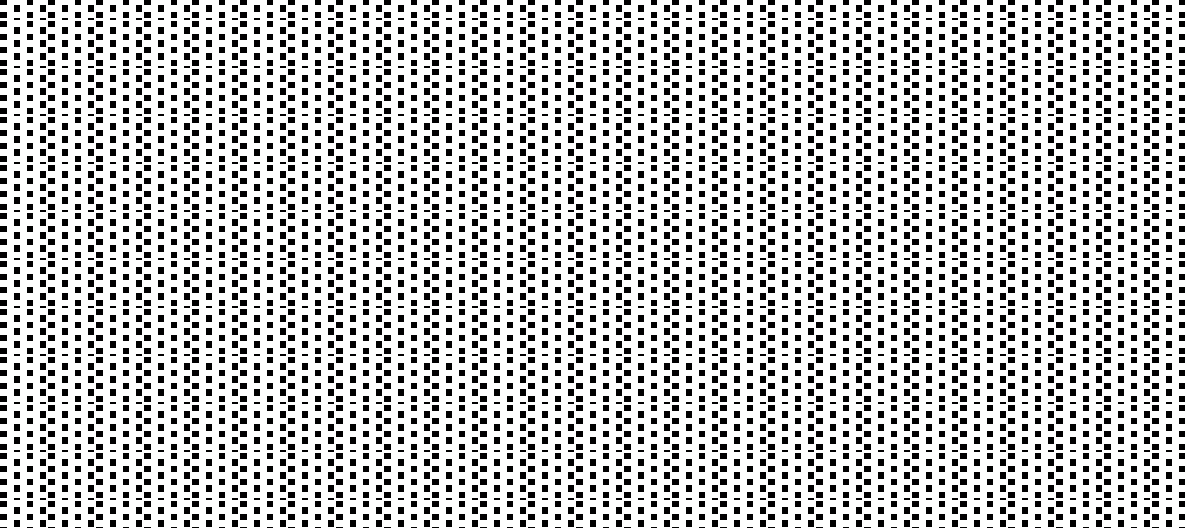
**ENQUÊTE DEMOGRAPHIQUE ET DE SANTE (EDSB-III, 2006)**

**QUESTIONNAIRE FEMME**



**République du Bénin**

Ministère du Développement de l'Économie et des Finances Institut National de la Statistique et de l'Analyse Economique



|  |  |  |
| --- | --- | --- |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
|  | |  |  |
|  |  |
| 2 | 0 | 0 | 6 |
| UÊT. |  |  |  |
|  | | |  |

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **IDENTIFICATION** | | | | | | | | | | |
| DEPARTEMENT COMMUNE  ARRONDISSEMENT : URBAIN/RURAL (URBAIN=1, RURAL=2) . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . VILLAGE/QUARTIER : NUMÉRO DE GRAPPE . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . NUMÉRO DE STRUCTURE . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . NUMÉRO DU MENAGE . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . NOM DU CHEF DE MENAGE NOM ET NUMÉRO DE LIGNE DE LA FEMME  VÉRIFIER LE QUESTIONNAIRE MÉNAGE : LES QUESTIONS ADDITIONNELLES SUR L'ACTIVI-  TÉ SEXUELLE (Q.542, Q.543) DOIVENT ÊTRE POSÉES AUX HOMMES (1) OU AUX FEMMES (2) | | | | | | DEPARTEMENT . | |  |  |  |
| COMMUNE . . . . . | | |  |
| ARROND . . . . . | |  |  |
| MILIEU . . . . . . | | |  |
| GRAPPE . . . STRUCT . . . MENAGE  NO DE LIGNE . . . QUESTIONS  ADDITIONNELLES **2** | | | | |
|  | | | | | | | | | | |
| **VISITES D’ENQUÊTRICE** | | | | | | | | | | |
|  | 1 | | 2 | 3 | | VISITE FINALE | | | | |
| DATE  NOM DE L’ENQUÊTRICE  RÉSULTAT\* |  | |  |  | | JOUR . . . . . . . . MOIS . . . . . . . . . ANNÉE.  CODE ENQ  CODE RÉSULTAT. . . . . | | | | |
| PROCHAINE DATE VISITE  HEURE |  | |  |  | | NBRE TOTAL  DE VISITES . . . . . . . . . | | | | |
| \*CODES RÉSULTAT :  1 REMPLI 4 REFUSÉ  2 PAS À LA MAISON 5 REMPLI PARTIELLEMENT 7 AUTRE  3 DIFFÉRÉ 6 INCAPACITÉ (PRÉCISER) | | | | | | | | | | |
|  | | | | | | | | | | |
| LANGUE DE LANGUE DE INTERPRÈTE QUESTIONNAIRE\*\* L'INTERVIEW\*\* (OUI=1, NON=2)  \*\*CODES LANGUE : 1 FRANÇAIS 4 FON 7 YORUBA  2 ADJA 5 DENDI 8 AUTRES  3 BARIBA 6 DITAMARI | | | | | | | | | | |
|  | | | | | | | | | | |
| CONTRÔLEUSE NOM  DATE | | CHEF D’ÉQUIPE NOM  DATE | | | CONTRÔLE BUREAU | | SAISI PAR | | | |

INTRODUCTION ET CONSENTEMENT

CONSENTEMENT APRÈS INFORMATIONS

Bonjour. Mon nom est et je travaille pour l'INSAE. Nous sommes

en train d’effectuer une enquête nationale sur la santé des femmes et des enfants. Nous souhaiterions que vous participiez à

cette enquête. J’aimerais vous poser des questions sur votre santé (et sur la santé de vos enfants). Ces informations seront utiles au gouvernement pour planifier les services de santé. L’entretien prend généralement entre 20 et 45 minutes. Les informations que vous nous fournirez resteront strictement confidentielles et ne seront transmises à personne.

Nous espérons que vous accepterez de participer à cette enquête car votre opinion est importante pour nous.

Avez-vous des questions sur l’enquête ? Puis-je commencer l’entretien maintenant ?

Signature de l’enquêtrice : Date : L’ENQUÊTÉE ACCEPTE DE RÉPONDR . . . . . . . . . . . . 1 L’ENQUÊTÉE REFUSE DE RÉPONDRE AUX QUESTIONS . . . . 2 FIN

SECTION 1. CARACTÉRISTIQUES SOCIO-DÉMOGRAPHIQUES DE L'ENQUÊTÉE

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| 1 | 9 |  |  |

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| NO. | QUESTIONS ET FILTRES | CODES | ALLER À |
| 101 | ENREGISTRER L’HEURE. | HEURE. . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . MINUTES . . . . . . . . . . . . . . . . . . |  |
| 102 | Pour commencer, je voudrais vous poser des questions sur vous-même et sur votre ménage. Jusqu’à l’âge de 12 ans, avez-vous vécu la plupart du temps à Cotonou, dans une grande ville, une ville, en milieu rural ou à l'étranger ?  (NOM DE L'ENDROIT) INSCRIRE : ARRONDISSEMENT/COMMUNE | COTONOU …… . . . . . . . . . . . . . . . . . . . 1  VILLE MOYENNE . . . . . . . . . . 2  AUTRE VILLE . . . . . . . . . . . . . . . . . . . 3  RURAL . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . 4  ÉTRANGER . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . 5 |  |
| 103 | Depuis combien de temps habitez-vous de façon continue à  (NOM DU LIEU ACTUEL DE RÉSIDENCE) ?  SI MOINS D’UNE ANNÉE, INSCRIRE ‘00' ANNÉE. | ANNÉES . . . . . . . . . . . . . . . . . . . TOUJOURS . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . 95  VISITEUR . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . 96 | 105 |
| 104 | Juste avant de vous installer ici, viviez-vous à Cotonou, dans une autre ville, en milieu rural ou à l'étranger ?  (NOM DE L'ENDROIT) INSCRIRE : ARRONDISSEMENT/COMMUNE | COTONOU ... . . . . . . . . . . . . . . . . . . . 1  VILLE MOYENNE . . . . . . . . . . 2  AUTRE VILLE . . . . . . . . . . . . . . . . . . . 3  RURAL . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . 4  ÉTRANGER . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . 5 |  |
| 105 | En quel mois et en quelle année êtes-vous née ? | MOIS . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . .  NSP MOIS . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . 98  ANNÉE. . . . . . . . . . . .  NSP ANNÉE. . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . 9998 |  |
| 106 | Quel âge aviez-vous à votre dernier anniversaire ?  COMPARER ET CORRIGER 105 ET/OU 106 SI INCOHÉRENTS. | ÂGE EN ANNÉES RÉVOLUES |  |
| 107 | Avez-vous fréquenté l’école ? | OUI . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . 1  NON . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . 2 | 111 |
| 108 | Quel est le plus haut niveau d’études que vous avez atteint primaire, secondaire 1er cycle, secondaire 2ème cycle, supérieur ou autre ? | PRIMAIRE . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . 1  SECONDAIRE 1 . . . . . . . . . . . . . . . . . . 2  SECONDAIRE 2 . . . . . . . . . . . . . . . . . . . 3  SUPÉRIEUR. . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . 4  AUTRE . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . 6 |  |
| 109 | Quelle est la dernière année/classe que vous avez achevée avec succès à ce niveau ?  CODER "00" POUR AUCUNE CLASSE/ANNEE ACHEVEE ET "98" POUR NE SAIT PAS | CLASSE/ . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . ANNEE |  |

**382**

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| NO. | QUESTIONS ET FILTRES | CODES | ALLER À |
| 109A | VÉRIFIER 106 :  AGEE DE 24 ANS OU MOINS AGEE DE 25 ANS OU PLUS | | 110 |
| 109B | Est-ce que vous allez actuellement à l'école | OUI . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . 1  NON . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . 2 | 110 |
| 109C | Quelle est la principale raison pour laquelle vous avez arrêté d'aller à l'école | TOMBEE ENCEINTE………… . . . . . . . . 01  S'EST MARIEE . . . . . . 02  POUR GARDER ENFANTS+JEUNES .. 03  FAMILLE AVAIT BESOIN D'AIDE  AU CHAMPS/TRAVAIL …………….. 04  NE POUVAIT PAS PAYER LES FRAIS .. 05  DEVAIT GAGNER DE L'ARGENT ……. 06  SUFFISAMMENT SCOLARISE ……….. 07  ECHEC A L'ECOLE …………………… 08  N'AIMAIT PLUS L'ECOLE ……………… 09  ECOLE INACCESSIBLE/  TROP LOIN ……………………………. 10  AUTRE 96 (PRÉCISER)  NE SAIT PAS . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . 98 |  |
| 110 | VÉRIFIER 108 : LE NIVEAU D'ETUDES DE L'ENQUETEE PRIMAIRE SECONDAIRE  OU SUPÉRIEUR | | 114 |
| 111 | Maintenant, je voudrais que vous me lisiez cette phrase à voix haute ; lisez-en le plus que vous pouvez.  MONTRER VOTRE CARTE À L’ENQUÊTÉE.  SI L'ENQUÊTÉE NE PEUT PAS LIRE UNE PHRASE ENTIÈRE, INSISTER : Pouvez-vous me lire certaines parties de la phrase ? | NE PEUT PAS LIRE DU TOUT . . . . . . . . 1  PEUT LIRE CERTAINES PARTIE . . . . . . 2  PEUT LIRE TOUTE LA PHRASE . . . . . . 3  PAS DE CARTE DANS LANGUE . . . . . . 4  AVEUGLE . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . 5 |  |
| 112 | Avez-vous déjà participé à un programme d’alphabétisation ou à un autre programme qui comprenait l’apprentissage de la lecture et de l’écriture (non compris l’école primaire) ? | OUI . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . 1  NON . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . 2 | 113 |
| 112A | Dans quelles langues étaient donnés les programmes d’alphabétisation auxquels vous avez participé ?  INSISTER : Aucun autre ?  ENREGISTRER TOUT CE QUI EST MENTIONNÉ. | ADJA …………… . . . . . . . . . . . . . . . . A BARIBA . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . B FON . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . C DENDI . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . D DITAMARI ……………………………. E YORUBA . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . F AUTRE X  (PRÉCISER LANGUE) |  |

**383**

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| NO. | QUESTIONS ET FILTRES | CODES | ALLER À |
| 113 | VÉRIFIER 111 :  CODE '2', '3', '4' CODE '1' OU '5' ENCERCLÉ  ENCERCLÉ | | 115 |
| 114 | Lisez-vous un journal ou un magazine pratiquement chaque jour, au moins une fois par semaine, moins d’une fois par semaine ou pas du tout ? | PRATIQUEMENT CHAQUE JOUR …… 1  AU MOINS UNE FOIS PAR SEMAINE . 2  MOINS D’UNE FOIS PAR SEMAINE. . . 3  PAS DU TOUT . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . 4 |  |
| 115 | Écoutez-vous la radio pratiquement chaque jour, au moins une fois par semaine, moins d’une fois par semaine ou pas du tout ? | PRATIQUEMENT CHAQUE JOUR …… 1  AU MOINS UNE FOIS PAR SEMAINE . 2  MOINS D’UNE FOIS PAR SEMAINE. . . 3  PAS DU TOUT . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . 4 |  |
| 116 | Regardez-vous la télévision pratiquement chaque jour, au moins une fois par semaine, moins d’une fois par semaine ou pas  du tout ? | PRATIQUEMENT CHAQUE JOUR …… 1  AU MOINS UNE FOIS PAR SEMAINE . 2  MOINS D’UNE FOIS PAR SEMAINE. . . 3  PAS DU TOUT . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . 4 |  |
| 117 | Au cours des 12 derniers mois, combien de fois avez-vou voyagé en dehors de votre communauté et dormi ailleurs que chez vous? | NOMBRE DE VOYAGES . . . .  AUCUN . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . 00 | 119 |
| 118 | Au cours des 12 derniers mois, avez-vous été en dehors de votre communauté de façon continue pendant plus d'un mois? | OUI . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . 1  NON . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . 2 |  |
| 119 | Quelle religion pratiquez-vous ? | VODOUN . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . 11  AUTRES TRADITIONNELLES 12  ISLAM………………………………….. 21  CATHOLIQUE …………………………. 31  PROTESTANT METHODISTE………….. 41  AUTRES PROTESTANTS ………….. 42  CELESTES……………………………… 51  AUTRES CHRETIENS …………….. 52  AUTRES RELIGIONS………………… .. 61  AUCUNE …………………………. 71 |  |
| 120 | Quelle est votre nationalité ? | BENINOISE ……………………….. 1  AUTRE 2 (A PRÉCISER) | 201 |
| 121 | Quelle est votre ethnie ? | ADJA ET APPARENTES ……………. 11  BARIBA ET APPARENTES ………….. 21  DENDI ET APPARENTES…………….. 31  FON ET APPARENTEES …………….. 41  YOA ET LOKPA ET APPARENTES …. 51  BETAMARIBE ET APPARENTES …… 61  PEULH ET APPARENTES ………………71  YORUBA ET APPARENTES ……….. 81  AUTRE 96 (PRÉCISER) |  |

**384**

SECTION 2. REPRODUCTION

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| NO. | QUESTIONS ET FILTRES | CODES | ALLER À |
| 201 | Maintenant, je voudrais vous poser des questions sur toutes les naissances que vous avez eues au cours de votre vie.  Avez-vous donné naissance à des enfants ? | OUI . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . 1  NON . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . 2 | 206 |
| 202 | Avez-vous des fils ou filles à qui vous avez donné naissance et qui vivent actuellement avec vous ? | OUI . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . 1  NON . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . 2 | 204 |
| 203 | Combien de fils vivent avec vous ? Combien de filles vivent avec vous ? SI AUCUN, ENREGISTRER '00'. | FILS À LA MAISON . . . . . . . . . . FILLES À LA MAISON . . . . . . . |  |
| 204 | Avez-vous des fils ou filles à qui vous avez donné naissance, qui sont toujours en vie mais qui ne vivent pas avec vous ? | OUI . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . 1  NON . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . 2 | 206 |
| 205 | Combien de fils sont en vie mais ne vivent pas avec vous ? Combien de filles sont en vie mais ne vivent pas avec vous ? SI AUCUN, ENREGISTRER '00'. | FILS AILLEURS . . . . . . . . . . . . FILLES AILLEURS . . . . . . . . . . |  |
| 206 | Avez-vous déjà donné naissance à un garçon ou une fille qui est né vivant mais qui est décédé par la suite ?  SI NON, INSISTER Tout enfant qui a crié ou a montré un signe de vie à la naissance mais qui n’a pas survécu ? | OUI . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . 1  NON . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . 2 | 208 |
| 207 | Combien de garçons sont décédés ? Combien de filles sont décédées ?  SI AUCUN, ENREGISTRER '00'. | GARÇONS DÉCÉDÉS . . . . . . . FILLES DÉCÉDÉES . . . . . . . . |  |
| 208 | FAIRE LA SOMME DES RÉPONSES À Q. 203, 205, ET 207, ET ENREGISTRER LE TOTAL.  SI AUCUN, ENREGISTRER '00'. | TOTAL . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . |  |
| 209 | VÉRIFIER 208 :  Je voudrais être sûre d’avoir bien compris : vous avez eu au  TOTAL naissances au cours de votre vie. Est-ce bien exact ?  INSISTER ET OUI NON CORRIGER  201-208 COMME IL SE DOIT. |  |  |
| 210 | VÉRIFIER 208 :  UNE NAISSANCE AUCUNE OU PLUS | | 226 |

**385**

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 211 Maintenant je voudrais faire la liste de toutes vos naissances, qu’elles soient encore en vie ou non, en partant de la 1ère que vous avez eue.  NOTER LE NOM DE TOUTES LES NAISSANCES À Q.212. NOTER LES JUMEAUX / TRIPLÉS SUR DES LIGNES SÉPARÉES. | | | | | | | | | |
| 212  Quel nom  a été donné à votre (premier/ suivant) enfant ?  (NOM) | 213  (NOM) est-il/elle une nais- sance simple ou multiple ? | 214  (NOM)  est-ce  un garçon ou une  fille ? | 215  En quel mois  et quelle année  est né(e) (NOM) ?  INSISTER :  Quelle est sa date de naissance ? | 216  (NOM) est-il/elle toujours en vie ? | 217  SI EN VIE :  Quel âge avait (NOM) à son dernier anniversaire ?  NOTER ÂGE EN ANNÉES RÉVOLUES. | 218  SI EN VIE :  (NOM) vit-il/elle avec vous ? | 219  SI EN VIE :  NOTER No DE LIGNE DE L'ENFANT DE LA FEUILLE MÉNAGE  (NOTER ‘00' SI ENFANT  N'EST PAS LISTÉ DANS LE MÉNAGE) | 220  SI DÉCÉDÉ :  Quel âge avait (NOM) quand il/elle est décédé(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 ANNEE. | 221  Y-a-t-il eu d'autres naissances vivantes entre (NOM  DE LA NAIS- SANCE PRÉCÉ- DENTE)  et (NOM) ? |
| 01 | SIMP 1  MULT 2 | GAR 1  FILLE 2 | MOIS ANNÉE | OUI 1  NON 2  220 | ÂGE EN ANNÉES | OUI 1  NON 2 | NO DE LIGNE  (NAISS. SUIV.) | JOURS 1  MOIS 2  ANNÉES 3 |  |
| 02 | SIMP 1  MULT 2 | GAR 1  FILLE 2 | MOIS ANNÉE | OUI 1  NON 2  220 | ÂGE EN ANNÉES | OUI 1  NON 2 | NO DE LIGNE  (ALLER À 221) | JOURS 1  MOIS 2  ANNÉES 3 | OUI 1  NON 2 |
| 03 | SIMP 1  MULT 2 | GAR 1  FILLE 2 | MOIS ANNÉE | OUI 1  NON 2  220 | ÂGE EN ANNÉES | OUI 1  NON 2 | NO DE LIGNE  (ALLER À 221) | JOURS 1  MOIS 2  ANNÉES 3 | OUI 1  NON 2 |
| 04 | SIMP 1  MULT 2 | GAR 1  FILLE 2 | MOIS ANNÉE | OUI 1  NON 2  220 | ÂGE EN ANNÉES | OUI 1  NON 2 | NO DE LIGNE  (ALLER À 221) | JOURS 1  MOIS 2  ANNÉES 3 | OUI 1  NON 2 |
| 05 | SIMP 1  MULT 2 | GAR 1  FILLE 2 | MOIS ANNÉE | OUI 1  NON 2  220 | ÂGE EN ANNÉES | OUI 1  NON 2 | NO DE LIGNE  (ALLER À 221) | JOURS 1  MOIS 2  ANNÉES 3 | OUI 1  NON 2 |
| 06 | SIMP 1  MULT 2 | GAR 1  FILLE 2 | MOIS ANNÉE | OUI 1  NON 2  220 | ÂGE EN ANNÉES | OUI 1  NON 2 | NO DE LIGNE  (ALLER À 221) | JOURS 1  MOIS 2  ANNÉES 3 | OUI 1  NON 2 |
| 07 | SIMP 1  MULT 2 | GAR 1  FILLE 2 | MOIS ANNÉE | OUI 1  NON 2  220 | ÂGE EN ANNÉES | OUI 1  NON 2 | NO DE LIGNE  (ALLER À 221) | JOURS 1  MOIS 2  ANNÉES 3 | OUI 1  NON 2 |

**386**

|  |  |
| --- | --- |
|  |  |
|  |  |
|  |  |

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
|  |  |  |  |

|  |  |
| --- | --- |
|  |  |
|  |  |
|  |  |

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
|  |  |  |  |

|  |  |
| --- | --- |
|  |  |
|  |  |
|  |  |

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
|  |  |  |  |

|  |  |
| --- | --- |
|  |  |
|  |  |
|  |  |

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
|  |  |  |  |

|  |  |
| --- | --- |
|  |  |
|  |  |
|  |  |

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
|  |  |  |  |

|  |  |
| --- | --- |
|  |  |
|  |  |
|  |  |

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
|  |  |  |  |

|  |  |
| --- | --- |
|  |  |
|  |  |
|  |  |

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
|  |  |  |  |

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 212  Quel nom  a été donné à votre (premier/ suivant) enfant ?  (NOM) | | 213  (NOM) est-il/elle une nais- sance simple ou multiple ? | 214  (NOM)  est-ce  un garçon ou une  fille ? | 215  En quel mois  et quelle année  est né(e) (NOM) ?  INSISTER :  Quelle est sa date de naissance ? | 216  (NOM) est-il/elle toujours en vie ? | 217  SI EN VIE :  Quel âge avait (NOM) à son dernier anniversaire ?  NOTER ÂGE EN ANNÉES RÉVOLUES. | | 218  SI EN VIE :  (NOM) vit-il/elle avec vous ? | 219  SI EN VIE :  NOTER No DE LIGNE DE L'ENFANT DE LA FEUILLE MÉNAGE  (NOTER ‘00' SI ENFANT  N'EST PAS LISTÉ DANS LE MÉNAGE) | 220  SI DÉCÉDÉ :  Quel âge avait (NOM) quand il/elle est décédé(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 ANNEE. | 221  Y-a-t-il eu d'autres naissances vivantes entre (NOM  DE LA NAIS- SANCE PRÉCÉ- DENTE)  et (NOM) ? |
| 08 | | SIMP 1  MULT 2 | GAR 1  FILLE 2 | MOIS ANNÉE | OUI 1  NON 2  220 | ÂGE EN ANNÉES | | OUI 1  NON 2 | NO DE LIGNE  (ALLER À 221) | JOURS 1  MOIS 2  ANNÉES 3 | OUI 1  NON 2 |
| 09 | | SIMP 1  MULT 2 | GAR 1  FILLE 2 | MOIS ANNÉE | OUI 1  NON 2  220 | ÂGE EN ANNÉES | | OUI 1  NON 2 | NO DE LIGNE  (ALLER À 221) | JOURS 1  MOIS 2  ANNÉES 3 | OUI 1  NON 2 |
| 10 | | SIMP 1  MULT 2 | GAR 1  FILLE 2 | MOIS ANNÉE | OUI 1  NON 2  220 | ÂGE EN ANNÉES | | OUI 1  NON 2 | NO DE LIGNE  (ALLER À 221) | JOURS 1  MOIS 2  ANNÉES 3 | OUI 1  NON 2 |
| 11 | | SIMP 1  MULT 2 | GAR 1  FILLE 2 | MOIS ANNÉE | OUI 1  NON 2  220 | ÂGE EN ANNÉES | | OUI 1  NON 2 | NO DE LIGNE  (ALLER À 221) | JOURS 1  MOIS 2  ANNÉES 3 | OUI 1  NON 2 |
| 12 | | SIMP 1  MULT 2 | GAR 1  FILLE 2 | MOIS ANNÉE | OUI 1  NON 2  220 | ÂGE EN ANNÉES | | OUI 1  NON 2 | NO DE LIGNE  (ALLER À 221) | JOURS 1  MOIS 2  ANNÉES 3 | OUI 1  NON 2 |
| 222 | Avez-vous eu d'autres naissances vivantes depuis la naissance de (NOM DE LA DERNIÈRE NAISSANCE) ? | | | | | | OUI . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . 1  NON . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . 2 | | | | |
| 223 | COMPARER 208 AVEC NOMBRE DE NAISSANCES ENREGISTRÉES DANS LE TABLEAU CI-DESSUS ET COCHER : NOMBRES NOMBRES SONT  SONT ÉGAUX DIFFÉRENTS (INSISTER ET CORRIGER)  VÉRIFIER : POUR CHAQUE NAISSSANCE : L'ANNÉE DE NAISSANCE EST ENREGISTRÉE.  POUR CHAQUE ENFANT VIVANT : L'ÂGE ACTUEL EST ENREGISTRÉ. POUR CHAQUE ENFANT DÉCÉDÉ : L'ÂGE AU DÉCÉS EST ENREGISTRÉ.  POUR L'ÂGE AU DÉCÉS 12 MOIS OU 1 AN : INSISTER POUR  DÉTERMINER LE NOMBRE EXACT DE MOIS. | | | | | | | | | | |
| 224 | VÉRIFIER 215 ET ENREGISTRER LE NOMBRE DE NAISSANCES EN 2001 OU PLUS TARD. SI AUCUNE, ENREGISTRER '0'. | | | | | | | | | | |

**387**

|  |  |
| --- | --- |
|  |  |
|  |  |
|  |  |

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
|  |  |  |  |

|  |  |
| --- | --- |
|  |  |
|  |  |
|  |  |

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
|  |  |  |  |

|  |  |
| --- | --- |
|  |  |
|  |  |
|  |  |

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
|  |  |  |  |

|  |  |
| --- | --- |
|  |  |
|  |  |
|  |  |

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
|  |  |  |  |

|  |  |
| --- | --- |
|  |  |
|  |  |
|  |  |

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
|  |  |  |  |

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| NO. | QUESTIONS ET FILTRES | CODES | ALLER À |
| 225 | POUR CHAQUE NAISSANCE DEPUIS JANVIER 2001, INSCRIRE 'N' DANS LE MOIS DE NAISSANCE DU CALENDRIER. POUR CHAQUE NAISSANCE, DEMANDER LE NOMBRE DE MOIS QUE LA GROSSESSE A DURÉ ET INSCRIRE 'G' DANS CHACUN DES MOIS PRÉCÉDENTS SELON LA DURÉE DE LA GROSSESSE. (NOTE : LE NOMBRE DE 'G' DOIT ÊTRE INFÉRIEUR DE 1 AU NOMBRE DE MOIS QUE LA GROSSESSE A DURÉ). INSCRIRE LE NOM DE L'ENFANT SUR LA GAUCHE DU CODE 'N'. | |  |
| 226 | Êtes-vous enceinte en ce moment ? | OUI . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . 1  NON . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . 2  PAS SÛRE . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . 8 | 229 |
| 227 | De combien de mois êtes-vous enceinte ?  ENREGISTRER LE NOMBRE DE MOIS RÉVOLUS. INSCRIRE 'G' DANS LE CALENDRIER, EN COMMENÇANT PAR LE MOIS DE L'ENQUÊTE ET POUR LE NOMBRE TOTAL DE MOIS RÉVOLUS. | MOIS . . . . . . . . . . . . . . . . . . |  |
| 228 | Au moment où vous êtes tombée enceinte, vouliez-vous tomber enceinteà ce moment - là, vouliez-vousattendre plus tard, ou vouliez-vous ne plus/ne pas avoir d'enfants? | À CE MOMENT-LÀ . . . . . . . . . . . . . . . . 1  PLUS TARD . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . 2  NE PLUS/NE PAS AVOIR D'ENFANT 3 |  |
| 229 | Avez-vous déjà eu une grossesse qui s'est terminée par une fausse-couche, un avortement provoqué ou un mort-né ? | OUI . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . 1  NON . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . 2 | 237 |
| 230 | Quand la dernière grossesse de ce genre s'est-elle terminée ? | MOIS . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . ANNÉE . . . . . . . . . . |  |
| 231 | VÉRIFIER 230 :  DERNIÈRE GROSSESSE DERNIÈRE GROSS.  TERMINÉE EN TERMINÉE AVANT JAN. 2001 OU PLUS TARD JAN. 2001 | | 237 |
| 232 | De combien de mois étiez-vous enceinte quand la dernière grossesse de ce genre s'est terminée ?  ENREGISTRER LE NOMBRE DE MOIS RÉVOLUS. INSCRIRE 'F' DANS LE CALENDRIER AU MOIS OÙ LA GROSSESSE S'EST TERMINÉE ET 'G' POUR LE NOMBRE RESTANT DE MOIS RÉVOLUS. | MOIS . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . |  |
| 233 | Avez-vous eu d'autres grossesses qui ne se sont pas terminées par une naissance vivante ? | OUI . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . 1  NON . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . 2 | 237 |
| 233A | Dans l'ensemble, combien de grossesses avez-vous eu qui ne sont pas terminées par de naissances vivantes ? | NOMBRE DE GROSSESSES.. |  |
| 234 | DEMANDER LA DATE ET LA DURÉE DE GROSSESSE POUR CHAQUE GROSSESSE PRÉCÉDENTE QUI NE S'EST PAS TERMINÉE PAR UNE NAISSANCE VIVANTE EN REMONTANT JUSQU'EN JANVIER  2001.  INSCRIRE 'F' DANS LE CALENDRIER AU MOIS OÙ CHAQUE GROSSESSE S'EST TERMINÉE ET 'G' POUR LE NOMBRE RESTANT DE MOIS RÉVOLUS. | |  |
| 235 | Avez-vous eu une grossesse qui a pris fin avant Janvier 2001 qui ne s'est pas terminée par une naissance vivante ? | OUI . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . 1  NON . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . 2 | 237 |
| 236 | Quand la dernière grossesse de ce genre s'est-elle terminée avant 2001 ? | MOIS . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . ANNÉE . . . . . . . . . . |  |

**388**

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
|  | |  |  |
|  |  |  |  |

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
|  | |  |  |
|  |  |  |  |

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| NO. | QUESTIONS ET FILTRES | CODES | ALLER À |
| 237 | Quand vos dernières règles ont-elles commencé ?  (INSCRIRE LA DATE, SI ELLE EST DONNÉE) | IL Y A ... JOURS . . . . . . . 1  IL Y A ... SEMAINES . . . 2  IL Y A ... MOIS . . . . . . . 3  IL Y A ... ANNÉES . . . . . 4  EN MÉNOPAUSE/  A EU UNE HYSTÉRECTOMIE 994  AVANT LA DERNIÈRE NAISSANCE 995  JAMAIS EU DE RÈGLES . . . . . . . 996 |  |
| 238 | Entre la période des règles et les règles suivantes, y-a-t-il un moment où une femme a plus de chances de tomber enceinte que d'autres si elle a des rapports sexuels ? | OUI . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . 1  NON . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . 2  NSP . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . 8 | 240 |
| 239 | Est-ce que ce moment se situe juste avant que les règles  ne commencent, pendant la période des règles, juste après que les règles finissent ou au milieu, entre deux périodes  de règles ? | JUSTE AVANT DÉBUT DES RÈGLES 1  PENDANT LES RÈGLES . . . . . . . . . . 2  JUSTE APRÈS LA FIN DES RÈGLES 3  AU MILIEU ENTRE 2 PÉRIODES . . . 4  AUTRE 6 (PRÉCISER)  NE SAIT PAS . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . 8 |  |
| 240 | Y a-t-il des enfants qui dépendent principalement de vous? | OUI . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . 1  NON . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . 2 | 301 |
| 241 | Est-ce que, parmi les enfants qui dépendent principalement de vous, certains ont moins de 18 ans? | OUI . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . 1  NON . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . 2 | 301 |
| 242 | Je voudrais maintenant vous parler des enfants de moins de  18 ans qui dépendent principalement de vous.  Est-ce que vous avez fait des arrangements pour que quelqu'un s'occupe de ces enfants dans le cas où vous tomberiez malade ou dans le cas où vous ne pourriez plus vous occuper d'eux? | OUI . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . 1  NON . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . 2  PAS SÛRE . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . 8 |  |

