

INSTITUT NATIONAL DE LA STATISTIQUE ET DE LA DEMOGRAPHIE

ENQUETE DEMOGRAPHIQUE ET DE SANTE
(EDSBF-II, 1998)

QUESTIONNAIRE FEMME

IDENTIFICATION	
PROVINCE _____	PROVINCE..... <input type="text"/>
DEPARTEMENT _____	DEPARTEMENT..... <input type="text"/>
COMMUNE/CENTRE URBAIN _____	
VILLAGE/SECTEUR _____	
N° DE LA GRAPPE.....	N° DE LA GRAPPE..... <input type="text"/>
NOM DU CHEF DE CONCESSION _____	N° DE LA CONCESSION..... <input type="text"/>
NOM DU CHEF DE MENAGE _____	N° DU MENAGE..... <input type="text"/>
URBAIN/RURAL.....	URBAIN = 1, RURAL = 2..... <input type="text"/>
OUAGA=1, BOBO=2, AUTRES VILLES=3, RURAL=4.....	OUAGA /BOBO /AUTRES VILLES /RURAL
ZONE D'INTERVENTION (DE SFPS).....	ZONE D'INTERVENTION...OUI=1, NON=2..... <input type="text"/>
NOM DE LA FEMME _____	N° DE LIGNE DE LA FEMME..... <input type="text"/>

VISITES D'ENQUETRIX				
	1	2	3	VISITE FINALE
DATE				JOUR <input type="text"/> MOIS <input type="text"/> ANNEE <input type="text"/> 1 <input type="text"/> 9 <input type="text"/>
NOM DE L'ENQUETRIX				NOM <input type="text"/>
RESULTAT*				RESULTAT <input type="text"/>
PROCHAINE VISITE: DATE _____ HEURE _____				NBRE. TOTAL DE VISITES <input type="text"/>
*CODES RESULTAT 1 REMPLI 4 REFUSE 7 AUTRE _____ (PRECISER) 2 PAS A LA MAISON 5 PARTIELLEMENT REMPLI 3 DIFFERE 6 INCAPACITE				

LANGUE DE L'INTERVIEW** _____	<input type="text"/>
INTERPRETE:.....OUI = 1 / NON = 2	<input type="text"/>
**CODES LANGUE: 1 FRANÇAIS / 2 MOORE / 3 DIOULA / 4 FULFULDE / 5 AUTRES	

CONTROLEUSE		CHEF D'EQUIPE		CONTROLE BUREAU	SAISI PAR
NOM _____	<input type="text"/>	NOM _____	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
DATE _____	<input type="text"/>	DATE _____	<input type="text"/>		

SECTION 1. CARACTERISTIQUES SOCIO-DEMOGRAPHIQUES DE L'ENQUETEE

101	ENREGISTRER L'HEURE	HEURE.....	<input type="text"/>
		MINUTES.....	<input type="text"/>
103	Pour commencer, je voudrais vous poser quelques questions sur vous-même.	ANNEES.....	<input type="text"/>
	Depuis combien de temps habitez-vous de façon continue à (NOM DU LIEU ACTUEL DE RESIDENCE)?	TOUJOURS.....	95
		VISITEUR.....	96
105	En quel mois et quelle année êtes-vous née?	MOIS.....	<input type="text"/>
		NSP MOIS.....	98
		ANNEE.....	<input type="text" value="1"/> <input type="text" value="9"/> <input type="text"/>
		NSP ANNEE.....	9998
106	Quel âge aviez-vous à votre dernier anniversaire?	AGE EN ANNEES REVOLUES.....	<input type="text"/>
	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 <input type="checkbox"/> 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 classe/année que vous avez achevée à ce niveau?*	ANNEE.....	<input type="text"/>
110	VERIFIER 106: AGEE DE 29 ANS <input type="text"/> OU MOINS	AGEE DE 30 ANS OU PLUS <input type="text"/>	<input type="checkbox"/> 111A
111	Est-ce que vous allez à l'école actuellement?	OUI.....	1 <input type="checkbox"/> 113
		NON.....	2
111A	A quel âge avez-vous arrêté d'aller à l'école?	AGE.....	<input type="text"/>
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 = 1	SEC. 1er CYCLE = 2	SEC. 2è CYCLE = 3	SUPERIEUR = 4
	0 = MOINS D'UNE ANNEE ACHEVEE			
CLASSE	CP1 = 1 CP2 = 2 CE1 = 3 CE2 = 4 CM1 = 5 CM2 = 6 NSP = 8	6ème = 1 5ème = 2 4ème = 3 3ème = 4 FPP = 5 NSP = 8	2nd = 1 1ère = 2 Terminale = 3 FPB = 4 NSP = 8	1ère année = 1 2ème année = 2 3ème année = 3 4ème année = 4 5ème année ou + = 5 NSP = 8

N°	QUESTIONS ET FILTRES	CODES	PASSER A
113	VERIFIER 108: PRIMAIRE <input type="checkbox"/>	SECONDAIRE OU SUPERIEUR <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> 114A

114	Pouvez-vous lire et comprendre une lettre ou un journal facilement, difficilement ou pas du tout ?	FACILEMENT.....1 DIFFICILEMENT.....2 PAS DU TOUT.....3	<input type="checkbox"/> 115A
114A	Avez-vous l'habitude de lire un journal ou un magazine, au moins une fois par mois?	OUI.....1 NON.....2	<input type="checkbox"/> 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	<input type="checkbox"/> 116G
116	Ecoutez-vous la radio chaque jour?	OUI.....1 NON.....2	<input type="checkbox"/> 116B
116A	Quels jours de la semaine avez-vous l'habitude d'écouter la radio? ENREGISTRER TOUTES LES REPONSES DONNEES. SI LA REponse EST "ÇA DEPEND", "N'IMPORTE" OU "NSP", VOUS NE DEVEZ ENCERCLER QU'UN SEUL CODE.	LUNDI.....A MARDI.....B MERCREDI.....C JEUDI.....D VENDREDI.....E SAMEDI.....F DIMANCHE.....G 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	Quels genres d'émission radio avez-vous l'habitude d'écouter? INSISTER POUR OBTENIR LES GENRES 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)	
116CA	Quelles stations de radio avez-vous l'habitude d'écouter? ENREGISTRER TOUTES LES REPONSES DONNEES.	RADIO NATIONALE (RNB).....A PULSAR.....B RADIO MARIA.....C ARC-EN-CIEL.....D HORIZON FM.....E SALANKOLOTO.....F ENERGIE.....G RADIO EVANGILE DEVELOPPEMENT.....H LUMIERE VIE ET DEVELOPPEMENT.....I RADIOS ETRANGERES.....J	
116D	Avez-vous déjà eu l'occasion d'écouter le feuilleton-radio les clés de la vie : "Yamba Songo"?	OUI.....1 NON.....2 NE CONNAIT PAS EMISSION.....3	<input type="checkbox"/> 116G
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	<input type="checkbox"/> 116G <input type="checkbox"/> 116G
116F	Selon vous, de quels problèmes parle le feuilleton "Yamba Songo"? ENREGISTRER TOUTES LES REPONSES DONNEES. SI LA REponse EST "NSP", VOUS NE DEVEZ ENCERCLER QUE CE CODE.	PLANIFICATION FAMILIALE/ CONTRACEPTION.....A SIDA/VIH.....B MALADIE SEXUEL. TRANSMISSIBLE...C TRAITEMENT DIARRHEE/SRO.....D PROBLEMES DE SANTE.....E AUTRE.....X (PRECISER) NSP.....Z	

N°	QUESTIONS ET FILTRES	CODES	PASSER A
116G	Avez-vous l'habitude de regarder la télévision?	OUI.....1 NON.....2	<input type="checkbox"/> 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 ENCECLER QU'UN SEUL CODE.	LUNDI.....A MARDI.....B MERCREDI.....C JEUDI.....D VENDREDI.....E SAMEDI.....F DIMANCHE.....G 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 ENCECLER QU'UN SEUL CODE.	LE MATIN.....A 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	Quels genres 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)
117D	Quelles stations de télévision avez-vous l'habitude de regarder?	CHAINE NATIONALE (TNB).....A CHAINES ETRANGERES.....B
118	Quelle est votre religion?	CATHOLIQUE.....1 PROTESTANTE.....2 MUSULMANE.....3 TRADITIONNELLE.....4 SANS RELIGION/AUCUNE.....5 AUTRE _____ 6 (PRECISER)
118A	Quelle est votre nationalité?	BURKINABE.....01 NIGERIEENNE.....02 TOGOLAISE.....03 BENINOISE.....04 MALIENNE.....05 IVOIRIENNE.....06 GHANEENNE.....07 AUTRE AFRICAIN _____ 08 (PRECISER) AUTRE _____ 09 (PRECISER)
119	Quelle est votre ethnie? INSCRIRE L'ETHNIE DECLAREE : _____ PUIS ENCECLER LE CODE CORRESPONDANT.	BOBO.....01 DIOULA.....02 FULFULDE/PEUL.....03 GOURMATCHE.....04 GOUROUNSI.....05 LOBI.....06 MOSSI.....07 SENOUFO.....08 TOUAREG/BELLA.....09 AUTRE _____ 10 (PRECISER) NSP.....98

4

SECTION 2. REPRODUCTION

N°	QUESTIONS ET FILTRES	CODES	PASSER A				
201	Maintenant je voudrais vous poser des questions sur toutes les naissances que vous avez eues durant votre vie. Avez-vous déjà eu une naissance?	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" style="display: inline-table; vertical-align: middle;"><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 | 206
NON.....2

205 | Combien de vos fils sont vivants mais ne vivent pas avec vous?
Combien de vos filles sont vivantes mais ne vivent pas avec vous?
SI "AUCUN", NOTER '00'. | FILS AILLEURS.....
FILLES AILLEURS..... |

206 | N'avez-vous pas donné naissance à un fils ou une fille qui est né(e) vivant(e) mais qui est décédé(e) 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 | 208

207 | Combien de vos fils sont décédés?
Combien de vos filles sont décédées?
SI "AUCUN", NOTER '00'. | FILS DECEDE.....
FILLE DECEDEE..... |

208 | FAIRE LA SOMME DE Q. 203, 205 ET 207, ET NOTER LE TOTAL.
SI "AUCUN", NOTER '00'. | TOTAL..... |

--	--

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 NON INSISTER ET CORRIGER 201-208 COMME IL SE DOIT.

210 | VERIFIER 208:
AU MOINS UNE NAISSANCE AUCUNE NAISSANCE 227

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

212	213	214	215	216	217	218	219	220	221
Quel nom a été donné à votre (premier/suivant) enfant? (NOM)	Quand (NOM) est né(e) était-il/elle seule (e) ou a-t-elle un jumeau?	(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)? SI MOIS/SAISON INCONNU = 98	(NOM) est-il/elle toujours en vie?	Quel âge avait (NOM) à son dernier anniversaire? NOTER L'AGE EN ANNEES REVOLUES	(NOM) vit-il/elle avec vous?	Quel âge avait (NOM) quand il/elle est mort(e)? SI "1 AN", INSISTER: Quel âge avait (NOM) en mois? NOTER EN JOURS SI MOINS D'1 MOIS; EN MOIS SI MOINS DE 2 ANS; OU EN ANNEES.	SOUSTRAIRE L'ANNEE DE NAISSANCE DE L'ANNEE DE NAISSANCE PRECEDENTE. LA DIFFERENCE EST-ELLE DE 4 ANS OU PLUS?	Y-a-t-il eu d'autres naissances vivantes entre (NOM DE LA NAISSANCE PRECEDENTE) et (NOM)?

01	SIMP..1 MULT..2	GARÇ..1 FILL..2	MOIS.... AN	OUI..1 NON..2 <input type="checkbox"/> 219	AGE EN ANNEES <input type="checkbox"/>	OUI...1 NON...2 (ENFANT <input type="checkbox"/> SUIVANT)	JOURS...1 MOIS...2 ANNEES..3	<table border="1" style="display: inline-table;"><tr><td> </td><td> </td></tr><tr><td> </td><td> </td></tr></table>					<table border="1" style="display: inline-table;"><tr><td> </td><td> </td></tr><tr><td> </td><td> </td></tr></table>					<table border="1" style="display: inline-table;"><tr><td> </td><td> </td></tr><tr><td> </td><td> </td></tr></table>				

02	SIMP..1 MULT..2	GARÇ..1 FILL..2	MOIS.... AN	OUI..1 NON..2 <input type="checkbox"/> 219	AGE EN ANNEES <input type="checkbox"/>	OUI...1 NON...2 (ALLEZ <input type="checkbox"/> A 220)	JOURS...1 MOIS...2 ANNEES..3	<table border="1" style="display: inline-table;"><tr><td> </td><td> </td></tr><tr><td> </td><td> </td></tr></table>					OUI....1 NON....2 (NAIS. <input type="checkbox"/> SUIVANTE)	OUI..1 NON..2

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

6

212	213	214	215	216	217	218	219	220	221
Quel nom a été donné à votre enfant suivant? (NOM)	Quand (NOM) est né(e) était-il/elle seul(e) ou avait-il/elle un jumeau?	(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)? SI MOIS/SAISON INCONNU = 98	(NOM) est-il/elle toujours en vie/	SI VIVANT: Quel âge avait (NOM) à son dernier anniversaire? NOTER L'AGE EN ANNEES REVOLUES	SI VIVANT: vit-il/elle avec vous?	SI DECEDÉ: Quel âge avait (NOM) quand il/elle est mort(e)? SI "1 AN", INSISTER: Quel âge avait (NOM) en mois? NOTER EN JOURS SI MOINS D'1 MOIS; EN MOIS SI MOINS DE 2 ANS; OU EN ANNEES.	SOUSTRAIRE L'ANNEE DE NAISSANCE DE (NOM) DE L'ANNEE DE NAISSANCE PRECEDENTE. LA DIFFERENCE EST-ELLE DE 4 ANS OU PLUS?	Y-a-t-il eu d'autres naissances vivantes entre (NOM DE LA NAISSANCE PRECEDENTE) et (NOM)?

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

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

222 SOUSTRAIRE L'ANNEE DE NAISSANCE DU DERNIER ENFANT DE 1998. OUI...1 — PASSER A 223
 LA DIFFERENCE EST-ELLE DE 4 ANS OU PLUS? NON...2 — PASSER A 224

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

224 COMPARER 208 AVEC LE NOMBRE DE NAISSANCES ENREGISTREES DANS LE TABLEAU CI-DESSUS ET NOTER:
 LES NOMBRES SONT LES MEMES LES NOMBRES SONT DIFFERENTS (VERIFIER ET CORRIGER)
 VERIFIER: POUR CHAQUE NAISSANCE: L'ANNEE DE NAISSANCE EST ENREGISTREE (Q215)
 POUR CHAQUE ENFANT VIVANT: L'AGE ACTUEL EST ENREGISTRE (Q217)
 POUR CHAQUE ENFANT DECEDE: L'AGE AU DECES EST ENREGISTRE (Q219)
 POUR L'AGE AU DECES 12 MOIS OU 1 AN : VERIFIER POUR DETERMINER LE NOMBRE EXACT DE MOIS.

