...1 2 8	LAIT/PREPARATION...1 2 8	LAIT/PREPARATION...1 2 8
Boisson base de yaourt?	BOISSON YAOURT....1 2 8	BOISSON YAOURT....1 2 8	BOISSON YAOURT....1 2 8
Eau?	EAU.....1 2 8	EAU.....1 2 8	EAU.....1 2 8
N'importe quel autre liquide?	AUTRES LIQUIDES....1 2 8	AUTRES LIQUIDES....1 2 8	AUTRES LIQUIDES....1 2 8

460 Est-ce que quelque chose d'autre a été donné pour traiter la diarrhée?	OUI.....1 NON.....2 (PASSER A 462) <input type="checkbox"/> NSP.....8	OUI.....1 NON.....2 (PASSER A 462) <input type="checkbox"/> NSP.....8	OUI.....1 NON.....2 (PASSER A 462) <input type="checkbox"/> NSP.....8
--	--	--	--

461 Qu'est-ce qui a été donné pour traiter la diarrhée?  Quelque chose d'autre?  INSCRIRE TOUT CE QUI EST CITE	COMPRIME OU SIROP.....A INJECTION.....B INTRAVEINEUSE/PERFUSION..C REMEDE-MAISON/ PLANTES MEDICINALES....D AUTRE _____ X (PRECISER)	COMPRIME OU SIROP.....A INJECTION.....B INTRAVEINEUSE/PERFUSION..C REMEDE-MAISON/ PLANTES MEDICINALES....D AUTRE _____ X (PRECISER)	COMPRIME OU SIROP.....A INJECTION.....B INTRAVEINEUSE/PERFUSION..C REMEDE-MAISON/ PLANTES MEDICINALES....D AUTRE _____ X (PRECISER)
--	---	---	---

462 Avez-vous demandé des conseils ou un traitement pour la diarrhée?	OUI.....1 NON.....2 (PASSER A 464) <input type="checkbox"/>	OUI.....1 NON.....2 (PASSER A 464) <input type="checkbox"/>	OUI.....1 NON.....2 (PASSER A 464) <input type="checkbox"/>
---	---	---	---

463 Où avez-vous demandé des conseils ou un traitement?  Quelque part ailleurs?  ENREGISTRER TOUT CE QUI EST MENTIONNE	SECTEUR PUBLIC HOPITAL.....A CENTRE DE SANTE/PMI.....B DISPENSARE.....C POSTE MEDICAL.....D AUTRE PUBLIC _____ E (PRECISER) SECTEUR MEDICAL PRIVE DOCTEUR PRIVE.....F CLINIQUE/HOPITAL PRIVE...G PHARMACIE/DEPOT PHARMAC..H AUTRE MEDICAL PRIVE _____ I (PRECISER) AUTRE SECTEUR PRIVE	SECTEUR PUBLIC HOPITAL.....A CENTRE DE SANTE/PMI.....B DISPENSARE.....C POSTE MEDICAL.....D AUTRE PUBLIC _____ E (PRECISER) SECTEUR MEDICAL PRIVE DOCTEUR PRIVE.....F CLINIQUE/HOPITAL PRIVE...G PHARMACIE/DEPOT PHARMAC..H AUTRE MEDICAL PRIVE _____ I (PRECISER) AUTRE SECTEUR PRIVE	SECTEUR PUBLIC HOPITAL.....A CENTRE DE SANTE/PMI.....B DISPENSARE.....C POSTE MEDICAL.....D AUTRE PUBLIC _____ E (PRECISER) SECTEUR MEDICAL PRIVE DOCTEUR PRIVE.....F CLINIQUE/HOPITAL PRIVE...G PHARMACIE/DEPOT PHARMAC..H AUTRE MEDICAL PRIVE _____ I (PRECISER) AUTRE SECTEUR PRIVE
--	---	---	---

464	RETOURNER A 442 DANS LA COLONNE SUIVANTE OU, SI PLUS DE NAISSANCE, ALLER A 465.	RETOURNER A 442 DANS LA COLONNE SUIVANTE OU, SI PLUS DE NAISSANCE, ALLER A 465.	RETOURNER A 442 DANS LA COLONNE SUIVANTE OU, SI PLUS DE NAISSANCE, ALLER A 465.
-----	---	---	---

No.	QUESTIONS ET FILTRES	CODES	PASSER A
-----	----------------------	-------	----------

465	Quand un enfant a la diarrhée, est-ce-qu'on devrait lui donner à boire moins de liquides que d'habitude, la même quantité, ou plus de liquides que d'habitude?	MOINS DE LIQUIDES.....1 ENVIRON LA MEME QUANTITE.....2 PLUS DE LIQUIDES.....3 NSP.....8	
-----	--	--	--

466	Quand un enfant a la diarrhée, est-ce-qu'on devrait lui donner à manger moins que d'habitude, la même quantité, ou plus que d'habitude?	MOINS A MANGER.....1 ENVIRON LA MEME QUANTITE.....2 PLUS A MANGER.....3 NSP.....8	
-----	---	--	--

467	Quand un enfant a la diarrhée, quels sont les symptômes qui vous indiquent qu'il/elle devrait être emmené(e) dans un établissement sanitaire ou auprès de personnel de santé?  Quelqu'autre symptôme?  ENREGISTRER TOUT CE QUI EST MENTIONNE.	SELLES LIQUIDES REPETEES.....A DES SELLES LIQUIDES.....B VOMISSEMENTS REPETES.....C DES VOMISSEMENTS.....D SANG DANS LES SELLES.....E FIEVRE.....F SOIF IMPORTANTE.....G NE MANGE PAS/NE BOIT PAS BIEN...H DEVIENT PLUS MALADE/ TRES MALADE.....I NE VA PAS MIEUX.....J  AUTRE _____ X (PRECISER) NSP.....Z	
-----	---	---	--

468	Quand un enfant souffre de la toux, quels sont les symptômes qui vous indiquent qu'il/elle devrait être emmené(e) dans un établissement sanitaire ou auprès de personnel de santé?  Quelqu'autre symptôme?  ENREGISTRER TOUT CE QUI EST MENTIONNE.	RESPIRATION RAPIDE.....A DIFFICULTE A RESPIRER.....B RESPIRATION BRUYANTE.....C FIEVRE.....D INCAPABLE DE BOIRE.....E NE MANGE PAS/NE BOIT PAS BIEN...F DEVIENT PLUS MALADE/ TRES MALADE.....G NE VA PAS MIEUX.....H  AUTRE _____ X (PRECISER) NSP.....Z	
-----	--	--	--

469	VERIFIER 459, TOUTES LES COLONNES:  AUCUN ENFANT N'A RECU DES SRO OU 459 NON POSEE <input type="checkbox"/>  AU MOINS UN ENFANT A RECU DES SRO <input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/> 472
-----	---	--	------------------------------

470	Avez-vous déjà entendu parler d'un produit spécial appelé SRO que l'on peut obtenir pour traiter la diarrhée?	OUI.....1 NON.....2	<input type="checkbox"/> 477
-----	---	------------------------	------------------------------

471	Avez-vous déjà utilisé ce produit?	OUI.....1 NON.....2	<input type="checkbox"/> 473
-----	------------------------------------	------------------------	------------------------------

472	Où avez-vous obtenu le SRO la dernière fois?  S'IL S'AGIT D'UN HOPITAL, D'UN CENTRE DE SANTE OU D'UNE CLINIQUE, ECRIRE LE NOM DE L'ENDROIT. INSISTER POUR DETERMINER LE TYPE DE SERVICE ET ENCERCLER LE CODE APPROPRIE.  _____ (NOM DE L'ENDROIT)	SECTEUR PUBLIC HOPITAL.....11 CENTRE DE SANTE/PMI.....12 DISPENSARE.....13 POSTE MEDICAL.....14  AUTRE PUBLIC _____ 16 (PRECISER) SECTEUR MEDICAL PRIVE DOCTEUR PRIVE.....21 CLINIQUE/HOPITAL PRIVE.....22 PHARMACIE.....23 DEPOT PHARMACEUTIQUE.....24  AUTRE MEDICAL PRIVE _____ 26 (PRECISER)  AUTRE SECTEUR PRIVE BOUTIQUE/MARCHE.....31 CIRCUIT COMMERCIAL INFORMEL...32 CONNAISSANCES/PARENTS.....33	
-----	--	--	--

