

[SECTION 1](#)[SECTION 2](#)[SECTION 3](#)[SECTION 4](#)[SECTION 5](#)[SECTION 6](#)[Page précédente \(menu principal\)](#)**PAGE DE GARDE**

IDENTIFICATION	
NOM DE LA LOCALITÉ _____	
NOM DU CHEF DE MÉNAGE _____	
DEPARTEMENT	DEP <input type="text"/>
ARRONDISSEMENT	ARROND <input type="text"/>
NUMÉRO DE GRAPPE	GRAPPE <input type="text"/>
NUMÉRO DE STRUCTURE	STRUCT <input type="text"/>
NUMÉRO DE MÉNAGE DANS LA STRUCTURE	MENAGE <input type="text"/>
- NUMÉRO DE ZD (RECENSEMENT)	ZD <input type="text"/>
URBAIN/RURAL (URBAIN=1, RURAL=2)	URBAIN/RURAL <input type="text"/>
NOM ET N° DE LIGNE DE LA FEMME (DU QUESTIONNAIRE MÉNAGE) _____	N° DE LIGNE <input type="text"/>

VISITES D'ENQUÊTES				
	1	2	3	VISITE FINALE
DATE	- - _____ - -	- - _____ - -	- - _____ - -	JOUR..... MOIS..... ANNEE..... <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> CODE..... RESULTAT.....
NOM DE L'ENQUÊTRICE	- - _____ -	- - _____ -	- - _____ -	
RÉSULTAT*	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	
PROCHAINE VISITE : DATE	_____ - _____	- _____ - _____	- _____ - _____	NOMBRE TOTAL DE VISITES <input type="text"/>
HEURE	_____ - _____	- _____ - _____	- _____ - _____	-
*CODES RÉSULTAT:				
1 REMPLI	4 REFUSÉ			
2 PAS À LA MAISON	5 REMPLI PARTIELLEMENT	7 AUTRE _____	;(PRECISEZ))	
3 DIFFÉRÉ	6 INCAPACITÉ			

LANGUE DE L'INTERVIEW			
FRANÇAIS.....1	ANGLAIS.....2		
LANGUE LOCALES.....3	PIDGIN.....4		
ENCADREUR	CHEF D'ÉQUIPE	CONT. BUREAU	SAISI PAR
NOM <input type="text"/>	NOM <input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>

DATE _____ _____	DATE _____ _____		
---------------------	---------------------	--	--

[Page précédente \(menu principal\)](#)
[Début de cette page](#)

SECTION 1: CARACTÉRISTIQUES SOCIO-DÉMOGRAPHIQUES DES ENQUÊTÉES

N°.	QUESTIONS ET FILTRES	CODES	ALLER À
101	ENREGISTREZ L'HEURE.	HEURE <input type="text"/> <input type="text"/> MINUTES <input type="text"/> <input type="text"/>	
105	En quel mois et en quelle année êtes-vous née?	MOIS <input type="text"/> <input type="text"/> NSP MOIS..... 98 ANNÉE <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> 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.... <input type="text"/> <input type="text"/>	
SI L'ENQUÊTÉE A MOINS DE 10 ANS OU PLUS DE 59 ANS, ARRÊTER L'INTERVIEW ET EFFECTUER LES CORRECTIONS APPROPRIÉES DANS LE QUESTIONNAIRE MÉNAGE			
107	Avez-vous fréquenté l'école?	OUI..... 1 NON..... 2	→ 116A
108	Quel est le plus haut niveau d'études que vous avez atteint : école coranique, primaire, secondaire ou supérieur?	ÉCOLE CORANIQUE SEULEMENT 1 PRIMAIRE..... 2 SECONDAIRE GÉNÉRAL..... 3 SECONDAIRE TECHNIQUE 4 SUPÉRIEUR 5	→ 116A
109	Quelle est la dernière classe/année d'étude que vous avez achevée à ce niveau? *	CLASSE/ANNÉE..... <input type="text"/>	
110	<u>FILTRE POUR L'ÂGE</u> VÉRIFIER 106: ÂGÉE DE 24 ANS OU MOINS <input type="checkbox"/> ÂGÉE DE 25 ANS OU PLUS <input type="checkbox"/>		→ 113
111	Est-ce que vous allez à l'école actuellement?	OUI..... 1 NON..... 2	→ 113

CODES POUR Q. 109

NIVEAU	PRIMAIRE	SECONDAIRE (Y COMPRIS MEDERSA)	SUPÉRIEUR)	PROFESSIONNEL NIVEAU SECONDAIRE	PROFESSIONNEL SUPÉRIEUR
	0= MOINS D'1 AN ACHEVÉ DANS LE NIVEAU CORRESPONDANT				
	1= CP1 2= CP2	1= 6è 2= 5è		1= 6è ou 1 ^o année	