**389**

|  |  |
| --- | --- |
|  |  |
|  |  |
|  |  |
|  |  |

SECTION 3. CONTRACEPTION

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| Maintenant je voudrais vous poser des questions sur la planification familiale – les différents moyens ou méthodes qu'un couple peut utiliser pour retarder ou éviter une grossesse  ENCERCLER CODE 1 À 301 POUR CHAQUE MÉTHODE CITÉE DE FAÇON SPONTANÉ. PUIS CONTINUER LA COLONNE 301 EN DESCENDANT, EN LISANT LE NOM ET LA DESCRIPTION DE CHAQUE MÉTHODE NON CITÉE SPONTANÉMENT. ENCERCLER LE CODE 1 SI LA MÉTHODE EST RECONNUE ET LE CODE 2 SI ELLE N'EST PAS RECONNUE. PUIS, POUR CHAQUE MÉTHODE AVEC CODE 1 ENCERCLÉ À 301, POSER 302. | | | | |
| 301 | De quels moyens ou méthodes avez-vous entendu parler ?  POUR LES MÉTHODES NON CITÉES SPONTANÉMENT, DEMANDER : Avez-vous déjà entendu parler de (MÉTHODE) ? | | 302 Avez-vous déjà utilisé  (MÉTHODE) ? | |
| 01 | STÉRILISATION FÉMININE Les femmes peuvent subir une opération pour éviter d'avoir d'autres enfants | OUI . . . . . . . . . . . . . . 1  NON . . . . . . . . . . . . . . 2 | Avez-vous eu une opération pour éviter d'avoir d'autres enfants ?  OUI . . . . . . . . . . . . . . . . . . . 1  NON . . . . . . . . . . . . . . . . . . . 2 | |
| 02 | STÉRILISATION MASCULINE Les hommes peuvent subir une opération pour éviter d'avoir d'autres enfants | OUI . . . . . . . . . . . . . . 1  NON . . . . . . . . . . . . . . 2 | Avez-vous eu un partenaire qui avait eu une opération pour éviter d'avoir d'autres enfants ?  OUI . . . . . . . . . . . . . . . . . . . 1  NON . . . . . . . . . . . . . . . . . . . 2 | |
| 03 | PILULE Les femmes peuvent prendre une pilule chaque jour pour éviter de tomber enceinte. | OUI . . . . . . . . . . . . . . 1  NON . . . . . . . . . . . . . . 2 | OUI . . . . . . . . . . . . . . . . . . . 1  NON . . . . . . . . . . . . . . . . . . . 2 | |
| 04 | DIU Les femmes peuvent avoir un stérilet que le médecin,  la sage-femme ou l'infirmier/ière leur place à l'intérieur de l'utérus | OUI . . . . . . . . . . . . . . 1  NON . . . . . . . . . . . . . . 2 | OUI . . . . . . . . . . . . . . . . . . . 1  NON . . . . . . . . . . . . . . . . . . . 2 | |
| 05 | INJECTIONS Les femmes peuvent avoir une injection faite par du personnel de santé pour éviter de tomber enceinte pendant un mois ou plus. | OUI . . . . . . . . . . . . . . 1  NON . . . . . . . . . . . . . . 2 | OUI . . . . . . . . . . . . . . . . . . . 1  NON . . . . . . . . . . . . . . . . . . . 2 | |
| 06 | IMPLANTS Les femmes peuvent se faire insérer sous la peau de la partie supérieure du bras plusieurs petits bâtonnets qui les empêche de tomber enceinte pendant une année ou plus | OUI . . . . . . . . . . . . . . 1  NON . . . . . . . . . . . . . . 2 | OUI . . . . . . . . . . . . . . . . . . . 1  NON . . . . . . . . . . . . . . . . . . . 2 | |
| 07 | CONDOM Les hommes peuvent se mettre une capote en caoutchouc au pénis pendant les rapports sexuels | OUI . . . . . . . . . . . . . . 1  NON . . . . . . . . . . . . . . 2 | OUI . . . . . . . . . . . . . . . . . . . 1  NON . . . . . . . . . . . . . . . . . . . 2 | |
| 08 | CONDOM FÉMININ Les femmes peuvent se placer un caoutchouc dans leur vagin avant les rapports sexuels | OUI . . . . . . . . . . . . . . 1  NON . . . . . . . . . . . . . . 2 | OUI . . . . . . . . . . . . . . . . . . . 1  NON . . . . . . . . . . . . . . . . . . . 2 | |
| 09 | DIAPHRAGME Les femmes peuvent se placer un diaphragme dans leur vagin avant les rapports sexuels | OUI . . . . . . . . . . . . . . 1  NON . . . . . . . . . . . . . . 2 | OUI . . . . . . . . . . . . . . . . . . . 1  NON . . . . . . . . . . . . . . . . . . . 2 | |
| 10 | MOUSSE OU GELÉE Les femmes peuvent s'insérer un ovule comprimé, se mettre de la gelée ou de la crème dans leur vagin avan les rapports sexuels. | OUI . . . . . . . . . . . . . . 1  NON . . . . . . . . . . . . . . 2 | OUI . . . . . . . . . . . . . . . . . . . 1  NON . . . . . . . . . . . . . . . . . . . 2 | |
| 11 | MÉTHODE DE L'ALLAITEMENT MATERNEL ET DE L'AMÉNORRHÉE (MAMA) Jusqu'à 6 mois après une naissance,  une femme peut utiliser une méthode qui nécessite d'allaiter souvent, jour et nuit, et que ses règles ne soient pas revenues | OUI . . . . . . . . . . . . . . 1  NON . . . . . . . . . . . . . . 2 | OUI . . . . . . . . . . . . . . . . . . . 1  NON . . . . . . . . . . . . . . . . . . . 2 | |
| 11a | COLLIER Une méthode qui consiste à déplacer l'anneau chaque jour d'une perle à l'autre, ceci à compter du 1er jour des règles (perle rouge) | OUI . . . . . . . . . . . . . . 1  NON . . . . . . . . . . . . . . 2 | OUI . . . . . . . . . . . . . . . . . . . 1  NON . . . . . . . . . . . . . . . . . . . 2 | |
| 12 | RHYTHME/CONTINENCE PÉRIODIQUE Chaque mois qu'une femme est sexuellement active, elle peut éviter une grossesse en évitant les rapports sexuels les jours du mois où elle a plus de chances de tomber enceinte | OUI . . . . . . . . . . . . . . 1  NON . . . . . . . . . . . . . . 2 | OUI . . . . . . . . . . . . . . . . . . . 1  NON . . . . . . . . . . . . . . . . . . . 2 | |
| 13 | RETRAIT Les hommes peuvent faire attention et se retirer avant l'éjaculation. | OUI . . . . . . . . . . . . . . 1  NON . . . . . . . . . . . . . . 2 | OUI . . . . . . . . . . . . . . . . . . . 1  NON . . . . . . . . . . . . . . . . . . . 2 | |
| 14 | PILULE DU LENDEMAIN Les femmes peuvent prendre des pilules les jours après les rapports sexuels, jusqu’au troisième jour après, pour éviter de tomber enceinte. | OUI . . . . . . . . . . . . . . 1  NON . . . . . . . . . . . . . . 2 | OUI . . . . . . . . . . . . . . . . . . . 1  NON . . . . . . . . . . . . . . . . . . . 2 | |
| 15 | Avez-vous entendu parler d'autres moyens ou méthodes que les femmes ou les hommes peuvent utiliser pour éviter une grossesse | OUI . . . . . . . . . . . . . . 1 (PRÉCISER)  (PRÉCISER) NON . . . . . . . . . . . . . . 2 | OUI . . . . . . . . . . . . . . . . . . . 1  NON . . . . . . . . . . . . . . . . . . . 2  OUI . . . . . . . . . . . . . . . . . . . 1  NON . . . . . . . . . . . . . . . . . . . 2 | |
| 303 | VÉRIFIER 302 :  PAS UN SEUL AU MOINS UN "OUI" "OUI"  (N'A JAMAIS UTILISÉ (A DÉJÀ UTILISÉ) | | | 307 |

**390**

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| NO. | QUESTIONS ET FILTRES | CODES | ALLER À |
| 304 | Avez-vous déjà utilisé un moyen quelconque ou essayé quelque chose pour retarder une grossesse ou éviter de tomber enceinte ? | OUI . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . 1  NON . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . 2 | 329 |
| 306 | Qu' avez-vous fait ou utilisé ?  CORRIGER 302 ET 303 (ET 301 SI NÉCESSAIRE). |  |  |
| 307 | Maintenant, je voudrais vous poser des questions sur le 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 en ce moment-là ? SI AUCUN, ENREGISTRER '00'. | NOMBRE D'ENFANTS . . . . . . |  |
| 308 | VÉRIFIER 302 :  FEMME NON FEMME STÉRILISÉE STÉRILISÉE | | 311A |
| 309 | VÉRIFIER 226 :  NON ENCEINTE ENCEINTE OU PAS SÛRE | | 329 |
| 310 | En ce moment, faites-vous quelque chose ou utilisez-vous une méthode pour éviter de tomber enceinte ? | OUI . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . 1  NON . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . 2 | 329 |
| 311  311A | Quelle méthode utilisez-vous ?  SI PLUS D'UNE MÉTHODE MENTIONNÉE, SUIVRE LES INSTRUCTIONS DE PASSAGE CORRESPONDANT À LA PREMIÈRE MÉTHODE DE LA LISTE  ENCERCLER 'A' POUR LA STÉRILISATION FÉMININE. SI PLUS D'UNE METHODE MENTIONNEE, SUIVEZ LES  INSTRUCTIONS DE PASSAGE CORRESPONDANT A LA  PREMIERE METHODE DE LA LISTE. | STÉRILISATION FÉMININE . . . . . . . . . . A STÉRILISATION MASCULINE . . . . . . . . B PILULE . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . C DIU . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . .D INJECTIONS . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . E IMPLANTS . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . F CONDOM . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . G CONDOM FÉMININ . . . . . . . . . . . . . . . . . H DIAPHRAGME . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . I MOUSSE/GELÉE . . . . . . . . . . . . . . . . . . . J MAMA . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . K CONTINENCE PÉRIODIQU . . . . . . . . . . L RETRAIT . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . M COLLIER ……………………………….. N  AUTRE X (PRÉCISER) | 313  316A |
| 312 | Pourquoi utilisez-vous la pilule plutôt qu'une autre méthode ? | GRATUITE . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . 01  COÛT/MOINS CHER ………………… 02  PLUS DISPONIBLE . . . . . . . . . . . . . . . . . 03  M'A ÉTÉ PRESCRITE ……………….. 04  PLUS EFFICACE . . . . . . . . . . . . . . . . . . . 05  PAS EFFETS SECONDAIRES . . . . . . . . 06  ÇA ME CONVIENT . . . . . . . . . . . . . . . . . 07  SEULE METHODE CONNU . . . . . . . . . . 08  MÉTHODE RÉVERSIBLE . . . . . . . . . . . . 09  M'A ÉTÉ CONSEILLÉE . . . . . . . . . . . . 10  AUTRE 96 (PRECISER) |  |
| 312A | Puis-je voir la boîte de pilules que vous utilisez en ce moment ?  SI LE PAQUET EST MONTRÉ, ENCERCLER LE CODE CORRESPONDANT | HARMONIE …………………………. 01  DUOFEM …………………………. 02  MICROGYNON …………………………. 03  EUGYNON . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . 04  LO-FEMENAL …………………………. 05  CONFIANCE …………………………. 06  MINIDRIL …………………………. 07  STEDIRIL …………………………. 08  AUTRE 96 (PRECISER)  BOITE NON VUE . . . . . . . . . . . . . . . . . . . 98 | 312C |

**391**

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| NO. | QUESTIONS ET FILTRES | CODES | ALLER À |
| 312B | Quel est le nom de la marque des pilules que vous utilisez en ce moment ? | HARMONIE …………………………. 01  DUOFEM …………………………. 02  MICROGYNON…………………………. 03  EUGYNON . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . 04  LO-FEMENAL …………………………. 05  CONFIANCE …………………………. 06  MINIDRIL …………………………. 07  STEDIRIL …………………………. 08  AUTRE 96 (PRECISER)  NSP . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . .98 |  |
| 312C | Combien vous coûte une boîte (cycle) des pilules ?  **DEMANDER Á L'ENQUÊTÉ S'IL S'AGIT D'UNE BOÎTE D'UN CYCLE OU DE TROIS CYCLES ET INCRIRE LE COUT CORRESPONDANT** | COÛT 1 CYCLE . 1  COÛT 3 CYCLES . 2  GRATUIT . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . 9996  NSP . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . 9998 | 316A |
| 313 | Où a eu lieu la stérilisation ?  S'IL S'AGIT D'UN HÔPITAL, D'UN CENTRE DE SANTÉ OU D'UNE CLINIQUE, ÉCRIRE LE NOM DE L'ÉTABLISSEMENT. INSISTER POUR DÉTERMINER LE TYPE DE SECTEUR ET ENCERCLER LE CODE APPROPRIÉ.  (NOM DE L'ÉTABLISSEMENT)  SI LES CODES "A" ET "B" SONT ENCERCLES A 311, POSER  313-316 SUR LA STERILISATION FEMININE SEULEMENT | SECTEUR PUBLIC  HÔPITAL DU GOUVERNEMENT …. 11  CENTRE DE SANTÉ DU GOUV. …. 12  CENTRE DE PF . . . . . . . . . . . . . . . . .13  CENTRE SOCIAL ……………. . . . 14  AUTRE PUBLIC 16 (PRÉCISER)  SECTEUR MÉDICAL PRIVÉ HÔPITAL/CLINIQUE/PRIVE . . . 21  HOPITAL CONFESS. . . . . . . . . . . 22  ABPF …………………………… 24  CABINET MEDICAL ……………… 25  AUTRE PRIVÉ  MÉDICAL 27 (PRÉCISER)  AUTRE 96 (PRÉCISER)  NE SAIT PAS . . . . . . . . . . . . . . . . . . . 98 |  |
| 314 | VÉRIFIER 311 :  CODE 'A' CODE 'A' ENCERCLÉ NON ENCERCLÉ  Avant votre stérilisation, vous Avant la stérilisation, a-t-on dit a-t-on dit qu'à cause de cette à votre mari/partenaire qu'a opération vous ne pourriez cause de l'opération il ne  pas avoir d'(autres) enfants ? pourrait pas avoir d'(autres)  enfants ? | OUI . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . 1  NON . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . 2  NSP . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . 8 |  |
| 316  316A | En quel mois et en quelle année la stérilisation a-t-elle été effectuée ?  Depuis quand, avez-vous commencé à utiliser (1ère MÉTHODE DE Q.311) de façon continue ?  INSISTER : En quel mois et en quelle année avez-vous  commencé à utiliser (1ère MÉTHODE DE Q.311) de façon continue? | MOIS . . . . . . . . . . . . . . . . . . . ANNÉE. . . . . . . . . . |  |
| 316B | VÉRIFIER 316/316A, 215 ET 230 :  IL Y A EU À 215 UNE NAISSANCE OU À 230 UNE GROSSESSE TERMINEÉ PAR UNE FAUSSE-COUCHE,  UN AVORTEMENT OU UN MORT-NÉ APRÈS LE MOIS ET L'ANNEÉ OUI NON DU DÉBUT DE L'UTILISATION DE LA CONTRACEPTION À 316/316A  SI OUI : RETOURNER À 316/316A POUR CORRIGER, INSISTER POUR ENREGISTRER LE MOIS ET L'ANNEÉ AU DÉBUT DE L'UTILISATION CONTINUE DE LA MÉTHODE ACTUELLE (DATE DOIT ÊTRE APRÈS CELLE DE LA DERNIÈRE NAISSANCE OU DERNIÈRE GROSSESSE). | |  |

**392**

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
|  | |  |  |
|  |  |  |  |

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| NO. | QUESTIONS ET FILTRES | CODES | ALLER À |
| 317 | VÉRIFIER 316/316A :  L'ANNÉE EST 2001 L'ANNÉE EST 2000  OU PLUS TARD OU AVANT | | 327 |
| 319 | VÉRIFIER 311/311A :  ENCERCLER LE CODE DE LA MÉTHODE :  SI PLUS D'UN CODE ENCERCLÉ À 311/311A, ENCERCLER  LE CODE POUR LA PREMIÈRE DES MÉTHODES ENCERCLÉES À 311/311A. | STÉRILISATION FÉMININE . . . . . . . . 01  STÉRILISATION MASCULINE . . . . . . 02  PILULE. . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . 03  DIU . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . 04  INJECTIONS. . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . 05  IMPLANTS . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . 06  CONDOM . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . 07  CONDOM FÉMININ . . . . . . . . . . . . . . 08  DIAPHRAGME . . . . . . . . . . . . . . . . . . . 09  MOUSSE/GELÉE . . . . . . . . . . . . . . . . . 10  MAMA . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . 11  CONTINENCE PÉRIODIQU . . . . . . . . 12  RETRAIT . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . 13  COLLIER . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . 14  AUTRE MÉTHODE . . . . . . . . . . . . . . 96 | 322  331  320A  329  329  329 |
| 320  320A | Où avez-vous obtenu (MÉTHODE ACTUELLE) quand vous avez commencé à l'utiliser ?  Où avez-vous appris à utiliser la méthode de l'allaitement maternel et de l'aménorrhée (MAMA) ?  SI LA SOURCE EST L'HÔPITAL, UN CENTRE DE SANTÉ OU UNE CLINIQUE, ÉCRIRE LE NOM DE L'ÉTABLISSEMENT. INSISTER POUR DÉTERMINER LE TYPE DE SECTEUR ET ENCERCLER LE CODE APPROPRIÉ.  (NOM DE L'ÉTABLISSEMENT) | **SECTEUR PUBLIC**  HÔPITAL GOUV. . . . . . . . . . . . . . . 11  CENTRE SANTÉ GOUV. . . . . . . . . . . 12  CENTRE DE PF … 13  AGENT DE TERRAIN . . . . . . . . . . 14  CENTRE SOCIAL . . . . . . . . . . 15  AGENT DE SANTE STRAT AV …. 16  AGENT DE SANTE/RELAI COM . . . 17  DISTRIBUTEUR AUTOMATIQUE . 18  AUTRE PUBLIC 19  (PRÉCISER)  **SECTEUR MÉDICAL PRIVÉ**  HÔPITAL/CLINIQUE/PRIVE …….. 21  HOPITAL CONFESSIONNE . . . . . . 22  PHARMACIE . . . . . . . . . . . . . . . . . 23  ABPF …….. . . . . . . . . . . . . . . . . .24  CABINET MEDICAL . . . . . . . . . . 25  AGENT SANTÉ (ONG) ……… 26  AUTRE MEDICAL PRIVÉ 27 (PRÉCISER)  **AUTRE SOURCE**  BOUTIQUE/MARCHE …………… 31  ÉGLISE/MOSQUEE ……………… 32  PARENTS/AMIS . . . . . . . . . . . . . . 33  BAR/BUVETTE ………………… 34  AUTRE 96 (PRÉCISER)  NSP ………………………………………98 | 328 |
| 321 | VÉRIFIER 311/311A :  ENCERCLER LE CODE DE LA MÉTHODE :  SI PLUS D'UN CODE ENCERCLÉ POUR UNE MÉTHODE À  311/311A, ENCERCLER LE CODE POUR LA PREMIÈRE DES MÉTHODES ENCERCLÉES À 311/311A. | PILULE. . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . 03  DIU . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . 04  INJECTIONS. . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . 05  IMPLANTS . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . 06  CONDOM . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . 07  CONDOM FÉMININ . . . . . . . . . . . . . . 08  DIAPHRAGME . . . . . . . . . . . . . . . . . . . 09  MOUSSE/GELÉE . . . . . . . . . . . . . . . . . 10  MAMA . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . 11  COLLIER . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . 12 | 328  325  325  325  325  325 |
| 322 | Vous avez obtenu votre (MÉTHODE ACTUELLE) à (SOURCE DE LA MÉTHODE AUX Q. 313 OU 320).  À ce moment-là, vous-a -t-on parlé d'effets secondaires ou de problèmes qui pourraient survenir à cause de l'utilisation de la méthode ? | OUI . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . 1  NON . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . 2 | 324 |

**393**

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| NO. | QUESTIONS ET FILTRES | CODES | ALLER À |
| 323 | Avez-vous jamais été informée par le personnel de la santé ou un agent de la planification familiale d'effets secondaires ou de problèmes qui pourraient survenir à cause de l'utilisation de  la méthode ? | OUI . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . 1  NON . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . 2 | 325 |
| 324 | Vous a-t-on dit ce que vous deviez faire si vous ressentiez des effets secondaires ou si vous aviez des problèmes ? | OUI . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . 1  NON . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . 2 |  |
| 325 | VÉRIFIER 322 :  CODE '1' CODE '1' ENCERCLÉ NON ENCERCLÉ  À ce moment-là, vous-a t-on Au début, vous avez obtenu parlé d'autres méthodes de (MÉTHODE ACTUELLE) à planification familiale que vous (SOURCE DE LA MÉTHODE pouviez utiliser ? AUX Q. 313 OU 320).  À ce moment-là, vous-a-t-on parlé d'autres méthodes de planification familiale que vous pouviez utiliser ? | OUI . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . 1  NON . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . 2 | 327 |
| 326 | Vous a-t-il jamais été dit par le personnel de la santé ou un agent de la planification familiale que vous pouviez utiliser d'autres méthodes de contraception ? | OUI . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . 1  NON . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . 2 |  |
| 327 | VÉRIFIER 311/311A :  ENCERCLER LE CODE DE LA MÉTHODE : | STÉRILISATION FÉMININE . . . . . . . . . . 01  STÉRILISATION MASCULINE . . . . . . . . 02  PILULE. . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . .03  DIU . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . 0. 4  INJECTIONS . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . .05  IMPLANTS . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . .06  CONDOM . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . .07  CONDOM FÉMININ . . . . . . . . . . . . . . . . .08  DIAPHRAGME . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . .09  MOUSSE/GELÉE . . . . . . . . . . . . . . . . . . .10  MAMA . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . .11  CONTINENCE PÉRIODIQU . . . . . . . . . . 12  RETRAIT . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . .13  COLLIER . . . . . . . . . . . . . . 14  AUTRE MÉTHODE . . . . . . . . . . . . . . 96 | 331  331  330A  329  329  329 |
| 328 | Où avez-vous obtenu (MÉTHODE ACTUELLE)  la dernière fois ?  S'IL S'AGIT D'UN 'HÔPITAL, D'UN CENTRE DE SANTÉ OU D'UNE CLINIQUE, ÉCRIRE LE NOM DE L'ÉTABLISSEMENT. INSISTER POUR DÉTERMINER LE TYPE DE SECTEUR ET ENCERCLER LE CODE APPROPRIÉ.  (NOM DE L'ÉTABLISSEMENT) | **SECTEUR PUBLIC**  HÔPITAL GOUV. . . . . . . . . . . . . . . 11  CENTRE SANTÉ GOUV. . . . . . . . . . . 12  CENTRE DE PF … 13  AGENT DE TERRAIN . . . . . . . . . . 14  CENTRE SOCIAL . . . . . . . . . . 15  AGENT DE SANTE STRAT AV …. 16  AGENT DE SANTE/RELAI COM . . . 17  DISTRIBUTEUR AUTOMATIQUE . 18  AUTRE PUBLIC 19  (PRÉCISER)  **SECTEUR MÉDICAL PRIVÉ**  HÔPITAL/CLINIQUE/PRIVE …… 21  HOPITAL CONFESSIONNE . . . . . . 22  PHARMACIE . . . . . . . . . . . . . . . . . 23  ABPF . . . . . . . . . . . . . . . . .24  CABINET MEDICAL . . . . . . . . . . 25  AGENT SANTÉ (ONG) ……… 26  AUTRE MEDICAL PRIVÉ 27 (PRÉCISER)  **AUTRE SOURCE**  BOUTIQUE/MARCHE ……………. 31  ÉGLISE/MOSQUEE ………………. 32  PARENTS/AMIS . . . . . . . . . . . . . . 33  BAR/BUVETTE ………………… 34  AUTRE 96 (PRÉCISER) | 331 |

**394**

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| NO. | QUESTIONS ET FILTRES | CODES | ALLER À |
| 329 | Connaissez-vous un endroit où vous pouvez vous procurer une méthode de planification familiale ? | OUI . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . 1  NON . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . 2 | 331 |
| 330  330A | Quel est cet endroit ?  Où avez-vous appris à utiliser la méthode de l'allaitement maternel et de l'aménorrhée (MAMA) ?  S'IL S'AGIT D'UN HÔPITAL, D'UN CENTRE DE SANTÉ OU D'UNE CLINIQUE, ÉCRIRE LE NOM DE L'ÉTABLISSEMENT. INSISTER POUR DÉTERMINER LE TYPE DE SECTEUR ET ENCERCLER LE CODE APPROPRIÉ.  (NOM DE L'ÉTABLISSEMENT) Aucun autre endroit ?  ENREGISTRER TOUT CE QUI EST MENTIONNE. | **SECTEUR PUBLIC**  HÔPITAL GOUV. . . . . . . . . . . . . . . A CENTRE SANTÉ GOUV. . . . . . . . . . . B CLINIQUE PLANNING FAMILIAL … C AGENT DE TERRAIN . . . . . . . . . . D CENTRE SOCIAL . . . . . . . . . . E AGENT DE SANTE STRAT AV . . . F AGENT DE SANTE/RELAI COM . . . G DISTRIBUTEUR AUTOMATIQUE .. . H AUTRE PUBLIC I  (PRÉCISER)  **SECTEUR MÉDICAL PRIVÉ** HÔPITAL/CLINIQUE/PRIVE J HOPITAL CONFESSIONNE . . . . . . K PHARMACIE . . . . . . . . . . . . . . . . . L ABPF . . . . . . . . . . . . . . . . .M CABINET MEDICAL . . . . . . . . . . N AGENT SANTÉ (ONG) …………… O  AUTRE MEDICAL PRIVÉ P (PRÉCISER)  **AUTRE SOURCE**  BOUTIQUE/MARCHE ……………. Q ÉGLISE/MOSQUEE ……………… R PARENTS/AMIS . . . . . . . . . . . . . . S BAR/BUVETTE …………………. T  AUTRE X (PRÉCISER) |  |
| 331 | Au cours des 12 derniers mois, avez-vous reçu la visite d'un agent de terrain qui vous a parlé de planification familiale ? | OUI . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . 1  NON . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . 2 |  |
| 332 | Au cours des 12 derniers mois, êtes-vous allée dans un centre de santé pour recevoir des soins pour vous (ou pour vos enfants) ? | OUI . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . 1  NON . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . 2 | 401 |
| 333 | Est-ce qu’un membre du personnel du centre de santé vous a parlé de méthodes de planification familiale ? | OUI . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . 1  NON . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . 2 |  |

**395**

SECTION 4A. GROSSESSE, SOINS POSTNATALS ET ALLAITEMENT

|  |  |
| --- | --- |
|  |  |
|  |  |

|  |  |
| --- | --- |
|  |  |
|  |  |

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 401 VÉRIFIER 224 :  UNE OU PLUSIEURS PAS DE NAISSANCES NAISSANCE EN 2001 EN 2001  OU PLUS TARD OU PLUS TARD | | | | | 487 |
| 402 | INSCRIRE LE NUMÉRO DE LIGNE, LE NOM ET L'ÉTAT DE SURVIE DE CHAQUE NAISSANCE EN 2001 OU PLUS TARD. POSER LES QUESTIONS POUR TOUTES CES NAISSANCES. COMMENCER PAR LA DERNIÈRE NAISSANCE.  (S'IL Y A PLUS DE 3 NAISSANCES, UTILISER L'AVANT DERNIÈRE COLONNE DES QUESTIONNAIRES SUPPLÉMENTAIRES).  Maintenant, je voudrais vous poser des questions sur la santé de tous vos enfants nés dans les 5 dernières années. (Nous parlerons d'un enfant à la fois) | | | | |
| 403 | NUMÉRO DE LIGNE DE Q 212 | DERNIÈRE NAISSANCE  NUMÉRO DE LIGNE | AVANT-DERNIÈRE NAISS  NUMÉRO DE LIGNE | AVANT-AVANT- DERNIÈRE NAISSANCE  NUMÉRO DE LIGNE | |
| 404 | SELON Q. 212 ET Q. 216 | NOM VIVANT MORT | NOM VIVANT MORT | NOM VIVANT MORT | |
| 405 | Au moment où vous êtes tombée enceinte de (NOM), vouliez-vous tomber enceinte à ce moment-là, vouliez-vous attendre plus tard, ou vouliez-vous ne plus avoir d'enfant du tout ? | À CE MOMENT . . . . . 1 (PASSER À 407)  PLUS TARD . . . . . . 2  NE VOULAIT PLUS . . . 3 (PASSER À 407) | À CE MOMENT . . . 1 (PASSER À 423)  PLUS TARD . . . . . . 2  NE VOULAIT PLUS 3 (PASSER À 423) | À CE MOMENT . . . 1 (PASSER À 423)  PLUS TARD . . . . . 2  NE VOULAIT PLUS 3 (PASSER À 423) | |
| 406 | Combien de temps auriez-vous souhaité attendre ? | MOIS . . . . . 1  ANNÉES . . . . .  NE SAIT PAS . . . . . 998 | MOIS …… 1  ANNÉES . 2  NE SAIT PAS . . . . 998 | MOIS . 1  ANNÉES . 2  NE SAIT PAS . . . 998 | |
| 407 | Pour cette grossesse, avez-vous reçu des soins prénatals ? **(2)**  SI OUI : Qui avez-vous consulté ?  Quelqu'un d'autre ?  INSISTER POUR OBTENIR LE TYPE DE PERSONNE ET ENREGISTRER TOUTES LES PERSONNES VUES. | **PROFS DE LA SANTÉ** MÉDECIN . . . . . . A INFIRMIÈRE/  SAGE-FEMME . . . B AIDE SOIGNANTE/ ASSISTANCE ACCOUCHEUSE. . . C  **AUTRE PERSONNE**  ACCOUCHEUSE  TRAD. . . . . . . . . D AUTRE X  (PRÉCISER) PERSONNE . . . . . Y  (PASSER À 415) |  | | |
| 408 | De combien de mois étiez-vous enceinte lors de votre première consultation prénatale ? | MOIS . . . . .  NE SAIT PAS . . . 98 |
| 409 | Combien de fois avez-vous été en consultation durant cette grossesse ? | NOMBRE  DE FOIS . . .  NE SAIT PAS . . . . . . 98 |
| 410 | VÉRIFIER 409 :  NOMBRE DE CONSULTATIONS PRÉNATALES REÇUES | UNE PLUS D'UNE FOIS FOIS OU NSP  (PASSER À 412) |
| 411 | De combien de mois étiez-vous enceinte la dernière fois que vous avez reçu des soins prénatals ? | MOIS . . . . . . . . .  NE SAIT PAS . . . . . . . . . 98 |

**396**

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
|  |  | DERNIÈRE NAISSANCE  NOM | AVANT-DERNIÈRE NAISS  NOM | AVANT-AVANT- DERNIÈRE NAISSANCE  NOM |
| 412 | Durant cette grossesse, avez-vous eu les examens suivants, au mkoins une fois?  Avez-vous été pesée ? Vous-a-t-on mesurée ?  Vous-a-t-on pris la tension ?  Avez-vous donné un peu d'urine? Avez-vous été palpée à l'abdomen? Vous a-t-on prélevé du sang ?  Vous-a-t-on fait une Echographie? Vous-a-t-on donné des conseils nutritionnels? | OUI NON POIDS . . . . 1 2  TAILLE . . . . 1 2  TENSION . . . . 1 2  URINE . . . . 1 2  PALPATION . . . . 1 2  SANG . . . . 1 2  ECHOGRAPH . . . . 1 2  CONSEILS NU. . . . 1 2 |  | |
| 413 | Vous-a-t-on parlé des signes de complications de la grossesse ? | OUI . . . . . . . . . . . . . . . . 1  NON . . . . . . . . . . . . . . . . 2 (PASSER À 415)  NE SAIT PAS . . . . . . 8 |
| 414 | Vous-a-t-on dit où aller si vous aviez ces complications ? | OUI . . . . . . . . . . . . . . . . 1  NON . . . . . . . . . . . . . . . . 2  NE SAIT PAS . . . . . . . . . . 8 |
| 415 | Durant cette grossesse,  vous-a-t-on fait une injection dans le bras pour éviter au bébé d'avoir le tétanos,  c'est-à-dire des convulsions/  attaque après la naissance ? | OUI . . . . . . . . . . . . . . . . 1  NON . . . . . . . . . . . . 2 (PASSER A 416A)  NE SAIT PAS . . . . . . 8 |
| 416 | Durant cette grossesse, combien de fois avez-vous eu cette injection ? | NBRE DE FOI . . . . 417  NE SAIT PAS . . . . 8 |
| 416A | A n'importe quel moment avant cette grossesse, avez-vous reçu une injection contre le tétanos ? | OUI . . . . . . . . . . . . . . . . 1  NON . . . . . . . . . . . . . . . . 2 (PASSER À 417)  NE SAIT PAS . . . . . . 8 |
| 416B | Combien d'injections contre le tétanos avez-vous reçues avant cette grossesse ?  INSISTER POUR AVOIR UNE RÉPONSE | NBRE D'INJECT ..  NE SAIT PAS . . . . . . . . . . 98 (PASSER A 417) |
| 416C | A quand remonte la dernière injection?  SI MOINS D'1 AN, METTRE 00 | NBRE D'ANNEES  NE SAIT PAS . . . . . . . . . . 98 |
| 417 | Durant cette grossesse,  vous-a-t-on donné ou avez-vous acheté des comprimés de fer, ou des ampoules contenant du fer ?  MONTRER COMPRIMÉS/AMPOULES | OUI . . . . . . . . . . . . . . . . 1  NON . . . . . . . . . . . . 2 (PASSER À 419)  NE SAIT PAS . . . . . . . . . . 8 |
| 418 | Durant toute la grossesse, pendant combien de jours avez- vous pris du fer, en comprimés ou en ampoules ? | NO. DE JOURS  NE SAIT PAS . . . . . . . . . . 998 |
| SI LA RÉPONSE N'EST PAS NUMÉRIQUE | |
| INSISTER POUR OBTENIR UN NOMBRE APPROXIMATIF DE JOURS. |  |
| 419 | Durant cette grossesse, avez- vous eu des difficultés pour voir à la lumière du jour ? | OUI . . . . . . . . . . . . . . . . 1  NON . . . . . . . . . . . . . . . . 2  NE SAIT PAS . . . . . . . . . . 8 |
| 420 | Durant cette grossesse, avez- vous souffert de cécité  crépusculaire [UTILISER NOM LOCAL]? | OUI . . . . . . . . . . . . . . . . 1  NON . . . . . . . . . . . . . . . . 2  NE SAIT PAS . . . . . . . . . . 8 |