GUERISSEUR TRADITIONNEL.....34

AUTRE \_\_\_\_\_ 96  
(PRECISER)

25

PASSER  
A

No. | QUESTIONS ET FILTRES | CODES

473 | Avez-vous actuellement un sachet de SRO chez vous? | OUI.....1  
| | NON.....2 —□477

474 | Puis-je voir le sachet de SRO que vous avez? | ORASEL.....1  
| | UNICEF.....2  
| | SANS MARQUE.....3  
| | AUTRE \_\_\_\_\_ 6 —□476  
| | (PRECISER)  
| SI LE SACHET EST MONTRE, ENCERCLER LE CODE CORRESPONDANT | SACHET NON VUE.....8

475 | Connaissez-vous le nom de la marque du sachet de SRO que vous avez en ce moment? | ORASEL.....1  
| | UNICEF.....2  
| | SANS MARQUE.....3  
| | AUTRE \_\_\_\_\_ 6  
| | (PRECISER)  
| NOTER LE NOM DE LA MARQUE | NSP.....8

476 | Combien vous a coûté le sachet de SRO que vous avez en ce moment? | COUT.....

--	--	--

  
| GRATUIT.....996  
| NSP.....998

477 | VERIFIER 459, TOUTES LES COLONNES:  
| AUCUN ENFANT N'A RECU DE SOLUTION SEL/SUCRE OU 459 NON POSEE  | AU MOINS UN ENFANT A RECU SOLUTION SEL/SUCRE  —□501

478 | Avez-vous déjà entendu parler d'une solution de sel, de sucre et d'eau que l'on prépare à la maison et que l'on donne aux enfants pour traiter la diarrhée? | OUI.....1  
| | NON.....2 —□501

479 | Avez-vous déjà préparé cette solution? | OUI.....1  
| | NON.....2

26

SECTION 5. MARIAGE

PASSER  
A

No. | QUESTIONS ET FILTRES | CODES

501 | AUTRES PERSONNES PRESENTES A CE MOMENT | OUI NON  
| ENFANT MOINS DE 10 ANS.....1 2  
| MARI/CONJOINT.....1 2  
| AUTRES HOMMES.....1 2  
| AUTRES FEMMES.....1 2

502 | Etes-vous actuellement mariée ou vivez-vous actuellement avec un homme? | OUI, ACTUELLEMENT MARIEE.....1  
| | OUI, VIT AVEC UN HOMME.....2 —□507  
| | MARIAGE NON CONSOMME.....3 —□515F  
| | NON, PAS EN UNION.....4

503 | Avez-vous actuellement un partenaire sexuel régulier, un partenaire sexuel occasionnel ou pas de partenaire sexuel du tout? | PARTENAIRE SEXUEL REGULIER.....1  
| | PARTENAIRE SEXUEL OCCASIONNEL...2  
| | PAS DE PARTENAIRE SEXUEL.....3

504 | Avez-vous déjà été mariée ou avez-vous déjà vécu avec un homme? | OUI, A ETE MARIEE.....1  
| | OUI, A VECU AVEC UN HOMME.....2 —□511  
| | NON.....3 —□515F

506 | Quelle est votre situation matrimoniale actuelle: êtes-vous veuve, divorcée ou séparée? | VEUVE.....1  
| | DIVORCEE.....2 —□511  
| | SEPAREE.....3

507 | Est-ce que votre mari/conjoint vit avec vous, ou vit-il ailleurs? | VIT AVEC ELLE.....1  
| | VIT AILLEURS.....2

507A | NOTER LE NUMERO DE LIGNE DE SON MARI SELON LE QUESTIONNAIRE MENAGE. S'IL NE FIGURE PAS DANS LE MENAGE, NOTER '00'. 

--	--

508 | Est-ce-que votre mari/conjoint a d'autres épouses, | OUI.....1

	en plus de vous-même?	NON.....2	□511
509	Combien d'autres femmes a-t-il?	NOMBRE.....	□
		NSP.....98	□511
510	Etes-vous la première, la seconde,.....épouse?	RANG.....	□
511	Avez-vous été mariée ou avez-vous vécu avec un homme, une fois ou plus d'une fois?	UNE FOIS.....1	□512
		PLUS D'UNE FOIS.....2	
511A	Combien de temps s'est-il écoulé entre la fin de votre avant-dernière union et le début de votre dernière union (de votre union actuelle)? SI MOINS D'UN AN, ENREGISTRER '00'.	DUREE EN ANNEES REVOLUES...	□
512	VERIFIER 511:  <div style="display: flex; justify-content: space-around;"> <div style="text-align: center;"> <input type="checkbox"/> MARIEE/A VECU AVEC UN HOMME SEULEMENT UNE FOIS  <input type="checkbox"/> En quel mois et quelle année, avez-vous commencé à vivre avec votre mari/conjoint? </div> <div style="text-align: center;"> <input type="checkbox"/> MARIEE/A VECU AVEC UN HOMME PLUS D'UNE FOIS  <input type="checkbox"/> Maintenant nous allons parler de votre premier mari/conjoint. En quel mois et quelle année, avez-vous commencé à vivre avec lui? </div> </div>	MOIS.....	□
		NSP MOIS.....98	
		ANNEE.....	□
		NSP ANNEE.....9998	□514A
513	Quel âge aviez-vous quand vous avez commencé à vivre avec lui?	AGE.....	□

No.	QUESTIONS ET FILTRES	CODES	
514A	VERIFIER 502: ACTUELLEMENT MARIEE OU VIT AVEC UN HOMME	PAS EN UNION	□ 515F
515	Maintenant, je voudrais vous poser quelques questions sur votre activité sexuelle afin de mieux comprendre certains problèmes en rapport avec la planification familiale.  Il y a combien de temps que vous avez eu votre dernier rapport sexuel avec (votre mari/l'homme avec qui vous vivez)?  SI "JAMAIS EU DE RAPPORTS", RETOURNER A Q.502, ENCERCLER LE CODE 3 (MARIAGE NON CONSOMME) ET SUIVRE LES NOUVELLES INSTRUCTIONS DE PASSAGE A PARTIR DE Q.502.	NOMBRE DE JOURS.....1 NOMBRE DE SEMAINES.....2 NOMBRE DE MOIS.....3 NOMBRE D'ANNEES.....4 AVANT LA DERNIERE NAISSANCE...996	□
515A	VERIFIER 301 ET 302:  <div style="display: flex; justify-content: space-around;"> <div style="text-align: center;"> <input type="checkbox"/> CONNAIT LE CONDOM  <input type="checkbox"/> Lors de votre dernier rapport sexuel avec (votre mari/l'homme avec qui vous vivez) un condom a-t-il été utilisé? </div> <div style="text-align: center;"> <input type="checkbox"/> NE CONNAIT PAS LE CONDOM  <input type="checkbox"/> Certains hommes utilisent un condom (capote anglaise) c'est-à-dire qu'ils se mettent une capote en caoutchouc au pénis durant les rapports sexuels. Lors de votre dernier rapport sexuel avec (votre mari/l'homme avec qui vous vivez) un condom a-t-il été utilisé? </div> </div>	OUI.....1 NON.....2 NSP.....8	□515B
515AA	Lors de ce dernier rapport sexuel, qui a proposé d'utiliser le condom?	ENQUETEE ELLE-MEME.....1 MARI/CONJOINT.....2 LES DEUX.....3	
515B	Avez-vous eu des rapports sexuels avec quelqu'un d'autre que (votre mari/l'homme avec qui vous vivez) au cours des 12 derniers mois?	OUI.....1 NON.....2	□ 517
515C	Quand avez-vous eu, pour la dernière fois, des rapports sexuels avec quelqu'un d'autre que (votre mari/l'homme avec qui vous vivez)?	NOMBRE DE JOURS.....1	□