QUESTIONNAIRE FEMME

CLASSE	3= CE1 4= CE2 5= CM1 6= CM2 8= NE SAIT PAS	3= 4è 4= 3è 5= 2nde 6= 1ère 7= Terminale 8= NSP	1= 1 ^o année. 2= 2 ^o année 3= 3 ^o année 4= 4 ^o année ou + 8= NSP	2= 5è ou 2 ^o année 3= 4è ou 3 ^o année 4= 3è ou 4 ^o année 5= 2nde ou 5 ^o année 6= 1ère ou 6 ^o année 7= Term. Ou 7 ^o année 8= NSP	1= 1 ^o année. 2= 2 ^o année 3= 3 ^o année 4= 4 ^o année ou + 8= NE SAIT PAS
--------	--	--	--	---	--

112	Quelle est la raison principale pour laquelle vous avez arrêté d'aller à l'école?	S'EST MARIÉE..... 01 TOMBÉE ENCEINTE..... 02 GARDE ENFANTS PLUS JEUNES..... 03 FAMILLE AVAIT BESOIN AIDE AU TRAVAIL..... 04 POUVAIT PAS PAYER ÉTUDE..... 05 DEVAIT GAGNER DE L'ARGENT..... 06 SUFFISAMMENT SCOLARISÉE..... 07 N'AIMAIT PAS ÉCOLE..... 08 ÉCHEC À L'ÉCOLE..... 09 ÉCOLE INACCESSIBLE/TROP LOIN..... 10 RAISONS DE SANTÉ..... 11 MANQUE DE TUTEUR..... 12 AUTRE..... 96 NE SAIT PAS..... 98	
113	FILTRE POUR LE NIVEAU D'ÉTUDES VÉRIFIER 108 ET 109: N'A FAIT QUE LE PRIMAIRE <input type="checkbox"/>  A FAIT LE SECONDAIRE OU SUPÉRIEUR <input type="checkbox"/> 		<input type="checkbox"/> → 115
114	Maintenant, je voudrais que vous me lisiez cette phrase à voix haute; lisez-en le plus que vous pouvez. MONTREZ VOTRE CARTE À L'ENQUÊTÉE SI L'ENQUÊTÉE NE PEUT PAS LIRE LA PHRASE ENTIÈRE, INSISTEZ : Pouvez-vous lire une partie de la phrase ?	NE PEUT PAS LIRE DU TOUT..... 1 PEUT LIRE CERTAINES PARTIES... 2 PEUT LIRE TOUTE LA PHRASE..... 3 PAS DE CARTE DANS LANGUE QUI CONVIENT..... 4	→ 116A
115	Lisez-vous un journal ou un magazine pratiquement chaque jour, au moins une fois par semaine, moins d'une fois par semaine ?	PRATIQUEMENT CHAQUE JOUR..... 1 AU MOINS UNE FOIS PAR SEMAINE... 2 MOINS D'UNE FOIS PAR SEMAINE..... 3 PAS DU TOUT..... 4	
116A	Avez-vous l'habitude d'écouter la radio ?	OUI..... 1 NON..... 2	→ 117A
116B	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	
117A	Avez-vous l'habitude de regarder la télévision ?	OUI..... 1 NON..... 2	→ 118
117B	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	
118	Quelle est votre religion?	CATHOLIQUE..... 1 PROTESTANTE..... 2 MUSULMANE/ISLAM..... 3 ANIMISTE..... 4 SANS RELIGION..... 5 AUTRE..... 6	
119	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	→ 201A
120	A quel âge avez-vous été marié (commencé à vivre avec un homme) pour la première fois ?	AGE EN ANNÉES REVOLUES <input type="text"/> <input type="text"/>	
121	Quelle est votre situation matrimoniale actuellement ?	EN UNION..... 1 VEUVE..... 2 DIVORCÉE..... 3 SÉPARÉE..... 4	

