

QUESTIONNAIRE FEMME

INSTITUT NATIONAL DE LA STATISTIQUE

REPUBLIQUE DE COTE D'IVOIRE

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

LANGUE DE L'INTERVIEW**

INTERPRETE:.....OUI = 1 / NON = 2

**CODES LANGUE:

1 FRANÇAIS / 2 DIOULA / 3 BAOULE / 6 AUTRES

CONTROLEUSE

NOM

DATE

CHEF D'EQUIPE

NOM

DATE

CONTROLE
BUREAUSAISI
PAR

SECTION 1. CARACTERISTIQUES SOCIO-DEMOGRAPHIQUES DES ENQUETES

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 achevé à ce niveau?*	ANNEE.....	
110	VERIFIER 106: AGEE DE 29 ANS OU MOINS	AGEE DE 30 ANS OU PLUS	111A
111	Est-ce que vous allez à l'école actuellement?	OUI.....1 NON.....2	113
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 NON.....2	116B
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
116E	Ce feuilleton est-il, selon vous, à caractère éducatif ou s'agit-il d'un feuilleton de divertissement?	EDUCATIF.....1 DIVERTISSEMENT.....2 LES DEUX.....3 NSP.....8
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

3

N°	QUESTIONS ET FILTRES	CODES	PASSER A
116G	Avez-vous l'habitude de regarder la télévision? 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.	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? 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.	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	
117B	A quelles heures avez-vous l'habitude de regarder la télévision? 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.	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	
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?

--	--

4

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				

5

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?	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'ÂGE EN ANNÉES 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 ANNÉES.	SOUSTRAIRE L'ANNÉE DE (NOM) DE L'ANNÉE DE NAISSANCE PRÉCÉDENTE. LA DIFFÉRENCE EST-ELLE DE 4 ANS OU PLUS?	Y-a-t-il eu d'autres naissances vivantes entre (NOM DE LA NAISSANCE PRÉCÉDENTE) et (NOM)?
(NOM)									
01	SIMP...1 MULT...2	GARÇ...1 FILL...2	MOIS.... AN	OUI...1 NON...2 219	AGE EN ANNÉES 219	OUI...1 NON...2 (ENFANT SUIVANT)	JOURS...1 MOIS...2 ANNÉES...3		
02	SIMP...1 MULT...2	GARÇ...1 FILL...2	MOIS.... AN	OUI...1 NON...2 219	AGE EN ANNÉES 219	OUI...1 NON...2 (ALLEZ A 220)	JOURS...1 MOIS...2 ANNÉES...3	OUI...1 NON...2 (NAIS. SUIVANTE)	OUI...1 NON...2
03	SIMP...1 MULT...2	GARÇ...1 FILL...2	MOIS.... AN	OUI...1 NON...2 219	AGE EN ANNÉES 219	OUI...1 NON...2 (ALLEZ A 220)	JOURS...1 MOIS...2 ANNÉES...3	OUI...1 NON...2 (NAIS. SUIVANTE)	OUI...1 NON...2
04	SIMP...1 MULT...2	GARÇ...1 FILL...2	MOIS.... AN	OUI...1 NON...2 219	AGE EN ANNÉES 219	OUI...1 NON...2 (ALLEZ A 220)	JOURS...1 MOIS...2 ANNÉES...3	OUI...1 NON...2 (NAIS. SUIVANTE)	OUI...1 NON...2
05	SIMP...1 MULT...2	GARÇ...1 FILL...2	MOIS.... AN	OUI...1 NON...2 219	AGE EN ANNÉES 219	OUI...1 NON...2 (ALLEZ A 220)	JOURS...1 MOIS...2 ANNÉES...3	OUI...1 NON...2 (NAIS. SUIVANTE)	OUI...1 NON...2
06	SIMP...1 MULT...2	GARÇ...1 FILL...2	MOIS.... AN	OUI...1 NON...2 219	AGE EN ANNÉES 219	OUI...1 NON...2 (ALLEZ A 220)	JOURS...1 MOIS...2 ANNÉES...3	OUI...1 NON...2 (NAIS. SUIVANTE)	OUI...1 NON...2
07	SIMP...1 MULT...2	GARÇ...1 FILL...2	MOIS.... AN	OUI...1 NON...2 219	AGE EN ANNÉES 219	OUI...1 NON...2 (ALLEZ A 220)	JOURS...1 MOIS...2 ANNÉES...3	OUI...1 NON...2 (NAIS. SUIVANTE)	OUI...1 NON...2

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'ANNÉE DE (NOM) DE L'ANNÉE	Y-a-t-il eu d'autres naissances vi-