NOMBRE DE SEMAINES.....2   
 NOMBRE DE MOIS.....3   
 AVANT LA DERNIERE NAISSANCE...996

515CA La dernière fois que vous avez eu des rapports sexuels avec quelqu'un d'autre que votre mari/homme avec qui vous vivez, était-ce avec un partenaire régulier, une connaissance, pour de l'argent, ou avec quelqu'un d'autre?  
 PARTENAIRE REGULIER.....1  
 CONNAISSANCE.....2  
 POUR DE L'ARGENT.....3  
 QUELQU'UN D'AUTRE.....4

515D Un condom a-t-il été utilisé à cette occasion?  
 OUI.....1  
 NON.....2  
 NSP.....8  515E

515DA Lors de ce dernier rapport sexuel, qui a proposé d'utiliser le condom?  
 ENQUETEE ELLE-MEME.....1  
 PARTENAIRE.....2  
 LES DEUX.....3

515E Au cours des 12 derniers mois, avec combien de personnes différentes autres que (votre mari/l'homme avec qui vous vivez) avez-vous eu des rapports sexuels?  
 NOMBRE DE PERSONNES.....   
 NSP.....98  517

No. | QUESTIONS ET FILTRES | CODES | PASSER

515F Maintenant, je voudrais vous poser quelques questions sur votre activité sexuelle afin de mieux comprendre certains problèmes en rapport avec la planification familiale.  
 Il y a combien de temps que vous avez eu votre dernier rapport sexuel (si vous en avez déjà eu)?  
 JAMAIS.....000  608  
 NOMBRE DE JOURS.....1   
 NOMBRE DE SEMAINES.....2   
 NOMBRE DE MOIS.....3   
 NOMBRE D'ANNEES.....4   
 AVANT LA DERNIERE NAISSANCE...996

515FA La dernière fois que vous avez eu des rapports sexuels, était-ce avec un partenaire régulier, une connaissance, pour de l'argent, ou avec quelqu'un d'autre?  
 PARTENAIRE REGULIER.....1  
 CONNAISSANCE.....2  
 POUR DE L'ARGENT.....3  
 QUELQU'UN D'AUTRE.....4

515G VERIFIER 301 ET 302:  
 CONNAIT LE CONDOM  NE CONNAIT PAS LE CONDOM   
 Lors de votre dernier rapport sexuel, un condom a-t-il été utilisé? Certains hommes utilisent un condom (capote anglaise) c'est-à-dire qu'ils se mettent une capote en caoutchouc au pénis durant les rapports sexuels. Lors de votre dernier rapport sexuel, un condom a-t-il été utilisé?  
 OUI.....1  
 NON.....2  
 NSP.....8  515H

515GA Lors de ce dernier rapport sexuel, qui a proposé d'utiliser le condom?  
 ENQUETEE ELLE-MEME.....1  
 PARTENAIRE.....2  
 LES DEUX.....3

515H VERIFIER 515F:  
 MOINS DE 12 MOIS DEPUIS LES DERNIERS RAPPORTS SEXUELS  12 MOIS OU PLUS DEPUIS LES DERNIERS RAPPORTS SEXUELS  517

515I Au cours des 12 derniers mois, avec combien de personnes différentes avez-vous eu des rapports sexuels?  
 NOMBRE DE PERSONNES.....   
 NSP.....98

517 Connaissez-vous un endroit où vous pouvez vous procurer des condoms?  
 OUI.....1  
 NON.....2  518A

518 Où est-ce?  
 S'IL S'AGIT D'UN HOPITAL, D'UN CENTRE DE SANTE OU D'UNE CLINIQUE, ECRIRE LE NOM DE L'ENDROIT. INSISTER POUR DETERMINER LE TYPE DE SERVICE ET ENCERCLER LE CODE APPROPRIE.  
 SECTEUR PUBLIC  
 HOPITAL.....11  
 CENTRE DE SANTE/PMI.....12  
 DISPENSAIRE.....13  
 POSTE MEDICAL.....14  
 AUTRE PUBLIC.....16

(NOM DE L'ENDROIT)

(PRECISER)

SECTEUR MEDICAL PRIVE	
DOCTEUR PRIVE.....	21
CLINIQUE/HOPITAL PRIVE.....	22
CENTRE DE PF.....	23
PHARMACIE/DEPOT PHARMACEUT....	24
AUTRE MEDICAL PRIVE.....	26
(PRECISER)	
AUTRE SECTEUR PRIVE	
BOUTIQUE/MARCHE.....	31
BAR/BOITE DE NUIT.....	32
KIOSQUE.....	33
CIRCUIT COMMERCIAL INFORMEL...	34
EGLISE/TEMPLE.....	35
CONNAISSANCES/PARENTS.....	36
GUERISSEUR TRADITIONNEL.....	37
AUTRE.....	96
(PRECISER)	

29

PASSER  
A

No. QUESTIONS ET FILTRES

CODES

518A VERIFIER 515A, 515D ET 515G

AU MOINS 1 'OUI'

AUCUN 'OUI'

519

518B Où avez-vous obtenu les condoms la dernière fois?

S'IL S'AGIT D'UN HOPITAL, D'UN CENTRE DE SANTE OU D'UNE CLINIQUE, ECRIRE LE NOM DE L'ENDROIT. INSISTER POUR DETERMINER LE TYPE DE SERVICE ET ENCERCLER LE CODE APPROPRIE.

(NOM DE L'ENDROIT)

SECTEUR PUBLIC	
HOPITAL.....	11
CENTRE DE SANTE/PMI.....	12
DISPENSARE.....	13
POSTE MEDICAL.....	14
AUTRE PUBLIC.....	16
(PRECISER)	
SECTEUR MEDICAL PRIVE	
DOCTEUR PRIVE.....	21
CLINIQUE/HOPITAL PRIVE.....	22
CENTRE DE PF.....	23
PHARMACIE/DEPOT PHARMACEUT....	24
AUTRE MEDICAL PRIVE.....	26
(PRECISER)	
AUTRE SECTEUR PRIVE	
BOUTIQUE/MARCHE.....	31
BAR/BOITE DE NUIT.....	32
KIOSQUE.....	33
CIRCUIT COMMERCIAL INFORMEL...	34
EGLISE/TEMPLE.....	35
CONNAISSANCES/PARENTS.....	36
GUERISSEUR TRADITIONNEL.....	37
PARTENAIRE AVAIT LE CONDOM.....	41
AUTRE.....	96
(PRECISER)	

519

518C Connaissez-vous le nom de la marque des condoms que vous avez utilisé la dernière fois?

NOTER LE NOM DE LA MARQUE

PRUDENCE.....	01
PRUDENCE NOUVEAU.....	02
PROMESSE.....	03
PROTECTOR.....	04
GOLD CIRCLE.....	05
COOL.....	06
AUTRE.....	96
(PRECISER)	
NSP.....	98

518D La dernière fois que vous avez acheté des condoms, combien en avez-vous acheté?

NOMBRE DE CONDOMS.....

NSP..... 98

DETERMINER LE NOMBRE DE CONDOM ET ENREGISTRER CE NOMBRE. ENREGISTRER '90' POUR 90 ET PLUS.

518E Combien avez-vous payé?

COUT.....

GRATUIT.....	9996
NSP.....	9998

519 | Quel âge aviez-vous quand vous avez eu votre premier rapport sexuel? | AGE..... | PREMIERE FOIS AU MARIAGE.....96

SECTION 6. PREFERENCES EN MATIERE DE FECONDITE

No. | QUESTIONS ET FILTRES | CODES | PASSER A

601 | VERIFIER 314:  
 NI LUI NI ELLE STERILISE  | LUI OU ELLE STERILISE  | | 612

602 | VERIFIER 227:  
 PAS ENCEINTE OU PAS SURE  | ENCEINTE   
 Maintenant, j'ai quelques questions au sujet de l'avenir. Voudriez-vous avoir un (autre) enfant, ou préféreriez-vous ne pas avoir d'(autres) enfants?  
 Maintenant, j'ai quelques questions au sujet de l'avenir. Après l'enfant que vous attendez, voudriez-vous avoir un autre enfant, ou préféreriez-vous ne pas avoir d'autres enfants?  
 AVOIR UN (AUTRE) ENFANT.....1  
 PAS D'AUTRE/AUCUN.....2 | 604  
 DIT NE PEUT PAS ETRE ENCEINTE...3 | 606  
 INDECISE/NSP.....8 | 604