Début de cette page**SECTION 2: SOINS MATERNELS**

N°	QUESTIONS ET FILTRES	CODES	ALLER A
MAINTENANT JE VOUDRAI VOUS POSER DES QUESTIONS SUR LA GROSSESSE SI VOUS EN AVEZ EU CES DERNIERES ANNEES, MEME SI CELLE-CI S'EST SOLDEE PAR UNE NAISSANCE VIVANTE OU NON			
201A	Avez-vous déjà eu une grossesse ou une naissance vivante ?	OUI.....1 NON 2	→ SECTION SUIVANTE(301A)
201B	Il y a combien de temps que vous avez eu votre dernière grossesse/ ou que vous êtes enceinte ?	MOIS1 <input type="text"/> ANNEES2 <input type="text"/>	
201C	FILTRE POUR LES GROSSESSES D'IL Y A MOINS DE 5 ANS VÉRIFIER 201B SI LA GROSSESSE DATE DE MOINS DE 5 ANS <input type="checkbox"/>	SI ELLE DATE DE 5 ANS OU PLUS <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> → <input type="checkbox"/> 224A
201D	Quand vous étiez enceinte, avez-vous consulté quelqu'un pour des soins prénatals au sujet de cette grossesse (ou avez-vous déjà consulté quelqu'un pour les soins prénatals pour votre grossesse, SI ENCEINTE ACTUELLEMENT ?	OUI1 NON 2	→ 209A
202	De combien de mois étiez-vous enceinte lors de (ou quand comptez-vous commencer) votre première consultation prénatale ? INSCRIRE LE NOMBRE DE MOIS	<input type="text"/>	
203	Où avez-vous fait (où faites-vous) les consultations prénatales ?	SECTEUR MEDICAL PUBLIC HOPITAL 11 CENTRE DE SANTE12 AUTRE PUBLIC (PRECISEZ)13 SECTEUR MEDICAL PRIVE HOPITAL PRIV. CONFESIONNEL.....21 HOP. PRIV. LAIC/CLINIQUE22 CENTRE DE SANTE/DISPENS CONFESS/MISSION 23 AUTRE PRIVE MEDICAL (PRECISEZ)24 CHEZ L'ACCOUCHEUSE TRADITIONNELLE25	
204	Qui avez-vous consulté ?	PROFESSIONNELS DE SANTE MEDECIN11 INFIRMIER(E)12 SAGE-FEMME.....13 AIDE SOIGNANTE 14 AUTRES PERSONNES ACCOUCHEUSE TRADITIONNELLE 21 PARENTS/AMIS 22 G-AUTRES (PRECISEZ)23	
205	Pendant votre dernière grossesse ou depuis que vous êtes enceinte, avez-vous été soumise aux tests suivants ? A-Avez-vous été pesée ?	OUI.....1 NON2 NE SE SOUVIENT PAS3	

QUESTIONNAIRE FEMME

	B-Votre taille a-t-elle été mesurée ?	OUI.....1 NON2 NE SE SOUVIENT PAS3	
	C-Vous a-t-on fait la prise de tension ?	OUI.....1 NON2 NE SE SOUVIENT PAS3	
	D- Avez-vous fait un examen d'urine ?	OUI.....1 NON2 NE SE SOUVIENT PAS3	
	E-vous a-t-on prélevé du sang ?	OUI.....1 NON2 NE SE SOUVIENT PAS3	
	F-Vous a-t-on fait le toucher vaginal ?	OUI.....1 NON2 NE SE SOUVIENT PAS3	
	ENCERCLER LE CODE APPROPRIE		
206A	Pendant votre dernière grossesse ou depuis que vous êtes enceinte, Avez-vous reçu des comprimés/gélules pour vous ajouter du sang(tablettes de fer) ?	OUI.....1 NON2 NE SE SOUVIENT PAS3	→ 207A → 207A
206B	Pendant combien de jours avez-vous pris ces comprimés /gélules ?	<input type="text"/>	
207A	Pendant votre dernière grossesse, avez-vous pris des médicaments pour éviter le paludisme ?	OUI.....1 NON2 NE SE SOUVIENT PAS3	→ 207C → 207C
207B	Quels étaient ces médicaments?	CHLOROQUINE/NIVAQUINEA FANSIDARB AUTRES ANTI-PALUDEENSC PLANTES/DECOCTIOND AUTRESE MEDICAMENT INCONNUF	
207C	Avez-vous dormi sous une moustiquaire pendant votre grossesse ?	OUI.....1 NON.....2	
208A	FILTRE POUR FEMMES AYANT FAIT DES VISITES PRENATALES VERIFIEZ 201D : SI 'OUI' (LA FEMME A FAIT UNE OU DE VISITES PRENATALES) <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> SINON <input type="checkbox"/>		→209A
208B	Combien de visites prénatales avez-vous fait au cours de votre dernière grossesse ou depuis que vous êtes enceinte ? INSCRIRE LE NOMBRE DE FOIS ET 8 SI NE SE SOUVIENT PAS	<input type="text"/>	
208C	Au cours de votre dernière grossesse, vous-a-t-on fait une injection contre le tétanos pour protéger l'enfant à la naissance ?	OUI.....1 NON.....2 NSP.....8	→ 209A → 209A
208D	Pendant cette grossesse, combien de fois avez-vous eu cette injection ? INSCRIRE 8 SI NE SAIT PAS	NOMBRE DE FOIS <input type="text"/>8	
209A	Quelle a été l'issue de votre dernière grossesse ?	Naissance vivante.....1 Mort-né.....2 En cours.....3 Fausse couche.....4	→ 220 → 220