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

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

jour de ses règles suivantes, y-a-t-il des moments où elle a plus de chances de tomber enceinte que d'autres?

NON.....2
NSP.....8 300

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

PENDANT SES REGLES.....1
JUSTE APRES LA FIN DES REGLES.....2
AU MILIEU DU CYCLE.....3
JUSTE AVANT DEBUT DES REGLES....4

AUTRE _____ 6
(PRECISER)

NSP.....8

SECTION 3. CONTRACEPTION

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

ENCERCLER LE CODE '1' DANS 301 POUR CHAQUE METHODE MENTIONNEE D'UNE MANIERE SPONTANEE.
PUIS CONTINUER A LA COLONNE 302 EN LISANT LE NOM ET LA DESCRIPTION DE CHAQUE METHODE NON MENTIONNEE SPONTANEMENT.
ENCERCLER LE CODE '2' SI LA METHODE EST RECONNUE, ET LE CODE '3' SI ELLE N'EST PAS RECONNUE.
PUIS, POUR CHAQUE METHODE AYANT LE CODE '1' OU '2' ENCERCLE A 301 OU A 302, POSER 303.

301 Quels sont les moyens ou méthodes dont vous avez entendu parler?	302 Avez-vous déjà entendu parler de (METHODE)?			303 Avez-vous déjà utilisé (METHODE)?
	OUI SPONTANE	OUI DESCRIPTION	NON	
01] PILULE Les femmes peuvent prendre une pilule tous les jours.	1	2	3 <input type="checkbox"/>	OUI.....1 NON.....2
02] DIU/STERILET Les femmes ont un stérilet que le médecin, la sage-femme ou l'infirmière leur place dans l'utérus.	1	2	3 <input type="checkbox"/>	OUI.....1 NON.....2
03] INJECTION Les femmes peuvent recevoir une injection par un médecin, l'infirmière, la sage-femme, pour éviter de tomber enceinte pendant plusieurs mois.	1	2	3 <input type="checkbox"/>	OUI.....1 NON.....2
04] MOUSSE, GELEE, COMPRIMES Les femmes peuvent se mettre à l'intérieur du vagin de la gelée, de la crème, des comprimés avant d'avoir des rapports sexuels.	1	2	3 <input type="checkbox"/>	OUI.....1 NON.....2
05] CONDOM (CAPOTE ANGLAISE OU PRESERVATIF) Les hommes peuvent se mettre un condom pendant les rapports sexuels.	1	2	3 <input type="checkbox"/>	OUI.....1 NON.....2
06] STERILISATION FEMININE Les femmes peuvent subir une opération pour ne plus avoir d'enfants.	1	2	3 <input type="checkbox"/>	Avez-vous eu une opération pour éviter d'avoir d'autres enfants? OUI.....1 NON.....2
07] STERILISATION MASCULINE Les hommes peuvent subir une opération pour ne plus avoir d'enfants.	1	2	3 <input type="checkbox"/>	Avez-vous déjà vécu avec un homme qui avait eu une opération pour éviter d'avoir des enfants? OUI.....1 NON.....2
08] RYTHME, CONTINENCE PERIODIQUE Les couples peuvent éviter d'avoir des rapports sexuels certains jours du cycle pendant lesquels la femme est plus susceptible de tomber enceinte.	1	2	3 <input type="checkbox"/>	OUI.....1 NON.....2
09] RETRAIT Les hommes peuvent faire attention et se retirer avant l'éjaculation.	1	2	3 <input type="checkbox"/>	OUI.....1 NON.....2
10] Avez-vous entendu parler d'autres moyens ou méthodes que les femmes ou les hommes peuvent utiliser pour éviter une grossesse?	1		3 <input type="checkbox"/>	OUI.....1 NON.....2
		(PRECISER)		OUI.....1 NON.....2
		(PRECISER)		OUI.....1 NON.....2

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

N°	QUESTIONS ET FILTRES	CODES	PASSER A
305	Avez-vous déjà utilisé un moyen quelconque ou essayé quelque chose pour retarder la survenue d'une grossesse ou éviter de tomber enceinte?	OUI.....1 NON.....2	<input type="checkbox"/> 331
307	Qu'avez-vous fait ou utilisé? CORRIGER 303 ET 304 (ET 302 SI NECESSAIRE).		
309	Maintenant, je voudrais vous parler du moment où pour la première fois, vous avez fait quelque chose ou utilisé une méthode pour éviter de tomber enceinte. Combien d'enfants vivants aviez-vous à ce moment-là? SI AUCUN ENREGISTRER '00'.	NOMBRE D'ENFANTS..... <input type="text"/>	
310	Au moment où vous avez commencé à utiliser la planification familiale pour la première fois, était-ce parce que vous vouliez avoir un autre enfant, mais vous le vouliez plus tard, ou parce que vous ne vouliez plus avoir d'enfant?	VOULAIT ENFANT PLUS TARD.....1 NE VOULAIT PLUS D'ENFANT.....2 AUTRE..... 6 (PRECISER)	
311	VERIFIER 303: FEMME NON STERILISEE <input type="checkbox"/> FEMME STERILISEE <input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/> 314A
312	VERIFIER 227: PAS ENCEINTE OU PAS SURE <input type="checkbox"/> ENCEINTE <input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/> 332
313	En ce moment, faites-vous quelque chose ou utilisez-vous une méthode pour éviter de tomber enceinte?	OUI.....1 NON.....2	<input type="checkbox"/> 331
314	Quelle méthode utilisez-vous?	PILULE.....01 DIU/STERILET.....02 INJECTION.....03 MOUSSE/GELEE/COMPRIMES.....04 CONDOM.....05 STERILISATION FEMININE.....06 STERILISATION MASCULINE.....07 CONTINENCE PERIODIQUE.....08 RETRAIT.....09 AUTRE..... 96 (PRECISER)	<input type="checkbox"/> 325A <input type="checkbox"/> 317A <input type="checkbox"/> 322A <input type="checkbox"/> 325A
314A	ENCERCLER '06' POUR STERILISATION FEMININE.		
314B	Pourquoi utilisez-vous la pilule plutôt qu'une autre méthode?	COUT/MOINS CHER.....01 PLUS DISPONIBLE.....02 M'A ETE PRESCRIT.....03 PLUS EFFICACE.....04 PAS EFFETS SECONDAIRES.....05 ÇA ME CONVIENT.....06 SEULE METHODE CONNUE.....07 METHODE REVERSIBLE.....08 AUTRE..... 96 (PRECISER)	
315	Puis-je voir la boîte de pilules que vous utilisez en ce moment? SI LE PAQUET EST MONTRE, ENCEINTE LE CODE CORRESPONDANT.	MICRO-NOVUM.....01 LO-FEMENAL.....02 OVRETTE.....03 EUGYNON.....04 ADEPAL.....05 MINIPHASE.....06 MINIDRIL.....07 AUTRE..... 96 (PRECISER) BOITE NON VUE.....98	<input type="checkbox"/> 317
316	Quel est le nom de la marque de pilules que vous utilisez en ce moment?	MICRO-NOVUM.....01 LO-FEMENAL.....02 OVRETTE.....03 EUGYNON.....04 ADEPAL.....05 MINIPHASE.....06 MINIDRIL.....07 AUTRE..... 96 (PRECISER) NSP.....98	

N°	QUESTIONS ET FILTRES	CODES	PASSER A
317	Combien vous coûte une boîte (cycle) de pilules?	COUT CFA..... <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> GRATUIT.....9996 NSP.....9998	<input type="checkbox"/> 326
317A	Pourquoi avez-vous fait (vous ou votre conjoint/partenaire) une opération pour ne plus avoir d'enfants plutôt 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 MEDICAL OU D'UNE CLINIQUE, ECRIRE LE NOM DE L'ENDROIT. INSISTER POUR DETERMINER LE TYPE DE SECTEUR ET ENCERCLER LE CODE APPROPRIE. _____ (NOM DE L'ENDROIT)	SECTEUR PUBLIC/PARA PUBLIC HOPITAL.....11 CENTRE MEDICAL.....12 AUTRE PUBLIC _____ 17 (PRECISER) SECTEUR MEDICAL PRIVE CABINET DE MEDECIN PRIVE.....21 CLINIQUE PF.....22 AUTRE PRIVE MEDICAL _____ 27 (PRECISER) NSP.....98	
319	Regrettez-vous d'avoir fait (ou que votre mari ait fait) une opération pour ne plus avoir d'enfants?	OUI.....1 NON.....2	<input type="checkbox"/> 321
320	Pourquoi regrettez-vous l'opération?	ENQUETEE VEUT AUTRE ENFANT.....1 MARI/CONJOINT VEUT ENFANT.....2 EFFETS SECONDAIRES.....3 ENFANT DECEDE.....4 AUTRE _____ 6 (PRECISER)	
321	En quel mois et quelle année la stérilisation a-t-elle eu lieu?	MOIS..... <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> ANNEE..... <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>	<input type="checkbox"/> 327
322A	Pourquoi utilisez-vous la continence périodique plutôt qu'une autre méthode?	COUT/NE COUTE RIEN.....01 PAS PROBLEME DE DISPONIBILITE.....02 M'A ETE PRESCRIT.....03 PLUS EFFICACE.....04 PAS EFFETS SECONDAIRES.....05 ÇA ME CONVIENT.....06 SEULE METHODE CONNUE.....07 METHODE REVERSIBLE.....08 AUTRE _____ 96 (PRECISER)	
323	Comment déterminez-vous les jours de votre cycle mensuel pendant lesquels vous ne devez pas avoir de relations sexuelles?	BASEE SUR LE CALENDRIER.....1 BASEE SUR TEMPERATURE CORPS.....2 BASEE SUR MUCUS CERVICAL (METHODE BILLINGS).....3 BASEE SUR TEMPERATURE DU CORPS ET MUCUS CERVICAL.....4 PAS DE METHODE SPECIFIQUE.....5 AUTRE _____ 6 (PRECISER)	<input type="checkbox"/> 326

N°	QUESTIONS ET FILTRES	CODES	A
325A	Pourquoi utilisez-vous (METHODE CITEE A Q.314) plutôt qu'une autre méthode?	COUT/PAS CHER/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 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'. 8 ANS OU PLUS.....96	MOIS..... <input type="text"/> 8 ANS OU PLUS.....96
326A	Si les produits contraceptifs devaient vous être offerts gratuitement, les accepteriez-vous? SI LA REPONSE EST NON, INSISTER POUR SAVOIR LA RAISON ET ENCERCLER LE CODE CORRESPONDANT A LA REPONSE.	OUI.....01 NON, DEJA GATES.....02 NON, QUALITE DOUTEUSE.....03 AUTRE _____ 96 (PRECISER)
327	VERIFIER 314: ENCERCLER LE CODE DE LA METHODE:	PILULE.....01 DIU/STERILET.....02 INJECTION.....03 MOUSSE/GELEE/COMPRIMES.....04 CONDOM.....05 STERILISATION FEMININE.....06 STERILISATION MASCULINE.....07 CONTINENCE PERIODIQUE.....08 RETRAIT.....09 AUTRE METHODE.....96
328	Où avez-vous obtenu (METHODE) la dernière fois? S'IL S'AGIT D'UN HOPITAL, D'UN CENTRE MEDICAL, D'UN CSPS OU D'UNE CLINIQUE, ECRIRE LE NOM DE L'ENDROIT. INSISTER POUR DETERMINER LE TYPE DE SECTEUR ET ENCERCLER LE CODE APPROPRIE. _____ (NOM DE L'ENDROIT)	SECTEUR PUBLIC/PARA PUBLIC HOPITAL.....11 CENTRE MEDICAL.....12 CSPS.....13 SMI.....14 DISPENSARE/MATERNITE.....15 DEPOT PHARMACEUTIQUE COMM.....16 AUTRE PUBLIC _____ 17 (PRECISER) SECTEUR MEDICAL PRIVE CABINET DE MEDECIN PRIVE.....21 CLINIQUE PF.....22 PHARMACIE.....23 CABINET INFIRMIER.....24 AUTRE PRIVE MEDICAL _____ 27 (PRECISER) AUTRE SECTEUR PRIVE BOUTIQUE/MARCHE.....31 BAR/BOITE DE NUIT.....32 KIOSQUE.....33 HOTEL/CHAMBRE DE PASSE.....34 CIRCUIT COMMERCIAL INFORMEL...35 AMIS/PARENTS.....36 AUTRE _____ 95 (PRECISER) AUTRE _____ 96 (PRECISER)
329	Connaissez-vous un autre endroit où vous auriez pu vous procurer (METHODE) la dernière fois?	OUI.....1 NON.....2
329A	Au moment de la stérilisation, connaissiez-vous un autre endroit où vous auriez pu subir cette même opération?	

12
PASSER
A

N°	QUESTIONS ET FILTRES	CODES
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 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 LE CODE CORRESPONDANT. Autres raisons?	ACCESSIBILITE PLUS PROCHE DOMICILE.....A PLUS PROCHE MARCHE/TRAVAIL...B TRANSPORT DISPONIBLE.....C 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/DISCRETION.....L	
		AUTRE _____ X (PRECISER)	
		NSP.....Z	
330	ENQUETTRICE: -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 LE CODE CORRESPONDANT A LA REPONSE. Parmi les raisons que vous m'avez données, quelle est la raison principale?	ACCESSIBILITE PLUS PROCHE DOMICILE.....11 PLUS PROCHE MARCHE/TRAVAIL...12 TRANSPORT DISPONIBLE.....13 RAISONS RELATIVES AU SERVICE PERSONNEL PLUS COMPETENT/ AIMABLE.....21 PLUS PROPRE.....22 OFFRE PLUS D'INTIMITE.....23 ATTENTE MOINS LONGUE.....24 TEMPS D'OUVERTURE PLUS LONG..25 MEME ETABLISSEMENT OFFRE D'AUTRES SERVICES.....26 DISPONIBILITE DE LA METHODE A TOUS MOMENTS.....27 COUTS PLUS FAIBLES/MOINS CHER..31 VOULAIT ANONYMAT/DISCRETION...41 AUTRE _____ 96 (PRECISER) NSP.....98	□334

13

331	VERIFIER 227: PAS ENCEINTE <input type="checkbox"/> ENCEINTE <input type="checkbox"/> OU PAS SURE	□332
-----	---	------

331A	Quelle est la principale raison pour laquelle vous n'utilisez pas une méthode pour éviter une grossesse?	NON MARIEE.....11 RAISONS LIEES A LA FECONDITE PAS DE RAPPORTS SEXUELS.....21 RAP. SEX. PEU FREQUENTS.....22 MENOPAUSEE/HYSTERECTOMIE.....23 SOUS-FECONDE/STERILE.....24 POST-PARTUM/ALLAITEMENT.....25 VEUT DES (D'AUTRES) ENFANTS...26 OPPOSITION A L'UTILISATION ENQUETEE OPPOSEE.....31 MARI/CONJOINT OPPOSE.....32 AUTRES PERS. OPPOSEES.....33 INTERDITS RELIGIEUX.....34 TABOUS CULTURELS.....35 MANQUE DE CONNAISSANCE NE CONNAIT AUCUNE METHODE....41 NE CONNAIT AUCUNE SOURCE....42 RAISONS LIEES AUX METHODES PROBLEMES DE SANTE.....51 PEUR DES EFFETS SECONDAIRES...52 PAS ACCESSIBLE/TROP LOIN....53 TROP CHERE.....54 PAS PRATIQUE A UTILISER.....55 INTERFERE AVEC LE PROCESSUS NORMAL DU CORPS.....56 AUTRE _____ 96 (PRECISER) NSP.....98	
------	---	--	--