603 | VERIFIER 227:  
 PAS ENCEINTE OU PAS SURE  | ENCEINTE   
 Combien de temps, voudriez-vous attendre, à partir de maintenant, avant la naissance d'un (autre) enfant?  
 Après l'enfant que vous attendez, combien de temps voudriez-vous attendre avant la naissance d'un autre enfant?  
 MOIS.....1 |   
 ANNEES.....2 |   
 BIENTOT/MAINTENANT.....993  
 DIT PEUT PAS ETRE ENCEINTE...994 | 606  
 APRES LE MARIAGE.....995  
 AUTRE 996  
 (PRECISER)  
 NSP.....998

604 | VERIFIER 227:  
 PAS ENCEINTE OU PAS SURE  | ENCEINTE  | 607

605 | Si vous tombiez enceinte dans les prochaines semaines, seriez-vous contente, pas contente, ou cela vous serait-il égal?  
 CONTENTE.....1  
 PAS CONTENTE.....2  
 EGAL.....3

606 | VERIFIER 313: UTILISE UNE METHODE?  
 PAS POSEE  | N'UTILISE PAS ACTUELLEMENT DE METHODE  | UTILISE ACTUELLEMENT UNE METHODE  | 612

607 | Pensez-vous que vous utiliserez une méthode pour retarder ou éviter une grossesse dans les 12 prochains mois?  
 OUI.....1 | 609  
 NON.....2  
 NSP.....8

608 | Pensez-vous que vous utiliserez une méthode pour retarder ou éviter une grossesse dans le futur?  
 OUI.....1  
 NON.....2  
 NSP.....8 | 610

609 | Quelle méthode préféreriez-vous utiliser?  
 PILULE.....01  
 DIU.....02  
 INJECTION.....03  
 IMPLANT.....04  
 DIAPHRAGME/MOUSSE/GELEE.....05  
 CONDOM.....06  
 STERILISATION FEMININE.....07  
 STERILISATION MASCULINE.....08 | 612  
 CONTINENCE PERIODIQUE.....09  
 RETRAIT.....10  
 AUTRE 96  
 (PRECISER)  
 PAS SURE.....98

No. | QUESTIONS ET FILTRES | CODES | PASSER A

610	Quelle est la principale raison pour laquelle vous pensez que vous n'utiliserez jamais de méthode?	NON MARIEE.....11 RAISONS LIEES A LA FECONDITE RAP. SEX. PEU FREQUENTS.....22 MENOPAUSEE/HYSTERECTOMIE.....23 SOUS-FECONDE/STERILE.....24 VEUT DES ENFANTS.....26  OPPOSITION A L'UTILISATION ENQUETEE OPPOSEE.....31 MARI/CONJOINT OPPOSE.....32 AUTRES PERS. OPPOSEES.....33 INTERDITS RELIGIEUX.....34 TABOUS CULTURELS.....35  MANQUE DE CONNAISSANCE NE CONNAIT AUCUNE METHODE.....41 NE CONNAIT AUCUNE SOURCE.....42  RAISONS LIEES A UNE METHODE PROBLEMES DE SANTE.....51 PEUR DES EFFETS SECONDAIRES...52 PAS ACCESSIBLE/TROP LOIN.....53 TROP CHERE.....54 PAS PRATIQUE A UTILISER.....55 INTERFERE AVEC LE PROCESSUS NORMAL DU CORPS.....56  AUTRE _____ 96 (PRECISER) NSP.....98	□612
-----	--	---	------

611	Utiliserez-vous une méthode si vous étiez mariée?	OUI.....1 NON.....2 NSP.....8	
-----	---	-------------------------------------	--

612	VERIFIER 216: A DES ENFANTS VIVANTS <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> Si vous pouviez revenir à l'époque où vous n'aviez pas d'enfants et choisir exactement le nombre d'enfants à avoir dans toute votre vie, combien voudriez-vous en avoir? INSISTER POUR OBTENIR UNE REPONSE NUMERIQUE	N'A PAS D'ENFANTS VIVANTS <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> Si vous pouviez choisir exactement le nombre d'enfants à avoir dans toute votre vie, combien voudriez-vous en avoir?	NOMBRE..... <input type="text"/> SI '00' PASSER A Q.614 AUTRE _____ 96 (PRECISER)	□614
-----	---	---	--	------

613	Parmi ces enfants, combien souhaiteriez-vous de garçons, combien souhaiteriez-vous de filles, et pour combien d'entre eux, cela n'a-t-il pas d'importance?	GARÇONS NOMBRE..... <input type="text"/> AUTRE _____ 96 (PRECISER) FILLES NOMBRE..... <input type="text"/> AUTRE _____ 96 (PRECISER) N'IMPORTE NOMBRE..... <input type="text"/> AUTRE _____ 96 (PRECISER)	
-----	--	--	--

614	En général, approuvez-vous ou désapprouvez-vous les couples qui utilisent une méthode pour éviter une grossesse?	APPROUVE.....1 DESAPPROUVE.....2 SANS OPINION.....3	
-----	--	---	--

615	Trouvez-vous acceptable ou pas acceptable que des informations sur la planification familiale soient données :	NON ACCEP- ACCEP- TABLE TABLE NSP RADIO.....1 2 8 TELEVISION.....1 2 8	
-----	--	--	--

No.	QUESTIONS ET FILTRES	CODES	PASSER A
616	Durant les 6 derniers mois, avez-vous entendu ou vu quelque chose sur la planification familiale:		OUI NON
	A la radio?	RADIO.....1	2
	A la télévision?	TELEVISION.....1	2
	Dans les journaux ou les magazines?	JOURNAUX OU MAGAZINES.....1	2

Sur une affiche?	AFFICHE.....1	2
Sur un prospectus ou une brochure?	PROSPECTUS OU BROCHURES.....1	2
Sur une pancarte ou panneau publicitaire?	PANCARTE/PANNEAU PUB.....1	2
Au cours d'une réunion communautaire/d'association?	REUNION.....1	2

616A	Quelle est votre principale source d'information sur la planification familiale?	AUCUNE.....01	
		PERSONNEL SANTE PUBLIC.....02	
		PERSONNEL SANTE PRIVE.....03	
		PERSONNEL SANTE COMMUNAUTAIRE..04	
		CLINIQUE DE PF.....05	
		MARI/PARTENAIRE.....06	
		AUTRES PARENTS.....07	
		AMIS/RELATIONS.....08	
		RADIO.....09	
		TELEVISION.....10	
		JOURNAUX/AFFICHES.....11	
		ECOLE/BIBLIOTHEQUE.....12	
		REUNION COMMUNAUTAIRE.....13	
		AUTRE	96
		(PRECISER)	
		NSP.....	98

618	Au cours des 12 derniers mois, avez-vous discuté de la planification familiale avec vos ami(e)s, vos voisins ou vos parents?	OUI.....1	
		NON.....2	<input type="checkbox"/> 620

619	Avec qui en avez-vous discuté?	MARI/CONJOINT.....A	
		MERE.....B	
		PERE.....C	
		SOEUR(S).....D	
		FRERE(S).....E	
		FILLE.....F	
		BELLE-MERE.....G	
		AMIE(S)/VOISINS.....H	
		AUTRE	X
		(PRECISER)	

Quelqu'un d'autre?  
ENREGISTRER TOUT CE QUI EST MENTIONNE.