		Avortement provoqué.....	5	→ 220
209B	Où avez-vous accouché ?	DOMICILE 11 SUR LE CHEMIN DE L'HOPITAL12 SECTEUR PUBLIC HOPITAL/MATERNITE/CENTRE DE SANTE/DISPENSAIRE 21 AUTRE ET ABLIS. PUBLIC 22 SECTEUR PRIVE HOPITAL/CLINIQUE/CENTRE DE SANTE/CABINET MEDICAL ... 31 AUTRE ET ABLIS. PRIVE 32 SECTEUR TRADITIONNEL CHEZ LE GUERISSEUR TRADITIONNEL 41 CHEZ L'ACCOUCHEUSE TRADITIONNELLE 42		
209C	Qui vous a assisté pendant l'accouchement	MEDECIN.....1 SAGE-FEMME..... 2 INFIRMIERE/INFIRMIER..... 3 ACCOUCHEUSE TRADITIONNELLE..... 4 PARENTS/AMIES/VOISINES.....5 AUTRES (PRECISEZ)..... 6		
209D	Au moment de l'accouchement, avez-vous eu l'un des problèmes suivants ? a) long travail b) saignements excessifs c) forte fièvre avec pertes vaginales d) convulsions	LONG TRAVAIL1 2 SAIGNEMENTS EXCESSIFS1 2 FORTE FIEVRE AVEC PERTES VAGINALES1 2 CONVULSIONS1 2	OUI NON	
209E	Avez-vous accouché par Césarienne ?	OUI 1 NON 2		
210	FILTRE POUR LES ACCOUCHEMENTS A DOMICILE VÉRIFIER 209B : SI 11 NON ENCERCLE (N'A PAS ACCOUCHE A DOMICILE) <input type="checkbox"/> SI 11 ENCERCLE(A ACCOUCHE A DOMICILE) <input type="checkbox"/>) <input type="checkbox"/>			→ 216
211	La distance séparant votre maison du lieu de votre dernier accouchement était-elle courte, pas très longue, longue ?	COURTE1 PAS TRÈS LONGUE2 LONGUE3		
212	Vous a-t-il été facile d'avoir un moyen de transport pour vous y rendre pour votre accouchement ?	OUI.....1 NON2 PAS BESOIN.....3		→ 216
213	Quelqu'un vous a-t-il aidé à vous transporter ?	OUI.....1 NON2		→ 215
214	Qui vous a principalement aidé ?	MARI1 LEADER COMMUNAUTAIRE.....2 AMIS3 TBA4 VOISINS5 PERSONNEL DE SANTE.....6 ACCOUCHEUSE TRADITIONNELLE7 AUTRES (PRECISEZ).....8		

QUESTIONNAIRE FEMME

215	Quel moyen de transport aviez-vous emprunté ?	AMBULANCE 1 VEHICULE COMMUNAUTAIRE 2 TRANSPORT PUBLIC 3 VEHICULE PRIVE 4 VELO/MOTO (AMBULANCE) 5 A PIED 6 VELO/MOTO 7 CHEVAL/ANE 8 AUTRES (PRECISEZ) 9
-----	---	--

COMPORTEMENT POST-PARTUM			
216	Après l'accouchement, êtes-vous partie à l'hôpital pour une visite post-natale ?	OUI 1 NON 2	→ 220
217	Après combien de temps aviez-vous fait cette première visite ?	JOURS 1 <input type="text"/> <input type="text"/> SEMAINES 2 <input type="text"/> <input type="text"/> MOIS 3 <input type="text"/> <input type="text"/>	
218	Qui avez-vous consulté	MEDECIN 1 SAGE-FEMME 2 INFIRMIERE/INFIRMIER 3	
219	Avez-vous pris des comprimés de vitamine A (comme ceci) deux mois après l'accouchement ?	OUI 1 NON 2 NE SE SOUVIENT PAS 3	
220	FILTRE POUR FEMMES AYANT DEJA ETE MARIEES OU AYANT DEJA VECU AVEC UN HOMME VÉRIFIEZ 119: A ETE DEJA MARIEE OU A DEJA VECU AVEC UN HOMME <input type="checkbox"/> SINON (3 ENCERCLE) <input type="checkbox"/> (1 OU 2 ENCERCLE) ✓		→ 222