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

333	Où est-ce?	SECTEUR PUBLIC/PARA PUBLIC HOPITAL.....11 CENTRE MEDICAL.....12 CSPS.....13 SMI.....14 DISPENSARE/MATERNITE.....15 DEPOT PHARMACEUTIQUE COMM....16	
-----	------------	--	--

		DERNIERE NAISSANCE	AVANT-DERNIERE NAISS.	AV. AVANT-DERNIERE NAISS.
402B	VOIR Q. 212 ET Q. 216	NOM _____ VIVANT <input type="checkbox"/> DECEDE <input type="checkbox"/>	NOM _____ VIVANT <input type="checkbox"/> DECEDE <input type="checkbox"/>	NOM _____ VIVANT <input type="checkbox"/> DECEDE <input type="checkbox"/>
403	Au moment où vous êtes tombée enceinte de (NOM), vouliez-vous tomber enceinte à ce moment-là ou vouliez-vous attendre plus tard ou vouliez-vous ne plus avoir d'enfant?	A CE MOMENT-LA.....1 (PASSER A 405) <input type="checkbox"/>	A CE MOMENT-LA.....1 (PASSER A 405) <input type="checkbox"/>	A CE MOMENT-LA.....1 (PASSER A 405) <input type="checkbox"/>
		PLUS TARD.....2	PLUS TARD.....2	PLUS TARD.....2
		NE VOULAIT PLUS.....3 (PASSER A 405) <input type="checkbox"/>	NE VOULAIT PLUS.....3 (PASSER A 405) <input type="checkbox"/>	NE VOULAIT PLUS.....3 (PASSER A 405) <input type="checkbox"/>
404	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
405	Quand vous étiez enceinte de (NOM), avez-vous vu quelqu'un pour une consultation concernant cette grossesse? SI OUI, Qui avez-vous vu? INSISTER : Quelqu'un d'autre? ENCERCLER TOUS LES CODES CORPONDANT AUX PERSONNES VUES.	PROFESSIONNEL DE SANTE MEDECIN.....A SAGE FEMME.....B INFIRMIERE.....C AUTRE PERSONNE ACCOUCHEUSE TRADITIONNELLE.....D AUTRE _____ E (PRECISER) PERSONNE.....F (PASSER A 409) <input type="checkbox"/>	PROFESSIONNEL DE SANTE MEDECIN.....A SAGE FEMME.....B INFIRMIERE.....C AUTRE PERSONNE ACCOUCHEUSE TRADITIONNELLE.....D AUTRE _____ E (PRECISER) PERSONNE.....F (PASSER A 409) <input type="checkbox"/>	PROFESSIONNEL DE SANTE MEDECIN.....A SAGE FEMME.....B INFIRMIERE.....C AUTRE PERSONNE ACCOUCHEUSE TRADITIONNELLE.....D AUTRE _____ E (PRECISER) PERSONNE.....F (PASSER A 409) <input type="checkbox"/>
406	Vous a-t-on donné un carnet de santé pour cette grossesse?	OUI.....1 NON.....2 NSP.....8	OUI.....1 NON.....2 NSP.....8	OUI.....1 NON.....2 NSP.....8
407	De combien de mois étiez-vous enceinte quand vous avez vu quelqu'un pour la première fois pour une consultation concernant cette grossesse?	MOIS..... <input type="text"/> NSP.....98	MOIS..... <input type="text"/> NSP.....98	MOIS..... <input type="text"/> NSP.....98
408	Combien de visites prénatales avez-vous fait pendant cette grossesse?	NBRE. DE VISITES... <input type="text"/> NSP.....98	NBRE. DE VISITES... <input type="text"/> NSP.....98	NBRE. DE VISITES... <input type="text"/> NSP.....98

		DERNIERE NAISSANCE	AVANT-DERNIERE NAISS.	AV. AVANT-DERNIERE NAISS.
409	Vous a-t-on fait une injection dans le bras pour éviter au bébé d'attraper le tétanos, c'est-à-dire les convulsions après la naissance?	OUI.....1 NON.....2 (PASSER A 411) <input type="checkbox"/> NSP.....8	OUI.....1 NON.....2 (PASSER A 411) <input type="checkbox"/> NSP.....8	OUI.....1 NON.....2 (PASSER A 411) <input type="checkbox"/> NSP.....8
410	Combien 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
411	Où avez-vous accouché de (NOM)?	A DOMICILE PROPRE MAISON.....11 AUTRE MAISON.....12 SECTEUR PUBLIC HOPITAL.....21 MATERNITE.....22 DISPENSARE.....23 AUTRES.....24 SECTEUR PRIVE HOP.PRIVE/CLINIQUE...31 AUTRES.....41 (PRECISER)	A DOMICILE PROPRE MAISON.....11 AUTRE MAISON.....12 SECTEUR PUBLIC HOPITAL.....21 MATERNITE.....22 DISPENSARE.....23 AUTRES.....24 SECTEUR PRIVE COP.PRIVE/CLINIQUE...31 AUTRES.....41 (PRECISER)	A DOMICILE PROPRE MAISON.....11 AUTRE MAISON.....12 SECTEUR PUBLIC HOPITAL.....21 MATERNITE.....22 DISPENSARE.....23 AUTRES.....24 SECTEUR PRIVE COP.PRIVE/CLINIQUE...31 AUTRES.....41 (PRECISER)
412	Qui vous a assisté pour l'accouchement de (NOM)? Quelqu'un d'autre? INSISTER SUR LE GENRE DE PERSONNE ET ENCELER	PROFESSIONNEL DE SANTE MEDECIN.....A SAGE FEMME.....B INFIRMIERE.....C ACC.AUXI./MATRONE.....D AUTRE PERSONNE ACC. TRADIT. FORMEE...E ACC. TRADITIONNELLE...F	PROFESSIONNEL DE SANTE MEDECIN.....A SAGE FEMME.....B INFIRMIERE.....C ACC.AUXI./MATRONE.....D AUTRE PERSONNE ACC. TRADIT. FORMEE...E ACC. TRADITIONNELLE...F	PROFESSIONNEL DE SANTE MEDECIN.....A SAGE FEMME.....B INFIRMIERE.....C ACC.AUXI./MATRONE.....D AUTRE PERSONNE ACC. TRADIT. FORMEE...E ACC. TRADITIONNELLE...F

TOUTES LES PERSONNES CITEES.			
	PARENT.....G AUTRE _____ H (PRECISER)	PARENT.....G AUTRE _____ H (PRECISER)	PARENT.....G AUTRE _____ H (PRECISER)
	PERSONNE.....I	PERSONNE.....I	PERSONNE.....I
413	(NOM) est-il/elle né(e) à terme ou prématurément? A TERME.....1 PREMATUREMENT.....2 NSP.....8	A TERME.....1 PREMATUREMENT.....2 NSP.....8	A TERME.....1 PREMATUREMENT.....2 NSP.....8
414	Avez-vous accouché de (NOM) par césarienne? OUI.....1 NON.....2	OUI.....1 NON.....2	OUI.....1 NON.....2

	DERNIERE NAISSANCE	AVANT-DERNIERE NAISS.	AV. AVANT-DERNIERE NAISS.
415	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 PLUS GROS QUE MOYENNE...2 MOYEN.....3 PLUS PETIT QUE MOYENNE...4 TRES PETIT.....5 NSP.....8	TRES GROS.....1 PLUS GROS QUE MOYENNE...2 MOYEN.....3 PLUS PETIT QUE MOYENNE...4 TRES PETIT.....5 NSP.....8	TRES GROS.....1 PLUS GROS QUE MOYENNE...2 MOYEN.....3 PLUS PETIT QUE MOYENNE...4 TRES PETIT.....5 NSP.....8
416	Est-ce que (NOM) a été pesé à la naissance? OUI.....1 NON.....2 (PASSER A 418) <input type="checkbox"/>	OUI.....1 NON.....2 (PASSER A 419) <input type="checkbox"/>	OUI.....1 NON.....2 (PASSER A 419) <input type="checkbox"/>
417	Combien pesait (NOM)? ENREGISTRER LE POIDS PORTE SUR LE CARNET DE SANTE, SI DISPONIBLE. GRAMMES DU CARNET....1 <input type="text"/> GRAMMES DE LA MEMOIRE..2 <input type="text"/> NSP.....99998	GRAMMES DU CARNET....1 <input type="text"/> GRAMMES DE LA MEMOIRE..2 <input type="text"/> NSP.....99998	GRAMMES DU CARNET....1 <input type="text"/> GRAMMES DE LA MEMOIRE..2 <input type="text"/> NSP.....99998
418	Est-ce que vos règles sont revenues depuis la naissance de (NOM)? OUI.....1 NON.....2 (PASSER A 421) <input type="checkbox"/>		
419	Est-ce que vos règles sont revenues entre la naissance de (NOM) et votre grossesse suivante? OUI.....1 NON.....2 (PASSER A 423) <input type="checkbox"/>	OUI.....1 NON.....2 (PASSER A 423) <input type="checkbox"/>	OUI.....1 NON.....2 (PASSER A 423) <input type="checkbox"/>
420	Pendant combien de mois après la naissance de (NOM), n'avez-vous pas vu vos règles? MOIS..... <input type="text"/> NSP.....98	MOIS..... <input type="text"/> NSP.....98	MOIS..... <input type="text"/> NSP.....98

421	VERIFIER 227: ENQUETEE ENCEINTE? PAS ENCEINTE <input type="checkbox"/> ENCEINTE OU PAS SURE <input type="checkbox"/> (PASSER A 423)		
422	Avez-vous repris les rapports sexuels depuis la naissance de (NOM)? OUI.....1 NON.....2 (PASSER A 424) <input type="checkbox"/>		
423	Pendant combien de mois après la naissance de (NOM) n'avez-vous pas eu de rapports sexuels? MOIS..... <input type="text"/> NSP.....98	MOIS..... <input type="text"/> NSP.....98	MOIS..... <input type="text"/> NSP.....98

424	Avez-vous allaité (NOM)? OUI.....1 NON.....2 (PASSER A 426) <input type="checkbox"/>	OUI.....1 NON.....2 (PASSER A 433) <input type="checkbox"/>	OUI.....1 NON.....2 (PASSER A 433) <input type="checkbox"/>
425	Pourquoi n'avez-vous pas allaité (NOM)? MERE MALADE/FAIBLE...01 ENFANT MALADE/FAIBLE...02 ENFANT DECEDE.....03 PROBLEME DE SEIN/ DE BOUT DE SEIN...04 LAIT INSUFFISANT.....05 TRAVAILLE.....06 ENFANT A REFUSE.....07 AUTRE _____ 08 (PRECISER) (PASSER A 435) <input type="checkbox"/>	MERE MALADE/FAIBLE...01 ENFANT MALADE/FAIBLE...02 ENFANT DECEDE.....03 PROBLEME DE SEIN/ DE BOUT DE SEIN...04 LAIT INSUFFISANT.....05 TRAVAILLE.....06 ENFANT A REFUSE.....07 AUTRE _____ 08 (PRECISER) (PASSER A 435) <input type="checkbox"/>	MERE MALADE/FAIBLE...01 ENFANT MALADE/FAIBLE...02 ENFANT DECEDE.....03 PROBLEME DE SEIN/ DE BOUT DE SEIN...04 LAIT INSUFFISANT.....05 TRAVAILLE.....06 ENFANT A REFUSE.....07 AUTRE _____ 08 (PRECISER) (PASSER A 435) <input type="checkbox"/>

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	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
-----	--	--	--------------------------	--------------------------

427	VOIR 216: ENFANT VIVANT?	VIVANT <input type="checkbox"/> DECEDE <input type="checkbox"/> (PASSER A 433)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
-----	-----------------------------	---	--------------------------	--------------------------

428	Allaitiez-vous encore (NOM)?	OUI.....1 NON.....2 (PASSER A 433)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
-----	------------------------------	--	--------------------------	--------------------------

429	Combien de fois avez-vous allaité la nuit dernière entre le coucher et le lever du soleil? SI REPONSE NON NUMERIQUE, INSISTER POUR EVALUER LE NOMBRE.	NOMBRE DE TETEEES DE NUIT.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
-----	--	--------------------------------	--------------------------	--------------------------

430	Combien de fois avez-vous allaité hier, pendant les heures de jour? SI REPONSE NON NUMERIQUE, INSISTER POUR EVALUER LE NOMBRE.	NOMBRE DE TETEEES DE JOUR.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
-----	---	--------------------------------	--------------------------	--------------------------

431	A n'importe quel moment hier ou la nuit dernière avez-vous donné à (NOM) une des choses suivantes:		OUI	NON
	Eau?	EAU	1	2
	Eau sucrée?	EAU SUCREE.....	1	2
	Jus?	JUS.....	1	2
	Infusion?	INFUSION	1	2
	Lait en boîte pour bébé?	LAIT EN BOITE BEBE.....	1	2
	Autre lait en boîte ou en poudre?	AUTRE LAIT EN BOITE/ EN Poudre.....	1	2
	Lait frais (d'animaux)?	LAIT FRAIS.....	1	2
	Autres liquides?	AUTRES LIQUIDES.....	1	2
	Bouillie?	BOUILLIE.....	1	2
	Autre aliment spécialement préparé pour l'enfant?	AUTRE ALIMENT PREPARE/ SPEC. POUR ENFANT....	1	2
	Plat familial?	PLAT FAMILIAL.....	1	2

432	VOIR 431 : NOURRITURE OU LIQUIDE DONNE HIER.	"OUI" POUR UN OU PLUS <input type="checkbox"/> RIEN DU TOUT <input type="checkbox"/> (PASSER A 436) (PASSER A 437)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
-----	---	---	--------------------------	--------------------------

	DERNIERE NAISSANCE	AVANT-DERNIERE NAISSANCE	AVANT AVT-DERNIERE NAISSANCE
	NOM	NOM	NOM

433	Pendant combien de mois avez-vous allaité (NOM)?	NOMBRE DE MOIS..... SI MOINS D'1 MOIS, INSCRIRE '00'. JUSQU'A SON DECES.....96 (PASSER A 436)	NOMBRE DE MOIS..... SI MOINS D'1 MOIS, INSCRIRE '00'. JUSQU'A SON DECES.....96 (PASSER A 436)	NOMBRE DE MOIS..... SI MOINS D'1 MOIS, INSCRIRE '00'. JUSQU'A SON DECES.....96 (PASSER A 436)
-----	--	--	--	--