620	VERIFIER 502:		
	OUI, ACTUELLE- MENT MARIEE <input type="checkbox"/>	OUI, VIT AVEC UN HOMME <input type="checkbox"/>	NON, PAS EN UNION <input type="checkbox"/>
			<input type="checkbox"/> 624

621	Les époux/conjoints ne sont pas toujours d'accord sur tout. Je voudrais vous poser des questions sur le point de vue de votre mari/conjoint sur la planification familiale. Pensez-vous que votre mari/conjoint approuve ou désapprouve les couples qui utilisent une méthode pour éviter une grossesse?	APPROUVE.....1	
		DESAPPROUVE.....2	
		NSP.....	8

622	Combien de fois, avez-vous parlé avec votre mari/conjoint de la planification familiale, au cours des 12 derniers mois?	JAMAIS.....1	<input type="checkbox"/> 622B
		UNE OU DEUX FOIS.....2	
		PLUS SOUVENT.....3	

622A	Généralement, qui commence la discussion sur la planification familiale, vous, votre mari/conjoint ou tous les deux?	ENQUETEE.....1	
		MARI/CONJOINT.....2	
		L'UN OU L'AUTRE.....3	
		NSP.....	8

622B	VERIFIER 313: UTILISE UNE METHODE?		
	OUI, UTILISE ACTUELLEMENT <input type="checkbox"/>	NON, N'UTILISE PAS ACTUELLEMENT OU QUESTION NON POSEE <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> 623

622C	Avant de commencer à utiliser (METHODE ACTUELLE), avez-vous discuté avec votre mari/conjoint de la méthode à utiliser?	OUI.....1	
		NON.....2	
		NE SE RAPPELLE PLUS.....	8

No.	QUESTIONS ET FILTRES	CODES	PASSER A
-----	----------------------	-------	----------

622D	Après avoir commencé à utiliser (METHODE ACTUELLE), avez-vous discuté avec votre mari/conjoint à propos de cette méthode?	OUI.....1	
		NON.....2	
		NE SE RAPPELLE PLUS.....	8

622E	VERIFIER 314:		
	ENCERCLER LE CODE DE LA METHODE:	PILULE.....01	
		DIU.....02	
		INJECTION.....03	
		IMPLANT.....04	
		DIAPHRAGME/MOUSSE/GELEE.....05	
		CONDOM.....06	<input type="checkbox"/> 623
		STERILISATION FEMININE.....07	
		STERILISATION MASCULINE.....08	<input type="checkbox"/> 623
		CONTINENCE PERIODIQUE.....09	
		RETRAIT.....10	<input type="checkbox"/> 623

		AUTRE METHODE.....	96
622F	Est-ce que votre mari/conjoint vous a encouragé ou vous a découragé à utiliser (METHODE ACTUELLE)?	ENCOURAGE..... DECOURAGE..... NI L'UN NI L'AUTRE/NEUTRE..... NSP.....	1 2 3 8
623	Pensez-vous que votre mari/conjoint veut le même nombre d'enfants que vous, en veut davantage que vous ou en veut moins que vous?	MEME NOMBRE..... PLUS D'ENFANTS..... MOINS D'ENFANTS..... NSP.....	1 2 3 8
624	Selon vous, qui devrait prendre la décision d'utiliser une méthode de planification familiale, l'homme ou la femme?	HOMME..... FEMME..... LES DEUX..... QUELQU'UN D'AUTRE.....	1 2 3 4
625	Selon vous, généralement, qui prend la décision d'utiliser une méthode de planification familiale, l'homme ou la femme?	HOMME..... FEMME..... LES DEUX..... QUELQU'UN D'AUTRE.....	1 2 3 4
626	Pensez-vous que votre mère (tutrice) approuve ou désapprouve les couples qui utilisent une méthode pour éviter ou retarder une grossesse?  SI LA MERE (TUTRICE) EST DECEDEE, POSER LA QUESTION AINSI: "Si votre mère (tutrice) était en vie, pensez-vous...."	APPROUVE..... DESAPPROUVE..... NSP.....	1 2 8
627	Pensez-vous que votre père (tuteur) approuve ou désapprouve les couples qui utilisent une méthode pour éviter ou retarder une grossesse?  SI LA PERE (TUTEUR) EST DECEDE, POSER LA QUESTION AINSI: "Si votre père (tuteur) était en vie, pensez-vous...."	APPROUVE..... DESAPPROUVE..... NSP.....	1 2 8
628	Diriez-vous que l'utilisation de la planification familiale est contre votre religion ou qu'elle n'est pas contre votre religion?	CONTRE SA RELIGION..... PAS CONTRE SA RELIGION..... SA RELIGION N'A PAS DE POSITION A CE SUJET..... ENQUETEE N'A PAS DE RELIGION..... NSP.....	1 2 3 4 8
629	A votre avis, pour améliorer le niveau de vie de la famille, est-il préférable d'avoir une petite famille ou une grande famille?	PETITE FAMILLE..... GRANDE FAMILLE..... ÇA N'A PAS D'IMPORTANCE/ L'UN OU L'AUTRE..... ÇA DEPEND..... NSP/SANS OPINION.....	1 2 3 4 8
630	Avez-vous déjà encouragé ou essayé de persuader un(e) ami(e) ou parent à utiliser la planification familiale?	OUI..... NON.....	1 2

SECTION 7. ACTIVITE PROFESSIONNELLE

No.	QUESTIONS ET FILTRES	CODES	PASSER A
709	En dehors de votre travail domestique, est-ce que vous travaillez actuellement?	OUI..... NON.....	1 — <input type="checkbox"/> 712 2
710	Comme vous le savez, certaines femmes ont un travail pour lequel elles sont payées en argent ou en nature. Certaines ont un petit commerce ou travaillent sur les terres ou dans l'affaire de la famille. Faites-vous actuellement quelque chose de ce genre ou un quelconque autre travail?	OUI..... NON.....	1 — <input type="checkbox"/> 712 2
711	Avez-vous fait un travail quelconque durant les 12 derniers mois?	OUI..... NON.....	1 2 — <input type="checkbox"/> 801A
712	Quelle est votre occupation, c'est-à-dire quel genre de travail faites-vous principalement?		<input type="checkbox"/>
713	VERIFIER 712: TRAVAILLE DANS L'AGRICULTURE <input type="checkbox"/> NE TRAVAILLE PAS DANS L'AGRICULTURE <input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/> 715

714	Travaillez-vous principalement sur votre propre terre ou celle de votre famille, louez-vous la terre ou travaillez-vous la terre de quelqu'un d'autre?	PROPRE TERRE.....1 TERRE FAMILIALE.....2 TERRE LOUEE.....3 TERRE DE QUELQU'UN D'AUTRE.....4
715	Faites-vous ce travail pour un membre de votre famille, pour quelqu'un d'autre ou êtes-vous à votre compte?	POUR UN MEMBRE DE LA FAMILLE...1 POUR QUELQU'UN D'AUTRE.....2 A SON COMPTE.....3
716	Travaillez-vous habituellement toute l'année, de manière saisonnière ou travaillez-vous seulement une fois de temps en temps?	TOUTE L'ANNEE.....1 TRAVAIL SAISONNIER.....2 DE TEMPS EN TEMPS.....3

SECTION 8. SIDA ET AUTRES MALADIES SEXUELLEMENT TRANSMISSIBLES

No.	QUESTIONS ET FILTRES	CODES	PASSER A
801A	Avez-vous déjà entendu parler de maladies qui peuvent se transmettre sexuellement?	OUI.....1 NON.....2	<input type="checkbox"/> 801K
801B	Quelles maladies connaissez-vous?  ENREGISTRER TOUTES LES REPONSES.	SYPHILIS/VEROLE.....A GONORRHEE/BLENNORRAGIE.....B SIDA.....C CONDYLOME/TUMEUR GENITALE.....D ECOULEMENT.....E ULCERATION.....F DOULEUR DANS BAS VENTRE.....G  AUTRE _____ W (PRECISER)  AUTRE _____ X (PRECISER)  NSP.....Z	
801C	VERIFIER 515 ET 515F: A EU DES RAPPORTS SEXUELS <input type="checkbox"/>	N'A JAMAIS EU DE RAPPORTS SEXUELS <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> 801K
801D	Au cours des 12 derniers mois, avez-vous eu une de ces maladies?	OUI.....1 NON.....2 NSP.....8	<input type="checkbox"/> 801K
801E	Quelles maladies avez-vous eues?  ENREGISTRER TOUTES LES REPONSES.	SYPHILIS/VEROLE.....A GONORRHEE/BLENNORRAGIE.....B SIDA.....C CONDYLOME/TUMEUR GENITALE.....D ECOULEMENT.....E ULCERATION.....F DOULEUR DANS BAS VENTRE.....G  AUTRE _____ W (PRECISER)  AUTRE _____ X (PRECISER)  NSP.....Z	
801F	La dernière fois que vous avez eu la (MALADIE DE 801E), avez-vous recherché des conseils ou un traitement?	OUI.....1 NON.....2	<input type="checkbox"/> 801H
801G	Où avez-vous recherché des conseils ou un traitement?  Quelque part ailleurs/Quelqu'un d'autre?  ENREGISTRER TOUT CE QUI EST MENTIONNE.	SECTEUR PUBLIC HOPITAL.....A CENTRE DE SANTE/PMI.....B DISPENSARE.....C POSTE MEDICAL.....D  AUTRE PUBLIC _____ E (PRECISER)  SECTEUR MEDICAL PRIVE DOCTEUR PRIVE.....F CLINIQUE/HOPITAL PRIVE.....G CENTRE DE PF.....H PHARMACIE/DEPOT PHARMACEUT.....I  AUTRE MEDICAL PRIVE _____ J (PRECISER)  AUTRE SECTEUR PRIVE BOUTIQUE/MARCHE.....K CIRCUIT COMMERCIAL INFORMEL....L EGLISE/TEMPLE.....M CONNAISSANCES/PARENTS.....N GUERISSEUR TRADITIONNEL.....O	