221	Pendant votre dernière grossesse et/ou après l'accouchement, A- Habitez-vous avec votre mari/partenaire ? B- Votre mari/partenaire vous assistait-il dans les travaux ménagers et/ou dans les soins de l'enfant quand vous étiez ensemble ? C- Votre mari/partenaire vous encourageait-il à consommer des aliments riches en éléments nutritifs que d'habitude ? D- Votre conjoint vous avait-il cherché une domestique (si vous n'en aviez pas avant) ? E- Votre conjoint vous avait-il encouragé de rechercher des soins de santé ? LIRE CHAQUE ITEM ET ENCERCLEZ LES REPONSES (SI ITEM ENCERCLE, CODE=1, 0 SINON)	OUI 1 NON 2— OUI 1 NON 2 OUI 1 NON 2 OUI 1 NON 2 OUI 1 NON 2	→ allez à C
222	Pendant votre dernière grossesse et/ou après que l'enfant soit né, qui vous a principalement assisté/aidé dans des tâches ménagères ?	MARI 1 MERE 2 SŒUR/FRERE 3 ENFANTS 4 DOMESTIQUE 5 AMIS 6 MEMBRES BELLE-FAMILLE 7 PERSONNE 8	

N°.	QUESTIONS ET FILTRES	CODES	ALLER À
MAINTENANT, JE VOUDRAIS VOUS POSER DES QUESTIONS SUR LE SIDA ET INFECTIONS SEXUELLEMENT TRANSMISSIBLES AFIN DE MIEUX APPRECIER LES EFFORTS QUI SONT FAITS POUR LUTTER CONTRE CES INFECTIONS.			
301A	Avez-vous déjà entendu parler d'une maladie appelée SIDA?	OUI..... 1 NON..... 2	→ 318A
301B	De quelles sources d'informations avez-vous le plus appris sur le SIDA? INSISTEZ: Aucune autre source? ENREGISTREZ TOUT CE QUI EST MENTIONNÉ.	RADIO..... A TÉLÉVISION..... B JOURNAUX/MAGAZINES..... C DÉPLIANT/PROSPECTUS..... D AFFICHES..... E ÉT ABLISSEMENT/PERSONNEL DE SANTÉ..... F ÉGLISE/TEMPLES/MOSQUÉE..... G ÉCOLE/PROFESSEURS..... H LIEU DE TRAVAIL..... I RÉUNION D'ASSOCIATION..... J MARI/PARTENAIRE..... K PARENTS..... L AMIS..... M AUTRE..... X	
302	Y a-t-il quelque chose que l'on peut faire pour éviter de contracter le virus qui cause le SIDA?	OUI..... 1 NON..... 2 NE SAIT PAS..... 8	→ 310
303	Que peut-on faire? INSISTEZ: Quelque chose d'autre? ENREGISTREZ TOUT CE QUI EST MENTIONNÉ.	S'ABSTENIR DE RAPPORTS SEX..... A UTILISER DES CONDOMS..... B LIMITER RAPPORTS SEX. À UN PARTENAIRE /RESTER FIDÈLE À UN SEUL PARTENAIRE..... C LIMITER LE NOMBRE DE PARTENAIRES SEXUELS..... D DEMANDER AU PARTENAIRE D'ÊTRE FIDÈLE..... E ÉVITER RAP. SEX. PROSTITUÉES..... F ÉVITER RAP. SEX. AVEC HOMMES AYANT BEAUCOUP PARTENAIRES..... G ÉVITER RAP. SEX. HOMOSEXUELS..... H ÉVITER RAP. SEX. AVEC PERSON. QUI ONT INJECTIONS DROGUES..... I ÉVITER TRANSFUSIONS SANG..... J ÉVITER INJECTIONS..... K ÉVITER D'EMBRASSER..... L ÉVITER PIQÛRES MOUSTIQUES..... M RECHERCHER PROTECTION GUERISSEUR/MARABOUT..... N ÉVITER PARTAGER RASOIRS/LAMES..... O ÉVITER EXCISION/CIRCONCISION/ PERCEMENT D'OREILLE..... P ÉVITER DE MANGER/BOIRE DANS MÊME VAISSELLE QU'UN SIDEEN..... Q AUTRE..... X (PRÉCISEZ) NE SAIT PAS..... Z	
304	Est-ce qu'on peut se protéger du virus du SIDA en ayant seulement un partenaire sexuel qui n'a aucune autre partenaire?	OUI..... 1 NON..... 2 NE SAIT PAS..... 8	
305	Est-ce qu'on peut se protéger du virus SIDA en utilisant un condom chaque fois qu'on a des rapports sexuels?	OUI..... 1 NON..... 2 NE SAIT PAS..... 8	
306	Est-ce qu'on peut se protéger du virus du SIDA en s'abstenant complètement de rapports sexuels?	OUI..... 1 NON..... 2 NE SAIT PAS..... 8	
307	Est-ce qu'on peut contracter le virus du SIDA en se faisant piquer par des moustiques?	OUI..... 1 NON..... 2 NE SAIT PAS..... 8	