**397**

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
|  |  | DERNIÈRE NAISSANCE  NOM | AVANT-DERNIÈRE NAISS  NOM | AVANT-AVANT- DERNIÈRE NAISSANCE  NOM |
| 421 | Durant cette grossesse, avez- vous pris des médicaments pour éviter le paludisme ? | OUI . . . . . . . . . . . . . . . . 1  NON . . . . . . . . . . . . . . . . 2 (PASSER À 422I)  NE SAIT PAS . . . . . . . . . . 8 |  | |
| 422 | Quel était ce médicament ?  ENREGISTRER TOUT CE QUI  EST MENTIONNÉ. SI LE TYPE DE MÉDICAMENT NE PEUT ÊTRE DÉTERMINÉ, MONTRER DES ANTIPALUDIQUES TYPIQUES À L’ENQUÊTÉE.(FANSIDAR NOTAM.) | FANSIDAR/SP . . . . . . . A CHLORO./NIVAQUINE . . . B QUININE . . . . . . . . . . . . . . C MÉDICAMENT  INCONNU . . . . . . . . . . Z  AUTRE X (PRÉCISER) |  | |
| 422A | VERIFIER 422 :  TYPE DE MEDICAMENT PRIS PENDANT LA GROSSESSE POUR ÉVITER LE PALUDISME | CODE “A" CODE “A" NON- ENCERCLÉ ENCERCLÉ  (PASSER À 422F) |  | |
| 422B | Combien de fois avez-vous pris le médicament FANSIDAR pendant cette grossesse ? | NBRE DE FOIS ... |  | |
| 422C | VERIFIER 407 :  SOINS PRÉNATALS PENDANT CETTE GROSSESSE | CODE “A" CODE “A" NON- ENCERCLÉ ENCERCLÉ  (PASSER À 422F) |  | |
| 422D | Quand vous étiez enceinte de (NOM), avez-vous obtenu le médicament FANSIDAR au cours d’une visite prénatale, au cours d’une autre visite dans une formation sanitaire, ou auprès d’une autre source ? | VISITE PRÉNATALE. . . . . 1  AUTRE VISITE. . . . . . . . . . 2  AUTRE SOURCE  6 (PRÉCISER) |  | |
| 422E | Avez-vous pris deux fois 3 comprimés de FANSIDAR à 1 mois d'intervalle pendant cette grossesse?  INSISTER SUR DEUX FOIS et 1 MOIS D'INTERVALLE. IMPORTANT DE MONTRER LE FANSIDAR | OUI, DEVANT AGT DE SANTÉ 1  OUI, À LA MAISON . . . . . . . 2  AUTRE 3 (PRÉCISER)  NON . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . 4  NSP . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . 8 |
| 422F | VERIFIER 422 :  TYPE DE MEDICAMENT PRIS PENDANT LA GROSSESSE POUR ÉVITER LE PALUDISME (CHLOROQUINE / NIVAQUINE) | CODE “B" CODE “B" NON ENCERCLÉ ENCERCLÉ  (PASSER À  422I) |
| 422G | Avez-vous commencé par prendre 15 comprimés de chloroquine/nivaquine en 3 jours? | OUI . . . . . . . . . . . . . . . . . . . 1  NON . . . . . . . . . . . . . . . . . . . 2 (PASSER A 422I) |
| 422H | Avez-vous ensuite pris trois comprimés de chloroquine/ nivaquine par semaine jusqu'à l’accouchement ? | OUI . . . . . . . . . . . . . . . . . . . 1  NON . . . . . . . . . . . . . . . . . . . 2 |
| 422I | Durant cette grossesse, dormiez-vous sous une moustiquaire toutes les nuits, la plupart des nuit, rarement ou jamais? | TOUTES LES NUITS. . . . . . . . . 1  LA PLUPART DES NUITS . . . 2  RAREMENT. . . . . . . . . . . . . . . 3  JAMAIS . . . . . . . . . . . . . . . . . 4 (PASSER A 422K) |
| 422J | Durant cette grossesse, dormiez-vous sous moustiquaire imprégnée d'insecticide? | OU . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . 1  NON . . . . . 2  NE SAIT PAS 8 |

**398**







|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
|  |  | DERNIÈRE NAISSANCE  NOM | AVANT-DERNIÈRE NAISS  NOM | AVANT-AVANT- DERNIÈRE NAISSANCE  NOM |
| 422K | Quels autres moyens de protection contre le paludisme connaissez-vous? | FENETRE GRILLAGÉE. . . A INFUSION/DÉCOCTIO . . . B MOSQUITO (SERPENT.) . C BOMBE INSTECTICID . . . D  AUTRE X (PRÉCISER) |  | |
| 423 | Quand (NOM) est née, était-il/elle : Très gros, plus gros que la moyenne, moyen, plus petit que la moyenne, ou très petit ? | TRES GROS . . . . . . . . . . 1  PLUS GROS QUE LA MOYENNE. . . . . . . . . . 2  MOYEN . . . . . . . . . . . . . . 3  PLUS PETIT QUE LA MOYENNE. . . . . . . . . . 4  TRES PETIT . . . . . . . . . . 5  NE SAIT PAS . . . . . . . . . . 8 | TRES GROS . . . . . . . . 1  PLUS GROS QUE LA MOYENNE . . . . . . 2  MOYEN . . . . . . . . . . . 3  PLUS PETIT QUE LA MOYENNE . . . . . . 4  TRES PETIT . . . . . . . . 5  NE SAIT PAS . . . . . . . . 8 | TRES GROS . . . . . . . 1  PLUS GROS QUE LA MOYENNE . . . . . 2  MOYEN . . . . . . . . . . 3  PLUS PETIT QUE LA MOYENNE . . . . . 4  TRES PETIT . . . . . . . 5  NE SAIT PAS . . . . . . . 8 |
| 424 | (NOM) a-t-il/elle été pesé(e)  à la naissance ? | OUI . . . . . . . . . . . . . . 1  NON . . . . . . . . . . . . . . 2 (PASSER À 426)  NE SAIT PAS . . . . . 8 | OUI . . . . . . . . . . . . . . 1  NON . . . . . . . . . . . . 2 (PASSER À 426)  NE SAIT PAS . . . . . . 8 | OUI . . . . . . . . . . . . . 1  NON . . . . . . . . . . . 2 (PASSER À 426)  NE SAIT PAS . . . . . 8 |
| 425 | Combien (NOM) pesait-il/elle ?  ENREGISTRER LE POIDS PORTÉ SUR LE CARNET DE SANTÉ, SI DISPONIBLE. | GRAMMES DU CARNET  1  GRAMMES DE MÉMOIRE  2  NE SAIT PAS 99998 | GRAMMES DU CARNET  1  GRAMMES DE MÉMOIRE  2  NE SAIT PAS 99998 | GRAMMES DU CARNET  1  GRAMMES DE MÉMOIRE  2  NE SAIT PAS 99998 |
| 426 | Qui vous a assisté pendant l'accouchement de (NOM) ?  Quelqu'un d'autre ?  INSISTER POUR OBTENIR LE TYPE DE PERSONNE. ENREGISTRER TOUTES LES PERSONNES CITÉES.  SI L'ENQUÊTÉE DIT QUE PERSONNE NE L'A ASSISTÉE, INSISTER:  Est-ce qu'une personne adulte était présente à l'accouchement?  SI OUI DEMANDER: Qui était présent? | **PROFESSIONNEL DE SANTÉ** MÉDECIN . . . . . . . . A SAGE-FEMME/  INFIRMIÈRE . . . . . . B AIDE SOIGNANTE. . . . C  **AUTRE PERSONNE** MATRONE . . . . . . . . . D ACCOUCHEUSE  TRAD. . . . . . . . . . E PARENTE/AMIE . . . . F AUTRE X  (PRÉCISER) PERSONNE . . . . . . . . . . . Y | **PROFESSIONNEL DE SANTÉ** MÉDECIN . . . . . . . . . . . A SAGE-FEMME/  INFIRMIÈRE . . . . . . B AIDE SOIGNANTE . . . . C  **AUTRE PERSONNE**  MATRONE . . . . . . . . . D ACCOUCHEUSE  TRAD. . . . . . . . . . E PARENTE/AMIE . . . . F AUTRE X  (PRÉCISER) PERSONNE . . . . . . . . . . . Y | **PROFESSIONNEL DE SANTÉ** MÉDECIN . . . . . . . . . . A SAGE-FEMME/  INFIRMIÈRE . . . . . . B AIDE SOIGNANTE . . . . C  **AUTRE PERSONNE**  MATRONE . . . . . . . . D ACCOUCHEUSE  TRAD. . . . . . . . . E PARENTE/AMIE . . . . F AUTRE X  (PRÉCISER) PERSONNE . . . . . . . . . . Y |
| 427 | Où avez-vous accouché de  (NOM) ?  S'IL S'AGIT D'UN HÔPITAL, D'UN CENTRE DE SANTÉ OU D'UNE CLINIQUE, ÉCRIRE LE NOM DE L'ÉTABLISSEMENT. INSISTER POUR DÉTERMINER LE TYPE DE SECTEUR ET  ENCERCLER LE CODE APPROPRIÉ.  (NOM DE L'ÉTABLISSEMENT)  (NOM DE L'ÉTABLISSEMENT)  (NOM DE L'ÉTABLISSEMENT) | DOMICILE  VOTRE DOMICILE . . . . . . . 11  (PASSER À 429)  AUTRE DOMICILE 12  SECTEUR PUBLIC  HÔPITAL GOUVER. . . . . . . . . . . 21  CENTRE DE SANTE . . . . . . . . . . 22  MATERNITE ISOLEE . . . . . . . . . . 23  UNITE VILLAGEOISE . . . . . . . . . . 24  AUTRE PUBLIC  26  (PRÉCISER)  SECTEUR MÉDICAL PRIVÉ HÔPITAL/CLINIQUE  PRIVÉ . . . . . . . . . . . . 31  HOPITAL CONFESSIONNEL . . . 32  AUTRE PRIVE MEDICAL  36  (PRÉCISER)  AUTRE 96  (PRÉCISER) (PASSER À 429) | DOMICILE  VOTRE DOMICILE . 11  (PASSER À 435)  AUTRE DOMICILE 12  SECTEUR PUBLIC  HÔPITAL GOUVER. . . . 21  CENTRE DE SANTE . . . 22  MATERNITE ISOLEE . . . 23  UNITE VILLAGEOISE . . . . 24  AUTRE PUBLIC  26  (PRÉCISER)  SECTEUR MÉDICAL PRIVÉ HÔPITAL/CLINIQUE  PRIVÉ . . . . . . 31  HOPITAL CONFESSIONNEL 32  AUTRE PRIVE MEDICAL  36  (PRÉCISER) | DOMICILE  VOTRE DOMICILE . 11  (PASSER À 435)  AUTRE DOMICILE 12  SECTEUR PUBLIC  HÔPITAL GOUVER. . . . 21  CENTRE DE SANTE . . . 22  MATERNITE ISOLEE. . . 23  UNITE VILLAGEOIS . . . . 24  AUTRE PUBLIC  26  (PRÉCISER)  SECTEUR MÉDICAL PRIVÉ HÔPITAL/CLINIQUE  PRIVÉ . . . . . 31  HOPITAL CONFESSIONNEL 32  AUTRE PRIVE MEDICAL  36  (PRÉCISER) |
|  | |
| AUTRE 96  (PRÉCISER) (PASSER À 435) | AUTRE 96  (PRÉCISER) (PASSER À 435) |

**399**

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
|  |  |  |  |

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
|  |  |  |  |

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
|  |  |  |  |

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
|  |  |  |  |

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
|  |  | DERNIÈRE NAISSANCE  NOM | AVANT-DERNIÈRE NAISS  NOM | AVANT-AVANT- DERNIÈRE NAISSANCE  NOM |
| 427A | Combien de temps après l'accou- chement de (NOM) êtes-vous restée dans l'établissement?  SI MOINS D'UN JOUR, ENREGISTRER EN HEURES; SI MOINS D'UNE SEMAINE, ENREGISTRER EN JOURS. | HEURES . . . . 1  JOURS . . . . . 2  SEMAINES . . . . 3  NE SAIT PAS . . . . . . . 998 | HEURES 1  JOURS 2  SEMAINES 3  NE SAIT PAS . . . . 998 | HEURES 1  JOURS 2  SEMAINES 3  NE SAIT PAS . . . 998 |
| 428 | Avez-vous accouché de (NOM)  par césarienne ? | OUI . . . . . . . . . . . . . . . . 1  NON . . . . . . . . . . . . . . . . 2 | OUI . . . . . . . . . . . . . . 1 (PASSER À 435)  NON . . . . . . . . . . . . 2 | OUI . . . . . . . . . . . . . 1 (PASSER À 435)  NON . . . . . . . . . . . 2 |
| 428A | Avant de quitter l'établissement, après la naissance de (NOM),  est-ce qu'un membre du personnel médical vous a examinée? | OUI . . . . . . . . . . . . . . . . 1 (PASSER À 433)  NON . . . . . . . . . . . . . . . . 2 |  | |
| 428B | Après avoir quitté l'établissement, après la naissance de (NOM), est-ce qu'un membre du personnel médical, une accoucheuse traditionnelle ou aide soigante vous a examinée ? | OUI . . . . . . . . . . . . . . . . 1 (PASSER À 430)  NON . . . . . . . . . . . . . . . . 2 (PASSER À 433) |
| 429 | Après la naissance de (NOM), est-ce qu'un membre du personnel médical, une accoucheuse traditionnelle ou aide soigante vous a examinée ? | OUI . . . . . . . . . . . . . . . . 1  NON . . . . . . . . . . . . . . . . 2 (PASSER À 433) |
| 430 | Après combien de jours ou de semaines après l'accouchement avez-vous eu votre premier examen de santé ?  ENREGISTRER "00" JOURS SI MÊME JOUR. | JOURS  APRÈS ACC. . . 1  SEMAINES  APRÈS ACC. . . 2  NE SAIT PAS . . . . . . 998 |  | |
| 431 | Qui vous a examinée à ce moment-là ?  INSISTER POUR LA PERSONNE LA PLUS QUALIFIÉE. | **PROFS DE LA SANTÉ**  MÉDECIN . . . . . . . . . . 11  SAGE-FEMME/  INFIRMIÈRE . . . . . . 12  AIDE SOIGNANTE. . . . . . 13  **AUTRE PERSONNE**  MATRONE . . . . . . . . . . 21  ACCOUCHEUSE  TRAD. . . . . . . . . . . 22  AUTRE 96  (PRÉCISER)  PERSONNE . . . . . . . . . . . 95 |
| 432 | Où a eu lieu ce premier examen de santé ?  S'IL S'AGIT D'UN HÔPITAL, D'UN CENTRE DE SANTÉ OU D'UNE CLINIQUE, ÉCRIRE LE NOM DE L'ÉTABLISSEMENT. INSISTER POUR DÉTERMINER LE TYPE DE SECTEUR ET ENCERCLER LE CODE APPROPRIÉ.  (NOM DE L'ÉTABLISSEMENT) | **DOMICILE**  VOTRE DOMICILE . . . . . . . 11  AUTRE DOMICILE . . . . . . . 12  **SECTEUR PUBLIC**  HÔPITAL GOUVER. . . . . . . . . . 21  CENTRE DE SANTE . . . . . . 22  MATERNITE ISOLEE . . . . . . 23  UNITE VILLAGEOISE . . . . . . 24  AUTRE PUBLIC  26  (PRÉCISER)  **SECTEUR MÉDICAL PRIVÉ**  HÔPITAL/CLINIQUE  PRIVÉ . . . . . . . . . . 31  HOPITAL CONFESSIONNEL 32  AUTRE PRIVE MEDICAL  36  (PRÉCISER)  AUTRE 96  (PRÉCISER) |

**400**

|  |  |
| --- | --- |
|  |  |
|  |  |
|  |  |

|  |  |
| --- | --- |
|  |  |
|  |  |
|  |  |

|  |  |
| --- | --- |
|  |  |
|  |  |
|  |  |

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
|  |  | DERNIÈRE NAISSANCE  NOM | AVANT-DERNIÈRE NAISS  NOM | AVANT-AVANT- DERNIÈRE NAISSANCE  NOM |
| 433 | Dans les deux premiers mois qui ont suivi l'accouchement, avez- vous reçu une dose de vitamine A comme celle-ci ? | OUI . . . . . . . . . . . . . . . . . . . 1  NON . . . . . . . . . . . . . . . . . . . 2 |  | |
| MONTRER LA CAPSULE BLEUE / ROUGE | |
| 434 | Est-ce que vos règles sont revenues depuis la naissance de (NOM) ? | OUI . . . . . . . . . . . . . . . . . . . 1  NON . . . . . . . . . . . . . . . . . . . 2 |
| 435 | Est-ce que vos règles sont revenues entre la naissance de (NOM) et votre grossesse suivante ? |  | OUI . . . . . . . . . . . . . . 1  NON . . . . . . . . . . . . 2 (PASSER À 439) | OUI . . . . . . . . . . . . . 1  NON . . . . . . . . . . . 2 (PASSER À 439) |
| 436 | Pendant combien de mois après la naissance de (NOM) n'avez- vous pas eu vos règles ? | MOIS . . . .  NE SAIT PAS . . . . . . 98 | MOIS . . . .  NE SAIT PAS . . . . . . 98 | MOIS . . . .  NE SAIT PAS . . . . . 98 |
| 437 | VÉRIFIER 226 : ENQUÊTÉE ENCEINTE ? | NON ENCEINTE EN- OU PAS  CEINTE SÛRE  (PASSER À 439) |  | |
| 438 | Avez-vous repris les rapports sexuels depuis la naissance de (NOM) ? | OUI . . . . . . . . . . . . . . . . . . . 1  NON . . . . . . . . . . . . . . . . . . . 2 (PASSER À 440) |
| 439 | Pendant combien de mois après la naissance de (NOM) n'avez- vous pas eu de rapports  sexuels ? | MOIS . . . . .  NE SAIT PAS . . . . . . 98 | MOIS . . . . .  NE SAIT PAS . . . . . . 98 | MOIS . . . . .  NE SAIT PAS . . . . . 98 |
| 440 | Avez-vous allaité (NOM) ? | OU . . . . . . . . . . . . . . 1  NON . . . . . . . . . . . . 2 (PASSER À 447) | OUI . . . . . . . . . . . . . . 1  NON . . . . . . . . . . . . 2 (PASSER À 447) | OUI . . . . . . . . . . . . . 1  NON . . . . . . . . . . . 2 (PASSER À 447) |
| 441 | Combien de temps après la naissance avez-vous mis (NOM) au sein pour la première fois ?  SI MOINS D'UNE HEURE, NOTER '00' HEURE.  SI MOINS DE 24 HEURES, NOTER EN HEURES.  AUTREMENT, NOTER EN JOURS. | IMMÉDIATEMENT . 000  HEURES . 1  JOURS . . . 2 | IMMÉDIATEMENT . 000  HEURES . 1  JOURS . . . 2 | IMMÉDIATEMENT . 000  HEURES . 1  JOURS . . . 2 |
| 442 | Dans les 3 jours qui ont suivi la naissance et avant que vos seins commencent à produire du lait régulièrement, est-ce que (NOM) a bu quelque chose autre que le lait maternel? | OU . . . . . . . . . . . . . . 1  NON . . . . . . . . . . . . 2 (PASSER À 444) | OUI . . . . . . . . . . . . . . 1  NON . . . . . . . . . . . . 2 (PASSER À 444) | OUI . . . . . . . . . . . . . 1  NON . . . . . . . . . . . 2 (PASSER À 444) |
| 443 | Qu'est-ce qui avait été donné à boire à (NOM) avant que vos seins commencent à produire du lait régulièrement ?  Quelque chose d’autre ?  NOTER TOUS LES LIQUIDES MENTIONNES | LAIT (AUTRE QUE LE  LAIT MATERNEL ). . . . . . A EAU . . . . . . . . . . . . . . . . . . B EAU SUCRÉE OU  EAU GLUCOSE . . . . . . . . C  INFUSIONS CALMANTES  POUR COLIQUES . . . . . . D  SOLUTION D'EAU SALÉE- SUCRÉE . . . . . . . . . . . . . E  JUS DE FRUIT . . . . . . . . . . F  PRÉPARATION ARTIFICIELLE POUR BÉBÉ . . . . . . . . G  THÉ/INFUSIONS . . . . . . . . H  MIEL . . . . . . . . . . . . . . . . . . I  LAIT AUTRE NOURRICE . . . . J  AUTRE X  (PRÉCISER) | LAIT (AUTRE QUE LE  LAIT MATERNEL ) . A EAU . . . . . . . . . . . . . . . . B EAU SUCRÉE OU  EAU GLUCOS . . . . . . . C  INFUSIONS CALMANTES POUR COLIQUES . D  SOLUTION D'EAU SALÉE- SUCRÉE . . . . . . . . . E  JUS DE FRUIT . . . . . . F  PRÉPARATION ARTIFICIELLE POUR BÉBÉ . . . . . . . G  THÉ/INFUSIONS . . . . . . . H  MIEL . . . . . . . . . . . . . . . . I  LAIT AUTRE NOURRICE J  AUTRE X  (PRÉCISER) | LAIT (AUTRE QUE LE  LAIT MATERNEL ) . A EAU . . . . . . . . B EAU SUCRÉE OU  EAU GLUCOSE C  INFUSIONS CALMANTES POUR COLIQUES . D  SOLUTION D'EAU SALÉE- SUCRÉE . . . . . . . . E  JUS DE FRUIT …………F  PRÉPARATION ARTIFICIELLE POUR BÉBÉ . . . . . . G  THÉ/INFUSIONS . . . . . . H  MIEL . . . . . . . . . . . . . . . I  LAIT AUTRE NOURRICE J  AUTRE X  (PRÉCISER) |

**401**

|  |  |
| --- | --- |
|  |  |
|  |  |

|  |  |
| --- | --- |
|  |  |
|  |  |

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
|  |  | DERNIÈRE NAISSANCE  NOM | AVANT-DERNIÈRE NAISS  NOM | AVANT-AVANT- DERNIÈRE NAISSANCE  NOM |
| 444 | VÉRIFIER 404 :  ENFANT VIVANT ? | EN VIE DÉCÉDÉ  (PASSER À 446) | EN VIE DÉCÉDÉ  (PASSER À 446) | EN VIE DÉCÉDÉ  (PASSER À 446) |
| 445 | Allaitez-vous encore (NOM) ? | OU . . . . . . . . . . . . . . 1 (PASSER À 448)  NON . . . . . . . . . . . . 2 | OUI . . . . . . . . . . . . . . 1 (PASSER À 448)  NON . . . . . . . . . . . . 2 | OUI . . . . . . . . . . . . . 1 (PASSER À 448)  NON . . . . . . . . . . . 2 |
| 446 | Pendant combien de mois avez- vous allaité (NOM) ? | MOIS . . . . .  NE SAIT PAS . . . . 98 | MOIS . . . . .  NE SAIT PAS . . . . 98 | MOIS . . . . .  NE SAIT PAS . . . 98 |
| 447 | VÉRIFIER 404 : ENFANT VIVANT ? | EN VIE DÉCÉDÉ  (RETOURNER À  404, COLONNE SUIVANTE, OU SI PLUS DE NAISSANCE,  (PASSER PASSER À 449A) À 454) | EN VIE DÉCÉDÉ  (RETOURNER À  404, COLONNE SUIVANTE, OU SI PLUS DE NAISSANCE,  (PASSER PASSER À 450) À 454) | EN VIE DÉCÉDÉ  (RETOURNER À 404, AVANT-DERNIÈRE COLONNE DU NOUV. QUEST.  OU SI PLUS DE (PASSER NAISSANCE, À 450) PASSER À 454) |
| 448 | Combien de fois avez-vous allaité la nuit dernière, entre le coucher et le lever du soleil ?  SI RÉPONSE NON NUMÉRIQUE, INSISTER POUR OBTENIR UN NOMBRE APPROXIMATIF. | NOMBRE ALLAITEMENTS DE NUIT …. |  | |
| 449 | Hier, combien de fois avez-vous allaité pendant les heures de  la journée ?  SI RÉPONSE NON NUMÉRIQUE, INSISTER POUR OBTENIR UN NOMBRE APPROXIMATIF. | NOMBRE ALLAITEMENTS DE JOUR . . . |
| 449A | Savez-vous qu'une mère peut ne pas avoir suffisamment de lait materne pour nourrir son bébé? | OUI . . . . . . . . . . . . . . . . 1  NON . . . . . . . . . . . . . . . . 2  (PASSER À 450) |
| 449B | Savez-vous comment éviter d'avoir ce problème? | OUI . . . . . . . . . . . . . . . . 1  NON . . . . . . . . . . . . . . . . 2 |
| 449C | Avez-vous vécu ce problème avec  (NOM) ? | OUI . . . . . . . . . . . . . . . . 1  NON . . . . . . . . . . . . . . . . 2 (PASSER À 450) |
| 449D | Si oui, avez-vous fait appel à une nourrice, au lait artificiel ou avez-vous utiliser une méthode pour sortir le lait maternel afin de nourrir (NOM)? | APPEL À NOURRICE 1  LAIT ARTIFICIEL 2  METHODE POUR SORTIR 3  AUTRE 6  (PRÉCISER) |
| 450 | Est-ce que (NOM) a bu quelque chose au biberon hier ou la nuit dernière ? | OUI . . . . . . . . . . . . . . . . 1  NON . . . . . . . . . . . . . . . . 2  NE SAIT PAS . . . . . . . . . . 8 | OUI . . . . . . . . . . . . . . 1  NON . . . . . . . . . . . . 2  NE SAIT PAS . . . . . . 8 | OUI . . . . . . . . . . . . . 1  NON . . . . . . . . . . . 2  NE SAIT PAS . . . . . 8 |
| 451 | Est-ce que du sucre a été ajouté à n'importe quel aliment ou liquide donné à (NOM), hier ? | OUI . . . . . . . . . . . . 1  NON . . . . . . . . . . . . 2  NE SAIT PAS . . . . . . 8 | OUI . . . . . . . . . . . . . . 1  NON . . . . . . . . . . . . 2  NE SAIT PAS . . . . . . 8 | OUI . . . . . . . . . . . . . 1  NON . . . . . . . . . . . 2  NE SAIT PAS . . . . . 8 |
| 452 | Hier, durant le jour ou la nuit, combien de fois (NOM) a-t-il/elle été nourri(e) de purées ou d'aliments solides ou  semi-solides ?  SI 7 FOIS OU PLUS, NOTER ‘7'. | NOMBRE DE  FOIS . . . . . . . . . .  NE SAIT PAS . . . . . . 8 | NOMBRE DE  FOIS . . . . . . . . . .  NE SAIT PAS . . . . . . 8 | NOMBRE DE  FOIS . . . . . . . . .  NE SAIT PAS . . . . . 8 |
| 453 |  | RETOURNER À 404  DANS LA PROCHAINE COLONNE ; OU, SI PLUS AUCUNE NAISSANCE, ALLER À 454. | RETOURNER À 404  DANS LA PROCHAINE COLONNE ; OU, SI PLUS AUCUNE NAISSANCE, ALLER À 454. | RETOURNER À 404  DANS AVANT-DERNIÈRE COLONNE DU NOUVEAU QUESTIONNAIRE OU, SI PLUS AUCUNE NAISS- ANCE, ALLER À 454. |

**402**

**SECTION 4B. VACCINATION, SANTÉ, ET NUTRITION**

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 454 | INSCRIRE LE NUMÉRO DE LIGNE, LE NOM, ET L'ÉTAT DE SURVIE DE CHAQUE NAISSANCE SURVENUE  DEPUIS JANVIER 2001 OU PLUS TARD. POSER LES QUESTIONS POUR TOUTES CES NAISSANCES. COMMENCER PAR LA DERNIÈRE NAISSANCE.  (S'IL Y A PLUS DE 3 NAISSANCES, UTILISER L'AVANT DERNIÈRE COLONNE DES QUESTIONNAIRES SUPPLÉMENTAIRES). | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 455 | NUMÉRO DE LIGNE DE Q.212 | DERNIÈRE NAISSANCE  NUMÉRO DE  LIGNE . . . . . . . . . | | | | | | | | | AVANT-DERNIÈRE NAISS.  NUMÉRO DE  LIGNE . . . . . . . . . | | | | | | | | | | AVANT-AVANT- DERNIÈRE NAISSANCE  NUMÉRO DE LIGNE . . . . . . . . | | | | | | | | | |
| 456 | SELON Q.212 ET Q.216 | NOM VIVANT DÉCÉDÉ  (ALLER À 456, COLONNE SUIVANTE OU, SI PLUS DE  NAISSANCE ALLER À 484) | | | | | | | | | NOM VIVANT DÉCÉDÉ  (ALLER À 456, COLONNE SUIVANTE OU, SI PLUS DE NAISSANCE ALLER À 484) | | | | | | | | | | NOM VIVANT DÉCÉDÉ  (ALLER À 456, AVANT-DERNIÈRE COLONNE DU NOUVEAU QUEST. OU SI PLUS DE NAISSANCE  ALLER À 484) | | | | | | | | | |
| 457 | Est-ce que (NOM) a reçu une dose de vitamine A, comme cela, au cours des  6 derniers mois ?  MONTRER LA CAPSULE/ BLEUE OU ROUGE. | OUI . . . . . . . . . . . . . . . . . . . 1  NON . . . . . . . . . . . . . . . . . . 2  NE SAIT PAS . . . . . . . . . 8 | | | | | | | | | OUI . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . 1  NON . . . . . . . . . . . . . . . . . . . 2  NE SAIT PAS . . . . . . . . . . 8 | | | | | | | | | | OUI . . . . . . . . . . . . . . . . . . . 1  NON . . . . . . . . . . . . . . . . . . 2  NE SAIT PAS . . . . . . . . . 8 | | | | | | | | | |
| 458 | Avez-vous un carnet de santé où les vaccinations de (NOM) sont inscrites?  SI OUI : Puis-je le voir, s'il vous plaît ? | OUI, VU . . . . . . . . . . . . . . . 1 (PASSER À 460)  OUI, PAS VU . . . . . . . . . . 2 (PASSER À 462)  PAS DE CARNET . . . . . . 3 | | | | | | | | | OUI, VU . . . . . . . . . . . . . . . . 1 (PASSER À 460)  OUI, PAS VU . . . . . . . . . . . 2 (PASSER À 462)  PAS DE CARNET . . . . . . . 3 | | | | | | | | | | OUI, VU . . . . . . . . . . . . . . 1 (PASSER À 460)  OUI, PAS VU . . . . . . . . . 2 (PASSER À 462)  PAS DE CARNET . . . . . 3 | | | | | | | | | |
| 459 | Avez-vous déjà eu un carnet de santé  pour (NOM) ? | OUI . . . . . . . . . . . . . . . . . . . 1 (PASSER À 462)  NON . . . . . . . . . . . . . . . . . . 2 | | | | | | | | | OUI . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . 1 (PASSER À 462)  NON . . . . . . . . . . . . . . . . . . . 2 | | | | | | | | | | OUI . . . . . . . . . . . . . . . . . . 1 (PASSER À 462)  NON . . . . . . . . . . . . . . . . . 2 | | | | | | | | | |
| 460 | (1) COPIER LES DATES DE VACCINATION POUR CHAQUE VACCIN, À PARTIR DU CARNET.  (2) NOTER '44' DANS LA COLONNE 'JOUR' SI LE CARNET INDIQUE QU'UN VACCIN A ÉTÉ FAIT MAIS QUE LA DATE N'A PAS ÉTÉ REPORTÉE.  JOUR MOIS ANNÉE JOUR MOIS ANNÉE JOUR MOIS ANNÉE | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |  |
| BCG POLIO 0  (à la naissance)  POLIO 1  POLIO 2  POLIO 3  DTC 1  DTC 2  DTC 3  HepB 1  HepB 2  HepB 3  Hib 1  Hib 2  Hib 3  ROUGEOLE FIEVRE JAUNE  VITAMINE A (la plus récente) |  |  |  |  |  |  |  |  | BCG P0  P1  P2  P3  D1  D2  D3  He 1  He 2  He 3  Hi 1  Hi 2  Hi 3  ROU F.J. VIT A | |  |  |  |  |  |  |  |  | BCG P0  P1  P2  P3  D1  D2  D3  He 1  He 2  He 3  Hi 1  Hi 2  Hi 3  ROU F.J. VIT A | |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |

**403**

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
|  | |  | DERNIÈRE NAISSANCE  NOM | AVANT-DERNIÈRE NAISS.  NOM | AVANT-AVANT- DERNIÈRE NAISSANCE  NOM |
| 461 | | Est-ce que (NOM) a reçu des vaccins qui ne sont pas inscrits sur ce carnet, y compris  les vaccins reçus le jour  d'une campagne nationale de vaccination ?  ENREGISTRER 'OUI' SEULEMENT SI L'ENQUÊTÉE MENTIONNE  BCG, POLIO 0-3, DTC 1-3, HepB1-3 OU (DTCHB1-3), ROUGEOLE ET/OU FIÈVRE JAUNE. | OUI . . . . . . . . . . . . . . . . 1  (INSISTER SUR  LE TYPE DE VACCIN ET ÉCRIRE '66' DANS LA COL. CORRESPONDANT AU JOUR EN 460) (PASSER À 464)  NON . . . . . . . . . . . . . . 2  (PASSER À 464)  NE SAIT PAS . . . . . . . 8 | OUI . . . . . . . . . . . . . . 1  (INSISTER SUR  LE TYPE DE VACCIN ET ÉCRIRE '66' DANS LA COL. CORRESPONDANT AU JOUR EN 460) (PASSER À 464)  NON . . . . . . . . . . . . 2  (PASSER À 464)  NE SAIT PAS . . . . . . 8 | OUI . . . . . . . . . . . . . . 1  (INSISTER SUR  LE TYPE DE VACCIN ET ÉCRIRE '66' DANS LA COL. CORRESPONDANT AU JOUR EN 460) (PASSER À 464)  NON . . . . . . . . . . . . 2  (PASSER À 464)  NE SAIT PAS . . . . . . 8 |
| 462 | | Est-ce que (NOM) a reçu des vaccins pour lui éviter de contracter des maladies, y compris les vaccins reçus  le jour d'une campagne nationale  (journée) de vaccination ? | OUI . . . . . . . . . . . . . . . . 1  NON . . . . . . . . . . . . . . 2 (PASSER À 465A)  NE SAIT PAS . . . . . . . 8 | OUI . . . . . . . . . . . . . . 1  NON . . . . . . . . . . . . 2 (PASSER À 465A)  NE SAIT PAS . . . . . . 8 | OUI . . . . . . . . . . . . . . 1  NON . . . . . . . . . . . . 2 (PASSER À 465A)  NE SAIT PAS . . . . . . 8 |
| 463 | | Dites-moi, s'il vous plait, si (NOM) a reçu l'un des vaccins suivants | | | |
|  | 463A  463B  463C  463D  463E  463F  463G  463H  463I  463J | Le vaccin du BCG contre la tuberculose, c'est-à-dire une injection à l'avant-bras gauche faite à la naissance qui laisse, généralement une cicatrice ?  Le vaccin de la polio, c'est-à-dire des gouttes dans la bouche ?  Quand le premier vaccin contre la polio a-t-il été donné, juste après la naissance ou plus tard ?  Combien de fois le vaccin de la polio a t-il été donné ?  Le vaccin du DTC, c'est-à-dire  une injection faite en haut du bras gauche, quelquefois en même temps que les gouttes contre  la polio?  Combien de fois ?  Une injection contre la rougeole faite en haut du bras droit ?  Une injection contre la fièvre jaune faite à la face antérieure de la cuisse droite ?  Le vaccin de l'Hépatite B, c'est-à-dire une injection faite en haut du bras  du bras gauche quelquefois en même temps que les injections de DTC ?  Combien de fois ? | OUI . . . . . . . . . . . . . . . . 1  NON . . . . . . . . . . . . . . 2  NE SAIT PAS . . . . . . . 8  OUI . . . . . . . . . . . . . . . . 1  NON . . . . . . . . . . . . . . 2 (PASSER À 463E)  NE SAIT PAS . . . . . . . 8  JUSTE APRÉS LA NAISSANCE …… 1  PLUS TARD ……… 2  NOMBRE  DE FOIS . . . . . . . . . .  OUI . . . . . . . . . . . . . . . . 1  NON . . . . . . . . . . . . . . 2 (PASSER À 463G)  NE SAIT PAS . . . . . . . 8  NOMBRE  DE FOIS . . . . . . . . . .  OUI . . . . . . . . . . . . . . . . 1  NON . . . . . . . . . . . . . . 2  NE SAIT PAS . . . . . . . 8  OUI . . . . . . . . . . . . . . . . 1  NON . . . . . . . . . . . . . . 2  NE SAIT PAS . . . . . . . 8  OUI . . . . . . . . . . . . . . . . 1  NON . . . . . . . . . . . . . . 2 (PASSER À 464)  NE SAIT PAS . . . . . . . 8  NOMBRE  DE FOIS . . . . . . . . . . | OUI . . . . . . . . . . . . . . 1  NON . . . . . . . . . . . . 2  NE SAIT PAS . . . . . . 8  OUI . . . . . . . . . . . . . . 1  NON . . . . . . . . . . . . 2 (PASSER À 463E)  NE SAIT PAS . . . . . . 8  JUSTE APRÉS LA NAISSANCE …… 1  PLUS TARD ……… 2  NOMBRE  DE FOIS . . . . . . . .  OUI . . . . . . . . . . . . . . 1  NON . . . . . . . . . . . . 2 (PASSER À 463G)  NE SAIT PAS . . . . . . 8  NOMBRE  DE FOIS . . . . . . . .  OUI . . . . . . . . . . . . . . 1  NON . . . . . . . . . . . . 2  NE SAIT PAS . . . . . . 8  OUI . . . . . . . . . . . . . . 1  NON . . . . . . . . . . . . 2  NE SAIT PAS . . . . . . 8  OUI . . . . . . . . . . . . . . 1  NON . . . . . . . . . . . . 2 (PASSER À 464)  NE SAIT PAS . . . . . . 8  NOMBRE  DE FOIS . . . . . . . . | OUI . . . . . . . . . . . . . . 1  NON . . . . . . . . . . . . 2  NE SAIT PAS . . . . . . 8  OUI . . . . . . . . . . . . . . 1  NON . . . . . . . . . . . . 2 (PASSER À 463E)  NE SAIT PAS . . . . . . 8  JUSTE APRÉS LA NAISSANCE …… 1  PLUS TARD ……… 2  NOMBRE  DE FOIS . . . . . . . .  OUI . . . . . . . . . . . . . . 1  NON . . . . . . . . . . . . 2 (PASSER À 463G)  NE SAIT PAS . . . . . . 8  NOMBRE  DE FOIS . . . . . . . .  OUI . . . . . . . . . . . . . . 1  NON . . . . . . . . . . . . 2  NE SAIT PAS . . . . . . 8  OUI . . . . . . . . . . . . . . 1  NON . . . . . . . . . . . . 2  NE SAIT PAS . . . . . . 8  OUI . . . . . . . . . . . . . . 1  NON . . . . . . . . . . . . 2 (PASSER À 464)  NE SAIT PAS . . . . . . 8  NOMBRE  DE FOIS . . . . . . . . |
| 464 | Est-ce que (NOM) a reçu certains de ces vaccins au cours des deux dernières années à l'occasion des campagnes (journées) nationales de vaccination ? | OUI . . . . . . . . . . . . . . . . 1  NON . . . . . . . . . . . . . . 2 (PASSER À 465A)  NE SAIT PAS . . . . . . . 8 | OUI . . . . . . . . . . . . . . 1  NON . . . . . . . . . . . . 2 (PASSER À 465A)  NE SAIT PAS . . . . . . 8 | OUI . . . . . . . . . . . . . . 1  NON . . . . . . . . . . . . 2 (PASSER À 465A)  NE SAIT PAS . . . . . . 8 |

**404**





|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
|  |  | DERNIÈRE NAISSANCE  NOM | AVANT-DERNIÈRE NAISS.  NOM | AVANT-AVANT- DERNIÈRE NAISSANCE  NOM |
| 465 | Au cours de quelle campagne nationale de vaccination, (NOM) a t-il reçu ces vaccins ?  NOTER TOUT CE QUI EST MENTIONNÉ.  Au cours de quelle autre campagne? | **POLIO**  FEV.2004 ……… . . . A MAR.2004 ……… . . . B  OCT.2004 ……… . . . C NOV.2004 ………… D  FEV.2005 ……… . . . E  AVR.2005 ……… . . . F NOV.2005 ……… . . . G DEC.2005 ………… H MAI.2006 ………… I JUIN.2006 ………… J  **ROUGEOLE**  DEC.2005 ……… . . . k | **POLIO**  FEV.2004 …… . . . A MAR.2004 …… . . . B  OCT.2004 …… . . . C NOV.2004 ………… D  FEV.2005 …… . . . E  AVR.2005 …… . . . F NOV.2005 …… . . . G DEC.2005 ………… H MAI.2006 ………… I JUIN.2006 ………… J  **ROUGEOLE**  DEC.2005 …… . . . k | **POLIO**  FEV.2004 …… . . . A MAR.2004 …… . . . B  OCT.2004 …… . . . C NOV.2004 ………… D  FEV.2005 …… . . . E  AVR.2005 …… . . . F NOV.2005 …… . . . G DEC.2005 ………… H MAI.2006 ………… I JUIN.2006 ………… J  **ROUGEOLE**  DEC.2005 …… . . . k |
| 465A | VÉRIFIER LA REPONSE A LA QUESTION 29  DU QUESTIONNAIRE MENAGE | "OUI" À 29 AUTRE  (PASSER À 466) | "OUI" À 29 AUTRE  (PASSER À 466) | "OUI" À 29 AUTRE  (PASSER À 466) |
| 465B | Est-ce que (NOM) dort habituellement sous moustiquaire? | OUI . . . . . . . . . . . . . . . . 1  NON . . . . . . . . . . . . . . 2 | OUI . . . . . . . . . . . . . . 1  NON . . . . . . . . . . . . 2 | OUI . . . . . . . . . . . . . . 1  NON . . . . . . . . . . . . 2 |
| 465C | Est-ce que (NOM) a dormi sous moustiquaire la nuit dernière? | OUI . . . . . . . . . . . . . . . . 1  NON . . . . . . . . . . . . . . 2 | OUI . . . . . . . . . . . . . . 1  NON . . . . . . . . . . . . 2 | OUI . . . . . . . . . . . . . . 1  NON . . . . . . . . . . . . 2  NE SAIT PAS . . . 8 |
| NE SAIT PAS . . . . . 8 | NE SAIT PAS . . . 8 |
| 465D | VÉRIFIER LES REPONSES :  465B ET 465C | "OUI" À 465B AUTRE OU 465C  (PASSER À 466) | "OUI" À 465B AUTRE OU 465C  (PASSER À 466) | "OUI" À 465B AUTRE OU 465C  (PASSER À 466) |
| 465E | Maintenant parlons de la moustiquaire sous laquelle (NOM) dort le plus souvent?  Depuis combien de temps la moustiquaire a été achétée ou obtenue ?  SI MOINS D'UN MOIS NOTER'00' SI PLUS DE 95 MOIS NOTER'95' | MOIS . . . . . .  NE SAIT PAS . . . . . . . 98 | MOIS . . . . . .  NE SAIT PAS . . . . . .98 | MOIS . . . . . .  NE SAIT PAS . . . . . .98 |
| 465F | La moustiquaire avait-elle été imprégnée ou trempée dans  dans de l'inserticide au moment  de l'achat? | OUI . . . . . . . . . . . . . . . . 1  NON . . . . . . . . . . . . . . 2  NE SAIT PAS . . . . . . . 8 | OUI . . . . . . . . . . . . . . 1  NON . . . . . . . . . . . . 2  NE SAIT PAS . . . . . . 8 | OUI . . . . . . . . . . . . . . 1  NON . . . . . . . . . . . . 2  NE SAIT PAS . . . . . . 8 |
| 465G | Depuis que vous avez obtenu  la moustiquaire est-ce que vous l'avez imprégnée ou trempée  dans de l'insecticide? | OUI . . . . . . . . . . . . . . . . 1  NON . . . . . . . . . . . . . . 2 (PASSER À 466)  NE SAIT PAS . . . . . . . 8 | OUI . . . . . . . . . . . . . . 1  NON . . . . . . . . . . . . 2 (PASSER À 466)  NE SAIT PAS . . . . . . 8 | OUI . . . . . . . . . . . . . . 1  NON . . . . . . . . . . . . 2 (PASSER À 466)  NE SAIT PAS . . . . . . 8 |
| 465H | Combien de temps s'est écoulé depuis la dernière impregnation de la moustiquaire ? | MOIS . . . . . .  NE SAIT PAS . . . . . . . 98 | MOIS . . . . . .  NE SAIT PAS . . . . . .98 | MOIS . . . . . .  NE SAIT PAS . . . . . .98 |
| 465I | Quelle est le nom de l'insecticide que vous avez  utilisé à la dernière imprègnation de la moustiquaire ? | Alafia …………….. 1  K-Otab …………… 2  K-Othrine . . . . . . . 3  Autre 4 (PRECISER)  Ne sait pas …….. 8 | Alafia …………….. 1  K-Otab …………… 2  K-Othrine . . . . . . 3  Autre 4 (PRECISER)  Ne sait pas …….. 8 | Alafia …………….. 1  K-Otab …………… 2  K-Othrine . . . . . . 3  Autre 4 (PRECISER)  Ne sait pas …….. 8 |

**405**

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
|  |  | DERNIÈRE NAISSANCE  NOM | AVANT-DERNIÈRE NAISS.  NOM | AVANT-AVANT- DERNIÈRE NAISSANCE  NOM |
| 465J | L'imprègnation a-telle été faite par vous-même, dans un centre de santé ou par une ONG ? | VOUS-MÊME ………… 1  CENTRE DE SANTE … 2  ONG ……… …… …… 3  AUTRE 4 (PRECISER) | VOUS-MÊME …………1  CENTRE DE SANTE… 2  ONG ………… …… 3  AUTRE 4 (PRECISER) | VOUS-MÊME ……… 1  CENTRE DE SANTE… 2  ONG ………… …… 3  AUTRE 4 (PRECISER) |
| 466 | Est-ce que (NOM) a souffert de la fièvre, à un moment quelconque, dans les deux dernières  semaines ? | OUI . . . . . . . . . . . . . . . . 1  NON . . . . . . . . . . . . . . 2  NE SAIT PAS . . . . . . . 8 | OUI . . . . . . . . . . . . . . 1  NON . . . . . . . . . . . . 2  NE SAIT PAS . . . . . . 8 | OUI . . . . . . . . . . . . . . 1  NON . . . . . . . . . . . . 2  NE SAIT PAS . . . . . . 8 |
| 467 | Est-ce que (NOM) a souffert de la toux, à un moment quelconque, au cours des deux dernières semaines ? | OUI . . . . . . . . . . . . . . . . 1  NON . . . . . . . . . . . . . . 2  (PASSER À 469  NE SAIT PAS . . . . . . . 8 | OUI . . . . . . . . . . . . . . 1  NON . . . . . . . . . . . . 2  (PASSER À 469)  NE SAIT PAS . . . . . . 8 | OUI . . . . . . . . . . . . . . 1  NON . . . . . . . . . . . . 2  (PASSER À 469)  NE SAIT PAS . . . . . . 8 |
| 468 | Quand (NOM) souffrait de la toux, avait il/elle une respiration plus bruyante, rapide et difficile  que d'habitude ? | OUI . . . . . . . . . . . . . . . . 1  NON . . . . . . . . . . . . . . 2  NE SAIT PAS . . . . . . . 8 | OUI . . . . . . . . . . . . . . 1  NON . . . . . . . . . . . . 2  NE SAIT PAS . . . . . . 8 | OUI . . . . . . . . . . . . . . 1  NON . . . . . . . . . . . . 2  NE SAIT PAS . . . . . . 8 |
| 469 | VÉRIFIER 466 ET 467 : FIÈVRE OU TOUX ? | "OUI" À 466 AUTRE OU 467  (PASSER À 475) | "OUI" À 466 AUTRE OU 467  (PASSER À 475) | "OUI" À 466 AUTRE OU 467  (PASSER À 475) |
| 470 | Avez-vous demandé des conseils ou recherché un traitement pour  la fièvre/toux ? | OUI . . . . . . . . . . . . . . . . 1  NON . . . . . . . . . . . . . . 2  (PASSER À 472) | OUI . . . . . . . . . . . . . . 1  NON . . . . . . . . . . . . 2  (PASSER À 472) | OUI . . . . . . . . . . . . . . 1  NON . . . . . . . . . . . . 2  (PASSER À 472) |
| 471 | Où avez-vous recherché des conseils ou un traitement ?  S'IL S'AGIT D'UN 'HÔPITAL, D'UN CENTRE DE SANTÉ OU D'UNE CLINIQUE, ÉCRIRE LE NOM DE L’ENDROIT. INSISTER POUR  DÉTERMINER LE TYPE DE SECTEUR ET ENCERCLER LE(S) CODE(S) APPROPRIÉ(S).  (NOM DE L’ENDROIT)  (NOM DE L’ENDROIT) (NOM DE L’ENDROIT)  Quelque part ailleurs ?  ENREGISTRER TOUT CE QUI EST MENTIONNÉ. | **SECTEUR PUBLIC**  HÔPITAL GOUV. . . . . . . . A CENTRE SANTÉ GOUV. B CENTRE DE PF . . . . . . . C AGENT DE TERRAIN D CENTRE SOCIAL E AUTRE PUBLIC F  (PRÉCISER)  **SECTEUR MÉDICAL PRIVÉ** HÔPITAL/CLINIQUE/PRIVE G HOPITAL CONFESSIONNEL H PHARMACIE . . . . . . . . . . . I ABPF …………………. . . . . . . J CABINET MEDICAL K AGENT SANTÉ (ONG) …… L AUTRE MEDICAL PRIVÉ … M  (PRÉCISER)  **AUTRE SOURCE** BOUTIQUE/MARCHE …….. N ÉGLISE/MOSQUEE ………… O GUERISSEUR TRADITIONNNEL…………………P PARENTS/AMIS . . . . . . . Q AMBULANTS ……………… R  AUTRE X (PRÉCISER) | **SECTEUR PUBLIC**  HÔPITAL GOUV. . . . . . . . A CENTRE SANTÉ GOUV. B CENTRE DE PF . . . . . . . C AGENT DE TERRAIN D CENTRE SOCIAL E AUTRE PUBLIC F  (PRÉCISER)  **SECTEUR MÉDICAL PRIVÉ** HÔPITAL/CLINIQUE/PRIVE G HOPITAL CONFESSIONNEL H PHARMACIE . . . . . . . . . I ABPF …………… . . . . . . . J CABINET MEDICAL K AGENT SANTÉ (ONG) ……… L AUTRE MEDICAL PRIVÉ … M  (PRÉCISER)  **AUTRE SOURCE** BOUTIQUE/MARCHE …….. N ÉGLISE/MOSQUEE ………… O GUERISSEUR TRADITIONNNEL…………… P PARENTS/AMIS . . . . . . . Q AMBULANTS …………… R  AUTRE X (PRÉCISER) | **SECTEUR PUBLIC**  HÔPITAL GOUV. . . . . . . . A CENTRE SANTÉ GOUV. B CENTRE DE PF . . . . . . . C AGENT DE TERRAIN D CENTRE SOCIAL E AUTRE PUBLIC F  (PRÉCISER)  **SECTEUR MÉDICAL PRIVÉ** HÔPITAL/CLINIQUE/PRIVE G HOPITAL CONFESSIONNEL H PHARMACIE . . . . . . . . . I ABPF …………… . . . . . . . J CABINET MEDICAL K AGENT SANTÉ (ONG) …… L AUTRE MEDICAL PRIVÉ … M  (PRÉCISER)  **AUTRE SOURCE** BOUTIQUE/MARCHE …….. N ÉGLISE/MOSQUEE ………… O GUERISSEUR TRADITIONNNEL………………P PARENTS/AMIS . . . . . . . Q AMBULANTS …………… R  AUTRE X (PRÉCISER) |
| 472 | VÉRIFIER 466 :  A EU DE LA FIÈVRE ? | "OUI" À "NON"/"NSP"  466 À 466  (PASSER À 475) | "OUI" À "NON"/"NSP"  466 À 466  (PASSER À 475) | "OUI" À "NON"/"NSP"  466 À 466  (PASSER À 475) |
| 472A | Est-ce que (NOM) a la fièvre maintenant ? | OUI . . . . . . . . . . . . . . . . 1  NON . . . . . . . . . . . . . . 2  NE SAIT PAS . . . . . . . 8 | OUI . . . . . . . . . . . . . . 1  NON . . . . . . . . . . . . 2  NE SAIT PAS . . . . . . 8 | OUI . . . . . . . . . . . . . . 1  NON . . . . . . . . . . . . 2  NE SAIT PAS . . . . . . 8 |

**406**

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
|  |  | DERNIÈRE NAISSANCE  NOM | AVANT-DERNIÈRE NAISS.  NOM | AVANT-AVANT- DERNIÈRE NAISSANCE  NOM |
| 472B | Est-ce que (NOM) a eu des convulsions/attaques à un moment quelconque dans les deux dernières semaines ? | OUI . . . . . . . . . . . . . . . . 1  NON . . . . . . . . . . . . . . 2  NE SAIT PAS . . . . . . . 8 | OUI . . . . . . . . . . . . . . 1  NON . . . . . . . . . . . . 2  NE SAIT PAS . . . . . . 8 | OUI . . . . . . . . . . . . . . 1  NON . . . . . . . . . . . . 2  NE SAIT PAS . . . . . . 8 |
| 472C | VÉRIFIER 466 ET 472B :  FIÈVRE OU CONVULSIONS ? | "OUI" À 466  OU 472B AUTRE  (PASSER À 475) | "OUI" À 466  OU 472B AUTRE  (PASSER À 475) | "OUI" À 466  OU 472B AUTRE  (PASSER À 475) |
| 473 | Est-ce-que (NOM) a pris des médicaments contre la fièvre ? | OUI . . . . . . . . . . . . . . . . 1  NON . . . . . . . . . . . . . . 2  (PASSER À 474R)  NE SAIT PAS . . . . . . . 8 | OUI . . . . . . . . . . . . . . 1  NON . . . . . . . . . . . . 2  (PASSER À 474R)  NE SAIT PAS . . . . . . 8 | OUI . . . . . . . . . . . . . . 1  NON . . . . . . . . . . . . 2  (PASSER À 474R)  NE SAIT PAS . . . . . . 8 |
| 474 | Quel(s) médicament(s) (NOM)  a-t-il pris ?  NOTER TOUT CE QUI EST MENTIONNÉ.  Autre médicament ? DEMANDER À VOIR LE  MÉDICAMENT SI LE TYPE DE MÉDICAMENT N'EST PAS CONNU. SI LE TYPE DE MÉDICAMENT NE PEUT ÊTRE DÉTERMINÉ, MONTRER DES ANTIPALUDÉENS TYPIQUES À L'ENQUETÉE | FANSIDAR/SP ….. A CHLOR./NIVAQUINE B AMODIAQUINE/ FLAVOQUINE . . . C QUININE/QUINIMAX D COARTEM ….. E HALFAN ….. F ARINATE /  ARTHEMUS ….. G  ASPIRINE/AAS …… H PANADOL/PARA. …I IBUPROFEN/  ACETAMINOPHEN J  INFUSION/  DECOCTION ….. K AUTRE X  (PRÉCISER)  NE SAIT PAS . . . . . . . Z | FANSIDAR/SP ….. A CHLOR./NIVAQUINE B AMODIAQUINE/ FLAVOQUINE . . . C QUININE/QUINIMAX D COARTEM ….. E HALFAN ….. F ARINATE /  ARTHEMUS ….. G  ASPIRINE/AAS …… H PANADOL/PARA. …I IBUPROFEN/  ACETAMINOPHEN J  INFUSION/  DECOCTION ….. K AUTRE X  (PRÉCISER) NE SAIT PAS . . . . . . Z | FANSIDAR/SP ….. A CHLOR./NIVAQUINE B AMODIAQUINE/ FLAVOQUINE . . . C QUININE/QUINIMAX D COARTEM ….. E HALFAN ….. F ARINATE /  ARTHEMUS ….. G  ASPIRINE/AAS …… H PANADOL/PARA. …I IBUPROFEN/  ACETAMINOPHEN J  INFUSION/  DECOCTION ….. K AUTRE X  (PRÉCISER) NE SAIT PAS . . . . . . Z |
| 474A | Est-ce que (NOM) a eu une injection ou un suppositoire pour traiter la fièvre/les convulsions/ les attaques ? | INJECTION . . . . . . . . . . A SUPPOSITOIRE . . . B AUCUN . . . . . . . . . . . . Y NE SAIT PAS . . . . . . . Z | INJECTION . . . . . . . . A SUPPOSITOIRE . . . B AUCUN . . . . . . . . . . Y NE SAIT PAS . . . . . . Z | INJECTION . . . . . . . . A SUPPOSITOIRE . . . B AUCUN . . . . . . . . . . Y NE SAIT PAS . . . . . . Z |
| 474B | VÉRIFIER 474 :  TYPE DE MÉDICAMENT ? | CODE “A" CODE “A" ENCERCLÉ PAS  ENCERCLÉ  (PASSER À  474F) | CODE “A" CODE “A" ENCERCLÉ PAS  ENCERCLÉ  (PASSER À  474F) | CODE “A" CODE “A" ENCERCLÉ PAS  ENCERCLÉ  (PASSER À  474F) |
| 474C | Combien de temps après le début de la fièvre/les  convulsions/les attaques, (NOM) a-t-il commencé à prendre  le Fansidar ? | MEME JOUR . . . . . . . . . . 1  LE JOUR SUIVANT . . . 2  DEUX JOURS APRES . . 3  TROIS JOURS OU PLUS APRES LA FIEVRE . . 4  NE SAIT PAS . . . . . . . . . . 8 | MEME JOUR . . . . . . . . 1  LE JOUR SUIVANT . . . 2  DEUX JOURS APRES . . 3  TROIS JOURS OU PLUS APRES LA FIEVRE . . 4  NE SAIT PAS . . . . . . . . 8 | MEME JOUR . . . . . . . . 1  LE JOUR SUIVANT . . . 2 |
| DEUX JOURS APRES . . 3  TROIS JOURS OU PLUS APRES LA FIEVRE . . 4  NE SAIT PAS . . . . . . . . 8 |
| 474D | Pendant combien de jours successifs (NOM) a-t-il pris le Fansidar ?  SI + DE 7 JOURS, ENREGISTRER ‘7'. | PRISE UNIQUE …… 0  JOURS . . . . . . . . . .  NE SAIT PAS . . . . . . . 8 | PRISE UNIQUE …… 0  JOURS . . . . . . . .  NE SAIT PAS . . . . . . 8 | PRISE UNIQUE …… 0  JOURS . . . . . . . .  NE SAIT PAS . . . . . . 8 |

**407**







|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
|  |  | DERNIÈRE NAISSANCE  NOM | AVANT-DERNIÈRE NAISS.  NOM | AVANT-AVANT- DERNIÈRE NAISSANCE  NOM |
| 474E | Aviez-vous le Fansidar à la maison, ou l’avez-vous obtenu auprès d’une autre source ?  SI PLUS D’UNE SOURCE MENTIONNÉE, DEMANDER :  Où avez vous obtenu le Fansidar la première fois ? | A LA MAISON . . . . . . . 1  AUTRE SOURCE . 2  NE SAIT PAS . . . . . . . 8 | A LA MAISON . . . . . . 1  AUTRE SOURCE . 2  NE SAIT PAS . . . . . . 8 | A LA MAISON . . . . . . 1  AUTRE SOURCE . 2  NE SAIT PAS . . . . . . 8 |
| 474F | VÉRIFIER 474 :  TYPE DE MÉDICAMENT ? | CODE “B" CODE “B" ENCERCLÉ PAS  ENCERCLÉ  (PASSER À  474J) | CODE “B" CODE “B" ENCERCLÉ PAS  ENCERCLÉ  (PASSER À  474J) | CODE “B" CODE “B" ENCERCLÉ PAS  ENCERCLÉ  (PASSER À  474J) |
| 474G | Combien de temps après le début de la fièvre/les convulsions/attaques, (NOM) a-t-il commencé à prendre  la chloroquine ? | MEME JOUR . . . . . . . . . . 1  LE JOUR SUIVANT . . . 2  DEUX JOURS APRES . . 3  TROIS JOURS OU PLUS APRES LA FIEVRE . . 4  NE SAIT PAS . . . . . . . . . . 8 | MEME JOUR . . . . . . . . 1  LE JOUR SUIVANT . . . 2  DEUX JOURS APRES . . 3  TROIS JOURS OU PLUS APRES LA FIEVRE . . 4  NE SAIT PAS . . . . . . . . 8 | MEME JOUR . . . . . . . . 1  LE JOUR SUIVANT . . . 2  DEUX JOURS APRES . . 3  TROIS JOURS OU PLUS APRES LA FIEVRE . . 4  NE SAIT PAS . . . . . . . . 8 |
| 474H | Pendant combien de jours successifs (NOM) a-t-il pris la chloroquine ?  SI + DE 7 JOURS, ENREGISTRER ‘7'. | JOURS . . . . . . . . . .  NSP . . . . . . . . . . . . . . . . 8 | JOURS . . . . . . . .  NSP . . . . . . . . . . . . . . 8 | JOURS . . . . . . . .  NSP . . . . . . . . . . . . . . 8 |
| 474I | Aviez-vous la chloroquine à la maison, ou  l’avez-vous obtenue auprès d’une autre source ?  SI PLUS D’UNE SOURCE MENTIONNÉE, DEMANDER :  Où avez vous obtenu  la chloroquine la première fois ? | A LA MAISON . . . . . . . 1  AUTRE SOURCE . 2  NE SAIT PAS . . . . . . . 8 | A LA MAISON . . . . . . 1  AUTRE SOURCE . 2  NE SAIT PAS . . . . . . 8 | A LA MAISON . . . . . . 1  AUTRE SOURCE . 2  NE SAIT PAS . . . . . . 8 |
| 474J | VÉRIFIER 474 :  TYPE DE MÉDICAMENT ? | CODE "C" CODE "C" ENCERCLÉ PAS  ENCERCLÉ  (PASSER À  474N) | CODE "C" CODE "C" ENCERCLÉ PAS  ENCERCLÉ  (PASSER À  474N) | CODE "C" CODE "C" ENCERCLÉ PAS  ENCERCLÉ  (PASSER À  474N) |
| 474K | Combien de temps après le début de (la fièvre/les convulsions), (NOM) a-t-il commencé à prendre l'Amodiaquine/Flavoquine ? | MEME JOUR . . . . . . . . . . 1  LE JOUR SUIVANT . . . 2  DEUX JOURS APRES . . 3  TROIS JOURS OU PLUS APRES LA FIEVRE . . 4  NE SAIT PAS . . . . . . . . . . 8 | MEME JOUR . . . . . . . . 1  LE JOUR SUIVANT . . . 2  DEUX JOURS APRES . . 3  TROIS JOURS OU PLUS APRES LA FIEVRE . . 4  NE SAIT PAS . . . . . . . . 8 | MEME JOUR . . . . . . . . 1  LE JOUR SUIVANT . . . 2  DEUX JOURS APRES . . 3  TROIS JOURS OU PLUS APRES LA FIEVRE . . 4  NE SAIT PAS . . . . . . . . 8 |
| 474L | Pendant combien de jours successifs (NOM) a-t-il pris l'Amodiaquine ?  SI + DE 7 JOURS, ENREGISTRER ‘7'. | JOURS . . . . . . . . . .  NSP . . . . . . . . . . . . . . . . 8 | JOURS . . . . . . . .  NSP . . . . . . . . . . . . . . 8 | JOURS . . . . . . . .  NSP . . . . . . . . . . . . . . 8 |
| 474M | Aviez-vous l'Amodiaquine à la maison, ou l’avez-vous obtenu auprès d’une autre source ?  SI PLUS D’UNE SOURCE MENTIONNÉE, DEMANDER :  Où avez vous obtenu l'Amodiaquine la première fois ? | A LA MAISON . . . . . . . 1  AUTRE SOURCE . 2  NE SAIT PAS . . . . . . . 8 | A LA MAISON . . . . . . 1  AUTRE SOURCE . 2  NE SAIT PAS . . . . . . 8 | A LA MAISON . . . . . . 1  AUTRE SOURCE . 2  NE SAIT PAS . . . . . . 8 |