AUTRE \_\_\_\_\_ X  
(PRECISER)  
NSP.....Z

No. | QUESTIONS ET FILTRES | CODES | PASSER A

801H | Quand vous avez eu la/les (MALADIE(S) DE 801E) avez-vous averti votre/vos partenaire(s)? | OUI.....1 |  
NON.....2

801I | Quand vous avez eu la/les (MALADIE(S) DE 801E) avez-vous fait quelque chose pour éviter d'infecter votre/vos partenaire(s)? | OUI.....1 |  
NON.....2 |  
PARTENAIRE DEJA INFECTE.....3  801K

801J | Qu'avez-vous fait? | PAS DE RAPPORTS SEXUELS.....A |  
A UTILISE CONDOMS.....B |  
A PRIS DES MEDICAMENTS.....C |  
ENREGISTRER TOUT CE QUI EST MENTIONNE. | AUTRE \_\_\_\_\_ X  
(PRECISER)

801K | VERIFIER 801B: N'A PAS CITE LE "SIDA"  OU QUESTION NON POSEE  A CITE LE "SIDA"   802

801L | Avez-vous déjà entendu parler d'une maladie appelée SIDA? | OUI.....1 |  
NON.....2  811C

802 | De quelles sources d'informations avez-vous appris sur le SIDA? | RADIO.....A |  
TV.....B |  
JOURNAUX/MAGAZINES.....C |  
DEPLIANTS/PROSPECTUS.....D |  
Aucune autre source? | CENTRE/AGENT DE SANTE.....E |  
MOSQUEE/EGLISE/TEMPLE.....F |  
ECOLE/PROFESSEUR.....G |  
REUNION D'ASSOCIATION.....H |  
THEATRE POPULAIRE.....I |  
AMI (E)S/PARENTS.....J |  
LIEU DE TRAVAIL.....K |  
ENREGISTRER TOUT CE QUI EST MENTIONNE. | AUTRE \_\_\_\_\_ X  
(PRECISER)

802A | Si vous vouliez plus d'information sur le SIDA, d'où souhaiteriez-vous obtenir ces informations? | RADIO.....01 |  
TV.....02 |  
JOURNAUX/MAGAZINES.....03 |  
DEPLIANTS/PROSPECTUS.....04 |  
CENTRE/AGENT DE SANTE.....05 |  
MOSQUEE/EGLISE/TEMPLE.....06 |  
ECOLE/PROFESSEUR.....07 |  
REUNION D'ASSOCIATION.....08 |  
THEATRE POPULAIRE.....09 |  
AMI (E)S/PARENTS.....10 |  
LIEU DE TRAVAIL.....11 |  
ASSEZ INFORME.....12 |  
AUTRE \_\_\_\_\_ 96  
(PRECISER)

802B | Comment peut-on attraper le SIDA? | RAPPORTS SEXUELS.....A |  
RAPPORTS SEXUELS AVEC DES PARTENAIRES MULTIPLES.....B |  
RAP. SEXUELS AVEC PROSTITUEES...C |  
Aucune autre façon? | NE PAS UTILISER CONDOM.....D |  
RELATIONS HOMOSEXUELLES.....E |  
TRANSFUSION DE SANG.....F |  
INJECTIONS.....G |  
EN EMBRESSANT.....H |  
PIQUES DE MOUSTIQUES.....I |  
LAMES, CISEAUX, COUTEAUX INSTRUMENTS COUPANTS SOUILLES..K |  
ENREGISTRER TOUT CE QUI EST MENTIONNE. | AUTRE \_\_\_\_\_ W  
(PRECISER) |  
AUTRE \_\_\_\_\_ X  
(PRECISER) |  
NSP.....Z

803 | Y-a-t-il quelque chose qu'une personne peut faire pour éviter d'attraper le SIDA ou le virus qui cause le SIDA? | OUI.....1 |  
NON.....2 |  
NSP.....8  807

No.	QUESTIONS ET FILTRES	CODES	PASSER A
804	Que peut-on faire?  Quelque chose d'autre?  ENREGISTRER TOUT CE QUI EST MENTIONNE.	S'ABSTENIR DE RAPPORTS SEXUELS..B UTILISER DES CONDOMS.....C EVITER MULTIPLES PARTENAIRES...D EVITER LES PROSTITUEES.....E EVITER REL. HOMOSEXUELLES.....F EVITER TRANSFUSIONS DE SANG....G EVITER INJECTIONS.....H EVITER D'EMBRASSER.....I EVITER PIQURES MOUSTIQUES.....J EVITER LAMES, CISEAUX, COUTEAUX INSTRUMENTS COUPANTS SOUILLES..K CHERCHER LA PROTECTION DES GUERISSEURS TRADITIONNELS.....L  AUTRE _____ W (PRECISER) AUTRE _____ X (PRECISER) NSP.....Z	
807	Est-il possible qu'une personne qui semble être en bonne santé, soit en fait atteinte du virus du SIDA?	OUI.....1 NON.....2 NSP.....8	
808	Pensez-vous qu'une personne qui a le SIDA ne meurt presque jamais de cette maladie, qu'elle en meurt parfois, ou qu'elle en meurt presque toujours?	PRESQUE JAMAIS.....1 PARFOIS.....2 PRESQUE TOUJOURS.....3 NSP.....8	
808A	Peut-on guérir du SIDA?	OUI.....1 NON.....2 NSP.....8	
808B	Le SIDA peut-il être transmis de la mère à l'enfant?	OUI.....1 NON.....2 NSP.....8	
808C	Connaissez-vous personnellement quelqu'un qui a le SIDA ou qui est mort du SIDA?	OUI.....1 NON.....2 NSP.....8	
809	Pensez-vous que les risques que vous attrapiez le SIDA sont faibles, moyens, importants, ou que vous ne courez aucun risque de l'attraper?	FAIBLE.....1 MOYEN.....2 IMPORTANT.....3 PAS DE RISQUE DU TOUT.....4 A LE SIDA.....5	<input type="checkbox"/> 809C <input type="checkbox"/> 811A
809B	Pourquoi pensez-vous (NE PAS AVOIR DE RISQUES/AVOIR DE FAIBLES RISQUES) d'attraper le SIDA?  Aucune autre raison?  ENREGISTRER TOUT CE QUI EST MENTIONNE.	S'ABSTIENT DE RAP. SEXUELS.....B UTILISE CONDOMS.....C A SEULEMENT 1 PARTENAIRE SEX...D A NOMBRE LIMITE DE PART. SEX...E CONJOINT N'A PAS AUTRES PART...F N'A PAS RELATIONS HOMOSEX.....G N'A PAS TRANSFUSION DE SANG...H N'A PAS D'INJECTIONS.....I EVITE LAMES, CISEAUX, COUTEAUX INSTRUMENTS COUPANTS SOUILLES..K  AUTRE _____ X (PRECISER)	<input type="checkbox"/> 811A
809C	Pourquoi pensez-vous avoir des risques (MOYENS/IMPORTANT) d'attraper le SIDA?  Aucune autre raison?  ENREGISTRER TOUT CE QUI EST MENTIONNE.	N'UTILISE PAS CONDOMS.....C PLUS D'1 PARTENAIRE SEXUEL.....D NOMBREUX PARTENAIRES SEXUELS...E CONJOINT A AUTRE(S) PARTENAIRE..F RELATIONS HOMOSEXUELLES.....G TRANSFUSION DE SANG.....H INJECTIONS.....I UTILISE LAMES, CISEAUX, COUTEAUX INSTRUMENTS COUPANTS SOUILLES..K  AUTRE _____ X (PRECISER)	