QUESTIONNAIRE FEMME

308	Est-ce qu'on peut contracter le virus du SIDA en partageant la nourriture de quelqu'un atteint du SIDA?	OUI..... 1 NON..... 2 NE SAIT PAS..... 8																					
309	Est-ce qu'on peut contracter le VIH/SIDA par envoûtement ou sorcellerie?	OUI..... 1 NON..... 2 NE SAIT PAS..... 8																					
310	Est-il possible qu'une personne apparemment en bonne santé ait en fait le virus du SIDA?	OUI..... 1 NON..... 2 NE SAIT PAS..... 8																					
311A	Peut-on guérir du SIDA?	OUI..... 1 PARFOIS/ÇA DÉPEND..... 2 NON..... 3 NE SAIT PAS..... 8																					
311B	Connaissez-vous personnellement quelqu'un qui a le SIDA ou quelqu'un qui est décédé du SIDA?	OUI..... 1 NON..... 2																					
312	Est-ce que le virus qui cause le SIDA peut être transmis de la mère à l'enfant?	OUI..... 1 NON..... 2 NE SAIT PAS..... 8	↳ 313B																				
313A	Quand est-ce que le virus qui cause le SIDA peut-il être transmis par la mère à l'enfant? Peut-il être transmis: a) Durant la grossesse? b) Durant l'accouchement? c) Durant l'allaitement?	<table style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <thead> <tr> <th style="width: 60%;"></th> <th style="width: 10%; text-align: center;">OUI</th> <th style="width: 10%; text-align: center;">NON</th> <th style="width: 20%;"></th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>NSP</td> <td></td> <td></td> <td></td> </tr> <tr> <td>DURANT GROSSESSE.....</td> <td style="text-align: center;">1</td> <td style="text-align: center;">2</td> <td style="text-align: center;">8</td> </tr> <tr> <td>DURANT ACCOUCHEM.....</td> <td style="text-align: center;">1</td> <td style="text-align: center;">2</td> <td style="text-align: center;">8</td> </tr> <tr> <td>DURANT ALLAITEMENT .</td> <td style="text-align: center;">1</td> <td style="text-align: center;">2</td> <td style="text-align: center;">8</td> </tr> </tbody> </table>		OUI	NON		NSP				DURANT GROSSESSE.....	1	2	8	DURANT ACCOUCHEM.....	1	2	8	DURANT ALLAITEMENT .	1	2	8	
	OUI	NON																					
NSP																							
DURANT GROSSESSE.....	1	2	8																				
DURANT ACCOUCHEM.....	1	2	8																				
DURANT ALLAITEMENT .	1	2	8																				
313B	Depuis que vous avez entendu parler du SIDA, avez-vous fait quelque chose pour vous protéger contre le virus qui cause cette maladie?	OUI..... 1 NON..... 2	→ 313D																				
313C	Qu'avez-vous fait? INSISTEZ : Quelque chose d'autre? ENREGISTREZ TOUT CE QUI EST MENTIONNÉ.	SABSTENIR DE RAPPORTS SEX..... A UTILISER DES CONDOMS..... B LIMITER RAPPORTS SEX. À UN PARTENAIRE /RESTER FIDÈLE À UN SEUL PARTENAIRE..... C LIMITER LE NOMBRE DE PARTENAIRES SEXUELS..... D DEMANDER AU PARTENAIRE D'ÊTRE FIDÈLE..... E ÉVITER RAP. SEX. PROSTITUÉES..... F ÉVITER RAP. SEX. AVEC HOMMES AYANT BEAUCOUP PARTENAIRES..... G ÉVITER RAP. SEX. HOMOSEXUELS..... H ÉVITER RAP. SEX. AVEC PERSON. QUI ONT INJECTIONS DROGUES..... I ÉVITER TRANSFUSIONS SANG..... J ÉVITER INJECTIONS..... K ÉVITER D'EMBRASSER..... L ÉVITER PIQÛRES MOUSTIQUES..... M RECHERCHER PROTECTION GUERISSEUR/MARABOUT N ÉVITER PARTAGER RASOIRS/LAMES. O ÉVITER EXCISION/CIRCONCISION/PERCEMENT D'OREILLE..... P ÉVITER DE MANGER/BOIRE DANS MÊME VAISSELLE QU'UN SIDEEN..... Q AUTRE _____ X (PRECISEZ)	↳ 314																				
313D	Pourquoi n'avez-vous rien fait pour vous protéger contre le virus qui cause le SIDA? ENREGISTREZ TOUT CE QUI EST MENTIONNÉ.	N'A PAS DE RAPPORTS SEXUELS..... A A UN SEUL PARTENAIRE..... B PARTENAIRE EST FIDÈLE..... C MANQUE DE CONNAISSANCES/ D'INFORMATION..... D NE RISQUE RIEN/PROTÉGÉE..... E ÇA NE M'INTÉRESSE PAS/ÇA NE ME PRÉOCCUPE PAS..... F AUTRE _____ X																					