(NOM)	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? NOTER L'AGE EN ANNEES REVOLUES	vous?	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.	DE NAIS-SANCE PRE-CEDEnte. LA DIFFE-RENCE EST-ELLE DE 4 ANS OU PLUS?	vantes entre (NOM DE LA NAIS-SANCE PRECE-DENTE) et (NOM)?
08	SIMP...1 MULT...2	GARÇ...1 FILL...2	MOIS.... AN	OUI...1 NON...2 <input type="checkbox"/> 219	AGE EN ANNEES <input type="text"/>	OUI...1 NON...2 (ALLEZ <input type="checkbox"/> A 220)	JOURS...1 MOIS....2 ANNEES...3	OUI....1 NON....2 (NAIS. <input type="checkbox"/> SUIVANTE)	OUI...1 NON...2
09	SIMP...1 MULT...2	GARÇ...1 FILL...2	MOIS.... AN	OUI...1 NON...2 <input type="checkbox"/> 219	AGE EN ANNEES <input type="text"/>	OUI...1 NON...2 (ALLEZ <input type="checkbox"/> A 220)	JOURS...1 MOIS....2 ANNEES...3	OUI....1 NON....2 (NAIS. <input type="checkbox"/> SUIVANTE)	OUI...1 NON...2
10	SIMP...1 MULT...2	GARÇ...1 FILL...2	MOIS.... AN	OUI...1 NON...2 <input type="checkbox"/> 219	AGE EN ANNEES <input type="text"/>	OUI...1 NON...2 (ALLEZ <input type="checkbox"/> A 220)	JOURS...1 MOIS....2 ANNEES...3	OUI....1 NON....2 (NAIS. <input type="checkbox"/> SUIVANTE)	OUI...1 NON...2
11	SIMP...1 MULT...2	GARÇ...1 FILL...2	MOIS.... AN	OUI...1 NON...2 <input type="checkbox"/> 219	AGE EN ANNEES <input type="text"/>	OUI...1 NON...2 (ALLEZ <input type="checkbox"/> A 220)	JOURS...1 MOIS....2 ANNEES...3	OUI....1 NON....2 (NAIS. <input type="checkbox"/> SUIVANTE)	OUI...1 NON...2
222	SOUSTRAIRE L'ANNEE DE NAISSANCE DU DERNIER ENFANT DE L'ANNEE DE L'INTERVIEW. LA DIFFERENCE EST-ELLE DE 4 ANS OU PLUS?							OUI....1 — <input type="checkbox"/> PASSER A 223 NON....2 — <input type="checkbox"/> 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 <input type="checkbox"/> LES NOMBRES SONT DIFFERENTS <input type="checkbox"/> (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'.							<input type="text"/>	

7

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..... <input type="text"/>	
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 <input type="text"/>	

(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

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

8

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	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	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	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	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	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	OUI.....1 NON.....2
07 STERILISATION FEMININE Les femmes peuvent subir une opération pour ne plus avoir d'enfants.	1	2	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	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	OUI.....1 NON.....2

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..... <table><tr><td></td><td></td><td></td><td></td></tr></table> GRATUIT.....9996 NSP.....9998					<table><tr><td></td><td></td><td></td><td></td></tr></table> 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	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..... <table><tr><td></td><td></td><td></td><td></td></tr></table> ANNEE..... <table><tr><td></td><td></td><td></td><td></td></tr></table>									<table><tr><td></td><td></td><td></td><td></td></tr></table> 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"/> <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 DISPENSAIRE.....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 MARCHÉ/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	<input type="checkbox"/> 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	<input type="checkbox"/> 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 NSP.....8	<input type="checkbox"/> 401
338	Pensez-vous que l'allaitement augmente ou diminue les chances d'une femme de tomber enceinte?	AUGMENTE.....1 DIMINUE.....2 ÇA DEPEND.....3 NSP.....8	<input type="checkbox"/> 401
339	VERIFIER 210: UNE OU PLUSIEURS <input type="checkbox"/> AUCUNE <input type="checkbox"/> NAISSANCES NAISSANCE		<input type="checkbox"/> 401
340	Avez-vous déjà compté sur l'allaitement comme un moyen d'éviter de tomber enceinte?	OUI.....1 NON.....2	<input type="checkbox"/> 401
341	VERIFIER 227 ET 311: PAS ENCEINTE OU PAS SURE ET <input type="checkbox"/> ENCEINTE OU NON STERILISEE STERILISEE		<input type="checkbox"/> 401
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, Dès 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"/> ANNEES.....2 <input type="text"/> NSP.....998	MOIS.....1 <input type="text"/> ANNEES.....2 <input type="text"/> NSP.....998	MOIS.....1 <input type="text"/> ANNEES.....2 <input type="text"/> 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"/> NSP.....98	MOIS..... <input type="text"/> NSP.....98	MOIS..... <input type="text"/> NSP.....98	
409	Combien de fois avez-vous été en consultation prénatale durant cette grossesse?	NOMBRE DE FOIS..... <input type="text"/> NSP.....98	NOMBRE DE FOIS..... <input type="text"/> NSP.....98	NOMBRE DE FOIS..... <input type="text"/> 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"/> NSP.....8	OUI.....1 NON.....2 (PASSER A 412) <input type="checkbox"/> NSP.....8	OUI.....1 NON.....2 (PASSER A 412) <input type="checkbox"/> NSP.....8	
411	Pendant cette grossesse, com- bien de fois avez-vous eu cette injection?	NOMBRE..... <input type="text"/> NSP.....8	NOMBRE..... <input type="text"/> NSP.....8	NOMBRE..... <input type="text"/> NSP.....8	
		DERNIERE NAISSANCE NOM	AVANT-DERNIERE NAISS. NOM	AV. AVANT-DERNIERE NAISS. NOM	
412	Où avez-vous accouché de (NOM)?	DOMICILE VOTRE DOMICILE.....11	DOMICILE VOTRE DOMICILE.....11	DOMICILE 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/	ACCOUCHEUSE FORMEE/	ACCOUCHEUSE FORMEE/
		MATRONE.....E	MATRONE.....E	MATRONE.....E
	INSISTER POUR OBTENIR LE TYPE DE PERSONNE. ENREGISTRER TOUTES LES PERSONNES CITEES.	ACCOUCHEUSE	ACCOUCHEUSE	ACCOUCHEUSE
		TRADITIONNELLE.....F	TRADITIONNELLE.....F	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	PLUS GROS QUE	PLUS GROS QUE
		LA MOYENNE.....2	LA MOYENNE.....2	LA MOYENNE.....2
		MOYEN.....3	MOYEN.....3	MOYEN.....3
		PLUS PETIT QUE	PLUS PETIT QUE	PLUS PETIT QUE
		LA MOYENNE.....4	LA MOYENNE.....4	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)?	GRAMMES DU CARNET....1 <input type="text"/>	GRAMMES DU CARNET....1 <input type="text"/>	GRAMMES DU CARNET....1 <input type="text"/>
	ENREGISTRER LE POIDS PORTE SUR LE CARNET DE SANTE, SI DISPONIBLE	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. ACCOUCH..1 <input type="text"/>	JOURS AP. ACCOUCH..1 <input type="text"/>	JOURS AP. ACCOUCH..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