No.	QUESTIONS ET FILTRES	CODES	PASSER A
811A	Depuis que vous avez entendu parler du SIDA, avez-vous changé votre comportement pour éviter d'attraper le SIDA?  SI OUI, Qu'avez-vous fait?	PAS COMMENCE RAPPORTS SEXUELS...A ARRETE RAPPORTS SEXUELS.....B COMMENCE UTILISER CONDOMS.....C LIMITE SEX. A 1 PARTENAIRE.....D REDUIT NOMBRE DE PARTENAIRES...E DEMANDE CONJOINT D'ETRE FIDELE..F ARRETE RELATIONS HOMOSEXUEL....G ARRETE INJECTIONS.....I	<input type="checkbox"/> 811C

<p>Quelque chose d'autre?</p> <p>ENREGISTRER TOUT CE QUI EST MENTIONNE.</p>	<p>EVITE LAMES, CISEAUX, COUTEAUX INSTRUMENTS COUPANTS SOUILLES..K</p> <p>AUTRE _____ W (PRECISER)</p> <p>AUTRE _____ X (PRECISER)</p> <p>PAS DE CHANGEMENT.....Y</p>
<p>811B Le fait de connaître le SIDA a-t-il influencé ou changé votre décision d'avoir des rapports sexuels ou votre comportement sexuel?</p> <p>SI OUI, De quelle façon?</p> <p>ENREGISTRER TOUT CE QUI EST MENTIONNE.</p>	<p>PAS COMMENCE RAPPORTS SEXUELS...A A ARRETE RAPPORTS SEXUELS.....B A COMMENCE UTILISER CONDOMS....C SEXE LIMITE A 1 PARTENAIRE.....D A REDUIT NOMBRE DE PARTENAIRE..E</p> <p>AUTRE _____ X (PRECISER)</p> <p>PAS CHANGEMENT COMP. SEXUEL....Y NSP.....Z</p>
<p>811C Certaines personnes utilisent un condom pendant les rapports sexuels pour éviter d'attraper le SIDA ou d'autres maladies sexuellement transmissibles. En avez-vous déjà entendu parler?</p>	<p>OUI.....1</p> <p>NON.....2 <input type="checkbox"/> 811F</p>
<p>811D VERIFIER 515 ET 515F:                    N'A JAMAIS</p> <p>  A EU DES                    EU DES</p> <p>  RAPPORTS                    RAPPORTS</p> <p>  SEXUELS                    SEXUELS</p> <p>  <input type="checkbox"/>                    <input type="checkbox"/></p> <p>  _____ <input type="checkbox"/> 901</p>	
<p>811E Il se peut que nous ayons déjà parlé de cela. Avez-vous déjà utilisé un condom pendant les rapports sexuels pour éviter d'attraper ou de transmettre des maladies, comme le SIDA?</p>	<p>OUI.....1</p> <p>NON.....2 <input type="checkbox"/> 811G</p>
<p>811EA Utilisez-vous le condom de temps en temps, souvent ou à chaque rapport sexuel?</p>	<p>TEMPS EN TEMPS.....1</p> <p>SOUVENT.....2 <input type="checkbox"/> 811G</p> <p>CHAQUE RAPPORT.....3</p>
<p>811F VERIFIER 515 ET 515F:                    N'A JAMAIS</p> <p>  A EU DES                    EU DES</p> <p>  RAPPORTS                    RAPPORTS</p> <p>  SEXUELS                    SEXUELS</p> <p>  <input type="checkbox"/>                    <input type="checkbox"/></p> <p>  _____ <input type="checkbox"/> 901</p>	
<p>811G Au cours des 12 derniers mois, avez-vous donné ou reçu de l'argent, des cadeaux ou des faveurs en échange de rapports sexuels?</p>	<p>OUI.....1</p> <p>NON.....2</p>

SECTION 9. PRATIQUES TRADITIONNELLES

No.	QUESTIONS ET FILTRES	CODES	PASSER A
901	<p>Dans certaines parties de la Côte d'Ivoire et dans d'autres pays, il existe une pratique qui consiste à tailler ou couper certaines parties de la peau ou de la chair des parties génitales des petites filles ou des jeunes filles.</p> <p>Avez-vous entendu parler de cette pratique?</p>	<p>OUI.....1</p> <p>NON.....2 <input type="checkbox"/> 923</p>	
902	<p>Vous-même, avez-vous subi ce type de pratique?</p>	<p>OUI.....1</p> <p>NON.....2 <input type="checkbox"/> 908</p>	
903	<p>Comment appelez-vous le type de pratique que vous avez subi?</p> <p>INSISTER POUR DETERMINER LE NOM EXACT DU TYPE DE PRATIQUE</p>	<p><input type="checkbox"/></p>	
904	<p>Quel âge aviez-vous lorsque vous avez subi ce type de pratique?</p>	<p>AGE EN ANNEES REVOLUES.... <input type="checkbox"/></p> <p>DANS LA PETITE ENFANCE.....96</p> <p>NSP.....98</p>	
	<p>MEDECIN.....01</p>		

905	Qui a procédé à ce type de pratique?	INFIRMIERE/SAGE FEMME.....02 ACCOUCHEUSE TRADITIONNELLE.....03 PRATICIEN DE LA CIRCONCISION...04 EXCISEUSE.....05 VIEILLE FEMME.....06  AUTRE _____ 96 (PRECISER) NSP.....98
906	Au moment ou vous avez subi ce type de pratique, vous a-t-on fermé, totalement ou en partie, la zone du vagin par une couture?	OUI.....1 NON.....2
907	Au moment de vos premières règles ou au moment de votre mariage, la zone du vagin a-t-elle dû être ouverte en faisant une incision?	OUI.....1 NON.....2

908	VERIFIER 214 ET 217: A AU MOINS <input type="checkbox"/> N'A PAS <input type="checkbox"/> UNE FILLE DE FILLE VIVANTE VIVANTE <input type="checkbox"/> 916
-----	--

909	Est-ce que (NOM DE LA FILLE AINEE) a subi ce type de pratique?	OUI.....1 NON.....2 PAS ENCORE.....8 914
-----	--	--

910	Comment appelez-vous le type de pratique qu'elle a subi?  INSISTER POUR DETERMINER LE NOM EXACT DU TYPE DE PRATIQUE	<input type="text"/>
-----	---	----------------------

911	Quel âge avait-elle lorsqu'elle a subi ce type de pratique?	AGE EN ANNEES REVOLUES.... <input type="text"/> NSP.....98
-----	---	---

912	Qui a procédé à ce type de pratique?	MEDECIN.....01 INFIRMIERE/SAGE FEMME.....02 ACCOUCHEUSE TRADITIONNELLE.....03 PRATICIEN DE LA CIRCONCISION...04 EXCISEUSE.....05 VIEILLE FEMME.....06  AUTRE _____ 96 (PRECISER) NSP.....98
-----	--------------------------------------	--

40  
PASSER  
A

No.	QUESTIONS ET FILTRES	CODES
913	Est-ce quelqu'un a fait des objections au type de pratique qu'a subi (NOM DE LA FILLE AINEE)?  Quelqu'un d'autre?  ENREGISTRER TOUTES LES PERSONNES MENTIONNEES.	ENQUETEE.....A MARI DE L'ENQUETEE.....B MERE DE L'ENQUETEE.....C BELLE-MERE DE L'ENQUETEE.....D AUTRE PARENT DE L'ENQUETEE.....E AUTRE PARENT DU MARI.....F  AUTRE _____ X (PRECISER) NON/PERSONNE.....Y

914	Est-ce vous avez l'intention de faire subir ce type de pratique à (NOM DE LA FILLE AINEE)?	OUI.....1 916 NON.....2 NSP.....8 916
-----	--	---