434	Pourquoi avez-vous arrêté d'allaiter (NOM)?	MERE MALADE/FAIBLE.....01 ENFANT MALADE/FAIBLE....02 ENFANT DECEDE.....03 PROBLEME DE SEIN/ DE BOUT DE SEIN.....04 LAIT INSUFFISANT.....05 TRAVAILLE.....06 ENFANT A REFUSE.....07 AGE DU SEVRAGE.....08 TOMBE ENCEINTE.....09 A COMMENCE A UTILISER	MERE MALADE/FAIBLE.....01 ENFANT MALADE/FAIBLE....02 ENFANT DECEDE.....03 PROBLEME DE SEIN/ DE BOUT DE SEIN.....04 LAIT INSUFFISANT.....05 TRAVAILLE.....06 ENFANT A REFUSE.....07 AGE DU SEVRAGE.....08 TOMBE ENCEINTE.....09 A COMMENCE A UTILISER	MERE MALADE/FAIBLE.....01 ENFANT MALADE/FAIBLE....02 ENFANT DECEDE.....03 PROBLEME DE SEIN/ DE BOUT DE SEIN.....04 LAIT INSUFFISANT.....05 TRAVAILLE.....06 ENFANT A REFUSE.....07 AGE DU SEVRAGE.....08 TOMBE ENCEINTE.....09 A COMMENCE A UTILISER
-----	---	--	--	--

	LA CONTRACEPTION.....10 AUTRE _____ 11 (PRECISER)	LA CONTRACEPTION.....10 AUTRE _____ 11 (PRECISER)	LA CONTRACEPTION.....10 AUTRE _____ 11 (PRECISER)	
435	VOIR 216: ENFANT VIVANT?	VIVANT <input type="checkbox"/> DECEDE <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> (PASSER A 437)	VIVANT <input type="checkbox"/> DECEDE <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> (PASSER A 437)	VIVANT <input type="checkbox"/> DECEDE <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> (PASSER A 437)
436	Avez-vous jamais donné à (NOM) de l'eau, ou quelque chose d'autre à boire ou à manger (autre que le lait maternel)?	OUI.....1 NON.....2 (PASSER A 440) <input type="checkbox"/>	OUI.....1 NON.....2 (PASSER A 440) <input type="checkbox"/>	OUI.....1 NON.....2 (PASSER A 440) <input type="checkbox"/>

2

		DERNIERE NAISSANCE NOM	AVANT-DERNIERE NAISSANCE NOM	AVANT AVT-DERNIERE NAISSANC NOM
437	Combien de mois avait (NOM) quand vous avez commencé à lui donner un des aliments ou boissons suivants de façon régulière?:			
	Lait en boîte ou lait autre que le lait maternel?	AGE EN MOIS..... <input type="text"/> <input type="text"/> JAMAIS DONNE.....96	AGE EN MOIS..... <input type="text"/> <input type="text"/> JAMAIS DONNE.....96	AGE EN MOIS..... <input type="text"/> <input type="text"/> JAMAIS DONNE.....96
	Eau?	AGE EN MOIS..... <input type="text"/> <input type="text"/> JAMAIS DONNE.....96	AGE EN MOIS..... <input type="text"/> <input type="text"/> JAMAIS DONNE.....96	AGE EN MOIS..... <input type="text"/> <input type="text"/> JAMAIS DONNE.....96
	Infusion?	AGE EN MOIS..... <input type="text"/> <input type="text"/> JAMAIS DONNE.....96	AGE EN MOIS..... <input type="text"/> <input type="text"/> JAMAIS DONNE.....96	AGE EN MOIS..... <input type="text"/> <input type="text"/> JAMAIS DONNE.....96
	Autres liquides?	AGE EN MOIS..... <input type="text"/> <input type="text"/> JAMAIS DONNE.....96	AGE EN MOIS..... <input type="text"/> <input type="text"/> JAMAIS DONNE.....96	AGE EN MOIS..... <input type="text"/> <input type="text"/> JAMAIS DONNE.....96
	Bouillie?	AGE EN MOIS..... <input type="text"/> <input type="text"/> JAMAIS DONNE.....96	AGE EN MOIS..... <input type="text"/> <input type="text"/> JAMAIS DONNE.....96	AGE EN MOIS..... <input type="text"/> <input type="text"/> JAMAIS DONNE.....96
	Aliment solide?	AGE EN MOIS..... <input type="text"/> <input type="text"/> JAMAIS DONNE.....96	AGE EN MOIS..... <input type="text"/> <input type="text"/> JAMAIS DONNE.....96	AGE EN MOIS..... <input type="text"/> <input type="text"/> JAMAIS DONNE.....96
	SI MOINS DE 1 MOIS, INSCRIRE '00'.		(PASSER A 440)	(PASSER A 440)

438	VOIR 216: ENFANT VIVANT?	VIVANT <input type="checkbox"/> DECEDE <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> (PASSER A 440)		
-----	-----------------------------	---	--	--

439	(NOM) a-t-il/elle bu quelque chose au biberon, hier ou la nuit dernière?	OUI.....1 NON.....2 NSP.....8		
-----	--	-------------------------------------	--	--

440 RETOURNER A 403 POUR LA NAISSANCE SUIVANTE; OU, S'IL N'Y A PLUS DE NAISSANCE, PASSER A LA PREMIERE COLONNE DE 441

2

SECTION 4B. VACCINATION ET SANTE

441 COMPLETER L'EN-TETE DU TABLEAU EN SUIVANT LA MEME PROCEDURE QU'A LA SECTION 4A. IL Y A UNE DIFFERENCE IMPORTANTE ENTRE LA SECTION 4A ET LA SECTION 4B. LA SECTION 4A RECUEILLE DES INFORMATIONS SUR LES ENFANTS VIVANTS ET DECEDES, ALORS QUE LA SECTION 4B NE CONCERNE QUE LES ENFANTS VIVANTS (Q442 A Q477). CEPENDANT, VOUS DEVEZ COMPLETER L'EN-TETE DU TABLEAU DE LA SECTION 4B POUR TOUS LES ENFANTS, VIVANTS OU DECEDES, PARCE QUE LES QUESTIONS A PROPOS DU TRAITEMENT DE LA DIARRHEE DES ENFANTS QUI FIGURENT EN FIN DE SECTION (Q478 A Q488), SERONT POSEES A TOUTES LES FEMMES.

441A	N° DE LIGNE DE LA Q. 212	<input type="text"/> <input type="text"/>	<input type="text"/> <input type="text"/>	<input type="text"/> <input type="text"/>
------	--------------------------	---	---	---

441B	VOIR Q. 212	DERNIERE NAISSANCE		AVANT-DERNIERE NAISS.		AV. AVANT-DERNIERE NAISS.	
	ET Q. 216	NOM	NOM	NOM	NOM	NOM	NOM
		VIVANT <input type="checkbox"/>	DECEDE <input type="checkbox"/>	VIVANT <input type="checkbox"/>	DECEDE <input type="checkbox"/>	VIVANT <input type="checkbox"/>	DECEDE <input type="checkbox"/>
		PASSER A 441B DANS LA COLONNE SUIVANTE, OU SI PLUS DE NAISSAN- CE, PASSER A 478		PASSER A 441B DANS LA COLONNE SUIVANTE, OU SI PLUS DE NAISSAN- CE, PASSER A 478		PASSER A 441B DANS LA COLONNE SUIVANTE, OU SI PLUS DE NAISSAN- CE, PASSER A 478	

442	Avez-vous un carnet de vaccination de (NOM)?	OUI, VU.....1 (PASSER A 444) <input type="checkbox"/>	OUI, VU.....1 (PASSER A 444) <input type="checkbox"/>	OUI, VU.....1 (PASSER A 444) <input type="checkbox"/>
	SI OUI: Puis-je le voir, s'il vous plaît?	OUI, PAS VU.....2 (PASSER A 446) <input type="checkbox"/>	OUI, PAS VU.....2 (PASSER A 446) <input type="checkbox"/>	OUI, PAS VU.....2 (PASSER A 446) <input type="checkbox"/>
		PAS DE CARNET.....3	PAS DE CARNET.....3	PAS DE CARNET.....3

443	Avez-vous jamais eu un carnet de vaccination pour (NOM)?	OUI.....1 (PASSER A 446) <input type="checkbox"/>	OUI.....1 (PASSER A 446) <input type="checkbox"/>	OUI.....1 (PASSER A 446) <input type="checkbox"/>
		NON.....2	NON.....2	NON.....2

444	(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.			
		JOUR MOIS ANNEE	JOUR MOIS ANNEE	JOUR MOIS ANNEE
	BCG	BCG	BCG	BCG
	POLIO 0	P0	P0	P0
	POLIO 1	P1	P1	P1
	POLIO 2	P2	P2	P2
	POLIO 3	P3	P3	P3
	DTCoq 1	D1	D1	D1
	DTCoq 2	D2	D2	D2
	DTCoq 3	D3	D3	D3
	IMOVAX 1	IM1	IM1	IM1
	IMOVAX 2	IM2	IM2	IM2
	ROUGEOLE	ROU	ROU	ROU
	FIEVRE JAUNE	F.J	F.J	F.J

445	(NOM) a-t-il reçu des vaccinations qui ne sont pas inscrites sur ce carnet?	OUI.....1 (INSISTER SUR LE TYPE DE VACCIN ET INSCRIRE '66' DANS LA COLONNE CORRESPONDANT AU JOUR EN 444) <	OUI.....1 (INSISTER SUR LE TYPE DE VACCIN ET INSCRIRE '66' DANS LA COLONNE CORRESPONDANT AU JOUR EN 444) <	OUI.....1 (INSISTER SUR LE TYPE DE VACCIN ET INSCRIRE '66' DANS LA COLONNE CORRESPONDANT AU JOUR EN 444) <
	ENREGISTRER 'OUI' SEULEMENT SI L'ENQUETEE MENTIONNE LE(S) VACCINS DU BCG, POLIO 0-3, DTCoq 1-3, IMOVAX 1-2, ROUGEOLE ET/OU FIEVRE JAUNE.	NON.....2 NSP.....8 (PASSER A 450) <input type="checkbox"/>	NON.....2 NSP.....8 (PASSER A 450) <input type="checkbox"/>	NON.....2 NSP.....8 (PASSER A 450) <input type="checkbox"/>

446	(NOM) a-t-il/elle jamais reçu de vaccination pour lui éviter d'attraper des maladies?	OUI.....1 NON.....2 (PASSER A 450) <input type="checkbox"/>	OUI.....1 NON.....2 (PASSER A 450) <input type="checkbox"/>	OUI.....1 NON.....2 (PASSER A 450) <input type="checkbox"/>
		NSP.....8	NSP.....8	NSP.....8

		DERNIERE NAISSANCE	AVANT-DERNIERE NAISSANCE	AVANT AVT-DERNIERE NAISSANCE
		NOM	NOM	NOM
447	S'il vous plaît, dites-moi si (NOM) a reçu une des vaccinations suivantes :			
	• Une vaccination du BCG contre la tuberculose, c'est-à-dire une injection dans l'épaule gauche qui a laissé une cicatrice?	OUI.....1 NON.....2 NSP.....8	OUI.....1 NON.....2 NSP.....8	OUI.....1 NON.....2 NSP.....8
	• Une vaccination contre la	OUI.....1	OUI.....1	OUI.....1

polio, c'est à dire des gouttes dans la bouche? SI OUI: Combien de fois?	NON.....2 NSP.....8 NOMBRE DE FOIS..... <input type="text"/>	NON.....2 NSP.....8 NOMBRE DE FOIS..... <input type="text"/>	NON.....2 NSP.....8 NOMBRE DE FOIS..... <input type="text"/>
• Une injection contre la rougeole?	OUI.....1 NON.....2 NSP.....8	OUI.....1 NON.....2 NSP.....8	OUI.....1 NON.....2 NSP.....8
• Une injection au pistolet/à la seringue?	OUI.....1 NON.....2 NSP.....8	OUI.....1 NON.....2 NSP.....8	OUI.....1 NON.....2 NSP.....8
SI OUI: Combien de fois?	NOMBRE DE FOIS..... <input type="text"/>	NOMBRE DE FOIS..... <input type="text"/>	NOMBRE DE FOIS..... <input type="text"/>
450 (NOM) a t-il/elle eu de la fièvre durant les deux dernières semaines?	OUI.....1 NON.....2 NSP.....8	OUI.....1 NON.....2 NSP.....8	OUI.....1 NON.....2 NSP.....8
451 (NOM) a t-il/elle souffert de la toux à un moment quelconque dans les deux dernières semaines?	OUI.....1 NON.....2 (PASSER A 455) <input type="text"/> NSP.....8	OUI.....1 NON.....2 (PASSER A 455) <input type="text"/> NSP.....8	OUI.....1 NON.....2 (PASSER A 455) <input type="text"/> NSP.....8
452 (NOM) a t-il/elle souffert de la toux durant les dernières 24 heures?	OUI.....1 NON.....2 NSP.....8	OUI.....1 NON.....2 NSP.....8	OUI.....1 NON.....2 NSP.....8
453 Combien de jours a (duré la toux/depuis combien de jours dure la toux)? SI MOINS DE 1 JOUR, INSCRIRE '00'.	JOURS..... <input type="text"/>	JOURS..... <input type="text"/>	JOURS..... <input type="text"/>
454 Quand (NOM) avait 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
455 VOIR 450 ET 451 : FIEVRE OU TOUX?	"OUI" <input type="checkbox"/> DANS <input type="checkbox"/> 450 OU <input type="checkbox"/> 451 <input type="checkbox"/> (PASSER A 458)	"OUI" <input type="checkbox"/> DANS <input type="checkbox"/> 450 OU <input type="checkbox"/> 451 <input type="checkbox"/> (PASSER A 458)	"OUI" <input type="checkbox"/> DANS <input type="checkbox"/> 450 OU <input type="checkbox"/> 451 <input type="checkbox"/> (PASSER A 458)
456 Avez-vous demandé des conseils ou un traitement pour la fièvre ou la toux?	OUI.....1 NON.....2 (PASSER A 458) <input type="text"/> NSP.....8	OUI.....1 NON.....2 (PASSER A 458) <input type="text"/> NSP.....8	OUI.....1 NON.....2 (PASSER A 458) <input type="text"/> NSP.....8
457 Où avez-vous demandé des conseils ou un traitement? Quelque part ailleurs? ENREGISTRER TOUT CE QUI EST MENTIONNE.	SECTEUR PUBLIC/P.PUBL. HOPITAL.....A CENTRE MEDICAL.....B CSPS.....C SMI.....D DISPENSARE/MATERNITE..E DEPOT PHARM. COMMU....F SECTEUR MEDICAL PRIVE CABINET MED. PRIVE....G PHARMACIE.....H CABINET INFIRMIER.....I DISP. RELIGIEUX.....J AUTRE SECTEUR PRIVE GUERISSEUR TRAD.....K PARENT/VOISINS/AMI....L AUTRE.....M (PRECISER)	SECTEUR PUBLIC/P.PUBL. HOPITAL.....A CENTRE MEDICAL.....B CSPS.....C SMI.....D DISPENSARE/MATERNITE..E DEPOT PHARM. COMMU....F SECTEUR MEDICAL PRIVE CABINET MED. PRIVE....G PHARMACIE.....H CABINET INFIRMIER.....I DISP. RELIGIEUX.....J AUTRE SECTEUR PRIVE GUERISSEUR TRAD.....K PARENT/VOISINS/AMI....L AUTRE.....M (PRECISER)	SECTEUR PUBLIC/P.PUBL. HOPITAL.....A CENTRE MEDICAL.....B CSPS.....C SMI.....D DISPENSARE/MATERNITE..E DEPOT PHARM. COMMU....F SECTEUR MEDICAL PRIVE CABINET MED. PRIVE....G PHARMACIE.....H CABINET INFIRMIER.....I DISP. RELIGIEUX.....J AUTRE SECTEUR PRIVE GUERISSEUR TRAD.....K PARENT/VOISINS/AMI....L AUTRE.....M (PRECISER)
458 (NOM) a t-il/elle eu la diarrhée durant les deux dernières semaines?	OUI.....1 NON.....2 (PASSER A 477) <input type="text"/> NSP.....8	OUI.....1 NON.....2 (PASSER A 477) <input type="text"/> NSP.....8	OUI.....1 NON.....2 (PASSER A 477) <input type="text"/> NSP.....8
460 (NOM) a t-il/elle eu la diarrhée durant les dernières 24 heures ?	OUI.....1 NON.....2 NSP.....8	OUI.....1 NON.....2 NSP.....8	OUI.....1 NON.....2 NSP.....8
461 Combien de jours (a duré la diarrhée/depuis combien de jours dure la diarrhée)? SI MOINS DE 1 JOUR, INSCRIRE '00'.	JOURS..... <input type="text"/>	JOURS..... <input type="text"/>	JOURS..... <input type="text"/>
462 Y avait-il du sang dans les selles?	OUI.....1 NON.....2 NSP.....8 (PASSER A 466)	OUI.....1 NON.....2 NSP.....8 (PASSER A 466)	OUI.....1 NON.....2 NSP.....8 (PASSER A 466)