1

		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/	ACCOUCHEUSE FORMEE/	ACCOUCHEUSE FORMEE/
		MATRONE.....04	MATRONE.....04	MATRONE.....04
		ACCOUCHEUSE	ACCOUCHEUSE	ACCOUCHEUSE
		TRADITIONNELLE.....05	TRADITIONNELLE.....05	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?	OUI1 NON.....2	OUI1 NON.....2	OUI1 NON.....2
------	--	-------------------------	-------------------------	-------------------------

419	Vos règles sont-elles revenues depuis la naissance de (NOM)?	OUI1 (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?		OUI1 NON.....2 (PASSER A 424) <input type="checkbox"/>	OUI1 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"/> <input type="text"/> NSP.....98	MOIS..... <input type="text"/> <input type="text"/> NSP.....98	MOIS..... <input type="text"/> <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"/> <input type="text"/> NSP.....98	MOIS..... <input type="text"/> <input type="text"/> NSP.....98	MOIS..... <input type="text"/> <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"/>
-----	--------------------------	---	---	---

1

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

426	Combien de temps après sa naissance avez-vous mis (NOM) au sein pour la première fois? SI MOINS DE 1 HEURE, INSCRIRE '00' HEURE. SI MOINS DE 24 HEURES, INSCRIRE DES HEURES. AUTREMENT, INSCRIRE DES JOURS.	IMMEDIATEMENT.....000 HEURES.....1 JOURS.....2	IMMEDIATEMENT.....000 HEURES.....1 JOURS.....2	IMMEDIATEMENT.....000 HEURES.....1 JOURS.....2 (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"/> <input type="text"/> NSP.....98	MOIS..... <input type="text"/> <input type="text"/> NSP.....98	MOIS..... <input type="text"/> <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 LAIT INSUFFISANT.....05 MERE TRAVAILLE.....06 ENFANT A REFUSE.....07 AGE DU SEVRAGE.....08 TOMBEE ENCEINTE.....09 A COMMENCE A UTILISER LA CONTRACEPTION.....10 AUTRE 96 (PRECISER)	PROBLEME DE SEIN.....04 LAIT INSUFFISANT.....05 MERE TRAVAILLE.....06 ENFANT A REFUSE.....07 AGE DU SEVRAGE.....08 TOMBEE ENCEINTE.....09 A COMMENCE A UTILISER LA CONTRACEPTION.....10 AUTRE 96 (PRECISER)	PROBLEME DE SEIN.....04 LAIT INSUFFISANT.....05 MERE TRAVAILLE.....06 ENFANT A REFUSE.....07 AGE DU SEVRAGE.....08 TOMBEE ENCEINTE.....09 A COMMENCE A UTILISER LA CONTRACEPTION.....10 AUTRE 96 (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	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?	EAU1 2 8	EAU1 2 8	EAU1 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. (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.	<table border="1"> <thead> <tr> <th></th> <th>JOUR</th> <th>MOIS</th> <th>ANNEE</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>BCG</td> <td></td> <td></td> <td></td> </tr> <tr> <td>P0</td> <td></td> <td></td> <td></td> </tr> <tr> <td>P1</td> <td></td> <td></td> <td></td> </tr> <tr> <td>P2</td> <td></td> <td></td> <td></td> </tr> <tr> <td>P3</td> <td></td> <td></td> <td></td> </tr> <tr> <td>D1</td> <td></td> <td></td> <td></td> </tr> <tr> <td>D2</td> <td></td> <td></td> <td></td> </tr> <tr> <td>D3</td> <td></td> <td></td> <td></td> </tr> <tr> <td>ROU</td> <td></td> <td></td> <td></td> </tr> <tr> <td>F.J</td> <td></td> <td></td> <td></td> </tr> </tbody> </table>		JOUR	MOIS	ANNEE	BCG				P0				P1				P2				P3				D1				D2				D3				ROU				F.J				<table border="1"> <thead> <tr> <th></th> <th>JOUR</th> <th>MOIS</th> <th>ANNEE</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>BCG</td> <td></td> <td></td> <td></td> </tr> <tr> <td>P0</td> <td></td> <td></td> <td></td> </tr> <tr> <td>P1</td> <td></td> <td></td> <td></td> </tr> <tr> <td>P2</td> <td></td> <td></td> <td></td> </tr> <tr> <td>P3</td> <td></td> <td></td> <td></td> </tr> <tr> <td>D1</td> <td></td> <td></td> <td></td> </tr> <tr> <td>D2</td> <td></td> <td></td> <td></td> </tr> <tr> <td>D3</td> <td></td> <td></td> <td></td> </tr> <tr> <td>ROU</td> <td></td> <td></td> <td></td> </tr> <tr> <td>F.J</td> <td></td> <td></td> <td></td> </tr> </tbody> </table>		JOUR	MOIS	ANNEE	BCG				P0				P1				P2				P3				D1				D2				D3				ROU				F.J				<table border="1"> <thead> <tr> <th></th> <th>JOUR</th> <th>MOIS</th> <th>ANNEE</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>BCG</td> <td></td> <td></td> <td></td> </tr> <tr> <td>P0</td> <td></td> <td></td> <td></td> </tr> <tr> <td>P1</td> <td></td> <td></td> <td></td> </tr> <tr> <td>P2</td> <td></td> <td></td> <td></td> </tr> <tr> <td>P3</td> <td></td> <td></td> <td></td> </tr> <tr> <td>D1</td> <td></td> <td></td> <td></td> </tr> <tr> <td>D2</td> <td></td> <td></td> <td></td> </tr> <tr> <td>D3</td> <td></td> <td></td> <td></td> </tr> <tr> <td>ROU</td> <td></td> <td></td> <td></td> </tr> <tr> <td>F.J</td> <td></td> <td></td> <td></td> </tr> </tbody> </table>		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																																																																																																																																								
	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.....	NOMBRE DE FOIS.....	NOMBRE DE FOIS.....
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"/> NSP.....8	OUI.....1 NON.....2 (PASSER A 448G) <input type="checkbox"/> NSP.....8	OUI.....1 NON.....2 (PASSER A 448G) <input type="checkbox"/> NSP.....8
448F	Combien de fois?	NOMBRE DE FOIS.....	NOMBRE DE FOIS.....	NOMBRE DE FOIS.....
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"/> NSP.....8	OUI.....1 NON.....2 (PASSER A 454) <input type="checkbox"/> NSP.....8	OUI.....1 NON.....2 (PASSER A 454) <input type="checkbox"/> NSP.....8
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"/>