**408**











|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
|  |  | DERNIÈRE NAISSANCE  NOM | AVANT-DERNIÈRE NAISS.  NOM | AVANT-AVANT- DERNIÈRE NAISSANCE  NOM |
| 474N | VÉRIFIER 474 :  TYPE DE MÉDICAMENT ? | CODE "D" CODE "D" ENCERCLÉ PAS  ENCERCLÉ  (PASSER À  474R) | CODE "D" CODE "D" ENCERCLÉ PAS  ENCERCLÉ  (PASSER À  474R) | CODE "D" CODE "D" ENCERCLÉ PAS  ENCERCLÉ  (PASSER À  474R) |
| 474O | Combien de temps après le début de la fièvre/les convulsions/attaques, (NOM) a-t-il commencé à prendre  de la quinine ? | MEME JOUR . . . . . . . . . . 1  LE JOUR SUIVANT . . . 2  DEUX JOURS APRES . . 3  TROIS JOURS OU PLUS APRES LA FIEVRE . . 4  NE SAIT PAS . . . . . . . . . . 8 | MEME JOUR . . . . . . . . 1  LE JOUR SUIVANT . . . 2  DEUX JOURS APRES . . 3  TROIS JOURS OU PLUS APRES LA FIEVRE . . 4  NE SAIT PAS . . . . . . . . 8 | MEME JOUR . . . . . . . . 1  LE JOUR SUIVANT . . . 2  DEUX JOURS APRES . . 3  TROIS JOURS OU PLUS APRES LA FIEVRE . . 4  NE SAIT PAS . . . . . . . . 8 |
| 474P | Pendant combien de jours successifs (NOM) a-t-il pris de la quinine ?  SI + DE 7 JOURS, ENREGISTRER ‘7'. | JOURS . . . . . . . . . .  NSP . . . . . . . . . . . . . . . . 8 | JOURS . . . . . . . .  NSP . . . . . . . . . . . . . . 8 | JOURS . . . . . . . .  NSP . . . . . . . . . . . . . . 8 |
| 474Q | Aviez-vous de la quinine à la maison, ou l’avez-vous obtenu auprès d’une autre source ?  SI PLUS D’UNE SOURCE MENTIONNÉE, DEMANDER :  Où avez vous obtenu  de la quinine la première fois ? | A LA MAISON . . . . . . . 1  AUTRE SOURCE . 2  NE SAIT PAS . . . . . . . 8 | A LA MAISON . . . . . . 1  AUTRE SOURCE . 2  NE SAIT PAS . . . . . . 8 | A LA MAISON . . . . . . 1  AUTRE SOURCE . 2  NE SAIT PAS . . . . . . 8 |
| 474R | Est-ce quelque chose d’autre a été fait pour traiter (la fièvre/les convulsions) de (NOM) ? | OUI . . . . . . . . . . . . . . . . 1  NON . . . . . . . . . . . . . . 2  (PASSER À 475)  NE SAIT PAS . . . . . . . 8 | OUI . . . . . . . . . . . . . . 1  NON . . . . . . . . . . . . 2  (PASSER À 475)  NE SAIT PAS . . . . . . 8 | OUI . . . . . . . . . . . . . . 1  NON . . . . . . . . . . . . 2  (PASSER À 475)  NE SAIT PAS . . . . . . 8 |
| 474S | Qu’est-ce qui a été fait pour traite la fièvre/les convulsions/attaques de (NOM) ? | CONSULTÉ GUÉRISSEUR TRADITIONNEL . A  TAMPONNÉ AVEC  COMPRESSES HUMIDES . . . . . . . B  DONNÉ DES PLANTES  MÉDICINALES . . . C AUTRE X  (PRÉCISER) | CONSULTÉ GUÉRISSEUR TRADITIONNEL . A  TAMPONNÉ AVEC  COMPRESSES HUMIDES . . . . . . B  DONNÉ DES PLANTES  MÉDICINALES . . . C AUTRE X  (PRÉCISER) | CONSULTÉ GUÉRISSEUR TRADITIONNEL . A  TAMPONNÉ AVEC  COMPRESSES HUMIDES . . . . . . B  DONNÉ DES PLANTES  MÉDICINALES . . . C AUTRE X  (PRÉCISER) |
| 475 | Est-ce-que (NOM) a eu la diarrhée au cours des deux dernières semaines ? | OUI . . . . . . . . . . . . . . . . 1  NON . . . . . . . . . . . . . . 2  (PASSER À 482A)  NE SAIT PAS . . . . . . . 8 | OUI . . . . . . . . . . . . . . 1  NON . . . . . . . . . . . . 2  (PASSER À 482A)  NE SAIT PAS . . . . . . 8 | OUI . . . . . . . . . . . . . . 1  NON . . . . . . . . . . . . 2  (PASSER À 482A)  NE SAIT PAS . . . . . . 8 |
| 476 | Maintenant, je voudrais savoir quelle quantité de liquide a été offerte à (NOM) durant sa diarrhée. Lui avez-vous offert à boire moins que d'habitude, environ la même quantité ou plus que d'habitude ?  SI MOINS, INSISTER : Lui avez- vous offert à boire beaucoup moins que d'habitude ou un  peu moins que d'habitude ? | BEAUCOUP MOINS 1  UN PEU MOINS . . . 2  ENVIRON LA MÊME QUANTITÉ . . . . . . . 3  PLUS . . . . . . . . . . . . . . 4  RIEN Á BOIRE . . . . . . . 5  NE SAIT PAS . . . . . . . 8 | BEAUCOUP MOINS 1  UN PEU MOINS . . . 2  ENVIRON LA MÊME QUANTITÉ . . . . . . 3  PLUS . . . . . . . . . . . . 4  RIEN Á BOIRE . . . . . . 5  NE SAIT PAS . . . . . . 8 | BEAUCOUP MOINS 1  UN PEU MOINS . . . 2  ENVIRON LA MÊME QUANTITÉ . . . . . . 3  PLUS . . . . . . . . . . . . 4  RIEN Á BOIRE . . . . . . 5  NE SAIT PAS . . . . . . 8 |

**409**



|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
|  |  | DERNIÈRE NAISSANCE  NOM | AVANT-DERNIÈRE NAISS.  NOM | AVANT-AVANT- DERNIÈRE NAISSANCE  NOM |
| 477 | Quand (NOM) a eu la diarrhée, lui avez-vous offert moins à manger que d'habitude, environ la même quantité, plus que d'habitude ou rien à manger du tout ?  SI MOINS, INSISTER : Lui avez- vous offert à manger beaucoup moins que d'`habitude ou un  peu moins que d'habitude ? | BEAUCOUP MOINS 1  UN PEU MOINS . . . 2  ENVIRON LA MÊME QUANTITÉ . . . . . . . 3  PLUS . . . . . . . . . . . . . . 4  A STOPPÉ  NOURRITURE . 5  N'A JAMAIS DONNÉ  À MANGER . . . . . . . 6  NE SAIT PAS . . . . . . . 8 | BEAUCOUP MOINS 1  UN PEU MOINS . . . 2  ENVIRON LA MÊME QUANTITÉ . . . . . . 3  PLUS . . . . . . . . . . . . 4  A STOPPÉ NOURRITURE . 5  N'A JAMAIS DONNÉ  À MANGER . . . . . . 6  NE SAIT PAS . . . . . . 8 | BEAUCOUP MOINS 1  UN PEU MOINS . . . 2  ENVIRON LA MÊME QUANTITÉ . . . . . . 3  PLUS . . . . . . . . . . . . 4  A STOPPÉ NOURRITURE . 5  N'A JAMAIS DONNÉ  À MANGER . . . . . . 6  NE SAIT PAS . . . . . . 8 |
| 477A | VÉRIFIER 445 : ENCORE ALLAITE ? | "OUI" A 445 NON À 445  ENCERCLÉ ENCERCLÉ  (PASSER À  478) | "OUI" A 445 NON À 445  ENCERCLÉ ENCERCLÉ  (PASSER À  478) | "OUI" A 445 NON À 445  ENCERCLÉ ENCERCLÉ  (PASSER À  478) |
| 477B | Quand (NOM) a eu la diarrhée,  Lui avez-vous offert du lait materne moins que d'habitude, environ la même quantité ou plus que d'habitude ?  SI MOINS, INSISTER : Lui avez- vous offert du lait maternel beaucoup moins que d'habitude  ou un peu moins que d'habitude ? | BEAUCOUP MOINS 1  UN PEU MOINS . . . 2  ENVIRON LA MÊME QUANTITÉ . . . . . . . 3  PLUS . . . . . . . . . . . . . . 4  RIEN Á BOIRE . . . . . . . 5  NE SAIT PAS . . . . . . . 8 | BEAUCOUP MOINS 1  UN PEU MOINS . . . 2  ENVIRON LA MÊME QUANTITÉ . . . . . . 3  PLUS . . . . . . . . . . . . 4  RIEN Á BOIRE . . . . . . 5  NE SAIT PAS . . . . . . 8 | BEAUCOUP MOINS 1  UN PEU MOINS . . . 2  ENVIRON LA MÊME QUANTITÉ . . . . . . 3  PLUS . . . . . . . . . . . . 4  RIEN Á BOIRE . . . . . . 5  NE SAIT PAS . . . . . . 8 |
| 478  a  b | Lui avez-vous donné l'une des choses suivantes à boire ?  Un liquide préparé à partir d'un sachet [NOM LOCAL DU SACHET DE SRO] ?  Un liquide maison recommandé par le gouvernement ? | OUI NON NSP  LIQUIDE SACHET  SRO 1 2 8  LIQUIDE  MAISON 1 2 8 | OUI NON NSP  LIQUIDE SACHET  SRO 1 2 8  LIQUIDE  MAISON 1 2 8 | OUI NON NSP  LIQUIDE SACHET  SRO 1 2 8  LIQUIDE  MAISON 1 2 8 |
| 479 | Est-ce que quelque chose (d'autre) a été donné pour traiter la diarrhée ? | OUI . . . . . . . . . . . . . . . . 1  NON . . . . . . . . . . . . . . 2  (PASSER À 481)  NE SAIT PAS . . . . . . . 8 | OUI . . . . . . . . . . . . . . 1  NON . . . . . . . . . . . . 2  (PASSER À 481)  NE SAIT PAS . . . . . . 8 | OUI . . . . . . . . . . . . . . 1  NON . . . . . . . . . . . . 2  (PASSER À 481)  NE SAIT PAS . . . . . . 8 |
| 480 | Qu'a-t-on donné (d’autre) pour traiter la diarrhée ?  Quelque chose d'autre ? ENREGISTRER TOUT CE QUI  EST MENTIONNÉ. | COMPRIMÉ OU  SIROP . . . . . . . . . . . . A INJECTION . . . . . . . . . . B PERFUSION ……… C REMÈDES MAISON/  PLANTES . . . . . . . D AUTRE X  (PRÉCISER) | COMPRIMÉ OU  SIROP . . . . . . . . . . A INJECTION . . . . . . . . B PERFUSION ……… C REMÈDES MAISON/  PLANTES . . . . . . D AUTRE X  (PRÉCISER) | COMPRIMÉ OU  SIROP . . . . . . . . . . A INJECTION . . . . . . . . B PERFUSION ……… C REMÈDES MAISON/  PLANTES . . . . . . D AUTRE X  (PRÉCISER) |
| 481 | Avez-vous recherché des conseils ou un traitement pour la diarrhée ? | OUI . . . . . . . . . . . . . . . . 1  NON . . . . . . . . . . . . . . 2  (PASSER À 482A) | OUI . . . . . . . . . . . . . . 1  NON . . . . . . . . . . . . 2  (PASSER À 482A) | OUI . . . . . . . . . . . . . . 1  NON . . . . . . . . . . . . 2  (PASSER À 482A) |

**410**

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
|  |  | DERNIÈRE NAISSANCE  NOM | AVANT-DERNIÈRE NAISS.  NOM | AVANT-AVANT- DERNIÈRE NAISSANCE  NOM |
| 482 | Où avez-vous demandé un conseil ou recherché un traitement ?  S'IL S'AGIT D'UN 'HÔPITAL, D'UN CENTRE DE SANTÉ OU D'UNE CLINIQUE, ÉCRIRE LE NOM DE L’ENDROIT. INSISTER POUR DÉTERMINER LE TYPE DE SECTEUR ET ENCERCLER  LE(S) CODE(S) APPROPRIÉ(S).  (NOM DE L’ENDROIT) Quelque part ailleurs ? ENREGISTRER TOUT CE QUI  EST MENTIONNÉ. | **SECTEUR PUBLIC**  HÔPITAL GOUV. . . . . . . . A CENTRE SANTÉ GOUV. B CENTRE DE PF . . . . . . . C AGENT DE TERRAIN D CENTRE SOCIAL E AUTRE PUBLIC F  (PRÉCISER)  **SECTEUR MÉDICAL PRIVÉ** HÔPITAL/CLINIQUE/PRIVE G HOPITAL CONFESSIONNEL H PHARMACIE . . . . . . . . . . . I ABPF ……………… . . . . . . . J CABINET MEDICAL K AGENT SANTÉ (ONG) ……… L AUTRE MEDICAL PRIVÉ … M  (PRÉCISER)  **AUTRE SOURCE** BOUTIQUE/MARCHE …….. N ÉGLISE/MOSQUEE ………… O GUERISSEUR TRADITIONNNEL……………… P PARENTS/AMIS . . . . . . . Q AMBULANT . . . . . . . . . . . . . R  AUTRE X (PRÉCISER) | SECTEUR PUBLIC  HÔPITAL GOUV. . . . . . . . A CENTRE SANTÉ GOUV. B CENTRE DE PF . . . . . . . C AGENT DE TERRAIN D CENTRE SOCIAL E AUTRE PUBLIC F  (PRÉCISER)  **SECTEUR MÉDICAL PRIVÉ** HÔPITAL/CLINIQUE/PRIVE G HOPITAL CONFESSIONNEL H PHARMACIE . . . . . . . . . I ABPF …………… . . . . . . . J CABINET MEDICAL K AGENT SANTÉ (ONG) …… L AUTRE MEDICAL PRIVÉ … M  (PRÉCISER)  **AUTRE SOURCE** BOUTIQUE/MARCHE …….. N ÉGLISE/MOSQUEE ………… O GUERISSEUR TRADITIONNNEL………………P PARENTS/AMIS . . . . . . . Q AMBULANT . . . . . . . . . . . R  AUTRE X (PRÉCISER) | SECTEUR PUBLIC  HÔPITAL GOUV. . . . . . . . A CENTRE SANTÉ GOUV. B CENTRE DE PF . . . . . . . C AGENT DE TERRAIN D CENTRE SOCIAL E AUTRE PUBLIC F  (PRÉCISER)  **SECTEUR MÉDICAL PRIVÉ** HÔPITAL/CLINIQUE/PRIVE G HOPITAL CONFESSIONNEL H PHARMACIE . . . . . . . . . I ABPF …………… . . . . . . . J CABINET MEDICAL K AGENT SANTÉ (ONG) ……… L AUTRE MEDICAL PRIVÉ … M  (PRÉCISER)  **AUTRE SOURCE** BOUTIQUE/MARCHE …….. N ÉGLISE/MOSQUEE ………… O GUERISSEUR TRADITIONNNEL…………… P PARENTS/AMIS . . . . . . . Q AMBULANT . . . . . . . . . . . R  AUTRE X (PRÉCISER) |

**411**

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
|  |  | DERNIÈRE NAISSANCE  NOM | AVANT-DERNIÈRE NAISS.  NOM | AVANT-AVANT- DERNIÈRE NAISSANCE  NOM |

**ENREGISTREMENT DES NAISSANCES**

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| 482A | (NOM)a-t-il/elle un acte de naissance?  Puis-je le voir?  SI L'ACTE DE NAISSANCE EST PRESENTÉ, VERIFIER LA DATE DE NAISSANCE DECLARÉE  SI AUCUN ACTE DE NAISSANCE  N'EST PRESENTÉ, ESSAYER DE VERIFIER LA DATE EN UTILISANT UN AUTRE DOCUMENT ( CARNET DE SANTE, ETC.)  CORRIGER L'AGE DECLARE, SI NECESSAIRE | OUI, VU …………… 1 (PASSER À 483)  OUI, PAS VU . . . . . 2  NON ……………… 3  NSP ……………… 8 | OUI, VU ………… 1 (PASSER À 483)  OUI, PAS VU . . . 2  NON ……………… 3  NSP ……………… 8 | OUI, VU ………… 1 (PASSER À 483)  OUI, PAS VU . . . 2  NON ……………… 3  NSP ……………… 8 |
| 482B | SI AUCUN ACTE DE NAISSANCE N'EST MONTRE DEMANDEZ:  Est-ce que la naissance de  (NOM) a été enregisté à l'etat civil? | OUI……………………… 1 (PASSER À 483)  NON……………………… 2  NSP ………………… 8  482D | OUI………………………1 (PASSER À 483) NON…………………… 2  NSP ……………… 8  482D | OUI…………………… 1 (PASSER À 483) NON…………………… 2  NSP ……………… 8  482D |
| 482C | Pourquoi la naissance de (NOM)  n'a-t-elle pas été enregistrée à l'état civil? | COUT TROP ELEVE…. 1  ELOIGNEMENT CENTRE ENREGISTREMENT…. 2  NE SAVAIT PAS QU'ELLE DEVRAIT ETRE  ENREGISTREE……. 3  EN RETARD ET NE VOULAIT PAS PAYER AMENDE………………. 4  NE SAVAIT PAS OU L'ENREGISTRER…….. 5  AUTRE 6 (PRECISER)  NSP……………………. 8 | COUT TROP ELEVE…. 1  ELOIGNEMENT CENTRE ENREGISTREMENT…. 2  NE SAVAIT PAS QU'ELLE DEVRAIT ETRE  ENREGISTREE……. 3  EN RETARD ET NE VOULAIT PAS PAYER AMENDE………………. 4  NE SAVAIT PAS OU L'ENREGISTRER…….. 5  AUTRE 6 (PRECISER)  NSP……………………. 8 | COUT TROP ELEVE…. 1  ELOIGNEMENT CENTRE ENREGISTREMENT…. 2  NE SAVAIT PAS QU'ELLE DEVRAIT ETRE  ENREGISTREE……. 3  EN RETARD ET NE VOULAIT PAS PAYER AMENDE………………. 4  NE SAVAIT PAS OU L'ENREGISTRER…….. 5  AUTRE 6 (PRECISER)  NSP……………………. 8 |
| 482D | Savez-vous comment faire enregistrer à l'état civil la naissance de votre enfant? | OUI………………….. 1  NON………………… 2 | OUI………………….. 1  NON………………… 2 | OUI………………….. 1  NON………………… 2 |
| 483 |  | RETOURNER À 456  DANS COLONNE SUIVANTE OU, SI PLUS DE NAISSANCES, ALLER À 484. | RETOURNER À 456  DANS COLONNE SUIVANTE OU, SI PLUS DE NAISSANCES, ALLER À 484. | RETOURNER À 456  DANS AVANT-DERNIÈRE COLONNE DU NOUVEAU QUESTIONNAIRE OU, SI PLUS DE NAISSANCES, ALLER À 484. |

**412**

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| N°. | QUESTIONS ET FILTRES | CODES | ALLER À |
| 484 | VÉRIFIER 215 ET 218, TOUTES LES LIGNES :  NOMBRE D'ENFANTS NÉS EN 2001 OU PLUS TARD ET VIVANT AVEC L’ENQUÊTÉE UN OU PLUS AUCUN | | 487 |
| 485 | Que faites-vous généralement des selles de votre  (plus jeune) enfant quand il/elle n'utilise pas de toilettes ?  A quels autres moments ? | UTILISE TOUJOURS TOILETTES/  LATRINES . . . . . . . . . . . . . . . . . . . 01  JETTE DANS TOILETTES/LATRINES 02  JETTE À L'EXTÉRIEUR  DU LOGEMENT . . . . . . . . . . . . . . . 03  JETTE EN DEHORS DE LA COUR . 04  ENTERRE DANS LA COUR . . . . . . . 05  S'EN DÉBARRASSE EN LAVANT  AVEC DE L'EAU . . . . . . . . . . . . . . . 06  UTILISE COUCHES JETABLES . . . 07  UTILISE COUCHES LAVABLES . . . 08  NE S'EN DÉBARRASSE PAS . . . . . 09  AUTRE 96 (PRÉCISER) |  |
| 485A | À quel(s) moment(s) vous lavez-vous les mains ?  A quels autre moment ? | APRÈS LES SELLES . . . . . . . . . . . . . . . . . . . A  AVANT DE MANGER . . . . . . . . . . . . . . . . . . . B AVANT DE DONNER  À MANGER À L'ENFANT . . . . . . . . . . . . . C APRÈS LES SELLES  DE L'ENFANT . . . . . . . . . . . . . . . . . . . D |  |
| 486 | VÉRIFIER 478a TOUTES LES COLONNES :  AUCUN ENFANT UN ENFANT A REÇU N'A REÇU DES SACHETS  DE SACHET DE SRO DE SRO | | 488 |
| 487 | Avez-vous déjà entendu parler d'un produit spécial appelé [NOM LOCAL DU SACHET DE SRO] que l'on peut obtenir pour traiter la diarrhée ? | OUI . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . 1  NON . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . 2 |  |
| 488 | VÉRIFIER 218 :  A UN OU PLUSIEURS N'A PAS D'ENFANT ENFANTS VIVANT VIVANT AVEC ELLE  AVEC ELLE | | 490 |
| 489 | Quand (votre enfant/l'un de vos enfants) est sérieusement malade, pouvez-vous, vous-même, décider qu'il soit conduit quelque part pour traitement médical ?  SI L'ENQUÊTÉE RÉPOND QU'AUCUN ENFANT N'A JAMAIS ÉTÉ SÉRIEURSEMENT MALADE, DEMANDER :  Si (votre enfant/l'un de vos enfants) tombait sérieusement malade, pourriez-vous, vous-même, décider qu'il soit conduit quelque part pour traitement médical ? | OUI . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . 1  NON . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . 2  CELA DÉPEND . . . . . . . . . . . . . . . . . 3 |  |

**413**

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| N°. | QUESTIONS ET FILTRES | CODES | ALLER À |
| 490 | Maintenant, je voudrais vous poser des questions concernant des soins médicaux pour vous-même.  Différentes raisons peuvent empêcher les femmes d'obtenir des conseils ou des traitements médicaux pour elles-mêmes. Quand vous êtes malade et que vous voulez un conseil ou traitement médical, les choses suivantes constituent-t-elles, pour vous, un gros problème ou pas ?  Savoir où aller.  Mauvais accueil au Centre de Santé. Obtenir la permission d'y aller.  Obtenir l'argent nécessaire pour la consultation ou le traitement. Ne pas disposer d'un établissement de santé à proximité.  Devoir prendre un moyen de transport. Ne pas vouloir s'y rendre seule  Non efficacite des soins  Attente trop longue  Cout eleve des soins  Souci qu'il n'y ait peut-être pas de personnel de santé de sexe féminin.  Personnel de santé souvent absent ou en retard | UN PAS UN GROS GROS PROB- PROB- LÈME LÈME  OÙ ALLER . . . . . . . . . . . 1 2  ACCUEIL . . . . . . . . . 1 2  PERMISSION . . . . . . . . . 1 2  ARGENT . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . 1 2  DISTANCE . . . . . . . . . . . 1 2  TRANSPORT . . . . . . . . . 1 2  ALLER SEULE . . . . . . . 1 2  EFFICACITE 1 2  ATTENTE 1 2  COUT 1 2  PERSON. FEM. . . . . . . . 1 2  PERSON. ABSENT . . . . . . . 1 2 |  |
| 490A | Quand un enfant souffre de la toux, quels sont les symptômes qui vous indiquent qu'il/elle devrait être amené(e) dans un établissement de santé ou auprès d'un personnel de santé?  Autre symptôme ? | RESPIRATION RAPIDE . . . . . . . A DIFFICULTE A RESPIRER . . . . . B RESPIRATION BRUYANTE ………. C CONVULSIONS …………………. D ETAT D'INCONSCIENCE . . . . . . . . . E VOMISSEMENT ….. F INCAPABLE DE BOIRE/TETER H NE MANGE PAS/NE BOIT PAS ….. I DEVIENT PLUS/TRES MALADE … J NE VA PAS MIEUX . . . . . . . . . . . . . K CORPS CHAUD . . . . . . . . . . . . . L AUTRE X  (PRECISER)  NSP …………………….. … . . . . . . . Z |  |
| 490B | Quand un enfant a la toux où irez-vous chercher des conseils ou traitements ?  S'IL S'AGIT D'UN 'HÔPITAL, D'UN CENTRE DE SANTÉ OU D'UNE CLINIQUE, ÉCRIRE LE NOM DE L’ENDROIT. INSISTER POUR DÉTERMINER LE TYPE DE SECTEUR ET ENCERCLER  LE(S) CODE(S) APPROPRIÉ(S). (NOM DE L’ENDROIT)  Aucun autre endroit? ENREGISTRER TOUT CE QUI  EST MENTIONNE. | **SECTEUR PUBLIC**  HÔPITAL GOUV. ………………………… A CENTRE SANTÉ GOUV. …………………B CLINIQUE PLANNING FAMILIAL ……… …… C AGENT DE TERRAIN ……………… D CENTRE SOCIAL ……………………. E AUTRE PUBLIC F  (PRÉCISER)  **SECTEUR MÉDICAL PRIVÉ** HÔPITAL/CLINIQUE/PRIVE …………… G HOPITAL CONFESSIONNEL ………………H PHARMACIE …………… ……………I ABPF ………………………………… J CABINET MEDICAL ……………………… K AGENT SANTÉ (ONG) …………………… L  AUTRE MEDICAL PRIVÉ …………………M  (PRÉCISER)  **AUTRE SOURCE**  BOUTIQUE/MARCHE ……………………N ÉGLISE/MOSQUEE ……………………… O GUERISSEUR  TRADITIONNNEL…………………… ………………P PARENTS/AMIS ………… ………………Q BAR/BUVETTE ……… ……………………R AMBULANT ………… …………………… S AUTRE X  (PRÉCISER) |  |

**414**

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| N°. | QUESTIONS ET FILTRES | CODES | | | ALLER À |
| 491 | VÉRIFIER 215 ET 218 :  A AU MOINS UN ENFANT N'A PAS D'ENFANT NÉ NÉ EN 2003 OU PLUS EN 2003 OU PLUS TARD  TARD ET VIVANT AVEC ELLE ET VIVANT AVEC ELLE  ENREGISTRER LE NOM DE L'ENFANT LE PLUS JEUNE VIVANT AVEC ELLE (ET CONTINUER À 492)  (NOM) | | | | 494 |
| 492  a b c d e | Maintenant, je voudrais vous demander quelle liquide [NOM À Q. 491] a bu au cours des 7 derniers jours, y compris hier.  Combien de jours, au cours des 7 derniers jours, [NOM À Q. 491] a-t-il/elle bu un ou des liquides suivants ?  POUR CHACUN DES LIQUIDES BUS, AU MOINS UNE FOIS, DANS LES  7 DERNIERS JOURS, DEMANDER :  Au total, hier durant le jour ou la nuit combien de fois (NOM À Q. 491)  a-t-il/elle bu : Eau ?  Préparation artificielle pour bébé  Tout autre type de lait, comme le lait en boite, en poudre, ou le lait frais d'animal ? Jus de fruit ?  Autres liquides tels que eau sucrée, thé, café, boissons gazeuses, ou bouillons ?  SI 7 FOIS OU PLUS, NOTER '7'. SI NE SAIT PAS, NOTER '8'. | | 7 DERNIERS JOURS  NOMBRE DE JOURS  a b c d e | HIER/  NUIT DERNIÈRE  NOMBRE DE FOIS  a b c d e | |
| 493  a b  c  d e f  g h  i j | Maintenant, je voudrais vous demander quelle nourriture  [NOM À Q. 491] a reçu au cours des 7 derniers jours, y compris hier.  Combien de jours, au cours des 7 derniers jours, [NOM À Q. 491] a-t-il/elle reçu un ou des aliments suivants ?  POUR CHACUN DES ALIMENTS REÇUS, AU MOINS UNE FOIS, DANS LES 7 DERNIERS JOURS, DEMANDER :  Au total, hier durant le jour ou la nuit combien de fois (NOM À Q. 491)  a-t-il/elle reçu :  Des aliments à base de céréales comme le mil, sorgho, maïs, riz, blé, bouillie ou autres céréales ?  Citrouille, igname ou courge rouge ou jaune, carottes ou patates douces rouges? Autres aliments à base de tubercules [par ex : pommes de terre, igname  blanche, manioc ou autre tubercules(patates etc.) ?]  N'importe quel légume à feuilles vertes ? Mangue, papaye ?  Tout autre fruit et légume [par ex : banane, pomme, compote de pomme, haricots verts, avocat, tomate] ?  Viande, volaille, poisson, coquillages, ou œufs ?  Autres aliments à base de légumes [par ex : lentilles, haricots, soja, légumineuses, ou arachides] ?  Fromage ou yaourts ?  Tout aliment préparé avec de l'huile, de la graisse ou de beurre ? SI 7 FOIS OU PLUS, NOTER '7'.  SI NE SAIT PAS, NOTER '8'. | | 7 DERNIERS JOURS  NOMBRE DE JOURS  a b  c  d e f  g h  i j | HIER/  NUIT DERNIÈRE  NOMBRE DE FOIS  a b  c  d e f  g h  i j | |

**415**

|  |
| --- |
|  |
|  |
|  |
|  |
|  |

|  |
| --- |
|  |
|  |
|  |
|  |
|  |
|  |
|  |
|  |
|  |
|  |

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| N°. | QUESTIONS ET FILTRES | CODES | ALLER À |
| 493A | Est-ce que vous dormez habituellement sous moustiquaire ? | OUI . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . 1  NON . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . 2 | 495 |
| 494 | Avez-vous dormi sous une moustiquaire la nuit dernière ? | OUI . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . 1  NON . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . 2 | 495 |
| 494A | La moustiquaire sous laquelle vous avez dormi la nuit dernière est-elle imprégnée d'insecticide ? | OUI . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . 1  NON . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . 2 |  |
| 495 | La dernière fois que vous avez préparé le repas pour votre famille, vous êtes-vous lavé les mains avant de commencer ? | OUI . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . 1  NON . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . 2  N'A JAMAIS PRÉPARÉ DE REPAS . . . 3 |  |
| 496 | Actuellement chiquez-vous ou fumez-vous ou consommez- vous des cigarettes ou du tabac ?  SI OUI : Que chiquez-vous, que consommez-vous ou que fumez-vous ?  ENREGISTRER TOUT CE QUI EST MENTIONNÉ. | OUI, CIGARETTES . . . . . . . . . . . . . . . A OUI, PIPE . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . B OUI, AUTRE TABAC . . . . . . . . . . . . . C NON . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . Y |  |
| 497 | VÉRIFIER 496 :  CODE 'A' CODE 'A' PAS ENCERCLÉ ENCERCLÉ | | 499 |
| 498 | Dans les dernières 24 heures, combien de cigarettes avez-vous fumées ? | CIGARETTES . . . . . . . . . . . . . |  |
| 499 | Maintenant, je voudrais vous parler des boissons alcolisées  Vous-est-il déjà arrivé de boire des boissons alcoolisées? | OUI . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . 1  NON . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . 2 | 499C |
| 499A | Au cours des 3 derniers mois, combien de jours avez-vous bu des boissons alcoolisées? | NOMBRE DE JOURS . . . . . AUCUNE/JAMAIS ……… ……. 95 |  |
| 499B | Vous est-il déjà arrivé d'être ivre après avoir bu des boissons alcoolisées? | OUI . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . 1  NON . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . 2 |  |
| 499C | Je voudrais maintenant vous poser quelques questions sur votre santé au cours des 6 derniers mois.  Au cours des 6 derniers mois, avez-vous eu une injection pour n'importe quelle raison?  SI OUI : combien d'injections avez-vous eu?  SI LE NOMBRE D'INJECTIONS EST SUPÉRIEUR À 94 OU SI LES INJECTIONS ÉTAIENT QUOTIDIENNES PENDANT 3 MOIS OU PLUS, ENREGISTRER '95'.  EN CAS DE RÉPONSE NON NUMÉRIQUE, INSISTER POUR OBTENIR UNE ESTIMATION. | NOMBRE D'INJECTIONS . . .  AUCUNE . . . . . . . . . . . . . . . . . . . 00 | 501 |
| 499D | Parmi ces injections, combien ont été effectuées par un mé- decin, une infirmière, une sage-femme, un pharmacien , un dentiste ou un autre agent de santé?  SI LE NOMBRE D'INJECTIONS EST SUPÉRIEUR À 94, OU SI LES INJECTIONS ÉTAIENT QUOTIDIENNES PENDANT 3 MOIS,  OU PLUS, ENREGISTRER '95'.  EN CAS DE RÉPONSE NON NUMÉRIQUE, INSISTER POUR OBTENIR UNE ESTIMATION. | NOMBRE D'INJECTIONS . . .  AUCUNE . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . 00 | 501 |