463	VOIR 428 : DERNIER ENFANT ENCORE ALLAITE?	OUI <input type="checkbox"/> NON <input type="checkbox"/> (PASSER A 466)		
464	Quand (NOM) avait la diarrhée, avez-vous changé le nombre d'allaitements/ de tétées?	OUI.....1 NON.....2 (PASSER A 466) <input type="checkbox"/>		
465	Avez-vous augmenté ou réduit le nombre de tétées, ou avez-vous arrêté complètement?	AUGMENTE.....1 REDUIT.....2 ARRETE COMPLETEMENT.....3		
466	(En dehors du lait maternel) Lui avez-vous donné à boire la même quantité 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
467	Est-ce que quelque chose a été donné pour traiter la diarrhée?	OUI.....1 NON.....2 (PASSER A 469) <input type="checkbox"/> NSP.....8	OUI.....1 NON.....2 (PASSER A 469) <input type="checkbox"/> NSP.....8	OUI.....1 NON.....2 (PASSER A 469) <input type="checkbox"/> NSP.....8
468	Qu'est-ce qui a été donné pour traiter la diarrhée? Quelque chose d'autre? INSCRIRE TOUT CE QUI EST CITE.	LIQUIDE DES SACHETS SRO..A LIQUIDE FAIT A LA MAISON..B ERSEFLURIL/TYPHOMICINE...C GANIDAN/IMMODIUM/CHARBON/ AUTRE ANTI-DIARRHEIQUE...D INJECTION.....E PERFUSION/SERUM.....F PLANTES MEDICINALES/ REMEDE TRADIONNEL G (PRECISER) AUTRE H (PRECISER)	LIQUIDE DES SACHETS SRO..A LIQUIDE FAIT A LA MAISON..B ERSEFLURIL/TYPHOMICINE...C GANIDAN/IMMODIUM/CHARBON/ AUTRE ANTI-DIARRHEIQUE...D INJECTION.....E PERFUSION/SERUM.....F PLANTES MEDICINALES/ REMEDE TRADIONNEL G (PRECISER) AUTRE H (PRECISER)	LIQUIDE DES SACHETS SRO..A LIQUIDE FAIT A LA MAISON..B ERSEFLURIL/TYPHOMICINE...C GANIDAN/IMMODIUM/CHARBON/ AUTRE ANTI-DIARRHEIQUE...D INJECTION.....E PERFUSION/SERUM.....F PLANTES MEDICINALES/ REMEDE TRADIONNEL G (PRECISER) AUTRE H (PRECISER)

2

	DERNIERE NAISSANCE	AVANT-DERNIERE NAISSANCE	AVANT AVT-DERNIERE NAISSANCE	
	NOM	NOM	NOM	
469	Avez-vous demandé des conseils ou un traitement pour la diarrhée?	OUI.....1 NON.....2 (PASSER A 471) <input type="checkbox"/>	OUI.....1 NON.....2 (PASSER A 471) <input type="checkbox"/>	OUI.....1 NON.....2 (PASSER A 471) <input type="checkbox"/>
470	Où avez-vous demandé des conseils ou un traitement? A quelqu'un d'autre? ENREGISTRER TOUT CE QUI EST MENTIONNE.	SECTEUR PUBLIC/P.PUBL. HOPITAL.....A CENTRE MEDICAL.....B CSPS.....C SMI.....D DISPENSARE/MATERNITE..E DEPOT PHARM. COMMU....F SECTEUR MEDICAL PRIVE CABINET MED. PRIVE....G PHARMACIE.....H CABINET INFIRMIER.....I DISP. RELIGIEUX.....J AUTRES SECTEURS PRIVES GUERISSEUR TRAD.....K PARENT/VOISINS/AMI....L AUTRE M (PRECISER)	SECTEUR PUBLIC/P.PUBL. HOPITAL.....A CENTRE MEDICAL.....B CSPS.....C SMI.....D DISPENSARE/MATERNITE..E DEPOT PHARM. COMMU....F SECTEUR MEDICAL PRIVE CABINET MED. PRIVE....G PHARMACIE.....H CABINET INFIRMIER.....I DISP. RELIGIEUX.....J AUTRES SECTEURS PRIVES GUERISSEUR TRAD.....K PARENT/VOISINS/AMI....L AUTRE M (PRECISER)	SECTEUR PUBLIC/P.PUBL. HOPITAL.....A CENTRE MEDICAL.....B CSPS.....C SMI.....D DISPENSARE/MATERNITE..E DEPOT PHARM. COMMU....F SECTEUR MEDICAL PRIVE CABINET MED. PRIVE....G PHARMACIE.....H CABINET INFIRMIER.....I DISP. RELIGIEUX.....J AUTRES SECTEURS PRIVES GUERISSEUR TRAD.....K PARENT/VOISINS/AMI....L AUTRE M (PRECISER)
471	VOIR 468: LIQUIDE D'UN SACHET SRO CITE	NON, LIQUIDE LIQUIDE SRO SRO PAS PAS CITE CITE <input type="checkbox"/> (PASSER A 473)	NON, LIQUIDE LIQUIDE SRO SRO PAS PAS CITE CITE <input type="checkbox"/> (PASSER A 473)	NON, LIQUIDE LIQUIDE SRO SRO PAS PAS CITE CITE <input type="checkbox"/> (PASSER A 473)
472	(NOM) a-t-il/elle reçu un liquide préparé à partir d'un sachet spécial de poudre contre la diarrhée?	OUI.....1 NON.....2 (PASSER A 474) <input type="checkbox"/> NSP.....8	OUI.....1 NON.....2 (PASSER A 474) <input type="checkbox"/> NSP.....8	OUI.....1 NON.....2 (PASSER A 474) <input type="checkbox"/> NSP.....8
473	Pendant combien de jours (NOM) a-t-il/elle reçu ce liquide? SI MOINS DE 1 JOUR, INSCRIRE '00'.	JOURS..... <input type="text"/> NSP.....98	JOURS..... <input type="text"/> NSP.....98	JOURS..... <input type="text"/> NSP.....98

474	VOIR 468: LIQUIDE RECOMMANDE ET FAIT A LA MAISON CITE.	NON, LIQUIDE MAISON PAS CITE <input type="checkbox"/>	OUI, LIQUIDE MAISON CITE <input type="checkbox"/> (PASSER A 476)	NON, LIQUIDE MAISON PAS CITE <input type="checkbox"/>	OUI, LIQUIDE MAISON CITE <input type="checkbox"/> (PASSER A 476)	NON, LIQUIDE MAISON PAS CITE <input type="checkbox"/>	OUI, LIQUIDE MAISON CITE <input type="checkbox"/> (PASSER A 476)
475	(NOM) a-t-il/elle reçu un liquide recommandé par le personnel de santé et préparé à la maison avec une solution d'eau salée et sucrée quand il/elle avait la diarrhée?	OUI.....1 NON.....2 (PASSER A 477) <input type="checkbox"/> NSP.....8	OUI.....1 NON.....2 (PASSER A 477) <input type="checkbox"/> NSP.....8	OUI.....1 NON.....2 (PASSER A 477) <input type="checkbox"/> NSP.....8	OUI.....1 NON.....2 (PASSER A 477) <input type="checkbox"/> NSP.....8	OUI.....1 NON.....2 (PASSER A 477) <input type="checkbox"/> NSP.....8	OUI.....1 NON.....2 (PASSER A 477) <input type="checkbox"/> NSP.....8
476	Pendant combien de jours (NOM) a-t-il/elle reçu le liquide préparé avec une solution d'eau salée et sucrée? SI MOINS DE 1 JOUR, INSCRIRE 00	JOURS..... <input type="text"/> NSP.....98	JOURS..... <input type="text"/> NSP.....98	JOURS..... <input type="text"/> NSP.....98	JOURS..... <input type="text"/> NSP.....98	JOURS..... <input type="text"/> NSP.....98	JOURS..... <input type="text"/> NSP.....98
477	RETOURNER A 441B POUR LA NAISSANCE SUIVANTE; OU, S'IL N'Y A PLUS DE NAISSANCE, PASSER A 478.						

N°	QUESTIONS ET FILTRES	CODES	PASSER A
478	VERIFIER 468 ET 472, TOUTES LES COLONNES: AUCUN ENFANT N'A RECU DES SRO OU 468 ET 472 NON POSEES <input type="checkbox"/>	AU MOINS UN ENFANT A RECU DES SRO <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> 481
479	Avez-vous déjà entendu parler d'un produit spécial appelé SRO que l'on peut obtenir pour traiter la diarrhée?	OUI.....1 NON.....2	<input type="checkbox"/> 481
480	Avez-vous déjà utilisé ce produit?	OUI.....1 NON.....2	<input type="checkbox"/> 482
481	Où avez-vous obtenu le SRO la dernière fois? S'IL S'AGIT D'UN HOPITAL, D'UN CENTRE MEDICAL, D'UN CSPS OU D'UNE CLINIQUE, ECRIRE LE NOM DE L'ENDROIT. INSISTER POUR DETERMINER LE TYPE DE SECTEUR ET ENCERCLER LE CODE APPROPRIE. _____ (NOM DE L'ENDROIT)	SECTEUR PUBLIC/PARA PUBLIC HOPITAL.....11 CENTRE MEDICAL.....12 CSPS.....13 SMI.....14 DISPENSARE/MATERNITE.....15 DEPOT PHARMACEUTIQUE COMM.....16 AUTRE PUBLIC _____ 17 (PRECISER) SECTEUR MEDICAL PRIVE CABINET DE MEDECIN PRIVE.....21 CLINIQUE PF.....22 PHARMACIE.....23 CABINET INFIRMIER.....24 AUTRE PRIVE MEDICAL _____ 27 (PRECISER) AUTRE SECTEUR PRIVE BOUTIQUE/MARCHE.....31 BAR/BOITE DE NUIT.....32 KIOSQUE.....33 HOTEL/CHAMBRE DE PASSE.....34 CIRCUIT COMMERCIAL INFORMEL...35 AMIS/PARENTS.....36 AUTRE _____ 95 (PRECISER) AUTRE _____ 96 (PRECISER)	
482	Avez-vous actuellement un sachet de SRO chez vous?	OUI.....1 NON.....2	<input type="checkbox"/> 486
483	Puis-je voir le sachet de SRO que vous avez? SI LE SACHET EST MONTRE, ENCERCLER LE CODE CORRESPONDANT. NOTER LE NOM DE LA MARQUE: _____	ORASEL.....1 UNICEF.....2 SANS MARQUE.....3 AUTRE _____ 6 (PRECISER) SACHET NON VUE.....8	<input type="checkbox"/> 485
484	Quel est le nom de la marque du sachet de SRO que	ORASEL.....1	

vous avez en ce moment?	UNICEF.....2
	SANS MARQUE.....3
NOTER LE NOM DE LA MARQUE: _____	AUTRE _____ 6 (PRECISER)
	NSP.....8

485 Combien vous a coûté le sachet de SRO que vous avez en ce moment?	COUT CFA..... <input type="text"/>
	GRATUIT.....996
	NSP.....998

26

N°	QUESTIONS ET FILTRES	CODES	PASSER A
486	VERIFIER 468 ET 472, TOUTES LES COLONNES: AUCUN ENFANT N'A RECU DE SOLUTION SEL/SUCRE OU 468 ET 472 NON POSEES <input type="checkbox"/> AU MOINS UN ENFANT A RECU SOLUTION SEL/SUCRE <input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/> 501
487	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
488	Avez-vous déjà préparé cette solution?	OUI.....1 NON.....2	

27

SECTION 5. MARIAGE

N°	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 en union 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 en union avec un homme?	OUI, A ETE MARIEE.....1 OUI, A VECU AVEC UN HOMME.....2 NON.....3	<input type="checkbox"/> 515F
506	Quelle est votre situation matrimoniale actuelle: êtes-vous veuve, divorcée ou séparée?	VEUVE.....1 DIVORCEE.....2 SEPAREE.....3	<input type="checkbox"/> 511AA
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'.		<input type="text"/>
508	Est-ce-que votre mari/conjoint a d'autres épouses, en plus de vous-même?	OUI.....1 NON.....2	<input type="checkbox"/> 511
509	Combien d'autres femmes a-t-il?	NOMBRE..... <input type="text"/> NSP.....98	<input type="checkbox"/> 511
510	Etes-vous la première, la seconde, ..., épouse?	RANG..... <input type="text"/>	
511	ENQUETRIXE : SI FEMME ACTUELLEMENT MARIEE/EN UNION Avant votre mariage/union actuel(le), avez-vous été mariée ou avez-vous vécu avec un homme, une fois ou plus d'une		

	fois?	UNE FOIS.....1	<input type="checkbox"/> 512
		PLUS D'UNE FOIS.....2	
511AA	ENQUETRIX : SI FEMME VEUVE/DIVORCEE/SEPAREE Avez-vous été mariée ou avez-vous vécu avec un homme, une fois ou plus d'une fois?		
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... <input type="text"/>	
512	VERIFIER 511/511AA : <div style="display: flex; justify-content: space-around;"> <div style="text-align: center;"> <input type="checkbox"/> MARIEE/A VECU AVEC UN HOMME SEULEMENT UNE FOIS <input type="checkbox"/> En quel mois et quelle année, avez-vous commencé à vivre avec votre mari/conjoint? </div> <div style="text-align: center;"> <input type="checkbox"/> MARIEE/A VECU AVEC UN HOMME PLUS D'UNE FOIS <input type="checkbox"/> Maintenant nous allons parler de votre premier mari/conjoint. En quel mois et quelle année, avez-vous commencé à vivre avec lui? </div> </div>	MOIS..... <input type="text"/> NSP MOIS.....98 ANNEE..... <input type="text"/> NSP ANNEE.....9998	<input type="checkbox"/> 514A
513	Quel âge aviez-vous quand vous avez commencé à vivre avec lui?	AGE..... <input type="text"/>	