2

		DERNIERE NAISSANCE NOM _____	AVANT-DERNIERE NAISS. NOM _____	AV. AVANT-DERNIERE NAISS. NOM _____
453	Où avez-vous demandé des conseils ou un traitement? Quelque part ailleurs?	SECTEUR PUBLIC HOPITAL.....A CENTRE DE SANTE/PMI.....B DISPENSARE.....C POSTE MEDICAL.....D	SECTEUR PUBLIC HOPITAL.....A CENTRE DE SANTE/PMI.....B DISPENSARE.....C POSTE MEDICAL.....D	SECTEUR PUBLIC HOPITAL.....A CENTRE DE SANTE/PMI.....B DISPENSARE.....C POSTE MEDICAL.....D
	ENREGISTRER TOUT CE QUI EST MENTIONNE	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)	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)	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"/> NSP.....8	OUI.....1 NON.....2 (PASSER A 464) <input type="checkbox"/> NSP.....8	OUI.....1 NON.....2 (PASSER A 464) <input type="checkbox"/> NSP.....8
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..... NSP.....98	NOMBRE DE SELLES..... NSP.....98	NOMBRE DE SELLES..... NSP.....98
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:	'OUI' A 428	'NON' A 428 OU 428 NON POSEE	'OUI' A 428	'NON' A 428 OU 428 NON POSEE	
	ENFANT ALLAITE?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
			(PASSER A 459)		(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	AVANT-DERNIERE NAISS.	AV. AVANT-DERNIERE NAISS.
		NOM _____	NOM _____	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?	OUI NON NSP	OUI NON NSP	OUI NON NSP
	MONTRER LE SACHET DE SRO	SACHET SRO.....1 2 8	SACHET SRO.....1 2 8	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?	COMPRI ME OU SIROP.....A INJECTIONB INTRAVEINEUSE/PERFUSION..C REMEDE-MAISON/ PLANTES MEDICINALES....D	COMPRI ME OU SIROP.....A INJECTIONB INTRAVEINEUSE/PERFUSION..C REMEDE-MAISON/ PLANTES MEDICINALES....D	COMPRI ME OU SIROP.....A INJECTIONB INTRAVEINEUSE/PERFUSION..C REMEDE-MAISON/ PLANTES MEDICINALES....D
	Quelque chose d'autre?			
	INSCRI RE TOUT CE QUI EST CITE	AUTRE _____ X (PRECISER)	AUTRE _____ X (PRECISER)	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?	SECTEUR PUBLIC HOPITAL.....A CENTRE DE SANTE/PMI.....B DISPENSARE.....C POSTE MEDICAL.....D	SECTEUR PUBLIC HOPITAL.....A CENTRE DE SANTE/PMI.....B DISPENSARE.....C POSTE MEDICAL.....D	SECTEUR PUBLIC HOPITAL.....A CENTRE DE SANTE/PMI.....B DISPENSARE.....C POSTE MEDICAL.....D
	Quelque part ailleurs?			
	ENREGISTRER TOUT CE QUI EST MENTIONNE	AUTRE PUBLIC _____ E (PRECISER) SECTEUR MEDICAL PRI VE DOCTEUR PRI VE.....F CLINIQUE/HOPITAL PRI VE...G PHARMACIE/DEPOT PHARMAC..H AUTRE MEDICAL PRI VE _____ I (PRECISER) AUTRE SECTEUR PRI VE	AUTRE PUBLIC _____ E (PRECISER) SECTEUR MEDICAL PRI VE DOCTEUR PRI VE.....F CLINIQUE/HOPITAL PRI VE...G PHARMACIE/DEPOT PHARMAC..H AUTRE MEDICAL PRI VE _____ I (PRECISER) AUTRE SECTEUR PRI VE	AUTRE PUBLIC _____ E (PRECISER) SECTEUR MEDICAL PRI VE DOCTEUR PRI VE.....F CLINIQUE/HOPITAL PRI VE...G PHARMACIE/DEPOT PHARMAC..H AUTRE MEDICAL PRI VE _____ I (PRECISER) AUTRE SECTEUR PRI VE