**416**

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| N°. | QUESTIONS ET FILTRES | CODES | ALLER À |
| 499E | La dernière fois que vous avez eu une injection, où êtes-vous allé pour qu'on vous la fasse? | **SECTEUR PUBLIC**  HÔPITAL DU GOUVERNEMENT ... 11  CENTRE DE SANTÉ DU GOUV. . . 12  CENTRE DE PF . . . . . . . . . . ... 13  MATERNITÉ . . 14  PHARMACIE COMMUNAUTAIRE ... 15  AGENT DE SANTE/STRAT. AVANCÉE . 16  AGENT DE SANTÉ . . . 17  AUTRE PUBLIC 18 (PRÉCISER)  **SECTEUR MÉDICAL PRIVÉ**  HÔPITAL/CLINIQUE/CABINET 21  PHARMACIE . . . . . . . . . . . . . . . . . 22  DENTISTE . . . . . . . . . . . . . . . . . . . 23  MÉDECIN PRIVÉ . . . . . . . . . . . . . 24  AGENT DE SANTÉ . . . . . . . . . . . . . 25  AUTRE MÉDICAL  PRIVÉ 26 (PRÉCISER)  **AUTRE ENDROIT**  À LA MAISON . . . . . . . . . . . . . . . . . 31  AUTRE 96 (PRÉCISER) |  |
| 499F | La dernière fois que vous avez eu une injection, est-ce que la personne qui a effectué la piqûre a pris la seringue et l'aiguille d'un emballage neuf et qui n'était pas ouvert? | OUI . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . 1  NON . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . 2  NSP . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . 8 |  |

**417**

SECTION 5. MARIAGE ET ACTIVITÉ SEXUELLE

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
|  |  |  |  |

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| N°. | QUESTIONS ET FILTRES | | CODES | ALLER À |
| 501 | Êtes-vous actuellement mariée ou vivez-vous avec un homm comme si vous êtiez mariée? | | OUI, ACTUELLEMENT MARIÉ . . . . . . . . 1  OUI, VIT AVEC UN HOMME . . . . . . . . . 2  NON, PAS EN UNION . . . . . . . . . . . . . 3 | 504 |
| 502 | Avez-vous déjà été mariée ou avez-vous déjà vécu avec un homme? | | OUI, A ÉTÉ MARIÉE . . . . . . . . . . . . . 1  OUI, A VÉCU AVEC UN HOMME . . 2  NON . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . 3 | 518 |
| 503 | Quel est votre état matrimonial actuel : êtes-vous veuve divorcée ou séparée? | | VEUVE . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . 1  DIVORCÉE . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . 2  SÉPARÉE . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . 3 | 510 |
| 504 | Est-ce que votre mari/partenaire vit actuellement avec vous ou vit-il ailleurs? | | VIVENT ENSEMBLE. . . . . . . . . . . . . . . . . 1  VIT AILLEURS . . . . . . . . . . . . . . . . . . . 2 |  |
| 505 | ENREGISTRER LE NOM ET LE NUMÉRO DE LIGNE DU MARI/ PARTENAIRE INSCRIT DANS LE QUESTIONNAIRE MÉNAGE. S'IL N'EST PAS LISTÉ DANS LE QUESTIONNAIRE MÉNAGE, ENREGISTRER '00' | | NOM N0. DE LIGNE . . . . . . . . . . . . . |  |
| 507 | À part vous, est-ce que votre mari/partenaire a d'autres épouses ou vit-il avec d'autres femmes comme s'il était marié? | | OUI . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . 1  NON . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . 2  NSP . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . 8 | 510 |
| 508 | En vous comptant, avec combien d'épouses ou partenaires votre mari vit-il actuellement? | | NOMBRE D'ÉPOUSES . . . . . . . ET DE PARTENAIRES . . . . . . . .  NSP . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . .98 |  |
| 509 | Êtes-vous la première, deuxième,........épouse? | | RANG . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . |  |
| 510 | Avez-vous été mariée ou avez-vous vécu avec un homme une seule fois ou plus d'une fois? | | SEULEMENT UNE FOIS . . . . . . . . . . . 1  PLUS D'UNE FOIS . . . . . . . . . . . . . . . 2 |  |
| 511 | VÉRIFIER 510:  MARIÉE/  A VÉCU AVEC 1 HOMME SEULEMENT UNE FOIS  En quel mois et quelle année avez-vous commencé à  vivre avec votre mari/  partenaire? | MARIÉE/  A VÉCU AVEC 1 HOMME PLUS D'UNE FOIS  J'aimerais parler du moment où pour la première fois, vous vous êtes mariée ou vous avez com- mencé à vivre avec un homme  comme mariée  En quel mois et quelle année vous êtes-vous mariée ou avez- vous commencé à vivre avec un homme  comme mariée pour la première fois | MOIS . . . . . . . . . . . . . . . . . . .  NE CONNAÎT PAS LE MOIS. . . . . . . . 98  ANNÉE. . . . . . . . . . . .  NE CONNAÎT PAS L'ANNÉE . . . . . 9998 | 513 |
| 512 | Quel âge aviez-vous quand vous avez commencé à vivre avec lui? | | ÂGE . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . |  |
| 513 | VÉRIFIER 503: L'ENQUÊTÉE EST-ELLE ACTUELLEMENT VEUVE?  PAS POSÉE OU  DIVORCÉE OU SÉPARÉE VEUVE | | | 516 |
| 514 | VÉRIFIER 510: MARIÉE PLUS MARIÉE D'UNE FOIS UNE FOIS | | | 518 |
| 515 | Comment s'est terminée votre précédente union/mariage? | | DÉCÈS/VEUVAGE . . . . . . . . . . . . . . . . 1  DIVORCE . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . 2  SÉPARATION . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . 3 | 518 |
| 516 | Qui a disposé de la plus grande partie des biens que possédait votre mari? | | ENQUÊTÉE . . . . . . . . . . . . . . . . . . . 1  ENFANTS DE L'ENQUETEE………….. 2  AUTRE ÉPOUSE . . . . . . . . . . . . . . . . . 3  AUTRES ENF DE L'ÉPOUX ………….. 4  FAMILLE DE L'ÉPOUX . . . . . . . . . . . . 5  AUTRE 6 (PRÉCISER)  AUCUN BIEN . . . . . . . . . . . . . . . . . . . 7 | 518 |

**418**

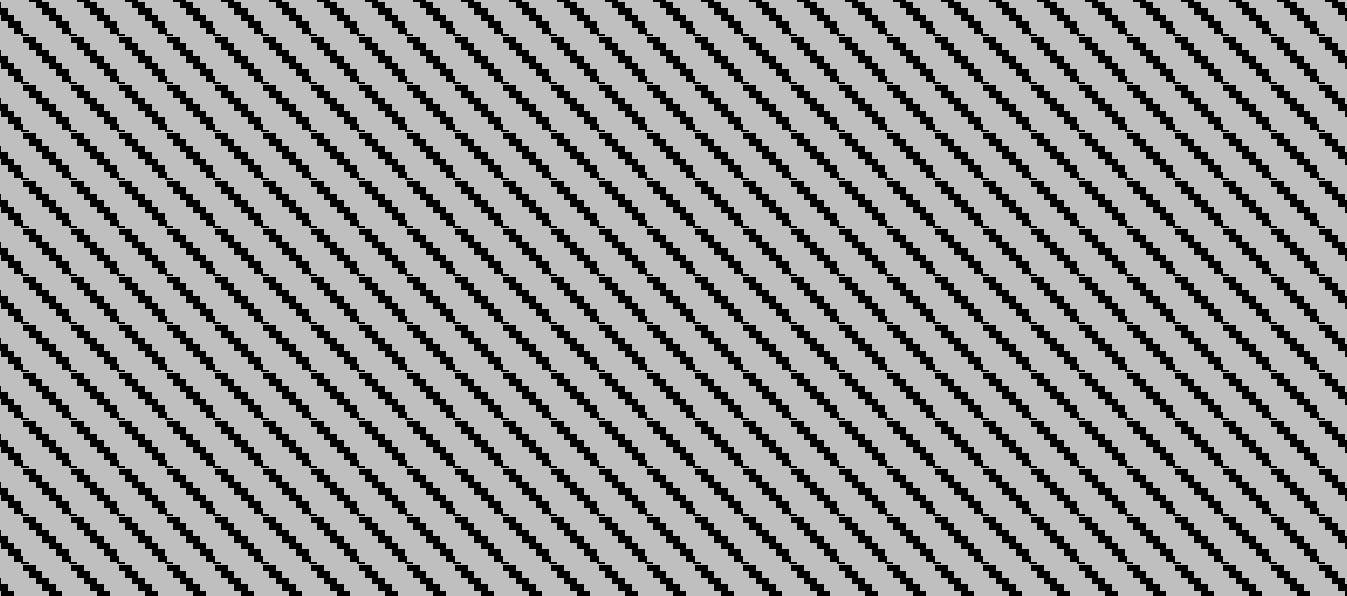
|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| N°. | QUESTIONS ET FILTRES | CODES | | ALLER À | |
| 517 | Avez-vous reçu des biens ou des objets ayant de la valeur de votre dernier mari? | OUI . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . 1  NON . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . 2 | |  | |
| 518 | VÉRIFIER LA PRÉSENCE D'AUTRES PERSONNES  AVANT DE CONTINUER, FAITES TOUT VOTRE POSSIBLE POUR VOUS TROUVER EN PRIVÉ. | | | | |
| 519 | Je voudrais maintenant vous poser des questions sur votre activité sexuelle pour mieux comprendre certains problèmes de la vie familiale.  Quel âge aviez-vous quand vous avez eu, pour la première fois des rapports sexuels (si vous en avez dejà eu)? | JAMAIS . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . .00  ÂGE EN ANNÉES. . . . . . . . . . . . PREMIÈRE FOIS EN COMMENÇANT  À VIVRE AVEC (PREMIER) MARI/ PARTENAIRE. . . . . . . . . . . . . . . . . . 95 |  | 521  521 | |
| 520 | Avez-vous l'intention d'attendre d'être mariée pour commencer à avoir des rapports sexuels? | OUI . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . 1  NON . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . 2  NE SAIT PAS/ PAS SÛR. . . . . . . . . . . . . 8 | 544 | |
| 521 | VÉRIFIER 106: 15-24 25-49  ANS ANS | | | 526 | |
| 522 | La première fois que vous avez eu des rapports sexuels, est- ce qu'un condom a été utilisé ? | OUI . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . 1  NON . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . 2  NSP/NE SE SOUVIENT PAS . . . . . . . 8 | |  |  |
| 523 | Quel âge avait la personne avec qui vous avez eu vos premiers rapports sexuels? | ÂGE DU PARTENAIRE. . . . . . .  NE SAIT PAS . . . . . . . . . . . . . . . . . . . 98 | | 526 |
| 524 | Cette personne était-elle plus âgée que vous, plus jeune ou bien avait-elle à peu près le même âge que vous? | PLUS ÂGÉ . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . 1  PLUS JEUNE . . . . . . . . . . . . . . . . . . . 2  MÊME ÂGE . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . 3  NSP/NE SE SOUVIENT PAS . . . . . . . 8 | | 526 | |
| 525 | Diriez-vous que cette personne avait dix ans de plus que vous ou davantage, ou moins de dix ans que vous? | DIX ANS OU PLUS . . . . . . . . . . . . . . . . 1  MOINS DE DIX ANS . . . . . . . . . . . 2  PLUS VIEUX, NSP DE COMBIEN. . . . . . 3 | |  | |
| 526 | Combien de temps s'est écoulé depuis que vous avez eu vos derniers rapports sexuels ?  S'IL Y A 12 MOIS OU PLUS, LA RÉPONSE DOIT ÊTRE CONVERTIE ET ENREGISTRÉE EN ANNÉES. | IL Y A DES JOURS . . . . . 1  IL Y A DES SEMAINES. . . 2  IL Y A DES MOIS . . . . . . . . 3  IL Y A DES ANNÉES . . . . 4 | | 538 | |

**419**

|  |  |
| --- | --- |
|  |  |
|  |  |
|  |  |
|  |  |

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
|  |  | DERNIER  PARTENAIRE SEXUEL | AVANT-DERNIER  PARTENAIRE SEXUEL | AVANT-AVANT DERNIER  PARTENAIRE SEXUEL |
| 527 | La dernière fois que vous avez eu des rapports sexuels avec cette (seconde, troisième) personne,  un condom a t-il été utilisé? | OUI . . . . . . . . . . . . . . 1  NON . . . . . . . . . . . 2 (PASSER À 529) | OUI . . . . . . . . . . . . . . 1  NON . . . . . . . . . . . . 2 (PASSER À 529) | OUI . . . . . . . . . . . . . . 1  NON . . . . . . . . . . . . 2 (PASSER À 529) |
| 528 | Avez-vous utilisé un condom cha- que fois que vous avez eu des rap- ports sexuels avec cette personne  au cours des 12 derniers mois? | OUI . . . . . . . . . . . . . . 1  NON . . . . . . . . . . . . 2 | OUI . . . . . . . . . . . . . . 1  NON . . . . . . . . . . . . 2 | OUI . . . . . . . . . . . . . . 1  NON . . . . . . . . . . . . 2 |
| 529 | La dernière fois que vous avez eu des rapports sexuels avec cette (seconde, troisième) personne vous ou cette personne aviez  vous bu de l'alcool? | OUI . . . . . . . . . . . . . . 1  NON . . . . . . . . . . . 2 (PASSER À 531) | OUI . . . . . . . . . . . . . . 1  NON . . . . . . . . . . . . 2 (PASSER À 531) | OUI . . . . . . . . . . . . . . 1  NON . . . . . . . . . . . . 2 (PASSER À 531) |
| 530 | Cette personne ou vous-même, êtiez-vous ivre à ce moment-là?  SI OUI : qui était ivre? | ENQUÊTÉE SEULE . . 1  PARTENAIRE SEUL 2  ENQUÊTÉE ET PAR- TENAIRE . . . . . . . . 3  NI L'UN NI L'AUTRE . 4 | ENQUÊTÉE SEULE . . 1  PARTENAIRE SEUL 2  ENQUÊTÉE ET PAR- TENAIRE . . . . . . . . 3  NI L'UN NI L'AUTRE . 4 | ENQUÊTÉE SEULE . . 1  PARTENAIRE SEUL 2  ENQUÊTÉE ET PAR- TENAIRE . . . . . . . . 3  NI L'UN NI L'AUTRE . 4 |
| 531 | Quelle était votre relation avec cette personne avec qui vous avez eu des rapports sexuels?  SI PETIT AMI:  Viviez-vous ensemble comme s vous étiez mariée?  SI OUI, ENCERCLER '02' SI NON, ENCERCLER '03' | MARI . . . . . . . . . . . . . .01  (PASSER À 537) PARTENAIRE VIVANT  AVEC ENQUÊTÉE . . 02  PETIT AMI NE VIVANT PAS AVEC ENQUÊTÉ . . . . 03  RENCONTRE OCCASIONNELL . . . . 04  PROFESSIONNEL  DU SEXE . . . . . . . . . 05  AUTRE 96  (PRÉCISER | MARI . . . . . . . . . . . . . .01  (PASSER À 537) PARTENAIRE VIVANT  AVEC ENQUÊTÉE . . 02  PETIT AMI NE VIVANT PAS AVEC ENQUÊTÉ . . . . 03  RENCONTRE OCCASIONNELL . . . . 04  PROFESSIONNEL  DU SEXE . . . . . . . . . 05  AUTRE 96  (PRÉCISER | MARI . . . . . . . . . . . . . .01  (PASSER À 537) PARTENAIRE VIVANT  AVEC ENQUÊTÉE . . 02  PETIT AMI NE VIVANT PAS AVEC ENQUÊTÉ . . . . 03  RENCONTRE OCCASIONNELL . . . . 04  PROFESSIONNEL  DU SEXE . . . . . . . . . 05  AUTRE 96  (PRÉCISER |
| 532 | Pendant combien de temps avez- eu vous des rapports sexuels avec cette personne?  SI L'ENQUÊTÉE N'A EU DES RAP- PORTS SEXUELS QU'UNE SEULE FOIS, ENREGISTRER '01'JOUR | JOURS . . 1  SEMAINE . 2  MOIS . . . 3  ANNÉES . . 4 | JOURS . . 1  SEMAINE . 2  MOIS . . . 3  ANNÉES . . 4 | JOURS . . 1  SEMAINE . 2  MOIS . . . 3 |
| ANNÉES . . 4 |
| 533 | VÉRIFIER 106 ; | 15-24 25-49  ANS ANS  (PASSER À 537) | 15-24 25-49  ANS ANS  (PASSER À 537) | 15-24 25-49  ANS ANS  (PASSER À 538) |
| 534 | Quel âge a cette personne? | ÂGE DU PARTENAIRE (PASSER À 537)  NSP . . . . . . . . . . . .98 | ÂGE DU PARTENAIRE (PASSER À 537)  NSP. . . . . . . . . . . . . . .98 | ÂGE DU PARTENAIRE (PASSER À 538)  NSP. . . . . . . . . . . . . . .98 |
| 535 | Cette personne est-elle plus âgée que vous, plus jeune que vous ou bien a-t-elle environ le même âge que vous? | PLUS ÂGÉE . . . . 1  PLUS JEUNE . . . . 2  MÊME ÂGE . . . . . . 3  NSP. . . . . . . . . . . . 8 (PASSER À 537) | PLUS ÂGÉE . . . . 1  PLUS JEUNE . . . . 2  MÊME ÂGE . . . . . . 3  NSP. . . . . . . . . . . . 8 (PASSER À 537) | PLUS ÂGÉE . . . . 1  PLUS JEUNE . . . . 2  MÊME ÂGE . . . . . . 3  NSP. . . . . . . . . . . . 8 (PASSER À 538) |
| 536 | Diriez-vous que cette personne a dix ans de plus que vous ou davantage ou moins de dix ans que vous? | DIX ANS  OU PLUS . . . . . 1  MOINS DE  DIX ANS . . . . . . . 2  PLUS ÂGÉE, NSP  DE COMBIEN . . . 3 | DIX ANS  OU PLUS . . . . . 1  MOINS DE  DIX ANS . . . . . . . 2  PLUS ÂGÉE, NSP  DE COMBIEN . . . 3 | DIX ANS  OU PLUS . . . . . 1  MOINS DE  DIX ANS . . . . . . . 2  PLUS ÂGÉE, NSP  DE COMBIEN . . . 3 |
| 537 | Mis à part cette/ces deux per- sonne/s, avez-vous eu des rap ports sexuels avec quelqu'un d'autre au cours des 12 derniers mois? | OUI . . . . . . . . . . . . . . 1 (RETOUR À 527)  À LA COL.SUIVANTE  NON . . . . . . . . . . . . 2 (PASSER À 541) | OUI . . . . . . . . . . . . . . 1 (RETOUR À 527)  À LA COL.SUIVANTE  NON . . . . . . . . . . . . 2 (PASSER À 541) |  |

**420**



|  |  |
| --- | --- |
|  |  |
|  |  |
|  |  |
|  |  |

|  |  |
| --- | --- |
|  |  |
|  |  |
|  |  |
|  |  |

|  |  |
| --- | --- |
|  |  |
|  |  |
|  |  |
|  |  |

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| N°. | QUESTIONS ET FILTRES | CODES | ALLER À |
| 538 | En tout, avec combien de personnes différentes avez-vous eu des rapports sexuels dans toute votre vie?  EN CAS DE RÉPONSE NON NUMÉRIQUE, INSISTER POUR OBTENIR UNE ESTIMATION  SI LE NOMBRE EST SUPÉRIEUR À 95, INSCRIVEZ '95' | NOMBRE DE PARTENAIRES . .  NE SAIT PAS . . . . . . . . . . . . . . . . . . 98 |  |
| 541 | VÉRIFIER LA PRÉSENCE D'AUTRE PERSONNES  NE CONTINUEZ PAS TANT QUE VOUS N'ÊTES PAS COMPLÈTEMENT EN PRIVÉ AVEC L'ENQUÊTÉE. | PRIVÉ OBTENU . . . . . . . . . . . . . . . . . 1  PRIVÉ IMPOSSIBLE. . . . . . . . . . . . . . . 2 | 544 |
| 542 | La première fois que vous avez eu des rapports sexuels, diriez-vous que vous vouliez avoir ces rapports sexuels ou que vous y aviez été forcée contre votre volonté? | VOULAIT . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . 1  A ÉTÉ FORCÉE . . . . . . . . . . . . . . . . . 2  REFUSÉ DE RÉPONDRE/  PAS DE RÉPONSE . . . . . . . . . . . . . . . 3 |  |
| 543 | Au cours des 12 derniers mois, est-ce que quelqu'un vous a obligé à avoir des rapports sexuels contre votre volonté? | OUI . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . 1  NON . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . 2  REFUSÉ DE RÉPONDRE/ PAS DE REP 3 |  |
| 544 | Connaissez-vous un endroit ou l'on peut se procurer des condoms? | OUI . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . 1  NON . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . 2 | 601 |
| 545 | Où est-ce?  SI L'ENDROIT EST UN HÔPITAL, UN CENTRE DE SANTÉ OU UNE CLINIQUE, INSCRIRE LE NOM DE L'ENDROIT. INSISTER POUR IDENTIFIER LE TYPE D'ENDROIT ET ENCERCLER LE CODE APPROPRIÉ.  (NOM DE L'ENDROIT) Y a-t-il un autre endroit?  ENREGISTRER TOUS LES ENDROITS MENTIONNÉS | **SECTEUR PUBLIC**  HÔPITAL DU GOUVERNEMENT . . . A CENTRE DE SANTÉ DU GOUV. . . . B CENTRE DE P . . . . . . . . . . . . . . . . . . C MATERNITÉ . . . . . . . . . . . . . D PHARMACIE COMMUNAUTAIR . . . E AGENT DE SANTE/STRAT. AVA . . . F AGENT DE SANTÉ . G AUTRE PUBLIC I  (PRÉCISER)  **SECTEUR MÉDICAL PRIVÉ** HÔPITAL/CLINIQUE/CABINET PRIV… J PHARMACIE . . . . . . . . . . . . . . . . . . K ABPF . . . . . . . . . . . . . . . . L CABINET M'EDICAL M AGENT DE SANTÉ (ONG) . . . . . . . N AUTRE PRIVÉ  MÉDICAL O (PRÉCISER)  **AUTRE SOURCE**  BOUTIQUE/MARCHE . . . . . . . . . . . P EGLISE/MOSQUÉ……………….. Q  ÉCOLE . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . R AMIS/PARENTS . . . . . . . . . . . . . . . . S AUTRE X  (PRÉCISER) |  |
| 546 | Si vous le voulez, pouvez-vous vous procurer un condom? | OUI . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . 1  NON . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . 2  NE SAIT PAS/PAS SÛRE. . . . . . . . . . . 8 |  |

**421**

SECTION 6. PRÉFÉRENCES EN MATIÈRE DE FÉCONDITÉ

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| N°. | QUESTIONS ET FILTRES | CODES | ALLER À |
| 601 | VÉRIFIER 311/311A :  NI LUI NI ELLE LUI OU ELLE STÉRILISÉ STÉRILISÉ | | 614 |
| 602 | VÉRIFIER 226 :  PAS ENCEINTE ENCEINTE OU PAS SÛRE  Maintenant j'ai quelques Maintenant j'ai quelques questions au sujet de questions au sujet de l'avenir. l'avenir.  Voudriez-vous avoir un Après l'enfant que vous (autre) enfant, ou préféreriez- attendez, voudriez-vous avoir vous ne pas avoir d'(autres) un autre enfant, ou  enfants du tout ? préféreriez-vous ne pas  avoir d'autres enfants du tout? | AVOIR (UN/UN AUTRE) ENFANT . . . 1  PAS D'AUTRE DU TOUT/AUCUN . . . 2  DIT QU'ELLE NE PEUT PAS  TOMBER ENCEINTE . . . . . . . . . . . . 3  INDÉCISE/NE SAIT PAS :  ET ENCEINTE . . . . . . . . . . . . . . . . . 4  ET PAS ENCEINTE/PAS SÛRE . . . 5 | 604  614  610  608 |
| 603 | VÉRIFIER 226 :  PAS ENCEINTE ENCEINTE OU PAS SÛRE  Combien de temps voudriez- Après la naissance de  vous attendre à partir de l'enfant que vous attendez, maintenant avant la combien de temps voudriez- naissance d'un (autre) vous attendre avant la  enfant ? naissance d'un autre enfant ? | MOIS . . . . . . . . . . . . . . 1  ANNÉES . . . . . . . . . . . . . . 2  BIENTÔT/MAINTENANT . . . . . . . . . . 993  DIT PEUT PAS TOMBER  ENCEINTE . . . . . . . . . . . . . . . . . . . 994  APRÈS MARIAGE . . . . . . . . . . . . . . 995  AUTRE 996 (PRÉCISER)  NE SAIT PAS . . . . . . . . . . . . . . . . . . . 998 | 609  614  609 |
| 604 | VÉRIFIER 226 :  PAS ENCEINTE ENCEINTE OU PAS SÛRE | | 610 |
| 605 | VÉRIFIER 310 : UTILISE UNE MÉTHODE ?  NON N'UTILISE UTILISE AC- POSÉE PAS ACTUEL- TUELLEMENT  LEMENT | | 608 |
| 606 | VÉRIFIER 603 :  NON 24 MOIS OU PLUS 00-23 MOIS POSÉE OU 02 ANS OU PLUS OU 00-01 ANNÉE | | 610 |

**422**

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| N°. | QUESTIONS ET FILTRES | CODES | ALLER À |
| 607 | VÉRIFIER 602 :  VEUT UN/UN AUTRE NE VEUT PAS ENFANT D'(AUTRE) ENFANT  Vous avez dit que, dans Vous avez dit que vous ne l'immédiat, vous ne vouliez vouliez pas d'(autre) enfant, pas avoir (un/un autre) enfant, mais vous n'utilisez pas de mais vous n'utilisez pas de méthode pour éviter une méthode pour éviter une grossesse.  grossesse.  Pouvez-vous me dire  Pouvez-vous me dire pourquoi ? pourquoi ? Autre raison ? Autre raison ?  ENREGISTRER TOUTES LES RAISONS MENTIONNÉES. | NON MARIÉE . . . . . . . . . . . . . . . . . . . A  **RAISONS LIÉES À LA FÉCONDITÉ**  PAS DE RAPPORTS SEXUELS . . . B RAP. SEXUELS PEU FRÉQUENTS C MÉNOPAUSE/HYSTÉRECTOMIE . D SOUS-FÉCONDE/STÉRILE . . . . . . . . E AMÉNORRHÉE POSTPARTUM . . . F ALLAITEMENT . . . . . . . . . . . . . . . . . G FATALISTE . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . H  **OPPOSITION À L'UTILISATION** ENQUÊTÉE OPPOSÉE . . . . . . . . . . I MARI/PARTENAIRE OPPOSÉ . . . J AUTRES PERSONNES OPPOSÉES K INTERDITS RELIGIEUX . . . . . . . . L  **MANQUE DE CONNAISSANCE**  CONNAÎT AUCUNE MÉTHODE . . . M CONNAÎT AUCUNE SOURCE . . . N  **RAISONS LIÉES AUX MÉTHODES** PROBLÈMES DE SANTÉ . . . . . . . . O PEUR DES EFFETS SECONDAIRES P PAS ACCESSIBLE/TROP LOIN . . . Q TROP CHER . . . . . . . . . . . . . . . . . . . R PAS PRATIQUE À UTILISER . . . . . . S INTERFÈRE AVEC DES FONCTIONS  NORMALES DU CORPS . . . . . . T  AUTRE X (PRÉCISER)  NE SAIT PAS . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . Z |  |
| 608 | Dans les semaines qui viennent, si vous découvriez que vous êtes enceinte, cela serait-il un problème important, un petit problème ou cela ne vous poserait-il aucun problème ? | PROBLÈME IMPORTANT . . . . . . . . . . 1  PETIT PROBLÈME . . . . . . . . . . . . . . . . . 2  AUCUN PROBLÈME . . . . . . . . . . . . . . 3  DIT PEUT PAS TOMBER ENCEINTE/  N’A PAS DE RAPPORTS SEXUELS 4 |  |
| 609 | VÉRIFIER 310 : UTILISE UNE MÉTHODE ?  NON N'UTILISE UTILISE AC- POSÉE PAS ACTUEL- TUELLEMENT  LEMENT | | 614 |
| 610 | Pensez-vous que, dans un avenir proche ou lointain, vous utiliserez une méthode pour retarder ou éviter une grossesse ? | OUI . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . 1  NON . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . 2  NE SAIT PAS . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . 8 | 612 |
| 611 | Quelle méthode préféreriez-vous utiliser ?  SI PLUSIEURS METHODES CITEES, DEMANDER : Laquelle vous interesse le plus ?  ENCERCLER LE CODE CORRESPONDANT. DANS LE CAS OU ELLE N'A PAS D'INTERET POUR UNE SEULE METHODE, ENCERCLER LE CODE CORRESPONDANT A LA MÉTHODE LA PLUS HAUTE LISTEE PARMI CELLES CITEES. | STÉRILISATION FÉMININE . . . . . . . . . . 01  STÉRILISATION MASCULINE . . . . . . . . 02  PILULE. . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . 03  DIU . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . .04  INJECTIONS . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . 05  IMPLANTS . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . 06  CONDOM . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . 07  CONDOM FÉMININ . . . . . . . . . . . . . . 08  DIAPHRAGME . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . 09  MOUSSE/GELÉE . . . . . . . . . . . . . . . . . . . 10  MAMA . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . 11  CONTINENCE PÉRIODIQUE . . . . . . 12  RETRAIT . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . 13  AUTRE 96 (PRÉCISER)  PAS SÛRE . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . 98 | 614 |

**423**

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| N°. | QUESTIONS ET FILTRES | | CODES | ALLER À |
| 612 | Quelle est la raison principale pour laquelle vous pensez que vous n'utiliserez pas de méthode contraceptive dans un avenir proche ou lointain ? | | NON MARIÉE . . . . . . . . . . . . . . . . . . . 11  **RAISONS LIÉES À LA FÉCONDITÉ**  PAS DE RAP. SEXUELS/RAP.  SEXUELS PEU FRÉQUENTS 22  MÉNOPAUSE/HYSTÉRECTOMIE 23  SOUS-FÉCONDE/STÉRILE . . . 24  VEUT AUTANT D'ENFANTS QUE POSSIBLE . . . . . . . . . . . . . . . . . 26  **OPPOSITION À L'UTILISATION**  ENQUÊTÉE OPPOSÉE . . . . . . . . 31  MARI/PARTENAIRE OPPOSÉ . 32  AUTRES PERSONNES OPPOSÉES 33  INTERDITS RELIGIEUX . . . . . . 34  **MANQUE DE CONNAISSANCE**  CONNAÎT AUCUNE MÉTHODE 41  CONNAÎT AUCUNE SOURCE 42  **RAISONS LIÉES AUX MÉTHODES**  PROBLÈMES DE SANTÉ . . . . . . 51  PEUR DES EFFETS SECONDAIRES 52  PAS ACCESSIBLE/TROP LOIN . 53  TROP CHER . . . . . . . . . . . . . . . . . 54  PAS PRATIQUE À UTILISER . . . 55  INTERFÈRE AVEC DES FONCTIONS NORMALES DU CORPS . . . 56  AUTRE 96 (PRÉCISER)  NE SAIT PAS . . . . . . . . . . . . . . . . . . . 98 | 614 |
| 613 | Utiliseriez-vous une méthode si vous étiez mariée ? | | OUI . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . 1  NON . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . 2  NE SAIT PAS . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . 8 |  |
| 614 | VÉRIFIER 216 :  A DES ENFANTS VIVANTS  Si vous pouviez revenir à l'époque ou vous n'aviez pas d'enfant et choisir exactement le nombre d'enfants à avoir dans votre vie, combien  auriez-vous voulu en avoir ? | N'A PAS DES ENFANTS VIVANTS  Si vous pouviez choisir exactement le nombre d'enfants à avoir dans votre vie, combien voudriez-vous en avoir ? | AUCUN ENFANT . . . . . . . . . . . . . . . . . 00  NOMBRE . . . . . . . . . . . . . . . . . . .  AUTRE 96 (PRÉCISER) | 616  616 |
| INSISTER POUR OBTENIR UNE RÉPONSE NUMÉRIQUE. | |
| 615 | Parmi ces enfants, combien souhaiteriez-vous de garçons, combien souhaiteriez-vous de filles, et pour combien d'entre eux, le sexe n'aurait-il pas d'importance ? | | GARÇONS FILLES N'IMPORTE  NOMBRE  AUTRE 96 (PRÉCISER) |  |
| 616 | Diriez-vous que vous approuvez ou que vous désapprouvez les couples qui utilisent une méthode pour éviter de tomber enceinte ? | | APPROUVE . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . 1  DÉSAPPROUVE . . . . . . . . . . . . . . . . . . . 2  NE SAIT PAS/PAS SÛRE . . . . . . . . . . . . 3 |  |
| 617 | Au cours des derniers mois, avez-vous entendu parler de planification familiale :  À la radio ?  À la télévision ?  Dans des journaux ou magazines ? Sur une affiche ?  Dans un prospectus/brochure ?  A une séance d'animation culturelle/éducative? A l'école? | | OUI NON  RADIO . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . 1 2  TÉLÉVISION . . . . . . . . . . . . . . . . . 1 2  JOURNAUX OU MAGAZINES . . . 1 2  AFFICHE ………………………… 1 2  PROSPECTUS …… ……………. 1 2  ANIMATION CULTURELLE ….. 1 2  A L'ECOLE ……….. …………… 1 2 |  |