28

N°	QUESTIONS ET FILTRES	CODES	PASSER A
514A	VERIFIER 502: ACTUELLEMENT MARIEE <input type="checkbox"/> OU VIT AVEC UN HOMME <input type="checkbox"/>	PAS EN UNION <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> 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 <input type="text"/> NOMBRE DE SEMAINES.....2 <input type="text"/> NOMBRE DE MOIS.....3 <input type="text"/> NOMBRE D'ANNEES.....4 <input type="text"/> AVANT LA DERNIERE NAISSANCE...996	
515A	VERIFIER 301 ET 302: <div style="display: flex; justify-content: space-around;"> <div style="text-align: center;"> <input type="checkbox"/> CONNAIT LE CONDOM <input type="checkbox"/> Lors de votre dernier rapport sexuel avec (votre mari/l'homme avec qui vous vivez) un condom a-t-il été utilisé? </div> <div style="text-align: center;"> <input type="checkbox"/> NE CONNAIT PAS LE CONDOM <input type="checkbox"/> Certains hommes utilisent un condom (capote anglaise) c'est-à-dire qu'ils se mettent une capote en caoutchouc au pénis durant les rapports sexuels. Lors de votre dernier rapport sexuel avec (votre mari/l'homme avec qui vous vivez) un condom a-t-il été utilisé? </div> </div>	OUI.....1 NON.....2 NSP.....8	<input type="checkbox"/> 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	<input type="checkbox"/> 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 <input type="text"/> 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	515E
515DA	Lors de ce dernier rapport sexuel, qui a proposé d'utiliser le condom?	ENQUETEE ELLE-MEME.....1 PARTENAIRE.....2 LES DEUX.....3	
515E	Au cours des 12 derniers mois, avec combien de personnes différentes autres que votre mari/l'homme avec qui vous vivez avez-vous eu des rapports sexuels?	NOMBRE DE PERSONNES..... NSP.....98	517

29

N°	QUESTIONS ET FILTRES	CODES	PASSER A
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	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 style="text-align: center;"> <p>CONNAIT LE CONDOM <input type="checkbox"/></p> <p><input type="checkbox"/> Lors de votre dernier rapport sexuel, un condom a-t-il été utilisé?</p> </div> <div style="text-align: center;"> <p>NE CONNAIT PAS LE CONDOM <input type="checkbox"/></p> <p><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, un condom a-t-il été utilisé?</p> </div> </div>	OUI.....1 NON.....2 NSP.....8	515H
515GA	Lors de ce dernier rapport sexuel, qui a proposé d'utiliser le condom?	ENQUETEE ELLE-MEME.....1 PARTENAIRE.....2 LES DEUX.....3	
515H	VERIFIER 515F: <div style="display: flex; justify-content: space-around;"> <div style="text-align: center;"> <p>MOINS DE 12 MOIS DEPUIS LES DERNIERS RAPPORTS SEXUELS <input type="checkbox"/></p> </div> <div style="text-align: center;"> <p>12 MOIS OU PLUS DEPUIS LES DERNIERS RAPPORTS SEXUELS <input type="checkbox"/></p> </div> </div>		517
515I	Au cours des 12 derniers mois, avec combien de personnes différentes avez-vous eu des rapports sexuels?	NOMBRE DE PERSONNES..... NSP.....98	
517	Connaissez-vous un endroit où vous pouvez vous procurer des condoms?	OUI.....1 NON.....2	518A
518	Où est-ce? ENREGISTRER TOUTES LES REPONSES DONNEES. A CHAQUE FOIS QU'UN HOPITAL, UN CENTRE MEDICAL, UN CSPS OU UNE CLINIQUE EST CITE, INSISTER POUR	SECTEUR PUBLIC/PARA PUBLIC HOPITAL.....A CENTRE MEDICAL.....B CSPS.....C SMI.....D DISPENSARE/MATERNITE.....E DEPOT PHARMACEUTIQUE COMM.....F AUTRE PUBLIC.....G (PRECISER) SECTEUR MEDICAL PRIVE CABINET DE MEDECIN PRIVE.....H	

DETERMINER LE TYPE DE SECTEUR ET ENCERCLER LE CODE APPROPRIE.

- CLINIQUE PF.....I
- PHARMACIE.....J
- CABINET INFIRMIER.....K

- AUTRE PRIVE
 MEDICAL _____ L
 (PRECISER)
- AUTRE SECTEUR PRIVE
- BOUTIQUE/MARCHE.....M
- BAR/BOITE DE NUIT.....N
- KIOSQUE.....O
- HOTEL/CHAMBRE DE PASSE.....P
- CIRCUIT COMMERCIAL INFORMEL...Q
- AMIS/PARENTS.....R

- AUTRE _____ X
 (PRECISER)

- AUTRE _____ Y
 (PRECISER)

N°	QUESTIONS ET FILTRES	CODES	PASSER A
518A	VERIFIER 515A, 515D ET 515G : AU MOINS 1 'OUI' <input type="checkbox"/>	AUCUN 'OUI' <input type="checkbox"/>	519
518B	Où avez-vous obtenu les condoms la dernière fois? S'IL S'AGIT D'UN HOPITAL, D'UN CENTRE MEDICAL, D'UN CSPS OU D'UNE CLINIQUE, ECRIRE LE NOM DE L'ENDROIT. INSISTER POUR DETERMINER LE TYPE DE SECTEUR ET ENCERCLER LE CODE APPROPRIE. _____ (NOM DE L'ENDROIT)	SECTEUR PUBLIC/PARA PUBLIC HOPITAL.....11 CENTRE MEDICAL.....12 CSPS.....13 SMI.....14 DISPENSAIRE/MATERNITE.....15 DEPOT PHARMACEUTIQUE COMM.....16 AUTRE PUBLIC _____ 17 (PRECISER) SECTEUR MEDICAL PRIVE CABINET DE MEDECIN PRIVE.....21 CLINIQUE PF.....22 PHARMACIE.....23 CABINET INFIRMIER.....24 AUTRE PRIVE MEDICAL _____ 27 (PRECISER) AUTRE SECTEUR PRIVE BOUTIQUE/MARCHE.....31 BAR/BOITE DE NUIT.....32 KIOSQUE.....33 HOTEL/CHAMBRE DE PASSE.....34 CIRCUIT COMMERCIAL INFORMEL...35 AMIS/PARENTS.....36 PARTENAIRE AVAIT LE CONDOM...41	519
518C	Quel est le nom de la marque des condoms que vous avez utilisés la dernière fois?	PRUDENCE.....1 EMBALLAGE EST TOUT BLANC.....2 AUTRE _____ 6 (PRECISER) NSP.....8	
518D	La dernière fois que vous avez acheté des condoms, combien en avez-vous acheté? DETERMINER LE NOMBRE DE CONDOMS ET ENREGISTRER CE NOMBRE.	NOMBRE DE CONDOMS..... <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> NSP.....998	
518E	Combien avez-vous payé?	COUT CFA..... <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> GRATUIT.....9996 NSP.....9998	519
518F	Si les condoms devraient vous être offerts gratuitement, les accepteriez-vous? SI LA REPONSE EST NON, INSISTER POUR SAVOIR LA RAISON ET ENCERCLER LE CODE CORRESPONDANT A LA REPONSE.	OUI.....1 NON, DEJA GATES.....2 NON, QUALITE DOUTEUSE.....3 AUTRE _____ 4 (PRECISER)	
519	Quel âge aviez-vous quand vous avez eu votre premier	AGE..... <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>	

SECTION 6. PREFERENCES EN MATIERE DE FECONDITE

N°	QUESTIONS ET FILTRES	CODES	PASSER A
601	<p>VERIFIER 314:</p> <p>NI LUI NI ELLE STERILISE <input type="checkbox"/></p> <p>LUI OU ELLE STERILISE <input type="checkbox"/></p>		612
602	<p>VERIFIER 227:</p> <p>PAS ENCEINTE OU PAS SURE <input type="checkbox"/></p> <p>ENCEINTE <input type="checkbox"/></p> <p>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?</p>	<p>AVOIR UN (AUTRE) ENFANT.....1</p> <p>PAS D'AUTRE/AUCUN.....2</p> <p>DIT NE PEUT PAS ETRE ENCEINTE...3</p> <p>INDECISE/NSP.....8</p>	604
603	<p>VERIFIER 227:</p> <p>PAS ENCEINTE OU PAS SURE <input type="checkbox"/></p> <p>ENCEINTE <input type="checkbox"/></p> <p>Combien de temps, voudriez-vous attendre, à partir de maintenant, avant la naissance d'un (autre) enfant?</p> <p>Après l'enfant que vous attendez, combien de temps voudriez-vous attendre avant la naissance d'un autre enfant?</p>	<p>MOIS.....1</p> <p>ANNEES.....2</p> <p>BIENTOT/MAINTENANT.....993</p> <p>DIT PEUT PAS ETRE ENCEINTE...994</p> <p>APRES LE MARIAGE.....995</p> <p>AUTRE _____ 996 (PRECISER)</p> <p>NSP.....998</p>	606
604	<p>VERIFIER 227:</p> <p>PAS ENCEINTE OU PAS SURE <input type="checkbox"/></p> <p>ENCEINTE <input type="checkbox"/></p>		607
605	<p>Si vous tombiez enceinte dans les prochaines semaines, seriez-vous contente, pas contente, ou cela vous serait-ilégal?</p>	<p>CONTENTE.....1</p> <p>PAS CONTENTE.....2</p> <p>EGAL.....3</p>	
606	<p>VERIFIER 313: UTILISE UNE METHODE?</p> <p>PAS POSEE <input type="checkbox"/></p> <p>N'UTILISE PAS ACTUELLEMENT DE METHODE <input type="checkbox"/></p> <p>UTILISE ACTUELLEMENT UNE METHODE <input type="checkbox"/></p>		612
607	<p>Pensez-vous que vous utiliserez une méthode pour retarder ou éviter une grossesse dans les 12 prochains mois?</p>	<p>OUI.....1</p> <p>NON.....2</p> <p>NSP.....8</p>	609
608	<p>Pensez-vous que vous utiliserez une méthode pour retarder ou éviter une grossesse dans le futur?</p>	<p>OUI.....1</p> <p>NON.....2</p> <p>NSP.....8</p>	610
609	<p>Quelle méthode préféreriez-vous utiliser?</p>	<p>PILULE.....01</p> <p>DIU/STERILET.....02</p> <p>INJECTION.....03</p> <p>MOUSSE/GELEE/COMPRIMES.....04</p> <p>CONDOM.....05</p> <p>STERILISATION FEMININE.....06</p> <p>STERILISATION MASCULINE.....07</p> <p>CONTINENCE PERIODIQUE.....08</p> <p>RETRAIT.....09</p> <p>AUTRE _____ 96 (PRECISER)</p> <p>PAS SURE.....98</p>	612

N°	QUESTIONS ET FILTRES	CODES	PASSER A
610	<p>Quelle est la principale raison pour laquelle vous</p>	<p>NON MARIEE.....11</p>	

pensez que vous n'utiliserez jamais de méthode?

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

612

611 Utiliseriez-vous une méthode si vous étiez mariée?

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

612 VERIFIER 216:

<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? INSISTER POUR OBTENIR UNE REPONSE NUMERIQUE.</p>	<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>
---	--

NOMBRE.....	<input type="text"/>	<input type="text"/>
AUTRE _____		96
(PRECISER)		

614

613 Parmi ces enfants, combien souhaiteriez-vous de garçons, combien souhaiteriez-vous de filles, et pour combien d'entre eux, cela n'a-t-il pas d'importance?

		GARÇONS
NOMBRE.....	<input type="text"/>	<input type="text"/>
AUTRE _____		96
(PRECISER)		
		FILLES
NOMBRE.....	<input type="text"/>	<input type="text"/>
AUTRE _____		96
(PRECISER)		
		N'IMPORTE
NOMBRE.....	<input type="text"/>	<input type="text"/>
AUTRE _____		96
(PRECISER)		

614 En général, approuvez-vous ou désapprouvez-vous les couples qui utilisent une méthode pour éviter une grossesse?

APPROUVE.....	1
DESAPPROUVE.....	2
SANS OPINION.....	3

615 Trouvez-vous acceptable ou pas acceptable que des informations sur la planification familiale soient données :
A la radio?
A la télévision?

	ACCEP-	PAS	
	TABLE	ACCEP-	
		TABLE	NSP
RADIO.....	1	2	8
TELEVISION.....	1	2	8

N°	QUESTIONS ET FILTRES	CODES	PASSER A
616	Durant les 6 derniers mois, avez-vous entendu ou vu quelque chose sur la planification familiale:		OUI NON
	A la radio?	RADIO.....	1 2
	A la télévision?	TELEVISION.....	1 2
	Dans les journaux ou les magazines?	JOURNAUX OU MAGAZINES.....	1 2

Sur une affiche?	AFFICHE.....1	2
Sur un prospectus, une brochure ou un dépliant?	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
Dans un service de santé/par un agent de santé	SERVICE/AGENT DE SANTE.....1	2
A la mosquée, à l'église ou au temple?	MOSQUEE/EGLISE/TEMPLE.....1	2
A l'école/par un enseignant?	ECOLE/ENSEIGNANT.....1	2
Au lieu de travail?	LIEU DE TRAVAIL.....1	2
Par un ami/parent?	AMI/PARENT.....1	2
Par un voisin?	VOISIN.....1	2
Au cours d'un spectacle de théâtre?	THEATRE.....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/ENSEIGNANT.....	12
		REUNION COMMUNAUTAIRE.....	13
		EQUIPE PROMACO.....	14
		THEATRE.....	15
		DOLOTIERE.....	16
		CHAMELIER.....	17
		GRIOT.....	18
		HOTELIER.....	19
	AUTRE _____	96	
	(PRECISER)		
	NSP.....	98	

616B	Si vous deviez choisir, par quelle source souhaitez-vous recevoir des informations sur la planification familiale? SI PLUSIEURS SOURCES SONT CITEES, DEMANDER QUELLE EST LA SOURCE PREFEREE ET ENCERCLER LE CODE CORRESPONDANT.	N'IMPORTE LAQUELLE.....	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/ENSEIGNANT.....	12
		REUNION COMMUNAUTAIRE.....	13
		EQUIPE PROMACO.....	14
		THEATRE.....	15
		DOLOTIERE.....	16
		CHAMELIER.....	17
		GRIOT.....	18
		HOTELIER.....	19
			AUTRE _____
	(PRECISER)		
	NSP.....	98	

618	Au cours des 12 derniers mois, avez-vous discuté de la planification familiale avec quelqu'un?	OUI.....	1	
		NON.....	2	<input type="checkbox"/> 620