		<p>GUERISSEUR TRADITIONNEL..J</p> <p>AUTRE _____ X</p> <p>(PRECISER)</p>	<p>GUERISSEUR TRADITIONNEL..J</p> <p>AUTRE _____ X</p> <p>(PRECISER)</p>	<p>GUERISSEUR TRADITIONNEL..J</p> <p>AUTRE _____ X</p> <p>(PRECISER)</p>
464		<p>RETOURNER A 442 DANS LA COLONNE SUIVANTE OU, SI PLUS DE NAISSANCE, ALLER A 465.</p>	<p>RETOURNER A 442 DANS LA COLONNE SUIVANTE OU, SI PLUS DE NAISSANCE, ALLER A 465.</p>	<p>RETOURNER A 442 DANS LA COLONNE SUIVANTE OU, SI PLUS DE NAISSANCE, ALLER A 465.</p>

2

No.	QUESTIONS ET FILTRES	CODES	PASSER A
465	<p>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?</p>	<p>MOINS DE LIQUIDES.....1</p> <p>ENVIRON LA MEME QUANTITE.....2</p> <p>PLUS DE LIQUIDES.....3</p> <p>NSP.....8</p>	
466	<p>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?</p>	<p>MOINS A MANGER.....1</p> <p>ENVIRON LA MEME QUANTITE.....2</p> <p>PLUS A MANGER.....3</p> <p>NSP.....8</p>	
467	<p>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?</p> <p>Quelqu'autre symptôme?</p> <p>ENREGISTRER TOUT CE QUI EST MENTIONNE.</p>	<p>SELLES LIQUIDES REPETEES.....A</p> <p>DES SELLES LIQUIDES.....B</p> <p>VOMISSEMENTS REPETES.....C</p> <p>DES VOMISSEMENTS.....D</p> <p>SANG DANS LES SELLES.....E</p> <p>FIEVRE.....F</p> <p>SOIF IMPORTANTE.....G</p> <p>NE MANGE PAS/NE BOIT PAS BIEN....H</p> <p>DEVIENT PLUS MALADE/ TRES MALADE.....I</p> <p>NE VA PAS MIEUX.....J</p> <p>AUTRE _____ X</p> <p>(PRECISER)</p> <p>NSP.....Z</p>	
468	<p>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?</p> <p>Quelqu'autre symptôme?</p> <p>ENREGISTRER TOUT CE QUI EST MENTIONNE.</p>	<p>RESPIRATION RAPIDE.....A</p> <p>DIFFICULTE A RESPIRER.....B</p> <p>RESPIRATION BRUYANTE.....C</p> <p>FIEVRE.....D</p> <p>INCAPABLE DE BOIRE.....E</p> <p>NE MANGE PAS/NE BOIT PAS BIEN....F</p> <p>DEVIENT PLUS MALADE/ TRES MALADE.....G</p> <p>NE VA PAS MIEUX.....H</p> <p>AUTRE _____ X</p> <p>(PRECISER)</p> <p>NSP.....Z</p>	
469	<p>VERIFIER 459, TOUTES LES COLONNES:</p> <p>AUCUN ENFANT N'A RECU DES SRO <input type="checkbox"/> OU 459 NON POSEE <input type="checkbox"/></p> <p>AU MOINS UN ENFANT A RECU DES SRO <input type="checkbox"/></p>		<input type="checkbox"/> 472
470	<p>Avez-vous déjà entendu parler d'un produit spécial appelé SRO que l'on peut obtenir pour traiter la diarrhée?</p>	<p>OUI.....1</p> <p>NON.....2</p>	<input type="checkbox"/> 477
471	<p>Avez-vous déjà utilisé ce produit?</p>	<p>OUI.....1</p> <p>NON.....2</p>	<input type="checkbox"/> 473
472	<p>Où avez-vous obtenu le SRO la dernière fois?</p> <p>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.</p> <p>_____</p> <p>(NOM DE L'ENDROIT)</p>	<p>SECTEUR PUBLIC</p> <p>HOPITAL.....11</p> <p>CENTRE DE SANTE/PMI.....12</p> <p>DISPENSARE.....13</p> <p>POSTE MEDICAL.....14</p> <p>AUTRE PUBLIC _____ 16</p> <p>(PRECISER)</p> <p>SECTEUR MEDICAL PRIVE</p> <p>DOCTEUR PRIVE.....21</p> <p>CLINIQUE/HOPITAL PRIVE.....22</p> <p>PHARMACIE.....23</p> <p>DEPOT PHARMACEUTIQUE.....24</p> <p>AUTRE MEDICAL PRIVE _____ 26</p> <p>(PRECISER)</p> <p>AUTRE SECTEUR PRIVE</p> <p>BOUTIQUE/MARCHE.....31</p> <p>CIRCUIT COMMERCIAL INFORMEL...32</p> <p>CONNAISSANCES/PARENTS.....33</p>	