915	Pensez-vous que quelqu'un de votre entourage (famille/ amis..) pourrait, malgré votre opposition, faire subir ce type de pratique à votre fille?	OUI.....1 NON.....2 NSP.....8
-----	--	-------------------------------------

916	Pensez-vous que ce type de pratique devrait encore être pratiquée ou quelle devrait être arrêtée?	ENCORE PRATIQUEE.....1 ARRETEE.....2 920 NSP.....8 923
-----	---	--

917	Pourquoi pensez-vous que ce type de pratique devrait encore être pratiquée?  Quelqu'autre raison?  ENREGISTRER TOUTES LES RAISONS MENTIONNEES.	BONNE TRADITION.....A COUTUME ET TRADITION.....B NECESSITE RELIGIEUSE.....C HYGIENE.....D MEILLEURE CHANCE DE MARIAGE...E PLUS GRAND PLAISIR DU MARI....F PRESERVE LA VIRGINITE/ EVITE L'IMMORALITE.....G  AUTRE _____ X (PRECISER)
-----	--	---

918 VERIFIER 917  
 LE CODE 'A' ET/OU  
 LE CODE 'B' SONT ENCERCLES  NI LE CODE 'A'  
 NI LE CODE 'B'  
 NE SONT ENCERCLES  923

919 Que voulez-vous dire par BONNE TRADITION/TRADITION/  
 COUTUME?  
 ENREGISTRER TOUTES LES RAISONS MENTIONNEES.  
 COUTUME ET TRADITION.....B  
 NECESSITE RELIGIEUSE.....C  
 HYGIENE.....D  
 MEILLEURE CHANCE DE MARIAGE....E  
 PLUS GRAND PLAISIR DU MARI.....F  
 PRESERVE LA VIRGINITE/  
 EVITE L'IMMORALITE.....G  
 AUTRE \_\_\_\_\_ X  
 (PRECISER)  
 NSP.....Z

920 Pourquoi pensez-vous que ce type de pratique devrait  
 être arrêtée?  
 Quelqu'autre raison?  
 ENREGISTRER TOUTES LES RAISONS MENTIONNEES.  
 MAUVAISE TRADITION.....A  
 CONTRE LA RELIGION.....B  
 COMPLICATIONS MEDICALES.....C  
 PROPRE EXPERIENCE DOULOUREUSE..D  
 CONTRE DIGNITE DE LA FEMME.....E  
 EMPECHE SATISFACTION SEXUELLE..F  
 AUTRE \_\_\_\_\_ X  
 (PRECISER)  
 NSP.....Z

921 VERIFIER 920  
 LE CODE 'A'  
 EST ENCERCLE  LE CODE 'A'  
 N'EST PAS ENCERCLE  923

922 Que voulez-vous dire par MAUVAISE TRADITION?  
 ENREGISTRER TOUTES LES RAISONS MENTIONNEES.  
 CONTRE LA RELIGION.....B  
 COMPLICATIONS MEDICALES.....C  
 PROPRE EXPERIENCE DOULOUREUSE..D  
 CONTRE DIGNITE DE LA FEMME.....E  
 EMPECHE SATISFACTION SEXUELLE..F  
 AUTRE \_\_\_\_\_ X  
 (PRECISER)  
 NSP.....Z

923 ENREGISTRER L'HEURE  
 HEURES.....  
 MINUTES.....

SECTION 10. TAILLE ET POIDS

1001 EN 1003 ENREGISTRER LE NOM DE L'ENQUETEE.  
 EN 1006 ET 1008 NOTER LA TAILLE ET LE POIDS DE L'ENQUETEE.  
 EN 1002, 1003 ET 1004 (COLONNES 2-4) ENREGISTRER LE N° DE LIGNE, LE NOM ET LA DATE DE NAISSANCE  
 DE CHAQUE ENFANT NE DEPUIS JANVIER 1993 ET ENCORE EN VIE, EN COMMENÇANT PAR LE PLUS JEUNE.  
 EN 1006 ET 1008 NOTER LA TAILLE ET LE POIDS DES ENFANTS VIVANTS.

NOTES:-TOUTES LES FEMMES ENQUETEES DOIVENT ETRE PESEES ET MESUREES.  
 -S'IL Y A PLUS DE 3 ENFANTS VIVANTS NES DEPUIS JANVIER 1993, UTILISEZ UN QUESTIONNAIRE SUPPLEMENTAIRE.

	<input type="checkbox"/> 1 ENQUETEE	<input type="checkbox"/> 2 DERNIER ENFANT EN VIE	<input type="checkbox"/> 3 AVANT-DERNIER ENFANT EN VIE	<input type="checkbox"/> 4 AVANT-AVANT-DERNIER ENFANT EN VIE
1002 N° DE LIGNE DE Q.212 DE LA SECTION 2		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
1003 NOM (DE Q.212 POUR LES ENFANTS)	(NOM)	(NOM)	(NOM)	(NOM)
1004 DATE DE NAISSANCE:  -DE Q.215 POUR LES ENFANTS ET DEMANDER LE JOUR DE NAISSANCE		JOUR..... MOIS..... ANNEE <input type="checkbox"/>	JOUR..... MOIS..... ANNEE <input type="checkbox"/>	JOUR..... MOIS..... ANNEE <input type="checkbox"/>
1005 CICATRICE DU BCG SUR		CICAT. VUE.....1	CICAT. VUE.....1	CICAT. VUE.....1

L'AVANT-BRAS GAUCHE		PAS DE CICAT...2	PAS DE CICAT...2	PAS DE CICAT...2
1006 TAILLE (en centimètres)	<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"/> , <input type="text"/>	<input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> , <input type="text"/>
1007 L'ENFANT A-T-IL ETE MESURE COUCHE OU DEBOUT?		COUCHE.....1 DEBOUT.....2	COUCHE.....1 DEBOUT.....2	COUCHE.....1 DEBOUT.....2
1008 POIDS (en kilogrammes)	<input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> , <input type="text"/>	0 <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> , <input type="text"/>	0 <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> , <input type="text"/>	0 <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> , <input type="text"/>
1009 DATE DE PESEE ET DE MESURE	JOUR..... <input type="text"/> <input type="text"/> MOIS..... <input type="text"/> <input type="text"/> ANNEE..... <input type="text"/> <input type="text"/>	JOUR..... <input type="text"/> <input type="text"/> MOIS..... <input type="text"/> <input type="text"/> ANNEE..... <input type="text"/> <input type="text"/>	JOUR..... <input type="text"/> <input type="text"/> MOIS..... <input type="text"/> <input type="text"/> ANNEE..... <input type="text"/> <input type="text"/>	JOUR..... <input type="text"/> <input type="text"/> MOIS..... <input type="text"/> <input type="text"/> ANNEE..... <input type="text"/> <input type="text"/>
1010 RESULTAT	MESUREE.....1 ABSENTE.....3 REFUSE.....4 AUTRE.....6 (PRECISER)	MESURE.....1 MALADE.....2 ABSENT.....3 ENFANT REFUSE..4 MERE REFUSE....5 AUTRE.....6 (PRECISER)	MESURE.....1 MALADE.....2 ABSENT.....3 ENFANT REFUSE..4 MERE REFUSE....5 AUTRE.....6 (PRECISER)	MESURE.....1 MALADE.....2 ABSENT.....3 ENFANT REFUSE..4 MERE REFUSE....5 AUTRE.....6 (PRECISER)
1011 NOM DE L'OPERATEUR:	<input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>	NOM DE L'ASSISTANT*:	<input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>	

\* Codes: Si l'assistant est un membre de l'équipe, inscrire son code, sinon utiliser les codes suivants : Mère (190); Autres membres du ménage (191); Autres personnes (192).

42

OBSERVATIONS DE L'ENQUETRIX  
A remplir une fois que l'interview est finie

Commentaires  
sur l'enquêtée:

---



---



---

Commentaires sur des  
questions spécifiques:

---



---



---

Autres commentaires:

---



---



---

OBSERVATIONS DU CHEF D'EQUIPE

---



---



---

Nom du Chef d'Equipe: \_\_\_\_\_ Date: \_\_\_\_\_

OBSERVATIONS DE LA CONTROLEUSE

---

---

---

Nom de la contrôlease: \_\_\_\_\_ Date: \_\_\_\_\_