619	Avec qui en avez-vous discuté? Quelqu'un d'autre? ENREGISTRER TOUT CE QUI EST MENTIONNE.	MARI/CONJOINT.....	A	
		MERE.....	B	
		PERE.....	C	
		SOEUR(S).....	D	
		FRERE(S).....	E	
		FILLE.....	F	
		FILS.....	G	
		BELLE-MERE.....	H	
		BEAU-PERE.....	I	
		AMIE(S)/VOISINS.....	J	
			AUTRE _____	X
			(PRECISER)	

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

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

N°	QUESTIONS ET FILTRES	CODES	PASSER A
622	Combien de fois, avez-vous parlé avec votre mari/conjoint de la planification familiale, au cours des 12 derniers mois?	JAMAIS.....1 UNE OU DEUX FOIS.....2 PLUS SOUVENT.....3	<input type="checkbox"/> 622B
622A	Généralement, qui commence la discussion sur la planification familiale, vous, votre mari/conjoint ou tous les deux?	ENQUETEE.....1 MARI/CONJOINT.....2 L'UN OU L'AUTRE.....3 NSP.....8	
622B	VERIFIER 313: UTILISE UNE METHODE? OUI, UTILISE ACTUELLEMENT <input type="checkbox"/> NON, N'UTILISE PAS ACTUELLEMENT OU QUESTION NON POSEE <input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/> 623
622C	Avant de commencer à utiliser (METHODE ACTUELLE), avez-vous discuté avec votre mari/conjoint de la méthode à utiliser?	OUI.....1 NON.....2 NE SE RAPPELLE PLUS.....8	
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/STERILET.....02 INJECTION.....03 MOUSSE/GELEE/COMPRIMES.....04 CONDOM.....05 STERILISATION FEMININE.....06 STERILISATION MASCULINE.....07 CONTINENCE PERIODIQUE.....08 RETRAIT.....09 AUTRE METHODE.....96	<input type="checkbox"/> 623 <input type="checkbox"/> 623 <input type="checkbox"/> 623
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 plus 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 LE 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 contraception est contraire ou n'est pas contraire aux préceptes de votre religion?	CONTRAIRE.....1 PAS CONTRAIRE.....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 le 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(e) à utiliser la planification familiale? | OUI.....1 | NON.....2

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

N°	QUESTIONS ET FILTRES	CODES	PASSER A
701	VERIFIER 502 ET 504 : ACTUEL. MARIEE/VIT AVEC UN HOMME: <input type="checkbox"/> A ETE MARIEE OU A VECU AVEC UN HOMME: <input type="checkbox"/> N'A JAMAIS ETE MARIEE NI VECU AVEC UN HOMME: <input type="checkbox"/>		703 709
702	Quel âge a eu votre mari/conjoint à son dernier anniversaire?	AGE..... <input type="text"/> NSP.....98	
703	Est-ce que votre mari/conjoint a fréquenté l'école?	OUI.....1 NON.....2	706
704	Quel est le plus haut niveau d'études qu'il a atteint : primaire, secondaire premier cycle, secondaire deuxième cycle ou supérieur?	PRIMAIRE.....1 SECONDAIRE 1er CYCLE.....2 SECONDAIRE 2eme CYCLE.....3 SUPERIEUR.....4 NSP.....8	706
705	Quelle est la dernière classe/année qu'il a achevée à ce niveau?*	ANNEE..... <input type="text"/> NSP.....8	
706	Quelle est (était) l'occupation principale de votre mari/conjoint, c'est-à-dire quel genre de travail fait (faisait)-il?	<input type="text"/> 	

*

NIVEAU	PRIMAIRE = 1	SEC. 1er CYCLE = 2	SEC. 2è CYCLE = 3	SUPERIEUR = 4
	0 = MOINS D'UNE ANNEE ACHEVEE			
CLASSE	CP1 = 1 CP2 = 2 CE1 = 3 CE2 = 4 CM1 = 5 CM2 = 6 NSP = 8	6ème = 1 5ème = 2 4ème = 3 3ème = 4 FPF = 5 NSP = 8	2nd = 1 1ère = 2 Terminale = 3 FPB = 4 NSP = 8	1ère année = 1 2ème année = 2 3ème année = 3 4ème année = 4 5ème année ou + = 5 NSP = 8

N°	QUESTIONS ET FILTRES	CODES	PASSER A
707	VERIFIER 706: TRAVAILLE/ TRAVAILLAIT DANS L'AGRICULTURE: <input type="checkbox"/> NE TRAVAILLE/ TRAVAILLAIT PAS DANS L'AGRICULTURE: <input type="checkbox"/>		709
708	Est-ce que votre mari/conjoint travaille/travaillait principalement sur ses propres terres, sur celles de la famille, est-ce qu'il loue/louait la terre, ou travaille/travaillait-il sur les terres de quelqu'un d'autre?	CHAMP PERSONNEL.....1 CHAMP FAMILIAL.....2 CHAMP LOUE.....3 CHAMP DE QUELQU'UN D'AUTRE.....4 NON CONCERNE.....6	
709	En dehors de votre travail domestique, est-ce que vous travaillez actuellement?	OUI.....1 NON.....2	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	712
711	Avez-vous fait un travail quelconque durant les 12 derniers mois?	OUI.....1 NON.....2	801A

712 | Quelle est votre occupation, c'est-à-dire quel genre de travail faites-vous principalement? | |

713 | VERIFIER 712:
TRAVAILLE DANS L'AGRICULTURE NE TRAVAILLE PAS DANS L'AGRICULTURE | 715

714 | Travaillez-vous principalement sur votre propre terre ou celle de votre famille, louez-vous la terre ou travaillez-vous sur la terre de quelqu'un d'autre? | CHAMP PERSONNEL.....1
CHAMP FAMILIAL.....2
CHAMP LOUE.....3
CHAMP DE QUELQU'UN D'AUTRE.....4
NON CONCERNE.....6

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 de temps en temps? | TOUTE L'ANNEE.....1
TRAVAIL SAISONNIER.....2
DE TEMPS EN TEMPS.....3

SECTION 8. SIDA ET AUTRES MALADIES SEXUELLEMENT TRANSMISSIBLES

N°	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 N'A JAMAIS EU DE RAPPORTS SEXUELS | 801K

801D | Au cours des 12 derniers mois, avez-vous eu une de ces maladies?

| OUI.....1
| NON.....2
| NSP.....8 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 cherché des conseils ou un traitement?

| OUI.....1
| NON.....2 801H

801G | Où avez-vous demandé des conseils ou un traitement?

| SECTEUR PUBLIC/PARA PUBLIC
| HOPITAL.....A
| CENTRE MEDICAL.....B
| CSPA.....C
| SMI.....D
| DISPENSAIRE/MATERNITE.....E
| DEPOT PHARMACEUTIQUE COMM.....F

Quelque part ailleurs/Quelqu'un d'autre?

ENREGISTRER TOUT CE QUI EST MENTIONNE.

- AUTRE PUBLIC _____ G
(PRECISER)
- SECTEUR MEDICAL PRIVE
- CABINET DE MEDECIN PRIVE.....H
- CLINIQUE PF.....I
- PHARMACIE.....J
- CABINET INFIRMIER.....K
- AUTRE PRIVE
- MEDICAL _____ .L
(PRECISER)
- AUTRE SECTEUR PRIVE
- BOUTIQUE/MARCHE.....M
- BAR/BOITE DE NUIT.....N
- KIOSQUE.....O
- HOTEL/CHAMBRE DE PASSE.....P
- CIRCUIT COMMERCIAL INFORMEL...Q
- AMIS/PARENTS.....R
- AUTRE _____ X
(PRECISER)
- AUTRE _____ Y
(PRECISER)

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

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

- | | | | |
|------|--|---|--|
| 801J | Qu'avez-vous fait?

ENREGISTRER TOUT CE QUI EST MENTIONNE. | PAS DE RAPPORTS SEXUELS.....A
A UTILISE CONDOMS.....B
A PRIS DES MEDICAMENTS.....C

AUTRE _____ X
(PRECISER) | |
|------|--|---|--|

801K	VERIFIER 801B: N'A PAS CITE LE "SIDA" OU QUESTION NON POSEE <input type="checkbox"/>	A CITE LE "SIDA" <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> 802
------	--	---	------------------------------

- | | | | |
|------|---|------------------------|-------------------------------|
| 801L | Avez-vous déjà entendu parler d'une maladie appelée SIDA? | OUI.....1
NON.....2 | <input type="checkbox"/> 811C |
|------|---|------------------------|-------------------------------|

- | | | | |
|-----|---|---|--|
| 802 | Par quels canaux avez-vous entendu parler du SIDA?

INSISTER : Aucun autre canal?

ENREGISTRER TOUT CE QUI EST MENTIONNE. | PERSONNEL SANTE PUBLIC.....A
PERSONNEL SANTE PRIVE.....B
PERSONNEL SANTE COMMUNAUTAIRE...C
CLINIQUE DE PF.....D
MARI/PARTENAIRE.....E
AUTRES PARENTS.....F
AMIS/RELATIONS.....G
RADIO.....H
TELEVISION.....I
JOURNAUX/MAGAZINES.....J
DEPLIANTS/PROSPECTUS.....K
MOSQUEE/EGLISE/TEMPLE.....L
ECOLE/ENSEIGNANT.....M
REUNION D'ASSOCIATION.....N
THEATRE POPULAIRE.....O
LIEU DE TRAVAIL.....P
EQUIPE PROMACO.....Q
DOLOTIERE.....R
CHAMELIER.....S
GRIOT.....T
HOTELIER/RESTAURATEUR.....V

AUTRE _____ X
(PRECISER) | |
|-----|---|---|--|

- | | | | |
|-------|---|--|--|
| 802AA | ENQUETRIX:
-SI VOUS N'AVEZ ENCERCLE QU'UN SEUL CODE A Q.802, ENCERCLER ICI LE CODE CORRESPONDANT A LA MEME REPONSE ET PASSER A Q.802AB.
-SI VOUS AVEZ ENCERCLE PLUSIEURS CODES A Q.802, POSER LA QUESTION SUIVANTE ET ENCERCLER LE CODE CORRESPONDANT A LA REPONSE.

Parmi les canaux que vous avez cités, quel est le canal principal? | 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/MAGAZINES.....11
DEPLIANTS/PROSPECTUS.....12
MOSQUEE/EGLISE/TEMPLE.....13 | |
|-------|---|--|--|

		ECOLE/ENSEIGNANT.....14 REUNION D'ASSOCIATION.....15 THEATRE POPULAIRE.....16 LIEU DE TRAVAIL.....17 EQUIPE PROMACO.....18 DOLOTIERE.....19 CHAMELIER.....20 GRIOT.....21 HOTELIER/RESTAURATEUR.....22 AUTRE _____ 96 (PRECISER)
802AB	Si vous deviez choisir, par quel canal souhaitez-vous recevoir des informations sur le SIDA? SI PLUSIEURS SOURCES SONT CITEES, DEMANDER QUELLE EST LA SOURCE PREFEREE ET ENCERCLER LE CODE CORRESPONDANT.	N'IMPORTE LEQUEL.....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/MAGAZINES.....11 DEPLIANTS/PROSPECTUS.....12 MOSQUEE/EGLISE/TEMPLE.....13 ECOLE/ENSEIGNANT.....14 REUNION D'ASSOCIATION.....15 THEATRE POPULAIRE.....16 LIEU DE TRAVAIL.....17 EQUIPE PROMACO.....18 DOLOTIERE.....19 CHAMELIER.....20 GRIOT.....21 HOTELIER/RESTAURATEUR.....22 AUTRE _____ 96 (PRECISER)

N°	QUESTIONS ET FILTRES	CODES	PASSER A
802B	A votre avis, comment peut-on attraper le SIDA? INSISTER : Aucune autre façon? ENREGISTRER TOUT CE QUI EST MENTIONNE.	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 PIQURES DE MOUSTIQUES.....I LAMES, CISEAUX, COUTEAUX INSTRUMENTS COUPANTS SOUILLES..K AUTRE _____ W (PRECISER) AUTRE _____ X (PRECISER) NSP.....Z	
803	Y-a-t-il quelque chose qu'une personne peut faire pour éviter d'attraper le SIDA ou le virus qui cause le SIDA?	OUI.....1 NON.....2 NSP.....8	<input type="checkbox"/> 807
804	Selon vous, que peut-on faire? INSISTER : Quelque chose d'autre? ENREGISTRER TOUT CE QUI EST MENTIONNE.	FIDELITE.....A 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

N°	QUESTIONS ET FILTRES	CODES	A
808C	Connaissez-vous personnellement quelqu'un qui a le SIDA ou qui est mort du SIDA?	OUI.....1 NON.....2 NSP.....8	
808D	A votre avis, que doit-on faire des malades atteints du SIDA?	LES ENVOYER A L'HOPITAL.....1 LES GARDER A LA MAISON.....2 LES ISOLER.....3 LES SOUTENIR MORALEMENT.....4 AUTRE.....5 (PRECISER) 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 COURIR DE RISQUES/COURIR DE FAIBLES RISQUES) d'attraper le SIDA? Aucune autre raison? ENREGISTRER TOUT CE QUI EST MENTIONNE.	EST FIDELE.....A 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 courir des risques (MOYENS/ IMPORTANTS) 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)	
811A	Depuis que vous avez entendu parler du SIDA, avez-vous changé votre comportement pour éviter de l'attraper? SI OUI, Qu'avez-vous fait? Quelque chose d'autre? ENREGISTRER TOUT CE QUI EST MENTIONNE.	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 EVITE LAMES, CISEAUX, COUTEAUX INSTRUMENTS COUPANTS SOUILLES..K AUTRE.....W (PRECISER) AUTRE.....X (PRECISER) PAS DE CHANGEMENT.....Y	<input type="checkbox"/> 811C
811B	Le fait de connaître le SIDA a-t-il influencé ou changé votre décision d'avoir des rapports sexuels ou votre	PAS COMMENCE RAPPORTS SEXUELS...A A ARRETE RAPPORTS SEXUELS.....B	

comportement sexuel?	A COMMENCE UTILISER CONDOMS.....C
SI OUI, De quelle façon?	SEXE LIMITE A 1 PARTENAIRE.....D
ENREGISTRER TOUT CE QUI EST MENTIONNE.	A REDUIT NOMBRE DE PARTENAIRE..E
	AUTRE _____ X
	(PRECISER)
	PAS CHANGEMENT COMP. SEXUEL.....Y
	NSP.....Z

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?	OUI.....1	
		NON.....2	<input type="checkbox"/> 811F

41

811D	VERIFIER 515 ET 515F: A EU DES RAPPORTS SEXUELS	<input type="checkbox"/>	N'A JAMAIS EU DES RAPPORTS SEXUELS	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> 901
------	--	--------------------------	------------------------------------	--------------------------	------------------------------

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?	OUI.....1	
		NON.....2	<input type="checkbox"/> 811G

811EA	Utilisez-vous le condom de temps en temps, souvent ou à chaque rapport sexuel?	TEMPS EN TEMPS.....1	<input type="checkbox"/> 811G
		SOUVENT.....2	
		CHAQUE RAPPORT.....3	