GUERISSEUR TRADITIONNEL.....34

AUTRE _____ 96
(PRECISER)

25

PASSER
A

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

473	Avez-vous actuellement un sachet de SRO chez vous?	OUI.....1 NON.....2	<input type="checkbox"/> 477
-----	--	------------------------	------------------------------

474	Puis-je voir le sachet de SRO que vous avez?	ORASEL.....1 UNICEF.....2 SANS MARQUE.....3 AUTRE _____ 6 (PRECISER) SACHET NON VUE.....8	<input type="checkbox"/> 476
SI LE SACHET EST MONTRE, ENCERCLER LE CODE CORRESPONDANT			

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) NSP.....8	
NOTER LE NOM DE LA MARQUE			

476	Combien vous a coûté le sachet de SRO que vous avez en ce moment?	COUT..... <table border="1" style="display: inline-table; width: 50px; height: 20px;"><tr><td></td><td></td><td></td></tr></table> GRATUIT.....996 NSP.....998				

477	VERIFIER 459, TOUTES LES COLONNES: AUCUN ENFANT N'A RECU DE SOLUTION SEL/SUCRE OU 459 NON POSEE <input type="checkbox"/> AU MOINS UN ENFANT A RECU SOLUTION SEL/SUCRE <input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/> 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	<input type="checkbox"/> 501
-----	---	------------------------	------------------------------

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

26

SECTION 5. MARIAGE

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

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 MARIAGE NON CONSOMME.....3 NON, PAS EN UNION.....4	<input type="checkbox"/> 507 <input type="checkbox"/> 515F
-----	---	---	---

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 NON.....3	<input type="checkbox"/> 511 <input type="checkbox"/> 515F
-----	---	---	---

506	Quelle est votre situation matrimoniale actuelle: êtes-vous veuve, divorcée ou séparée?	VEUVE.....1 DIVORCEE.....2 SEPEREE.....3	<input type="checkbox"/> 511
-----	---	--	------------------------------

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'.	<table border="1" style="display: inline-table; width: 50px; height: 20px;"><tr><td></td><td></td></tr></table>			

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 PLUS D'UNE FOIS.....2	512
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> 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> 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.....	

27

PASSER
A

No.	QUESTIONS ET FILTRES	CODES	
514A	VERIFIER 502: <div style="display: flex; justify-content: space-around;"> <div> ACTUELLEMENT MARIEE OU VIT AVEC UN HOMME <input type="checkbox"/> </div> <div> PAS EN UNION <input type="checkbox"/> </div> </div>		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> 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> 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	<input type="text"/>	
	NOMBRE DE MOIS.....3	<input type="text"/>	
	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	<input type="checkbox"/> 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..... <input type="text"/> NSP.....98	<input type="checkbox"/> 517

28

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 NOMBRE DE JOURS.....1 NOMBRE DE SEMAINES.....2 NOMBRE DE MOIS.....3 NOMBRE D'ANNEES.....4 AVANT LA DERNIERE NAISSANCE...996	<input type="checkbox"/> 608
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: <div style="display: flex; justify-content: space-around;"> <div> <input type="checkbox"/> CONNAIT LE CONDOM Lors de votre dernier rapport sexuel, un condom a-t-il été utilisé? </div> <div> <input type="checkbox"/> NE CONNAIT PAS LE CONDOM 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? </div> </div>	OUI.....1 NON.....2 NSP.....8	<input type="checkbox"/> 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: <div style="display: flex; justify-content: space-around;"> <div> MOINS DE 12 MOIS DEPUIS LES DERNIERS RAPPORTS SEXUELS <input type="checkbox"/> </div> <div> 12 MOIS OU PLUS DEPUIS LES DERNIERS RAPPORTS SEXUELS <input type="checkbox"/> </div> </div>		<input type="checkbox"/> 517
515I	Au cours des 12 derniers mois, avec combien de personnes différentes avez-vous eu des rapports sexuels?	NOMBRE DE PERSONNES..... <input type="text"/> NSP.....98	
517	Connaissez-vous un endroit où vous pouvez vous procurer des condoms?	OUI.....1 NON.....2	<input type="checkbox"/> 518A
518	Où est-ce?	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 ☐519

AUTRE.....96
(PRECISER)