		(PRECISEZ)	
		NE SAIT PAS/N'A PAS DE RAISON..... Z	
314	FILTRE POUR PERSONNES ACTUELLEMENT EN UNION VÉRIFIEZ 121: ACTUELLEMENT MARIÉE/VIT AVEC UN HOMME (1 ENCERCLE) <input type="checkbox"/> <input checked="" type="checkbox"/>	ACTUELLEMENT PAS EN UNION (1 NON EN CERCLE OU 121 NON POSEE) <input type="checkbox"/>	→316A
315	Avez-vous déjà parlé des moyens d'éviter de contracter le virus du SIDA avec votre mari/partenaire?	OUI.....1 NON.....2	
316A	À votre avis, est-il acceptable ou inacceptable de parler du SIDA: a) À la radio ? b) À la télévision? c) Dans les journaux? d) Sur des affiches? e) Dans les lieux de culte/mosquée? f) A l'école	ACCEP-TABLE À LA RADIO.....1 À LA TV.....1 2 DANS LES JOURNAUX.....1 2 SUR DES AFFICHES.....1 LIEUX DE CULTE.....1 A L'ECOLE 1 INACCEP-TABLE 2 2 2 2 2	
316B	Si une personne apprend qu'elle est infectée par le virus qui cause le SIDA, cette personne devrait-elle être autorisée à <u>garder son état secret</u> ou cette information devrait-elle être <u>communiquée à la communauté</u> ?	GARDÉ SECRET..... 1 COMMUNIQUÉ À LA COMMUNAUTÉ... 2 NSP/PAS SÛRE..... 8	
317 A	Si quelqu'un de votre famille contractait le virus qui cause le SIDA, seriez-vous prête à prendre soin de lui ou d'elle dans votre propre ménage?	OUI.....1 NON.....2 NSP/PAS SÛRE /CELA DÉPEND..... 8	
317B	Est-ce que les personnes atteintes du SIDA et qui travaillent avec d'autres personnes dans des boutiques, des bureaux, des écoles, ou dans des fermes, devraient <u>être autorisées</u> ou non à <u>continuer leur travail</u> ?	PEUT CONTINUER À TRAVAILLER.... 1 PAS CONTINUER À TRAVAILLER..... 2 NSP/PAS SÛRE/CELA DÉPEND..... 8	
317C	Est-ce qu'on devrait éduquer les enfants de moins de 15 ans sur l'utilisation du condom pour éviter de contracter le SIDA?	OUI.....1 NON.....2 NSP/PAS SÛRE/CELA DÉPEND..... 8	
317D	Avez-vous déjà effectué un test pour savoir si vous aviez le virus du SIDA?	OUI.....1 NON.....2	→317G
317E	Voudriez-vous effectuer un test de dépistage du virus du VIH?	OUI.....1 NON.....2 NE SAIT PAS /PAS SÛRE..... 8	
317F	Connaissez-vous un endroit où vous pourriez effectuer un test de dépistage du SIDA?	OUI.....1 NON.....2	→318A