**424**

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| N°. | QUESTIONS ET FILTRES | CODES | ALLER À |
| 618 | A votre avis, est-il adminssible ou inadmissible de parler de planification familiale:  À la radio ?  À la télévision ?  Dans des journaux ou magazines ? Sur une affiche ?  Dans un prospectus/brochure ?  A une séance d'animation culturelle/éducative? A l'école? | IN- |  |
| ADMIS- ADMIS- | |
| SIBLE SIBLE RADIO . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . 1 2  TÉLÉVISION . . . . . . . . . . . . . . . . . 1 2  JOURNAUX OU MAGAZINES . . . 1 2  AFFICHE ………… …………… 1 2  PROSPECTUS …… ……………. 1 2  ANIMATION CULTURELLE ….. 1 2  A L'ECOLE ……….. …………… 1 2 |  |
| 619 | Au cours des derniers mois, avez-vous discuté de la pratique de la planification familiale avec vos amis ou amies, vos voisins ou voisines ou vos parents ou parentes ? | OUI . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . 1  NON ………………………………….. 2 | 621 |
| 620 | Avec qui en avez-vous discuté ? Quelqu'un d'autre ?  ENREGISTRER TOUT CE QUI EST MENTIONNÉ. | ÉPOUSE/PARTENAIRE . . . . . . . . . . . . A MÈRE . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . B PÈRE . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . C SOEUR(S) . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . D FRÈRE(S) . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . E COUSINE(S)/COUSIN(S) . . . . . . . . . . F FILLE(S) . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . G FILS . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . H BELLE-MÈRE(S) . . . . . . . . . . . . . . . . . I BEAU-PERE . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . G AMI(E)S/VOISIN(E)S . . . . . . . . . . . . . . K  AUTRE X (PRÉCISER) |  |
| 621 | VÉRIFIER 501 :  OUI, ACTUEL- OUI, NON, LEMENT VIT AVEC PAS EN MARIÉE UN HOMME UNION | | 628 |
| 622 | VÉRIFIER 311/311A :  UN CODE PAS DE CODE ENCERCLÉ ENCERCLÉ | | 624 |
| 623 | Vous avez dit que vous utilisez actuellement une méthode de contraception. Voudriez-vous me dire si l'utilisation de cette méthode est principalement votre propre décision, ou celle  de votre mari/partenaire, ou une décision commune de vous deux ? | DÉCISION DE L'ENQUÊTÉE . . . . . . 1  DÉCISION DU MARI/PARTENAIRE . 2  DÉCISION COMMUNE . . . . . . . . . . . . 3  AUTRE 6 (PRÉCISER) |  |
| 624 | Maintenant je voudrais vous demander des opinions de votre mari/partenaire en matière de planification familiale.  Pensez-vous que votre mari/partenaire approuve ou désapprouve les couples qui utilisent une méthode pour éviter une grossesse ? | APPROUVE . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . 1  DÉSAPPROUVE . . . . . . . . . . . . . . . . . . . 2  INDIFFERENT . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . 3  NE SAIT PAS . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . 8 |  |
| 625 | Combien de fois, au courant de l'année passée, avez-vous parlé de la planification familiale avec votre mari/partenaire ? | JAMAIS . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . 1  UNE OU DEUX FOIS . . . . . . . . . . . . . . 2  PLUS SOUVENT . . . . . . . . . . . . . . . . . . . 3 |  |
| 626 | VÉRIFIER 311/311A :  NI LUI NI ELLE LUI OU ELLE STÉRILISÉ STÉRILISÉ | | 628 |
| 627 | Pensez-vous que votre mari/partenaire veut le même nombre d'enfants que vous, en veut plus que vous ou en veut  moins que vous ? | MÊME NOMBRE . . . . . . . . . . . . . . . . . . . 1  PLUS D'ENFANTS . . . . . . . . . . . . . . . . . 2  MOINS D'ENFANTS . . . . . . . . . . . . . . . . . 3  NE SAIT PAS . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . 8 |  |

**425**

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| N°. | QUESTIONS ET FILTRES | CODES | ALLER À |
| 628 | Le mari et la femme ne sont pas toujours d'accord sur tout.  S'il vous plaît, dites-moi si vous pensez qu'il est légitime qu'une femme refuse d'avoir des rapports sexuels avec son mari quand :  Elle sait que son mari a une Infection Sexuellement Transmissible? Elle sait que son mari a des rapports sexuels avec des femmes  autres que ses épouses ? Elle a accouché récemment ?  Elle est fatiguée ou n'est pas d'humeur à ça ? | OUI NON NSP  IL A UNE IST . . . . . . . . . . . . 1 2 8  AUTRES FEMMES . . . . . . . . 1 2 8  ACCOUCHE. RÉCENT . . . 1 2 8  FATIGUÉE/PAS HUMEUR . 1 2 8 |  |
| 629 | Quand une femme sait que son mari a une infection maladie transmissible par contact sexuel, est-il justifié qu'elle lui demande qu'ils utilisent un condom au cours des rapports sexuels? | OUI . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . 1  NON . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . 2  NE SAIT PAS . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . 8 |  |
| 630 | VÉRIFIER 501  ACTUELLEMENT PAS EN UNION MARIÉE/EN UNION | | 701 |
| 631 | Pouvez-vous refuser à votre mari d'avoir des rapports sexuels avec vous quand vous ne souhaitez pas en avoir? | OUI . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . 1  NON . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . 2  ÇA DÉPEND/PAS SÛRE . . . . . . . . . . 8 |  |
| 632 | Pouvez-vous demander à votre mari d'utiliser un condom si vous voulez qu'il en utilise un? | OUI . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . 1  NON . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . 2  ÇA DÉPEND/PAS SÛRE . . . . . . . . . . 8 |  |

**426**

SECTION 7. CARACTÉRISTIQUES DU CONJOINT ET TRAVAIL DE LA FEMME

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| N°. | QUESTIONS ET FILTRES | CODES | ALLER À |
| 701 | VÉRIFIER 501 ET 502 :  ACTUELLEMENT A ÉTÉ  MARIÉE/ MARIÉE/ JAMAIS MARIÉE ET VIT AVEC VÉCU AVEC N'A JAMAIS VÉCU UN HOMME UN HOMME AVEC UN HOMME | | 703  707 |
| 702 | Quel âge avait votre mari/partenaire à son dernier anniversaire ? | ÂGE EN ANNÉES RÉVOLUES |  |
| 703 | Est-ce que votre (dernier) mari/partenaire a fréquenté l'école ? | OUI . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . 1  NON . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . 2 | 706 |
| 704 | Quel est le plus haut niveau d'études qu'il a atteint : primaire, secondaire 1er cycle, secondaire 2ème cycle, supérieur ou autre ? | PRIMAIRE . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . 1  SECONDAIRE 1 . . . . . . . . . . . . . . . . . . . 2  SECONDAIRE 2 . . . . . . . . . . . . . . . . . . . 3  SUPÉRIEUR . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . 4  AUTRE . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . 6  NE SAIT PAS . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . 8 | 706 |
| 705 | Quelle est la dernière année/classe qu'il a achevée à ce niveau ? | CLASSE/ANNÉE . . . . . . . . . . . . . .  NE SAIT PAS . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . 8 |  |
| 706 | VÉRIFIER 701 :  ACTUEL. MARIÉE/ A ÉTÉ MARIÉE/A VÉCU VIT AVEC UN HOMME AVEC UN HOMME  Quelle est l'occupation de Quelle était l'occupation de votre votre mari/partenaire ? (dernier) mari/partenaire ?  C'est-à-dire, quel genre de C'est-à-dire, quel genre de travail travail fait-il principalement ? faisait-il principalement ? |  |  |
| 707 | En dehors de votre travail domestique, est-ce que vous travaillez actuellement ? | OUI . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . 1  NON . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . 2 | 710 |
| 708 | 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 de la famille  ou dans l'affaire de la famille.  Faites-vous en ce moment quelque chose de ce genre ou un quelconque autre travail ? | OUI . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . 1  NON . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . 2 | 710 |
| 709 | Avez-vous fait un travail quelconque au cours des  12 derniers mois ? | OUI . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . 1  NON . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . 2 | 719 |
| 710 | Quelle est votre occupation, c'est-à-dire, quel genre de travail faites-vous principalement ? |  |  |
| 711 | VÉRIFIER 710 :  TRAVAILLE DANS NE TRAVAILLE PAS AGRICULTURE DANS AGRICULTURE | | 713 |
| 712 | Travaillez-vous principalement sur votre propre terre, ou sur la terre de votre famille, ou travaillez-vous sur une terre que vous louez, ou travaillez vous sur la terre de quelqu'un d'autre ? | PROPRE TERRE . . . . . . . . . . . . . . . . . 1  TERRE DE LA FAMILLE . . . . . . . . . . . . 2  TERRE LOUÉE . . . . . . . . . . . . . . . . . . . 3  TERRE DE QUELQU'UN D'AUTRE . 4  NON CONCERNÉ . . . . . . . . . . . . . . . . . 6 |  |

**427**

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| N°. | QUESTIONS ET FILTRES | CODES | ALLER À |
| 713 | 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  À SON COMPTE . . . . . . . . . . . . . . . . . . . 3 |  |
| 714 | Travaillez-vous habituellement à la maison ou loin de la maison ? | À LA MAISON . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . 1  LOIN DE LA MAISON . . . . . . . . . . . . . . 2 |  |
| 715 | Travaillez-vous habituellement toute l'année, de manière saisonnière, ou seulement de temps en temps ? | TOUTE L'ANNÉE . . . . . . . . . . . . . . . . . 1  SAISONNIER/PARTIE DE L'ANNÉE . 2  TEMPS EN TEMPS . . . . . . . . . . . . . . . . . 3 |  |
| 716 | Pour ce travail, touchez-vous de l'argent, êtes-vous payée en nature ou n'êtes-vous pas du tout payée ? | ARGENT SEULEMENT . . . . . . . . . . . . 1  ARGENT ET NATURE . . . . . . . . . . . . 2  EN NATURE SEULEMENT . . . . . . . . 3  PAS PAYÉE . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . 4 | 719 |
| 717 | Qui décide principalement de comment l'argent que vous gagnez va être utilisé ? | ENQUÊTÉE ELLE-MÊME . . . . . . . . . . 1  MARI/PARTENAIRE . . . . . . . . . . . . . . 2  ENQUÊTÉE ET MARI/PARTENAIRE ENSEMBLE . . . . . . . . . . . . . . . . . . . 3  PÈRE/MÈRE . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . 4  ONCLE/TANTE . . . . . . . . . . . . . . 5  QUELQU'UN D'AUTRE . . . . . . . . . . . . 6  ENQUÊTÉE ET QUELQU'UN  D'AUTRE ENSEMBLE . . . . . . . . . . 7 |  |
| 718 | En moyenne, quelle part des dépenses de votre ménage est payée par ce que vous gagnez : rien, presque rien, moins de la moitié, à peu près la moitié, plus de la moitié ou la totalité ? | PRESQUE RIEN . . . . . . . . . . . . . . . . . 1  MOINS DE LA MOITIÉ . . . . . . . . . . . . 2  À PEU PRÈS LA MOITIÉ . . . . . . . . . . 3  PLUS DE LA MOITIÉ . . . . . . . . . . . . . . 4  LA TOTALITÉ . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . 5  RIEN, TOUT SON REVENU EST GARDÉ 6 |  |
| 719 | Dans votre famille, qui a généralement le dernier mot dans les décisions suivantes :  Vos propres soins de santé ?  Les achats de choses importantes pour le ménage ? Les achats pour les besoins quotidiens du ménage ? Les visites à la famille ou parents ?  Quelle nourriture sera préparée chaque jour ? | ENQUÊTÉE ELLE-MÊME = 1  MARI/PARTENAIRE = 2  ENQUÊTÉE ET MARI/PARTENAIRE, ENSEMBLE = 3  QUELQU'UN D'AUTRE = 4  ENQUÊTÉE ET QUELQU'UN D'AUTRE, ENSEMBLE = 5  DÉCISION PAS PRISE/PAS APPLICABLE = 6  1 2 3 4 5 6  1 2 3 4 5 6  1 2 3 4 5 6  1 2 3 4 5 6  1 2 3 4 5 6 |  |
| 720 | PRÉSENCE D'AUTRES PERSONNES À CE MOMENT (PERSONNES PRÉSENTES ET QUI ÉCOUTENT, PRÉSENTES MAIS QUI N'ÉCOUTENT PAS, OU PAS PRÉSENTES) | PRÉS/ PRÉS/ PAS ÉCOUTE ÉCOUTE PRÉS  PAS  ENFANTS <10 . . . . . . 1 2 8  MARI . . . . . . . . . . . . . . 1 2 8  AUTRES HOMMES …… 1 2 8  AUTRES FEMMES …… 1 2 8 |  |
| 721 | Parfois un mari est contrarié ou en colère à cause de certaines choses que fait sa femme. À votre avis, est-il légitime qu'un mari frappe ou batte sa femme dans les situations suivantes :  Si elle sort sans le lui dire ? Si elle néglige les enfants ? Si elle argumente avec lui ?  Si elle refuse d'avoir des rapports sexuels avec lui ? Si elle brûle la nourriture ?  Si elle parle de se protéger contre le sida? | OUI NON NSP SORTIR . . . . . . . . . . . . 1 2 8  NÉGL. ENFANTS . . . 1 2 8  ARGUMENTE . . . . . . . . 1 2 8  REFUSER SEX. . . . . . . 1 2 8  BRÛLER NOUR. . . . . . . 1 2 8  PROTECTION SIDA 1 2 8 |  |

**428**

SECTION 8. SIDA ET AUTRES INFECTIONS SEXUELLEMENT TRANSMISSIBLES

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| N°. | QUESTIONS ET FILTRES | CODES | ALLER À |
| 801 | Je voudrais maintenant que nous parlions d'un autre sujet. Avez-vous déjà entendu parler d'une maladie appelée sida? | OUI . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . 1  NON . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . 2 | 844 |
| 801A | Comment peut-on attraper le SIDA ?  Aucune autre façon ?  ENREGISTRER TOUT CE QUI EST DECLARE. | RAPPORT SEXUELS ……………… A RAPPORT SEXUELS AVEC DES  PARTENAIRES MULTIPLES … B RAP. SEXUELS AVEC PROSTITUES.. C NE PAS UTILISER CONDOM …….. D RELATIONS HOMOSEXUELLES …… E TRANSFUSION DE SANG ………… F INJECTIONS ………………………….. G EN EMBRASSANT ……………………. H PIQURES DE MOUSTIQUES ……… I OBJETS SOUILLES …………………. J  AUTRE  X (PRÉCISER) |  |
| 802 | Est-ce qu'on peut réduire le risque de contracter le virus du sida en ayant seulement un partenaire sexuel qui n'est pas infecté et qui n'a aucun autre partenaire? | OUI . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . 1  NON . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . 2  NE SAIT PAS . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . 8 |  |
| 803 | Est-ce qu'on peut contracter le virus du sida par des piqûres de moustiques? | OUI . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . 1  NON . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . 2  NE SAIT PAS . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . 8 |  |
| 804 | Est-ce qu'on peut réduire le risque de contracter le virus du sida en utilisant un condom chaque fois qu'on a des rapports sexuels? | OUI . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . 1  NON . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . 2  NE SAIT PAS . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . 8 |  |
| 805 | Est-ce qu'on peut contracter le virus du sida en partageant la nourriture avec une personne atteinte du sida? | OUI . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . 1  NON . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . 2  NE SAIT PAS . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . 8 |  |
| 806 | Est-ce qu'on peut réduire le risque de contracter le virus du sida en s'abstenant de rapports sexuels? | OUI . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . 1  NON . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . 2  NE SAIT PAS . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . 8 |  |
| 807 | Est-ce qu'on peut contracter le virus du sida par sorcellerie ou par des moyens surnaturels? | OUI . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . 1  NON . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . 2  NE SAIT PAS . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . 8 |  |
| 808 | Y a-t-il quelque chose (d'autre) qu'une personne peut faire pour éviter ou réduire ses risques de contracter le virus qui cause le sida? | OUI . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . 1  NON . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . 2  NE SAIT PAS . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . 8 | 810 |
| 809 | Que peut-on faire?  Quelque chose d'autre?  ENREGISTRER TOUT CE QUI EST MENTIONNÉ | S'ABSTENIR DE RAPPORTS SEXUELS A UTILISER DES CONDOMS . . . . . . . . B SE LIMITER À 1 PARTENAIRE/RESTER  FIDÈLE À UN SEUL PARTENAIRE C LIMITER LE NBRE DE PARTENAIRES  SEXUELS . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . D ÉVITER SEX. AVEC PROSTITUÉS . . E ÉVITER SEX. AVEC PERSONNES  AYANT PLUSIEURS PARTENAIRES. F ÉVITER SEX. AVEC HOMOSEXUELS . G ÉVITER SEX. AVEC PERS. QUI  S'INJECTENT DES DROGUES . . . . H ÉVITER TRANSFUSION SANGUINE . I ÉVITER LES INJECTIONS . . . . . . . . J ÉVIT. PARTAGE SERING,/LAME/RASOI K ÉVITER D'EMBRASSER . . . . . . . . . . L ÉVITER PIQÛRES MOUSTIQUES . . M CHERCHER PROTECTION DE  GUÉRISSEUR TRADITIONNEL. . N  AUTRE W (PRÉCISER)  AUTRE X (PRÉCISER)  NE SAIT PAS . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . Z |  |

**429**

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| N°. | QUESTIONS ET FILTRES | CODES | ALLER À |
| 810 | Est-il possible qu'une personne paraissant en bonne santé ait, en fait, le virus du sida? | OUI . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . 1  NON . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . 2  NE SAIT PAS . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . 8 |  |
| 811 | Est-ce que le virus qui cause le sida peut être transmis de la mère séropositive à son bébé :  Au cours de la grossesse? Pendant l'accouchement? Pendant l'allaitement? | OUI NON NSP GROSSESSE . . . . . . 1 2 8  ACCOUCHEMENT . . . 1 2 8  ALLAITEMENT . . . . . 1 2 8 |  |
| 812 | VÉRIFIER 811:  AU MOINS AUTRE UN 'OUI' | | 814 |
| 813 | Y a-t-il des médicaments spéciaux qu'un médecin, une  infirmière ou une sage-femme peut donner à une femme infectée  par le virus du sida pour réduire le risque de transmission à son bébé? | OUI . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . 1  NON . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . 2  NE SAIT PAS . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . 8 |  |
| 814 | Y a-t-il des médicaments spéciaux que les personnes infectées par le virus du sida peuvent obtenir auprès d'un médecin, d'une infirmière ou d'une sage-femme? | OUI . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . 1  NON . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . 2  NE SAIT PAS . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . 8 |  |
| 815 | VÉRIFIER 215 AUCUNE NAISSANCE DERNIÈRE NAISSANCE DEPUIS DERNIÈRE NAISSANCE  JANVIER 2003 AVANT JANVIER 2003 | | 824  824 |
| 816 | Je voudrais maintenant vous poser des questions sur votre dernière naissance. Avez-vous vu quelqu'un pour des soins prénatals durant cette grossesse? | OUI . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . 1  NON . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . 2 | 824 |
| 817 | Au cours de l'une de ces visites prénatales pour cette grossesse, est-ce que l'on vous a parlé de l'un des sujets suivants:  Possibilités pour les bébés de contracter le virus du sida de leur mère? Des choses que l'on peut faire pour que le bébé ne contracte pas  le sida?  Importance d'éffectuer un test du sida? | OUI NON NSP SIDA DE LA MÈRE 1 2 8  CHOSES À FAIRE 1 2 8  TEST DU SIDA 1 2 8 |  |
| 818 | Dans le cadre de ces soins prénatals, est-ce que l'on vous a proposé d'effectuer un test du sida? | OUI . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . 1  NON . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . 2 |  |
| 819 | Je ne veux pas connaître les résultats mais avez-vous effectué un test du sida dans le cadre de vos soins prénatals? | OUI . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . 1  NON . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . 2 (PASSER À 824)  NE SAIT PAS . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . 8 |  |
| 820 | Je ne veux pas connaître les résultats mais est-ce que vous avez obtenu les résultats du test? | OUI . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . 1  NON . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . 2 |  |
| 821 | Où avez-vous effectué le test?  SI L'ENDROIT EST UN HÔPITAL, UN CENTRE DE SANTÉ OU UNE CLINIQUE, INSCRIRE LE NOM DE L'ENDROIT. INSISTER POUR IDENTIFIER LE TYPE D'ENDROIT ET ENCERCLER LE CODE APPROPRIÉ.  (NOM DE L'ENDROIT) | **SECTEUR PUBLIC**  HÔPITAL DU GOUVERNEMENT 11  CENTRE DE SANTÉ DU GOUV. 12  CENTRE DE PF . . . . . . . . . . . . . . . . .13  CENTRE DE DÉPISTAGE . . . . . . . . 14  STRAT. AVANCÉE/EQU. MOBILE . 15  AGENT DE SANTÉ . . . . . . . . . . . . . . 16  AUTRE PUBLIC 17 (PRÉCISER)  **SECTEUR MÉDICAL PRIVÉ**  HÔPITAL/CLINIQUE/CABINET . . . 21  PHARMACIE . . . . . . . . . . . . . 22  MÉDECIN PRIVÉ . . . . . . . . . . . 23  AGENT DE SANTÉ . . . . . . . . . . . 24  AUTRE PRIVÉ  MÉDICAL 26 (PRÉCISER)  AUTRE 96 (PRÉCISER) |  |

**430**

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| N°. | QUESTIONS ET FILTRES | CODES | ALLER À | |
| 822 | Avez-vous effectué un autre test du sida depuis que vous avez été testée pendant votre grossesse? | OUI . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . 1  NON . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . 2 | 825 | |
| 823 | Quand avez-vous effectué le test du sida pour la dernière fois? | IL Y A MOINS DE 12 MOIS . . . . . . . . . . 1  ENTRE 12 ET 23 MOIS . . . . . . . . . . . . 2  IL Y A 2 ANS OU PLUS . . . . . . . . . . . . 3 | 831 | |
| 824 | Je ne veux pas connaître les résultats, mais avez-vous déjà effectué un test pour savoir si vous aviez le sida? | OUI . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . 1  NON . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . 2 | 829 | |
| 825 | Quand avez-vous effectué le test du sida pour la dernière fois? | IL Y A MOINS DE 12 MOIS . . . . . . . . . . 1  ENTRE 12 ET 23 MOIS . . . . . . . . . . . . 2  IL Y A 2 ANS OU PLUS . . . . . . . . . . . . 3 |  | |
| 826 | La dernière fois que vous avez effectué le test, aviez-vous de- mandé vous-même à le faire, vous l'a t-on proposé et vous avez accepté ou bien était-il imposé? | TEST DEMANDÉ . . . . . . . . . . . . . . . . . 1  TEST PROPOSÉ ET ACCEPTÉ . . . . . . 2  TEST IMPOSÉ . . . . . . . . . . . . . . . . . . . 3 |  | |
| 827 | Je ne veux pas connaître les résultats mais avez-vous obtenu les résultats du test? | OUI . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . 1  NON . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . 2 |  | |
| 828 | Où avez-vous effectué le test ?  SI L'ENDROIT EST UN HÔPITAL, UN CENTRE DE SANTÉ OU UNE CLINIQUE, INSCRIRE LE NOM DE L'ENDROIT. INSISTER POUR IDENTIFIER LE TYPE D'ENDROIT ET ENCERCLER LE CODE APPROPRIÉ.  (NOM DE L'ENDROIT) | **SECTEUR PUBLIC**  HÔPITAL DU GOUVERNEMENT 11  CENTRE DE SANTÉ DU GOUV. 12  CENTRE DE PF ………………. 13  CENTRE DE DÉPISTAGE . . . . . . . . 14  STRAT. AVANCÉE/EQU. MOBILE . 15  AGENT DE SANTÉ . . . . . . . . . . . . . . 16  AUTRE PUBLIC 17 (PRÉCISER)  **SECTEUR MÉDICAL PRIVÉ**  HÔPITAL/CLINIQUE/CABINET . . . 21  PHARMACIE . . . . . . . . . . . . . 22  MÉDECIN PRIVÉ . . . . . . . . . . . 23  AGENT DE SANTÉ . . . . . . . . . . . 24  AUTRE PRIVÉ  MÉDICAL 26 (PRÉCISER)  AUTRE 96 (PRÉCISER) |  | |
|  | 831 |
|  | |
| 829 | Connaissez-vous un endroit où l'on peut se rendre pour effectuer le test du virus qui cause le sida? | OUI . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . 1  NON . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . 2 | 831 | |
| 830 | Où est-ce?  SI L'ENDROIT EST UN HÔPITAL, UN CENTRE DE SANTÉ OU UNE CLINIQUE, INSCRIRE LE NOM DE L'ENDROIT.  INSISTEZ POUR IDENTIFIER LE TYPE D'ENDROIT ET ENCERCLEZ LE CODE APPROPRIÉ.  (NOM DE L'ENDROIT) Y a t-il un autre endroit?  ENREGISTRER TOUS LES ENDROITS MENTIONNÉS | **SECTEUR PUBLIC**  HÔPITAL DU GOUVERNEMENT . A CENTRE DE SANTÉ DU GOUV. . B CENTRE DE PF . . . . . . . . . . . . . . . . . C CENTRE DE DÉPISTAGE . . . . . . . . D STRAT. AVANCÉE/EQU. MOBILE . E AGENT DE SANTÉ . . . . . . . . . . . . . . F  AUTRE PUBLIC G (PRÉCISER)  **SECTEUR MÉDICAL PRIVÉ** HÔPITAL/CLINIQUE/CABINET . . . H PHARMACIE . . . . . . . . . . . . . I MÉDECIN PRIVÉ . . . . . . . . . . . J AGENT DE SANTÉ . . . . . . . . . . . . K  AUTRE PRIVÉ  MÉDICAL L (PRÉCISER)  AUTRE X (PRÉCISER) |  | |

**431**

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| N°. | QUESTIONS ET FILTRES | CODES | ALLER À | |
| 831 | Est-ce que vous achèteriez des légumes frais à un marchand ou à un vendeur si vous saviez que cette personne a le virus du sida? | OUI . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . 1  NON . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . 2  NE SAIT PAS . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . 8 |  | |
| 832 | Si vous apprenez que vous avez le virus du sida, souhaiteriez-vous que votre état reste secret ? | OUI RESTE SECRET . . . . . . . . . . . . . . 1  NON . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . 2  NSP/PAS SÛRE/ÇA DÉPEND . . . . . . 8 |  | |
| 833 | Si un membre de votre famille contractait le virus du sida, seriez vous pret à prendre soin de lui/elle dans votre propre ménage? | OUI . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . 1  NON . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . 2  NSP/PAS SÛRE/ÇA DÉPEND . . . . . . 8 |  | |
| 834 | Si une enseignante a le virus du sida mais qu'elle n'est pas malade, est-ce qu'elle devrait être autorisée ou non à continuer à enseigner à l'école? | AUTORISÉE À ENSEIGNER . . . . . . . . 1  PAS AUTORISÉE À ENSEIGNER . . . . 2  NSP/PAS SÛRE/ÇA DÉPEND . . . . . . 8 |  | |
| 834A | Si un/e agent/e de santé a le virus du sida mais qu'il/elle n'est pas malade, est-ce qu'il/elle devrait être autorisé/e ou non à continuer à soigner les malades ? | AUTORISÉ À SOIGNER . . . . . . . . 1  PAS AUTORISÉ À SOIGNER . . . . 2  NSP/PAS SÛRE/ÇA DÉPEND . . . . . . 8 |  |  |
| 835 | Connaissez-vous personnellement quelqu'un à qui on a refusé des services de santé au cours des 12 derniers mois parce qu'on croît qu'il/elle a le sida ou parce qu'on sait qu'il/elle a le sida? | OUI . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . 1  NON . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . 2  CONNAÎT PERSONNE AYANT SIDA ... 3  NE SAIT PAS . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . 8 | 840 |
| 836 | Connaissez-vous personnellement quelqu'un à qui on a refusé de participer à des manifestations sociales, services religieux ou à des évènements communautaires au cours des 12 derniers mois parce qu'on croît qu'il/elle a le sida ou parce qu'on sait qu'il/elle a le sida? | OUI . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . 1  NON . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . 2  NE SAIT PAS . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . 8 |  | |
| 837 | Connaissez-vous personnellement quelqu'un qui a été insulté ou raillé au cours des 12 derniers mois parce qu'on croît qu'il/elle a le sida ou parce qu'on sait qu'il/elle a le sida? | OUI . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . 1  NON . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . 2  NE SAIT PAS . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . 8 |  | |
| 838 | VÉRIFIER 835, 836 ET 837 :  AUTRE AU MOINS UN 'OUI' | | 840 | |
| 839 | Connaissez-vous personnellement quelqu'un qui est suspecté d'avoir le sida ou qui a le sida? | OUI . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . 1  NON . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . 2 |  | |
| 840 | Êtes-vous d'accord ou pas d'accord avec l'affirmation suivante: Les gens qui ont le sida devraient avoir honte d'eux-mêmes. | D'ACCORD . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . 1  PAS D'ACCORD . . . . . . . . . . . . . . . . . . . 2  NSP/ PAS D'OPINION . . . . . . . . . . . . 8 |  | |
| 841 | Êtes-vous d'accord ou pas d'accord avec l'affirmation suivante: On devrait reprocher aux gens qui ont le sida d'introduire le virus dans la communauté. | D'ACCORD . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . 1  PAS D'ACCORD . . . . . . . . . . . . . . . . . . . 2  NSP/ PAS D'OPINION . . . . . . . . . . . . 8 |  | |
| 841A | Êtes-vous d'accord ou pas d'accord avec l'affirmation suivante: On devrait faire le bilan pré nuptial pour connaître le statut sérologique (atteint ou non du SIDA) du partenaire avant le mariage. | D'ACCORD . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . 1  PAS D'ACCORD . . . . . . . . . . . . . . . . . . . 2  NSP/ PAS D'OPINION . . . . . . . . . . . . 8 |  | |
| 842 | Est-ce qu'on devrait enseigner aux enfants de 12-14 ans l'utilisation du condom pour éviter le sida? | OUI . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . 1  NON . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . 2  NSP/PAS SÛRE/ÇA DÉPEND . . . . . . 8 |  | |
| 843 | Est-ce qu'on devrait enseigner aux enfants de 12-14 ans d'attendre jusqu'au mariage pour avoir des rapports sexuels pour éviter de contracter le sida? | OUI . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . 1  NON . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . 2  NSP/PAS SÛRE/ÇA DÉPEND . . . . . . 8 |  | |
| 843A | Au cours des six derniers mois, combien de fois avez-vous entendu à la radio une publicité qui parle du SIDA et de comment l'éviter ?  SI AUCUN, ENCERCLER '00' MARQUER '95' POUUR 95 FOIS OU PLUS. | AUCUN . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . 00  TOTAL . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . |  | |
| 843B | Au cours des six derniers mois, combien de fois avez-vous vu à la télévision une publicité qui parle du SIDA et de comment l'éviter ?  SI AUCUN, ENCERCLER '00' MARQUER '95' POUUR 95 FOIS OU PLUS. | AUCUN . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . 00  TOTAL . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . |  | |

**432**

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| N°. | QUESTIONS ET FILTRES | CODES | ALLER À |
| 843C | Au cours des six derniers mois, combien de fois avez-vous vu des affiches de publicité sur le SIDA et de comment l'éviter ?  SI AUCUN, ENCERCLER '00'. | AUCUN . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . 00  TOTAL . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . |  |
| 843D | Au cours des six derniers mois, combien de fois avez-vous participé à une discussion quelconque sur le SIDA et comment l'éviter ?  SI AUCUN, ENCERCLER '00'. | AUCUN . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . 00  TOTAL . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . |  |
| 844 | Pensez-vous que les jeunes hommes devraient attendre d'être mariés pour avoir des rapports sexuels? | OUI . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . 1  NON . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . 2  NSP/PAS SÛRE/ÇA DÉPEND . . . . . . 8 |  |
| 845 | Pensez-vous que les jeunes femmes devraient attendre d'être mariées pour avoir des rapports sexuels? | OUI . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . 1  NON . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . 2  NSP/PAS SÛRE/ÇA DÉPEND . . . . . . 8 |  |
| 846 | Pensez-vous que les hommes mariés ne devraient avoir des rapports sexuels qu'avec leur épouse? | OUI . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . 1  NON . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . 2  NSP/PAS SÛRE/ÇA DÉPEND . . . . . . 8 |  |
| 847 | Pensez-vous que la plupart des hommes que vous connaissez n'ont des rapports sexuels qu'avec leur épouse? | OUI . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . 1  NON . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . 2  NSP/PAS SÛRE/ÇA DÉPEND . . . . . . 8 |  |
| 848 | Pensez-vous que les femmes mariées ne devraient avoir de rapports sexuels qu'avec leur époux? | OUI . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . 1  NON . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . 2  NSP/PAS SÛRE/ÇA DÉPEND . . . . . . 8 |  |
| 849 | Pensez-vous que la plupart des femmes que vous connaissez n'ont des rapports sexuels qu'avec leur époux? | OUI . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . 1  NON . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . 2  NSP/PAS SÛRE/ÇA DÉPEND . . . . . . 8 |  |
| 850 | VÉRIFIER 801:  ENTENDU PARLER PAS ENTENDU PARLER DU SIDA DU SIDA  Mis à part le sida, avez-vous Avez-vous entendu parler d'infec- entendu parler d'autres tions qui se transmettent par infections qui se trans- contact sexuel?  mettent par contact sexuel? | OUI . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . 1  NON . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . 2 | 853 |
| 851 | Quand un homme a une infection sexuellement transmissible, quels symptômes peut-il avoir?  Y at-il d'autres symptômes?  ENREGISTRER TOUT CE QUI EST MENTIONNÉ | DOULEUR ABDOMINALE . . . . . . . . . . A ÉCOULEMENT GÉNITAL . . . . . . . . . . B ÉCOULEMENTS MALODORANTS C BRÛLURE EN URINANT . . . . . . D ROUGEUR/INFLAMMATION  DANS PARTIE GÉNITALE . . . . . . . . E GONFLEMENT DE ZONE GÉNIT... F PLAIE/ULCÈRE GÉNITAL . . . . . . . . . . G VERRUES GÉNITALES . . . . . . . . H DÉMANGEAISONS GÉNITALES . . . . I SANG DANS LES URINES . . . . . . . . J PERTE DE POIDS. . . . . . . . . . . . . . . . . . K IMPUISSANCE . . . . . .. . . . . . . ... .. L  AUTRE W (PRÉCISER)  AUTRE X (PRÉCISER)  PAS DE SYMPTÔME . . . . . . . . . . . . . . Y NE SAIT PAS . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . Z |  |