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

30

SECTION 6. PREFERENCES EN MATIERE DE FECONDITE

PASSER
A

No.	QUESTIONS ET FILTRES	CODES	PASSER A
601	VERIFIER 314: <div style="display: flex; justify-content: space-around;"> <div> NI LUI NI ELLE STERILISE <input type="checkbox"/> </div> <div> LUI OU ELLE STERILISE <input type="checkbox"/> </div> </div>		612
602	VERIFIER 227: <div style="display: flex; justify-content: space-around;"> <div> PAS ENCEINTE OU PAS SURE <input type="checkbox"/> </div> <div> ENCEINTE <input type="checkbox"/> </div> </div> <div style="display: flex; justify-content: space-around;"> <div> <input type="checkbox"/> 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? </div> <div> <input type="checkbox"/> 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? </div> </div>	AVOIR UN (AUTRE) ENFANT.....1 PAS D'AUTRE/AUCUN.....2 DIT NE PEUT PAS ETRE ENCEINTE...3 INDECISE/NSP.....8	604 606 604
603	VERIFIER 227: <div style="display: flex; justify-content: space-around;"> <div> PAS ENCEINTE OU PAS SURE <input type="checkbox"/> </div> <div> ENCEINTE <input type="checkbox"/> </div> </div> <div style="display: flex; justify-content: space-around;"> <div> <input type="checkbox"/> Combien de temps, voudriez-vous attendre, à partir de maintenant, avant la naissance d'un (autre) enfant? </div> <div> <input type="checkbox"/> Après l'enfant que vous attendez, combien de temps voudriez-vous attendre avant la naissance d'un autre enfant? </div> </div>	MOIS.....1 ANNEES.....2 BIENTOT/MAINTENANT.....993 DIT PEUT PAS ETRE ENCEINTE...994 APRES LE MARIAGE.....995 AUTRE 996 (PRECISER) NSP.....998	606
604	VERIFIER 227: <div style="display: flex; justify-content: space-around;"> <div> PAS ENCEINTE OU PAS SURE <input type="checkbox"/> </div> <div> ENCEINTE <input type="checkbox"/> </div> </div>		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? <div style="display: flex; justify-content: space-around;"> <div> PAS POSEE <input type="checkbox"/> </div> <div> N'UTILISE PAS ACTUELLEMENT DE METHODE <input type="checkbox"/> </div> <div> UTILISE ACTUELLEMENT UNE METHODE <input type="checkbox"/> </div> </div>		612
607	Pensez-vous que vous utiliserez une méthode pour retarder ou éviter une grossesse dans les 12 prochains mois?	OUI.....1 NON.....2 NSP.....8	609
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 CONTINENCE PERIODIQUE.....09 RETRAIT.....10 AUTRE 96 (PRECISER) PAS SURE.....98	612

31

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
-----	--	---

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

612	VERIFIER 216: <div style="display: flex; justify-content: space-between;"> <div style="width: 45%;"> <p>A DES ENFANTS VIVANTS <input type="checkbox"/></p> <p><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?</p> </div> <div style="width: 45%;"> <p>N'A PAS D'ENFANTS VIVANTS <input type="checkbox"/></p> <p><input type="checkbox"/> Si vous pouviez choisir exactement le nombre d'enfants à avoir dans toute votre vie, combien voudriez-vous en avoir?</p> </div> </div> <p>INSISTER POUR OBTENIR UNE REPONSE NUMERIQUE</p>	<div style="display: flex; justify-content: space-between;"> <div style="width: 45%;"> <p>NOMBRE..... <input type="text"/></p> <p>SI '00' PASSER A Q.614</p> <p>AUTRE _____ 96 (PRECISER)</p> </div> <div style="width: 45%; text-align: right;"> <p><input type="checkbox"/> 614</p> </div> </div>
-----	---	--

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?	<div style="display: flex; justify-content: space-between;"> <div style="width: 45%;"> <p>NOMBRE..... <input type="text"/></p> <p>AUTRE _____ 96 (PRECISER)</p> </div> <div style="width: 45%; text-align: right;"> <p>GARÇONS</p> </div> </div> <div style="display: flex; justify-content: space-between;"> <div style="width: 45%;"> <p>NOMBRE..... <input type="text"/></p> <p>AUTRE _____ 96 (PRECISER)</p> </div> <div style="width: 45%; text-align: right;"> <p>FILLES</p> </div> </div> <div style="display: flex; justify-content: space-between;"> <div style="width: 45%;"> <p>NOMBRE..... <input type="text"/></p> <p>AUTRE _____ 96 (PRECISER)</p> </div> <div style="width: 45%; text-align: right;"> <p>N'IMPORTE</p> </div> </div>
-----	--	--

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 : A la radio? A la télévision?	<table border="0" style="width: 100%;"> <tr> <th></th> <th>ACCEP- TABLE</th> <th>NON ACCEP- TABLE</th> <th>NSP</th> </tr> <tr> <td>RADIO.....1</td> <td></td> <td>2</td> <td>8</td> </tr> <tr> <td>TELEVISION.....1</td> <td></td> <td>2</td> <td>8</td> </tr> </table>		ACCEP- TABLE	NON ACCEP- TABLE	NSP	RADIO.....1		2	8	TELEVISION.....1		2	8
	ACCEP- TABLE	NON ACCEP- 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: A la radio? A la télévision? Dans les journaux ou les magazines?	<table border="0" style="width: 100%;"> <tr> <th></th> <th>OUI</th> <th>NON</th> </tr> <tr> <td>RADIO.....1</td> <td></td> <td>2</td> </tr> <tr> <td>TELEVISION.....1</td> <td></td> <td>2</td> </tr> <tr> <td>JOURNAUX OU MAGAZINES.....1</td> <td></td> <td>2</td> </tr> </table>		OUI	NON	RADIO.....1		2	TELEVISION.....1		2	JOURNAUX OU MAGAZINES.....1		2	
	OUI	NON													
RADIO.....1		2													
TELEVISION.....1		2													
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	
	Quelqu'un d'autre?	MERE.....B	
		PERE.....C	
		SOEUR(S).....D	
		FRERE(S).....E	
		FILLE.....F	
		BELLE-MERE.....G	
		AMIE(S)/VOISINS.....H	
		AUTRE.....X	
		(PRECISER)	
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 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	