811F	VERIFIER 515 ET 515F: A EU DES RAPPORTS SEXUELS	<input type="checkbox"/>	N'A JAMAIS EU DES RAPPORTS SEXUELS	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> 901
------	--	--------------------------	------------------------------------	--------------------------	------------------------------

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?	OUI.....1	
		NON.....2	

42

SECTION 9. EXCISION

N°	QUESTIONS ET FILTRES	CODES	PASSER A
901	Maintenant je voudrais vous poser des questions sur l'excision qui consiste en l'ablation totale ou partielle des parties externes de l'appareil génital de la femme. Cette pratique existe dans certaines sociétés du Burkina et dans d'autres pays. Avez-vous entendu parler de l'excision?	OUI.....1 NON.....2	<input type="checkbox"/> 1001
902	Avez-vous été excisée?	OUI.....1 NON.....2	<input type="checkbox"/> 908
903	Quel type d'excision avez-vous subi?	CLITORIS.....1 CLITORIS/PETITES LEVRES.....2 CLITORIS/PETITES LEVRES /GRANDES LEVRES.....3 AUTRE _____ 4 (PRECISER)	
904	Quel âge aviez-vous lorsque vous avez subi cette pratique?	AGE EN ANNEES REVOLUES..... <input type="text"/> <input type="text"/> NSP.....98	
905	Qui a procédé à votre excision?	MEDECIN.....01 INFIRMIERE/SAGE-FEMME.....02 MATRONE.....03 ACCOUCHEUSE TRADITIONNELLE.....04 EXCISEUSE.....05 AUTRE _____ 96 (PRECISER) NSP.....98	
906	Lors de votre excision, vous a-t-on fermé, totalement ou en partie, la zone du vagin par une couture?	OUI.....1 NON.....2 NSP.....8	

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/CONSEQ. OPERAT° INITIALE....0
 OUI/SUITE OPERAT° INITIALE.....1
 NON.....2

908 | VERIFIER 214 ET 216:
 A AU MOINS UNE FILLE VIVANTE N'A PAS DE FILLE VIVANTE | 915A

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

910 | Quel type d'excision (NOM DE LA FILLE AINEE) a-t-elle subi? | CLITORIS.....1
 CLITORIS/PETITES LEVRES.....2
 CLITORIS/PETITES LEVRES /GRANDES LEVRES.....3
 AUTRE4
 (PRECISER)

911 | Quel âge avait-elle lorsqu'elle a subi ce type de pratique? | AGE EN ANNEES REVOLUES.....
 NSP.....98

N° | QUESTIONS ET FILTRES | CODES | PASSER A

912 | Qui a procédé à son excision? | MEDECIN.....01
 NFIRMIERE/SAGE-FEMME.....02
 MATRONE.....03
 ACCOUCHEUSE TRADITIONNELLE....04
 EXCISEUSE.....05
 AUTRE96
 (PRECISER)
 NSP.....98

913 | Est-ce que quelqu'un a fait des objections relatives à l'excision de (NOM DE LA FILLE AINEE)?
 Quelqu'un d'autre?
 ENREGISTRER TOUTES LES PERSONNES MENTIONNEES. | ENQUETEE.....A
 MARI DE L'ENQUETEE.....B
 MERE/BELLE-MERE DE L'ENQ.....C
 PERE/BEAU-PERE DE L'ENQ.....D
 AUTRE PARENT DE L'ENQUETEE.....E | 915A
 AUTREX
 (PRECISER)
 PERSONNE.....Y

914 | Avez-vous l'intention de la faire exciser? | OUI.....1 | 915A
 NON.....2
 NSP.....8 | 915A

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

915A | Qui prend la décision d'exciser une fille? | MERE.....1
 PERE.....2
 LES DEUX (MERE/PERE).....3
 TANTE.....4
 ONCLE.....5
 GRANDS PARENTS.....6
 AUTRE7
 (PRECISER)

916 | Pensez-vous que l'excision devrait encore être pratiquée ou au contraire, qu'elle ne devrait plus être pratiquée? | ENCORE PRATIQUEE.....1
 ARRETEE.....2 | 919
 NSP.....8 | 920A

917 | Pourquoi pensez-vous que l'excision devrait encore être pratiquée?
 Quelle 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
 PLUS GRAND PLAISIR DE LA FEMME..G
 PRESERVE LA VIRGINITE/
 EVITE L'IMMORALITE.....H | 9020A
 AUTREX
 (PRECISER)
 NSP.....Y

918	Que voulez-vous dire par BONNE TRADITION/COUTUME ET TRADITION?	COUTUME/TRADITION.....B NECESSITE RELIGIEUSE.....C HYGIENE.....D MEILLEURE CHANCE DE MARIAGE.....E PLUS GRAND PLAISIR DU MARI.....F PLUS GRAND PLAISIR DE LA FEMME..G PRESERVE LA VIRGINITE/ EVITE L'IMMORALITE.....H] 920A
	ENREGISTRER TOUTES LES RAISONS MENTIONNEES.	AUTRE _____ X (PRECISER) NSP.....Y	

44

N°	QUESTIONS ET FILTRES	CODES	PASSER A
919	Pourquoi pensez-vous que l'excision devrait être arrêtée? Quelle 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 DE L'HOMME.....F EMPECHE SATISFACTION SEXUELLE DE LA FEMME.....G EXISTE LOI INTERDIS. PRATIQUE...H] 920A
		AUTRE _____ X (PRECISER) NSP.....Y	
920	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 DE L'HOMME.....F EMPECHE SATISFACTION SEXUELLE DE LA FEMME.....G	
		AUTRE _____ X (PRECISER) NSP.....Y	
920A	Durant les 6 derniers mois, avez-vous entendu ou vu quelque chose sur l'excision :		OUI NON
	A la radio?	RADIO.....1	2
	A la télévision?	TELEVISION.....1	2
	Dans les journaux ou les magazines?	JOURNAUX OU MAGAZINES.....1	2
	Sur une affiche?	AFFICHE.....1	2
	Sur un prospectus, une brochure ou un dépliant?	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 COMMUNAUTAIRE.....1	2
	Dans un service de santé/par un agent de santé	SERVICE/AGENT DE SANTE.....1	2
	A la mosquée, à l'église ou au temple?	MOSQUEE/EGLISE/TEMPLE.....1	2
	A l'école/par un enseignant?	ECOLE/ENSEIGNANT.....1	2
	Au lieu de travail?	LIEU DE TRAVAIL.....1	2
	Par un ami/parent?	AMI/PARENT.....1	2
	Par un voisin?	VOISIN.....1	2
	Au cours d'un spectacle de théâtre?	THEATRE.....1	2
920B	Quelle est votre principale source d'information sur l'excision?	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/ENSEIGNANT.....12 REUNION COMMUNAUTAIRE.....13 EQUIPE PROMACO.....14 THEATRE.....15 DOLOTIERE.....16 CHAMELIER.....17 GRIOT.....18 HOTELIER.....19	
		AUTRE _____ 96 (PRECISER) NSP.....98	

combien d'années (NOM) est décédé?	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
1010 Quel âge avait (NOM) lorsqu'il/elle est décédé(e)?	<input type="text"/> SI HOMME OU DECEDE AVANT AGE DE 12 ANS PASSER A [8]	<input type="text"/> SI HOMME OU DECEDE AVANT AGE DE 12 ANS PASSER A [9]	<input type="text"/> SI HOMME OU DECEDE AVANT AGE DE 12 ANS PASSER A [10]	<input type="text"/> SI HOMME OU DECEDE AVANT AGE DE 12 ANS PASSER A [11]	<input type="text"/> SI HOMME OU DECEDE AVANT AGE DE 12 ANS PASSER A [12]	<input type="text"/> SI HOMME OU DECEDE AVANT AGE DE 12 ANS PASSER A [13]
1011 Est-ce que (NOM) était enceinte quand elle est morte?	OUI.....1 PASSER A <input type="checkbox"/> 1014 NON.....2 NSP.....8	OUI.....1 PASSER A <input type="checkbox"/> 1014 NON.....2 NSP.....8	OUI.....1 PASSER A <input type="checkbox"/> 1014 NON.....2 NSP.....8	OUI.....1 PASSER A <input type="checkbox"/> 1014 NON.....2 NSP.....8	OUI.....1 PASSER A <input type="checkbox"/> 1014 NON.....2 NSP.....8	OUI.....1 PASSER A <input type="checkbox"/> 1014 NON.....2 NSP.....8
1012 Est-ce que (NOM) est morte au cours d'un accouchement?	OUI.....1 PASSER A <input type="checkbox"/> 1015 NON.....2 NSP.....8	OUI.....1 PASSER A <input type="checkbox"/> 1015 NON.....2 NSP.....8	OUI.....1 PASSER A <input type="checkbox"/> 1015 NON.....2 NSP.....8	OUI.....1 PASSER A <input type="checkbox"/> 1015 NON.....2 NSP.....8	OUI.....1 PASSER A <input type="checkbox"/> 1015 NON.....2 NSP.....8	OUI.....1 PASSER A <input type="checkbox"/> 1015 NON.....2 NSP.....8
1013 Est-ce que (NOM) est morte dans les 2 mois suivant la fin d'1 grossesse ou d'1 accouchement?	OUI.....1 NON.....2 PASSER A <input type="checkbox"/> 1015 NSP.....8 PASSER A <input type="checkbox"/> 1015	OUI.....1 NON.....2 PASSER A <input type="checkbox"/> 1015 NSP.....8 PASSER A <input type="checkbox"/> 1015	OUI.....1 NON.....2 PASSER A <input type="checkbox"/> 1015 NSP.....8 PASSER A <input type="checkbox"/> 1015	OUI.....1 NON.....2 PASSER A <input type="checkbox"/> 1015 NSP.....8 PASSER A <input type="checkbox"/> 1015	OUI.....1 NON.....2 PASSER A <input type="checkbox"/> 1015 NSP.....8 PASSER A <input type="checkbox"/> 1015	OUI.....1 NON.....2 PASSER A <input type="checkbox"/> 1015 NSP.....8 PASSER A <input type="checkbox"/> 1015
1014 Est-ce que le décès était dû à des complications de grossesse ou à l'accouchement?	OUI.....1 NON.....2 NSP.....8	OUI.....1 NON.....2 NSP.....8	OUI.....1 NON.....2 NSP.....8	OUI.....1 NON.....2 NSP.....8	OUI.....1 NON.....2 NSP.....8	OUI.....1 NON.....2 NSP.....8
1015 Combien de naissances vivantes (NOM) a-t-elle mis au monde durant sa vie?	<input type="text"/> PASSER A [8]	<input type="text"/> PASSER A [9]	<input type="text"/> PASSER A [10]	<input type="text"/> PASSER A [11]	<input type="text"/> PASSER A [12]	<input type="text"/> PASSER A [13]
1016	ENREGISTRER L'HEURE			HEURES..... <input type="text"/>	<input type="text"/>	
				MINUTES.....	<input type="text"/>	

48

SECTION 11. TAILLE ET POIDS

1101	VERIFIER 215,216 :		
	AU MOINS UNE NAISSANCE DEPUIS JANVIER 1993	<input type="checkbox"/>	AUCUNE NAISSANCE DEPUIS JANVIER 1993 <input type="checkbox"/> FIN

ENQUETRIXE:

A 1102 (COLONNES 2-4) ENREGISTRER LE NUNERO DE LIGNE DE CHAQUE ENFANT NE DEPUIS JANVIER 1993 ET TOUJOURS VIVANT. A 1103 ET 1104, ENREGISTRER LE NOM ET LA DATE DE NAISSANCE DE L'ENQUETEE ET DE CHAQUE ENFANT VIVANT NE DEPUIS JANVIER 1993 . A 1106 ET 1108 ENREGISTRER LE POIDS ET LA TAILLE DE L'ENQUETEE ET DE SES ENFANTS VIVANTS. (NOTE: IL S'AGIT DE MESURER ET DE PESER TOUTES LES ENQUETEEES QUI ONT EU UNE NAISSANCE DEPUIS JANVIER 1993, MEME SI LES ENFANTS SONT DECEDES). SI IL Y A PLUS DE 3 ENFANTS NES DEPUIS JANVIER 1993 ET ENCORE VIVANTS, UTILISER UN QUESTIONNAIRE SUPPLEMENTAIRE.

	<input type="checkbox"/> [1] ENQUETEE	<input type="checkbox"/> [2] DERNIER ENFANT EN VIE	<input type="checkbox"/> [3] AVANT-DERNIER ENFANT EN VIE	<input type="checkbox"/> [4] AVANT-AVANT DERNIER ENFANT EN VIE
1102 NUMERO DE LIGNE D'APRES Q.212	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
1103 NOM DE L'ENFANT D'APRES Q.212	(NOM)	(NOM)	(NOM)	(NOM)
1104 DATE DE NAISSANCE D'APRES Q.215 ET	<input type="text"/>	JOUR..... <input type="text"/> MOIS..... <input type="text"/>	JOUR..... <input type="text"/> MOIS..... <input type="text"/>	JOUR..... <input type="text"/> MOIS..... <input type="text"/>

DEMANDER LE JOUR DE NAISSANCE		ANNEE....	ANNEE....	ANNEE....
1105 CICATRICE DU BCG SUR L'AVANT-BRAS GAUCHE		CICATRICE VUE..1 PAS DE CICATRICE.....2	CICATRICE VUE..1 PAS DE CICATRICE.....2	CICATRICE VUE..1 PAS DE CICATRICE.....2
1106 TAILLE (en centimètres)				
1107 L'ENFANT A-T-IL ETE MESURE COUCHE OU DEBOUT?		COUCHE.....1 DEBOUT.....2	COUCHE.....1 DEBOUT.....2	COUCHE.....1 DEBOUT.....2
1108 POIDS (en kilogrammes)				
1109 DATE DE MESURE ET DE PESEE	JOUR..... MOIS..... ANNEE.....	JOUR..... MOIS..... ANNEE.....	JOUR..... MOIS..... ANNEE.....	JOUR..... MOIS..... ANNEE.....
1110 RESULTAT	MESUREE.....1 ABSENTE.....3 REFUS.....4 AUTRE.....6 (PRECISER)	ENFANT MESURE..1 ENFANT MALADE..2 ENFANT ABSENT..3 ENFANT REFUSE..4 MERE REFUSE....5 AUTRE6 (PRECISER)	ENFANT MESURE..1 ENFANT MALADE..2 ENFANT ABSENT..3 ENFANT REFUSE..4 MERE REFUSE....5 AUTRE6 (PRECISER)	ENFANT MESURE..1 ENFANT MALADE..2 ENFANT ABSENT..3 ENFANT REFUSE..4 MERE REFUSE....5 AUTRE6 (PRECISER)
1111 NOM DE L'OPERATEUR:		NOM DE L'ASSISTANT*:		

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

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

Commentaires sur l'enquêtée: _____

Commentaires sur des questions spécifiques: _____

Autres commentaires: _____

OBSERVATIONS DE LA CONTROLEUSE

Nom de la contrôlease: _____ Date: _____

OBSERVATIONS DU CHEF D'EQUIPE

Nom du Chef d'Equipe: _____ Date: _____