**433**



|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| N°. | QUESTIONS ET FILTRES | CODES | ALLER À | |
| 852 | Quand une femme a une infection sexuellement trans- missible, quels symptômes peut-elle avoir?  Y a t-il d'autres symptômes?  ENREGISTRER TOUT CE QUI EST MENTIONNÉ | DOULEUR ABDOMINALE . . . . . . . . . . A ECOUL./PERTES VAGINALES …….. B PERTES MALODORANTES . . . . . . C BRÛLURE EN URINANT . . . . . . D ROUGEUR/INFLAMMATION  DANS PARTIE GÉNITALE . . . . . . . . E GONFLEMENT DS ZONE GÉNIT... F PLAIE/ULCÈRE GÉNITAL . . . . . . . . . . G VERRUES GÉNITALES . .. . . . . . H DÉMANGEAISONS GÉNITALES . . . . I SANG DANS LES URINES . . . . . . . . J PERTE DE POIDS. . . . . . . . . . . . . . . . . . K DIFFICULTÉ POUR TOMBER ENCEINTE/AVOIR UN ENFANT . . . . L  AUTRE W (PRÉCISER)  AUTRE X (PRÉCISER)  PAS DE SYMPTÔME . . . . . . . . . . . . . . Y NE SAIT PAS . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . Z |  | |
| 853 | VÉRIFIER 519:  A EU DES RAPPORTS N'A PAS EU DE RAPPORTS SEXUELS SEXUELS | | 901 | |
| 854 | VÉRIFIER 850  A ENTENDU PARLER N'A PAS ENTENDU PARLER D'INFECTIONS TRANSMISSIBLES D'INFECTIONS TRANSMISSIBLES  PAR CONTACT SEXUEL PAR CONTACT SEXUEL | | 856 | |
| 855 | J'aimerais maintenant vous poser quelques questions sur votre santé. Au cours des 12 derniers mois, avez-vous eu une infection que vous avez contractée par contact sexuel? | OUI . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . 1  NON . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . 2  NE SAIT PAS . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . 8 |  | |
| 856 | Il arrive parfois que les femmes aient des pertes vaginales, anormales et malodorantes.  Au cours des 12 derniers mois, avez-vous eu des pertes vaginales anormales et malodorantes? | OUI . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . 1  NON . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . 2  NE SAIT PAS . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . 8 |  | |
| 857 | Il arrive parfois que les femmes aient une plaie ou un ulcère génital. Au cours des 12 derniers mois, avez- vous eu une plaie ou un ulcère génital? | OUI . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . 1  NON . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . 2  NE SAIT PAS . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . 8 |  | |
| 858 | VÉRIFIER 855,856 ET 857  A EU UNE N'A PAS EU INFECTION D'INFECTION OU (UN 'OUI') NE LE SAIT PAS | | 860G | |
| 859 | La dernière fois que vous avez eu (PROBLÈME MENTIONNÉ À  855/856/857), avez-vous recherché un conseil ou un traitement? | OUI . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . 1  NON . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . 2 | 860B |  |

**434**

G G G

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| N°. | QUESTIONS ET FILTRES | CODES | ALLER À | |
| 860 | Où êtes-vous allée?  Y a t-il un autre endroit?  ENREGISTRER TOUT CE QUI EST MENTIONNÉ | **SECTEUR PUBLIC**  HÔPITAL GOUV. . . . . . . . . . . . . . . . . . A CENTRE SANTÉ GOUV. . . . . . . . . . . B CENTRE DE PF . . . . . . . . . . . . . . . . . C AGENT DE TERRAIN . . . . . . . . . . D CENTRE SOCIAL . . . . . . . . . . . . E  AGENT DE SANT . . . . . . . . . . . . . . . F  AGENT DE SANTE/RELAI COMM . G AUTRE PUBLIC  I (PRÉCISER)  **SECTEUR MÉDICAL PRIVÉ** HÔPITAL/CLINIQUE/PRIVE ……… J HOPITAL CONFESSIONNEL …… K PHARMACIE . . . . . . . . . . . . . . . . . . . L ABPF . . . . . . . . . . . . . . . . .M CABINET MEDICAL . . . . . . . . . . . . N AGENT SANTÉ (ONG) …………… O  AUTRE MEDICAL PRIVÉ  P (PRÉCISER)  AUTRE SOURCE  BOUTIQUE/MARCHÉ . . . . . . . . . . . . Q GUERISSEUR TRADITIONNEL . . . . R PARENT/AMI/VOISIN . . . . . . . . . . . . S AMBULANT . . . . . . . . . . . . T  AUTRE X (PRÉCISER) |  | |
| 860A | La dernière fois que vous avez eu (infection de 855,856,857)  avez-vous fait l'une des choses suivantes? Avez-vous,,,,  a) Recherché conseil auprès de personnel de la santé dans une clinique ou un hôpital?  b) Recherché un conseil ou un traitement auprès d'un guérisseur traditionnel?  c) Recherché conseil ou acheté des médicaments dans une boutique ou dans une pharmacie?  d) Recherché conseil auprès d'amis ou de parents? | OUI NON CLINIQUE/HOP …….. 1 2  GUERISSEUR ……… 1 2  BOUTIQUE/PHAR ….. 1 2  AMIS/PARENTS ……… 1 2 |  |  |
| 860B | Quand vous avez eu (infection de 855,856,857) avez-vous informé le (les) partenaire (s) avec qui vous avez des rapports sexuels? | OUI . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . 1  NON . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . 2  CERTAINS PARTENAIRES/  PAS TOUS …………………………. 3 |  |
| 860C | Quand vous avez eu (infection de 855,856,857) avez-vous fait quelque chose pour éviter d'infecter votre (vos) partenaire (s) | OUI . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . 1  NON . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . 2  PARTENAIRE(S) DEJA INFECTEE(S) 3 | 860E |
| 860D | Qu'avez-vous fait pour éviter d'infecter votre (vos) partenaire(s)? Avez-vous………….  a) Arrêté les rapports sexuels?  b) Utilisé un condom pendant les rapports sexuels?  c) Pris des médicaments? | OUI NON ARRETE RAPPORTS ……… 1 2  UTILISE CONDOM ……… 1 2  PRIS MEDICAMENTS ……… 1 2 |  |
| 860E | La dernière fois que vous avez eu (PROBLÈME MENTIONNÉ À  855,856,857), est-ce que votre partenaire a recherché un conseil ou un traitement ? | OUI . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . 1  NON . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . 2  PARTENAIRE NON INFORMÉ . . . . . . 3  NSP . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . 8 | 860  860  860 |

**435**

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| N°. | QUESTIONS ET FILTRES | CODES | ALLER À | |
| 860F | Où est-il allé ?  Y a t-il un autre endroit ?  ENREGISTRER TOUT CE QUI EST MENTIONNÉ | **SECTEUR PUBLIC**  HÔPITAL GOUV. . . . . . . . . . . . . . . . . . A CENTRE SANTÉ GOUV. . . . . . . . . . . B CENTRE DE PF . . . . . . . . . . . . . . . . . C AGENT DE TERRAIN . . . . . . . . . . D CENTRE SOCIAL . . . . . . . . . . . . E  AGENT DE SANT . . . . . . . . . . . . . . . F  AGENT DE SANTE/RELAI COMM . G AUTRE PUBLIC  I (PRÉCISER)  **SECTEUR MÉDICAL PRIVÉ** HÔPITAL/CLINIQUE/PRIVE ……… HOPITAL CONFESSIONNEL …… J PHARMACIE . . . . . . . . . . . . . . . . . . K ABPF . . . . . . . . . . . . . . . . . L CABINET MEDICAL . . . . . . . . . . . . M AGENT SANTÉ (ONG) …………… N  AUTRE MEDICAL PRIVÉ  O (PRÉCISER)  **AUTRE SOURCE**  BOUTIQUE/MA. . . . . . . . . . . . . . . . . P GUERISSEUR TRADITIONNEL . . . . Q PARENT/AMI/VOISIN . . . . . . . . . . . . R AMBULANT . . . . . . . . . . . . S  AUTRE X (PRÉCISER) |  |  |
| 860G | Connaissez-vous des structures qui luttent contre le SIDA au niveau de votre localité ? | OUI . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . 1  NON . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . 2 | 901 |
| 860H | Lequelles ?  Autres structures? | CNLS/CDLS/CCLS ……… ……… A PNLS ………………………. ……… B  PPLS ……………. ……… . ……… C SIDA3 ………………………. ……… D BHAPP ……………. ……… ……… E ID/RACINES ……………… ……… F CORRIDOR ……………… ……… G CENTE DE SANTE/HOPITAL ……… H PSI/ABMS ……………… ……… I AUTRE ……………………. ……… X  (PRÉCISER) |  |
| 860I | Avez-vous sollicité au moins une fois l'une des structures de lutte contre le SIDA ? | OUI . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . 1  NON . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . 2 | 901 | |
| 860J | Dans quelle structure avez-vous été pour la dernière fois ? | CNLS/CDLS/CCLS ……… ……… 11  PNLS ………………………. ……… 12  PPLS ……………. ……… . ……… 13  SIDA3 ………………………. ……… 14  BHAPP ……………. ……… ……… 15  ID/RACINES ……………… ……… 16  CORRIDOR ……………… ……… 17  CENTE DE SANTE/HOPITAL ……… 18  PSI/ABMS ……………… 19  AUTRE ……………………. ……… 96  (PRÉCISER) |  | |
| 860K | Pour quel motif principal ? | INFECTIONS SEXUELLEMENT TRANSMISSIBLES ……………….. 1  INFORMATIONS …………………….. 2  CONSEIL …… ……………………… 3  DEPISTAGE … ……………………… 4  AUTRE ……………………. ……… .. 9  (PRÉCISER) |  | |

**436**

SECTION 9. EXCISION

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| N°. | QUESTIONS ET FILTRES | CODES | ALLER À |
| 901 | Avez-vous déjà entendu parler de l’excision ? | OUI . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . 1  NON . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . 2 | 903 |
| 902 | Dans certains pays, il existe une pratique qui consiste à couper une partie des organes génitaux externes des filles. Avez-vous déjà entendu parler de cette pratique ? | OUI . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . 1  NON . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . 2 | 1001 |
| 903 | Vous a-t-on coupé vos organes génitaux externes ? | OUI . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . 1  NON . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . 2 | 909 |
| 904 | Je voudrais maintenant vous poser des questions sur ce qui a été fait à ce moment-là.  Vous -a-t-on coupé quelque chose dans la zone génitale ? | OUI . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . 1  NON . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . 2  NE SAIT PAS . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . 8 | 906 |
| 905 | Vous a-t-on seulement entaillé les parties génitales sans rien couper ? | OUI . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . 1  NON . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . 2  NE SAIT PAS . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . 8 |  |
| 906 | Vous a-t-on fermé la zone du vagin par une couture ? | OUI . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . 1  NON . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . 2  NE SAIT PAS . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . 8 |  |
| 907 | Quel âge aviez-vous lorsque vous avez subi cette pratique ?  SI L’ENQUÊTÉE NE CONNAIT PAS L’ÂGE EXACT , ESSAYER D’OBTENIR UNE ESTIMATION. | AGE EN ANNÉES RÉVOLUS  DURANT ENFANCE . . . . . . . . . . . . . . 95  NE SAIT PAS . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . 98 |  |
| 908 | Qui a procédé à votre excision ? | **TRADITIONNEL**  EXCISEUSE TRAD. . . . . . . . . . . . . 11  ACCOUCHEUSE TRAD . . . . . . . . . . 12  EXCISEUR TRADIT . . . . . . . . . . 13  AUTRE TRADITION. 16 (PRÉCISER)  **PROFESSIONNEL SANTÉ**  MEDECIN . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . 21  INFIRMIÈRE/SAGE-FEMME . . . . . . 22  AUTRE PROFESSIONNEL  SANTÉ 26 (PRÉCISER)  NE SAIT PAS . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . 98 |  |
| 909 | VERIFIER 214 ET 216 :  A AU MOINS N'A PAS DE UNE FILLE VIVANTE FILLE VIVANTE | | 919 |
| 910 | Est-ce que certaines de vos filles ont subi ce genre de pratique ?  SI OUI: Combien ? | NOMBRE EXCISEES . . . . . . . .  AUCUNE FILLE EXCISEE . . . . . . . . . . 95 | 918 |
| 911 | Sur laquelle de vos filles a t-on procédé tout récemment  à l’excision ?  (NOM DE LA FILLE) ENQUETRICE: VÉRIFIER 212 ET ENREGISTRER  LE NUMERO D'ORDRE POUR LA FILLE | NUMERO D'ORDRE DE LA FILLE A Q.212 . . . . . . . . |  |

**437**

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| N°. | QUESTIONS ET FILTRES | CODES | ALLER À |
| 912 | Je voudrais maintenant vous poser des questions sur ce qui a été fait à (NOM DE LA FILLE de Q.911) à ce moment-là ?  A-t-on enlevé quelque chose de ses parties génitales ? | OUI . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . 1  NON . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . 2  NE SAIT PAS . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . 8 | 914 |
| 913 | A-t-on seulement entaillé ses parties génitales sans rien enlever ? | OUI . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . 1  NON . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . 2  NE SAIT PAS . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . 8 |  |
| 914 | Son vagin a -t-il été fermé par une couture ? | OUI . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . 1  NON . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . 2  NE SAIT PAS . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . 8 |  |
| 915 | Quel âge avait (NOM DE LA FILLE À Q.911) au moment de l’excision ?  SI L’ENQUETÉE NE CONNAIT PAS L’AGE, INSISTER POUR OBTENIR UNE ESTIMATION. | AGE EN ANNÉES RÉVOLUS  DURANT ENFANCE . . . . . . . . . . . . . . 95  NE SAIT PAS . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . 98 |  |
| 916 | Qui a procédé à l’excision ? | **TRADITIONNEL**  EXCISEUSE TRAD. . . . . . . . . . . . . 11  ACCOUCHEUSE TRAD . . . . . . . . . . 12  EXCISEUR TRADIT . . . . . . . . . . 13  AUTRE TRADITION. 16 (PRÉCISER)  **PROFESSIONNEL SANTÉ**  MEDECIN . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . 21  INFIRMIÈRE/SAGE-FEMME . . . . . . 22  AUTRE PROFESSIONNEL  SANTÉ 26 (PRÉCISER)  NE SAIT PAS . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . 98 |  |
| 917 | Est-ce qu’il s’est produit au moment ou après qu’on a coupé les parties génitales de (NOM DE LA FILLE À Q.912) l’un des problèmes suivants :  Saignements excessifs ?  Difficultés pour uriner ou rétention d’urine ?  Gonflement dans la zone génitale ?  Infection de la zone génitale ? / la blessure ne s’est pas cicatrisée correctement ? | OUI NON NSP SAIGNEMENT EXCES. 1 2 8  DIF. À URINER/  RÉTENTION URINE 1 2 8  GONFLEMENT 1 2 8  INFECTION/MAUVAISE  CICATRISATION 1 2 8 |  |
| 918 | Dans l’avenir, avez-vous l’intention de faire exciser vos filles ? | OUI . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . 1  NON . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . 2  NE SAIT PAS . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . 8 |  |
| 919 | Quels sont les avantages pour une fille d’être excisée  INSISTER: d’autres avantages ?  ENREGISTRER TOUT CE QUI EST MENTIONNÉ. | MEILLEURE HYGIÈNE . . . . . . . . . . . . A RECONNAISSANCE SOCIALE . . . . . . B MEILLEURE CHANCE MARIAGE . . . C  PRESERVATION VIRGINITÉ/PREVIENT REL SEX. AVANT MARIAGE . . . . . . D  PLUS DE PLAISIR SEXUEL POUR L’HOMME . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . E  NÉCESSITÉ RELIGIEUSE . . . . . . . . . . F  AUTRE X (PRÉCISER)  AUCUN AVANTAGE . . . . . . . . . . . . . . Y  NSP ………………………………….. Z |  |

**438**

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| N°. | QUESTIONS ET FILTRES | CODES | ALLER À |
| 920 | Quels sont les avantages pour les filles à ne pas être excisées  INSISTER: rien d’autre ?  ENREGISTRER TOUT CE QUI EST MENTIONNÉ. | MOINS DE PROBLÈMES DE SANTÉ . A ÉVITE LA SOUFFRANCE . . . . . . . . . . . . B DAVANTAGE DE PLAISIR SEXUEL  POUR ELLE-MEME. . . . . . . . . . . . . . . C DAVANTAGE DE PLAISIR SEXUEL  POUR L’HOMME . . . . . . . . . . . . . . . . . D ACCORD AVEC LA RELIGION . . . . . . E  AUTRE X (PRÉCISER)  AUCUN AVANTAGE . . . . . . . . . . . . . . Y NSP ………………………………….. Z |  |
| 921 | Pensez-vous que cette pratique est un moyen d’éviter que les filles aient des relations sexuelles avant le mariage ou pensez vous, au contraire, qu’elle n’a aucun effet ? | PREVENIR RELATIONS SEXUELLES 1  PAS D’EFFET . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . 2  NE SAIT PAS . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . 8 |  |
| 922 | Pensez-vous que le recours à cette pratique est exigé pa votre religion ? | OUI . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . 1  NON . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . 2  NE SAIT PAS . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . 8 |  |
| 922A | Pensez-vous que le recours à cette pratique est exigé pa votre tradition ou vos coutumes ? | OUI . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . 1  NON . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . 2  NE SAIT PAS . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . 8 |  |
| 923 | Pensez-vous que cette pratique doit être maintenue ou qu’elle doit disparaître ? | MAINTENUE . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . 1  DISPARAITRE . . . . . . . . . . . . . . . . . . . 2  CELA DÉPEND . . . . . . . . . . . . . . . . . . . 3  NE SAIT PAS . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . 8 |  |
| 924 | Pensez-vous que les hommes tiennent à ce que cette pratique soit conservée ou au contraire, pensez-vous qu’ils sont favorables à son abandon ? | CONSERVÉE . . . . . . . . . . . . . . . . . . . 1  ABANDONNÉE . . . . . . . . . . . . . . . . . . . 2  CELA DÉPEND . . . . . . . . . . . . . . . . . . . 3  NE SAIT PAS . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . 8 |  |
| 924A | Etes-vous informée qu'il existe une loi interdisant la pratique de l'excision au Bénin ? | OUI . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . 1  NON . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . 2  NE SAIT PAS . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . 8 | 1001 |
| 924B | Comment avez-vous été informée ? | RADIO NATIONALE . . . . . . . . . . . . . . A SENSIBILISATION PAR ONG . . . . . . B AUTORITÉS LOCALES . . . . . . . . . . . . C RADIO COMMUNAUTAIRE/LOCALE . D AUTRE X (PRECISER) | ALLER A  1001 |

**439**

SECTION 10. MORTALITÉ MATERNELLE

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| N°. | QUESTIONS ET FILTRES | | | | CODES | | | | ALLER À |
| 1001 | Maintenant, je voudrais vous poser des questions sur vos frères et soeurs, c'est-à-dire sur tous les enfants nés de votre mère naturelle, y compris ceux qui vivent avec vous, ceux qui vivent ailleurs et ceux qui sont décédés.  À combien d'enfants votre propre mère a-t-elle donné naissance, y compris vous-même ? | | | | NOMBRE DE NAISSANCES  DE LA MÈRE NATURELLE . . . . | | | |  |
| 1002 | VÉRIFIER 1001 :  UNE NAISSANCE DEUX NAISSANCES SEULEMENT OU PLUS (ENQUÊTÉE SEULE) | | | | | | | | 1014 |
| 1003 | Combien de ces naissances votre mère a-t-elle eues avant votre propre naissance ? | | | | NOMBRE DE NAISSANCES PRÉCÉDENTES . . . . . . . . . . . . | | | |  |
| 1004 | Quel nom a été donné à votre frère ou soeur le plus âgé (ou suivant) ? | [1] | [2] | [3] | | [4] | [5] | [6] | |
| 1005 | (NOM) est-il de sexe masculin ou féminin ? | MASC. 1  FÉM. 2 | MASC. 1  FÉM. 2 | MASC. 1  FÉM. 2 | | MASC. 1  FÉM. 2 | MASC. 1  FÉM. 2 | MASC. 1  FÉM. 2 | |
| 1006 | Est-ce que (NOM) est toujours en vie ? | OUI . . . . 1  NON . . . . 2  ALLER À 1008  NSP . . . . 8  ALLER À [2] | OUI . . . . 1  NON . . . . 2  ALLER À 1008  NSP . . . . 8  ALLER À [3] | OUI . . . . 1  NON . . . . 2  ALLER À 1008  NSP . . . . 8  ALLER À [4] | | OUI . . . . 1  NON . . . . 2  ALLER À 1008  NSP . . . . 8  ALLER À [5] | OUI . . . . 1  NON . . . . 2  ALLER À 1008  NSP . . . . 8  ALLER À [6] | OUI . . . . 1  NON . . . . 2  ALLER À 1008  NSP . . . . 8  ALLER À [7] | |
| 1007 | Quel âge a  (NOM) ? | ALLER À [2] | ALLER À [3] | ALLER À [4] | | ALLER À [5] | ALLER À [6] | ALLER À [7] | |
| 1008 | Combien y a-t-il d'années que (NOM) est décédé(e) ? |  |  |  | |  |  |  | |
| 1009 | Quel âge avait (NOM) lorsqu'il/elle  est décédé(e) ? | SI HOMME, OU SI FEMME DÉCÉDÉE AVANT L'ÂGE DE 12 ANS, ALLER À [2] | SI HOMME, OU SI FEMME DÉCÉDÉE AVANT L'ÂGE DE 12 ANS, ALLER À [3] | SI HOMME, OU SI FEMME DÉCÉDÉE AVANT L'ÂGE DE 12 ANS, ALLER À [4] | | SI HOMME, OU SI FEMME DÉCÉDÉE AVANT L'ÂGE DE 12 ANS, ALLER À [5] | SI HOMME, OU SI FEMME DÉCÉDÉE AVANT L'ÂGE DE 12 ANS, ALLER À [6] | SI HOMME, OU SI FEMME DÉCÉDÉE AVANT L'ÂGE DE 12 ANS, ALLER À [7] | |
| 1010 | (NOM) était-elle enceinte quand elle est décédée ? | OUI . . . 1  ALLER À 1013  NON . . . 2 | OUI . . . 1  ALLER À 1013  NON . . . 2 | OUI . . . 1  ALLER À 1013  NON . . . 2 | | OUI . . . 1  ALLER À 1013  NON . . . 2 | OUI . . . 1  ALLER À 1013  NON . . . 2 | OUI . . . 1  ALLER À 1013  NON . . . 2 | |
| 1011 | Est-ce que (NOM) est décédée au cours d'un accouchement ? | OUI . . . 1  ALLER À 1013  NON . . . 2 | OUI . . . 1  ALLER À 1013  NON . . . 2 | OUI . . . 1  ALLER À 1013  NON . . . 2 | | OUI . . . 1  ALLER À 1013  NON . . . 2 | OUI . . . 1  ALLER À 1013  NON . . . 2 | OUI . . . 1  ALLER À 1013  NON . . . 2 | |
| 1012 | Est-ce que (NOM) est décédée dans les deux mois suivant la fin d'une grossesse ou d'un accouchement? | OUI . . . 1  NON . . . 2 | OUI . . . 1  NON . . . 2 | OUI . . . 1  NON . . . 2 | | OUI . . . 1  NON . . . 2 | OUI . . . 1  NON . . . 2 | OUI . . . 1  NON . . . 2 | |
| 1013 | À combien d'enfants vivants (NOM) a-t-elle donné naissance  au cours de sa vie ? | ALLER À [2] | ALLER À [3] | ALLER À [4] | | ALLER À [5] | ALLER À [6] | ALLER À [7] | |
| SI PLUS DE FRÈRES OU SOEURS, ALLER À 1014 | | | | | | | | | |

**440**

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 1004 | Quel nom a été donné à votre frère ou soeur  le plus âgé  (ou suivant) ? | [7] | [8] | [9] | | [10] | [11] | [12] |
| 1005 | (NOM) est-il de sexe masculin ou féminin ? | MASC. 1  FÉM. 2 | MASC. 1  FÉM. 2 | MASC. 1  FÉM. 2 | | MASC. 1  FÉM. 2 | MASC. 1  FÉM. 2 | MASC. 1  FÉM. 2 |
| 1006 | Est-ce que (NOM) est toujours en vie ? | OUI . . . . 1  NON . . . . 2  ALLER À 1008  NSP . . . . 8  ALLER À [8] | OUI . . . . 1  NON . . . . 2  ALLER À 1008  NSP . . . . 8  ALLER À [9] | OUI . . . . 1  NON . . . . 2  ALLER À 1008  NSP . . . . 8  ALLER À [10] | | OUI . . . . 1  NON . . . . 2  ALLER À 1008  NSP . . . . 8  ALLER À [11] | OUI . . . . 1  NON . . . . 2  ALLER À 1008  NSP . . . . 8  ALLER À [12] | OUI . . . . 1  NON . . . . 2  ALLER À 1008  NSP . . . . 8  ALLER À [13] |
| 1007 | Quel âge a  (NOM) ? | ALLER À [8] | ALLER À [9] | ALLER À [10] | | ALLER À [11] | ALLER À [12] | ALLER À [13] |
| 1008 | Combien y a-t-il d'années que (NOM) est décédé(e) ? |  |  |  | |  |  |  |
| 1009 | Quel âge avait (NOM) lorsqu'il/elle  est décédé(e) ? | SI HOMME, OU SI FEMME DÉCÉDÉE AVANT L'ÂGE DE 12 ANS, ALLER À [8] | SI HOMME, OU SI FEMME DÉCÉDÉE AVANT L'ÂGE DE 12 ANS, ALLER À [9] | SI HOMME, OU SI FEMME DÉCÉDÉE AVANT L'ÂGE DE 12 ANS, ALLER À [10] | | SI HOMME, OU SI FEMME DÉCÉDÉE AVANT L'ÂGE DE 12 ANS, ALLER À [11] | SI HOMME, OU SI FEMME DÉCÉDÉE AVANT L'ÂGE DE 12 ANS, ALLER À [12] | SI HOMME, OU SI FEMME DÉCÉDÉE AVANT L'ÂGE DE 12 ANS, ALLER À [13] |
| 1010 | (NOM) était-elle enceinte quand elle est décédée ? | OUI . . . 1  ALLER À 1013  NON . . . 2 | OUI . . . 1  ALLER À 1013  NON . . . 2 | OUI . . . 1  ALLER À 1013  NON . . . 2 | | OUI . . . 1  ALLER À 1013  NON . . . 2 | OUI . . . 1  ALLER À 1013  NON . . . 2 | OUI . . . 1  ALLER À 1013  NON . . . 2 |
| 1011 | Est-ce que (NOM) est décédée au cours d'un accouchement ? | OUI . . . 1  ALLER À 1013  NON . . . 2 | OUI . . . 1  ALLER À 1013  NON . . . 2 | OUI . . . 1  ALLER À 1013  NON . . . 2 | | OUI . . . 1  ALLER À 1013  NON . . . 2 | OUI . . . 1  ALLER À 1013  NON . . . 2 | OUI . . . 1  ALLER À 1013  NON . . . 2 |
| 1012 | Est-ce que (NOM) est décédée dans les deux mois suivant la fin d'une grossesse ou d'un accouchement? | OUI . . . 1  NON . . . 2 | OUI . . . 1  NON . . . 2 | OUI . . . 1  NON . . . 2 | | OUI . . . 1  NON . . . 2 | OUI . . . 1  NON . . . 2 | OUI . . . 1  NON . . . 2 |
| 1013 | À combien d'enfants vivants (NOM) a-t-elle donné naissance au cours de sa vie? | ALLER À [8] | ALLER À [9] | ALLER À [10] | | ALLER À [11] | ALLER À [12] | ALLER À [13] |
| SI PLUS DE FRÈRES OU SOEURS, ALLER À 1014 | | | | | | | | |
| 1014 | ENREGISTRER L’HEURE | | | | HEURES . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . .  MINUTES . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . | | | |

**441**

**INSTRUCTIONS :**

|  |  |
| --- | --- |
| 12 DÉC 01  11 NOV 02  10 OCT 03  09 SEP 04  **2** 08 AOUT 05  **0** 07 JUIL 06  **0** 06 JUIN 07  **6** 05 MAI 08  04 AVR 09  03 MARS 10  02 FÉV 11  01 JAN 12 |  |
|  |
|  |
|  |
|  |
|  |
|  |
|  |
|  |
|  |
|  |
|  |

**UN SEUL CODE DOIT FIGURER PAR CASE.**

**NAISSANCES ET GROSSESSES N NAISSANCE**

**G GROSSESSE**

**F FIN DE GROSSESSE**

|  |  |
| --- | --- |
| 12 DÉC 13  11 NOV 14  10 OCT 15  09 SEP 16  **2** 08 AOUT 17  **0** 07 JUIL 18  **0** 06 JUIN 19  **5** 05 MAI 20  04 AVR 21  03 MARS 22  02 FÉV 23  01 JAN 24 |  |
|  |
|  |
|  |
|  |
|  |
|  |
|  |
|  |
|  |
|  |
|  |

|  |  |
| --- | --- |
| 12 DÉC 25  11 NOV 26  10 OCT 27  09 SEP 28  **2** 08 AOUT 29  **0** 07 JUIL 30  **0** 06 JUIN 31  **4** 05 MAI 32  04 AVR 33  03 MARS 34  02 FÉV 35  01 JAN 36 |  |
|  |
|  |
|  |
|  |
|  |
|  |
|  |
|  |
|  |
|  |
|  |

|  |  |
| --- | --- |
| 12 DÉC 37  11 NOV 38  10 OCT 39  09 SEP 40  **2** 08 AOUT 41  **0** 07 JUIL 42  **0** 06 JUIN 43  **3** 05 MAI 44  04 AVR 45  03 MARS 46  02 FÉV 47  01 JAN 48 |  |
|  |
|  |
|  |
|  |
|  |
|  |
|  |
|  |
|  |
|  |
|  |

|  |  |
| --- | --- |
| 12 DÉC 49  11 NOV 50  10 OCT 51  09 SEP 52  **2** 08 AOUT 53  **0** 07 JUIL 54  **0** 06 JUIN 55  **2** 05 MAI 56  04 AVR 57  03 MARS 58  02 FÉV 59  01 JAN 60 |  |
|  |
|  |
|  |
|  |
|  |
|  |
|  |
|  |
|  |
|  |
|  |

|  |  |
| --- | --- |
| 12 DÉC 61  11 NOV 62  10 OCT 63  09 SEP 64  **2** 08 AOUT 65  **0** 07 JUIL 66  **0** 06 JUIN 67  **1** 05 MAI 68  04 AVR 69  03 MARS 70  02 FÉV 71  01 JAN 72 |  |
|  |
|  |
|  |
|  |
|  |
|  |
|  |
|  |
|  |
|  |
|  |

**442**

OBSERVATIONS DE L'ENQUÊTRICE

À REMPLIR APRÈS AVOIR TERMINÉ L'INTERVIEW

COMMENTAIRES SUR L'ENQUÊTÉE :

COMMENTAIRES SUR DES QUESTIONS PARTICULIÈRES :

AUTRES COMMENTAIRES :

OBSERVATIONS DU CHEF D'ÉQUIPE

NOM DU CHEF D'ÉQUIPE : DATE :

OBSERVATIONS DE LA CONTRÔLEUSE

NOM DE LA CONTRÔLEUSE : DATTE :