33

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.....1 DECOURAGE.....2 NI L'UN NI L'AUTRE/NEUTRE.....3 NSP.....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.....1 PLUS D'ENFANTS.....2 MOINS D'ENFANTS.....3 NSP.....8	
624	Selon vous, qui devrait prendre la décision d'utiliser une méthode de planification familiale, l'homme ou la femme?	HOMME.....1 FEMME.....2 LES DEUX.....3 QUELQU'UN D'AUTRE.....4	
625	Selon vous, généralement, qui prend la décision d'utiliser une méthode de planification familiale, l'homme ou la femme?	HOMME.....1 FEMME.....2 LES DEUX.....3 QUELQU'UN D'AUTRE.....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.....1 DESAPPROUVE.....2 NSP.....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.....1 DESAPPROUVE.....2 NSP.....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.....1 PAS CONTRE SA RELIGION.....2 SA RELIGION N'A PAS DE POSITION A CE SUJET.....3 ENQUETEE N'A PAS DE RELIGION.....4 NSP.....8	
629	A votre avis, pour améliorer la niveau de vie de la famille, est-il préférable d'avoir une petite famille ou une grande famille?	PETITE FAMILLE.....1 GRANDE FAMILLE.....2 ÇA N'A PAS D'IMPORTANCE/ L'UN OU L'AUTRE.....3 ÇA DEPEND.....4 NSP/SANS OPINION.....8	
630	Avez-vous déjà encouragé ou essayé de persuader un(e) ami(e) ou parent à utiliser la planification familiale?	OUI.....1 NON.....2	

34

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.....1 NON.....2	<input type="checkbox"/> 712
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.....1 NON.....2	<input type="checkbox"/> 712
711	Avez-vous fait un travail quelconque durant les 12 derniers mois?	OUI.....1 NON.....2	<input type="checkbox"/> 801A
712	Quelle est votre occupation, c'est-à-dire quel genre de travail faites-vous principalement?		<div><div></div><div></div></div>
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

35

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 DISPENSAIRE.....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

36

PASSER
A

No. QUESTIONS ET FILTRES

CODES

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
AUTRE _____ X
(PRECISER)

ENREGISTRER TOUT CE QUI EST MENTIONNE.

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
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
AUTRE _____ X
(PRECISER)

Aucune autre source?

ENREGISTRER TOUT CE QUI EST MENTIONNE.

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
NE PAS UTILISER CONDOM.....D
RELATIONS HOMOSEXUELLES.....E
TRANSFUSION DE SANG.....F
INJECTIONS.....G
EN EMBRASSANT.....H
PIQUES DE MOUSTIQUES.....I
LAMES, CISEAUX, COUTEAUX
INSTRUMENTS COUPANTS SOUILLES..K
AUTRE _____ W
(PRECISER)
AUTRE _____ X
(PRECISER)
NSP.....Z

Aucune autre façon?

ENREGISTRER TOUT CE QUI EST MENTIONNE.

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

37

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/IMPORTANTES) 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)	

38

PASSER
A

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 PARTENAIRES..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</p>	<p>811F</p>
<p>811D VERIFIER 515 ET 515F:</p> <p>A EU DES RAPPORTS SEXUELS <input type="checkbox"/></p> <p>N'A JAMAIS EU DES RAPPORTS SEXUELS <input type="checkbox"/></p>	<p>901</p>	<p>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</p>	<p>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</p> <p>CHAQUE RAPPORT.....3</p>	<p>811G</p>
<p>811F VERIFIER 515 ET 515F:</p> <p>A EU DES RAPPORTS SEXUELS <input type="checkbox"/></p> <p>N'A JAMAIS EU DES RAPPORTS SEXUELS <input type="checkbox"/></p>	<p>901</p>	<p>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>	

39

SECTION 9. PRATIQUES TRADITIONNELLES

No.	QUESTIONS ET FILTRES	CODES PASSER A
<p>901 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</p>	<p>923</p>
<p>902 Vous-même, avez-vous subi ce type de pratique?</p>	<p>OUI.....1</p> <p>NON.....2</p>	<p>908</p>
<p>903 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="text"/></p>	
<p>904 Quel âge aviez-vous lorsque vous avez subi ce type de pratique?</p>	<p>AGE EN ANNEES REVOLUES.... <input type="text"/></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 <input type="checkbox"/> 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 <input type="checkbox"/> 916 NON.....2 NSP.....8 <input type="checkbox"/> 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 <input type="checkbox"/> 920 NSP.....8 <input type="checkbox"/> 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	<input type="checkbox"/>	NI LE CODE 'A' NI LE CODE 'B' NE SONT ENCERCLES	<input type="checkbox"/>	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		923
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	<input type="checkbox"/>	LE CODE 'A' N'EST PAS ENCERCLE	<input type="checkbox"/>	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.....	<div style="border: 1px solid black; width: 40px; height: 40px; margin: 0 auto;"></div>	

SECTION 10. TAILLE ET POIDS

41

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.

	<div style="border: 1px solid black; padding: 2px;">1</div> ENQUETEE	<div style="border: 1px solid black; padding: 2px;">2</div> DERNIER ENFANT EN VIE	<div style="border: 1px solid black; padding: 2px;">3</div> AVANT-DERNIER ENFANT EN VIE	<div style="border: 1px solid black; padding: 2px;">4</div> AVANT-AVANT- DERNIER ENFANT EN VIE
1002 N° DE LIGNE DE Q.212 DE LA SECTION 2		<div style="border: 1px solid black; width: 40px; height: 20px;"></div>	<div style="border: 1px solid black; width: 40px; height: 20px;"></div>	<div style="border: 1px solid black; width: 40px; height: 20px;"></div>
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	JOUR..... MOIS..... ANNEE	JOUR..... MOIS..... ANNEE
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"/> ,
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"/> ,	0 <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"/> ,	0 <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'ENQUETRICE
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 contrôleuse: _____ Date: _____