317G	VÉRIFIEZ 317D: A DÉJÀ EFFECTUÉ TEST DU SIDA <input type="checkbox"/> <input checked="" type="checkbox"/>	N'A PAS ENCORE EFFECTUÉ TEST DU SIDA <input type="checkbox"/> <input checked="" type="checkbox"/>	SECTEUR PUBLIC HÔPITAL/MATERNITÉ..... A HÔPITAL MILITAIRE/GARNISON..... B CENTRE DE SANTÉ/DISPENSAIRE/GARNISON..... C PROGRAMME NATIONAL DE LUTTE CONTRE LE SIDA (PNLS)..... D POLYCLINIQUE..... E PHARMACIE DE L'HOPITAL/CENTRE SANTÉ..... F AUTRE PUBLIC..... G SECTEUR MÉDICAL PRIVÉ HÔPITAL PRIVÉ..... H CLINIQUE/CABINET MÉDICAL..... I CAMNAFAW..... J CENTRE DE SANTÉ PRIVÉ..... K CENTRE SANTÉ D'ENTREPRISE..... L CABINET SOINS/INFIRMERIE..... M PHARMACIE/DÉPÔT PHARMA..... N AUTRE MÉDICAL PRIVÉ..... O SECTEUR PUBLIC/PRIVÉ PHARMACIE/CENTRE DE SANTÉ VILLAGEOISE..... P AUTRE ENDROIT X	
	Où êtes vous allée pour ce test? VOUS NE DEVEZ ENCERCLER QU'UN SEUL CODE	Où pouvez-vous aller pour ce test? ENREGISTREZ TOUT CE QUI EST MENTIONNÉ.		
318A	FILTRE POUR PERSONNES AYANT SUREMENT DEJA EU DES RAPPORTS SEXUELS(ONT DEJA VECU AVEC UN HOMME OU ONT ETE DEJA MARRIEES OU ENCORE ONT DEJAA EU UNE GROSSESSE)			

VERIFIEZ Q119 ET Q201A : SI Q119 = 3 ET Q201A = 2 <input type="checkbox"/>		SINON CAD Q119 DIFFERENT DE 3 OU Q201A =1 (A SUREMENT DEJA EU LES RAPPORTS SEXUELS) <input type="checkbox"/>	→Q319A
318B	Avez-vous déjà eu des rapports sexuels	OUI..... 1 NON2	
319A	(Mis à part le SIDA), avez-vous entendu parler d'(autres) infections qui peuvent être transmises par contact sexuel?	OUI..... 1 NON..... 2	→320D
319B	Chez un homme, quels sont les signes ou symptômes qui vous feront penser qu'il a une telle infection? INSISTEZ : Aucun autre? ENREGISTREZ TOUT CE QUI EST MENTIONNÉ.	DOULEURS ABDOMINALES..... A ÉCOULEMENT/PERTE GÉNITALE/..... B ÉCOULEMENT MALODORANT C BRÛLURES URINAIRES..... D ROUGEURS/INFLAMMATION DE LA ZONE GÉNITALE..... E GONFLEMENT ZONE GÉNITALE..... F PLAIE/ULCÈRE GÉNITAL..... G VERRUE GÉNITALE..... H SANG DANS LES URINES..... I PERTE DE POIDS J IMPUISSANCE..... K AUTRE _____ X (PRECISEZ) PAS DE SYMPTÔMES..... Y NE SAIT PAS..... Z	
320A	Chez une femme, quels sont les signes et symptômes qui vous feront penser qu'elle a une telle infection? Aucun autre? ENREGISTREZ TOUT CE QUI EST MENTIONNÉ.	DOULEURS ABDOMINALES..... A ÉCOULEMENT/PERTES VAGINALES..... B PERTES MALODORANTES..... C BRÛLURES URINAIRES..... D ROUGEURS/INFLAMMATION DE LA ZONE GÉNITALE..... E GONFLEMENT ZONE GÉNITALE..... F PLAIE/ULCÈRE GÉNITAL..... G VERRUE GÉNITALE..... H SANG DANS LES URINES..... I PERTE DE POIDS J INCAPACITÉ DONNER NAISSANCE..... K AUTRE _____ X (PRECISEZ) PAS DE SYMPTÔMES..... Y NE SAIT PAS..... Z	
320B	FILTRE POUR FEMMES AYANT DEJA EU DES RAPPORTS SEXUELS VÉRIFIER 119 201A, Et 318B : A DÉJÀ EU DES RAPPORTS SEXUELS <input type="checkbox"/> N'A JAMAIS EU DE RAPPORTS SEXUELS <input type="checkbox"/>		→401
320C	Au cours des 12 derniers mois, avez vous eu une maladie sexuellement transmissible?	OUI..... 1 NON..... 2 NE SAIT PAS..... 8	→ 321D } } → 320E
320D	FILTRE POUR FEMMES AYANT DEJA EU DES RAPPORTS SEXUELS VÉRIFIER 119 201A, ET 318B : A DÉJÀ EU DES RAPPORTS SEXUELS <input type="checkbox"/> N'A JAMAIS EU DE RAPPORTS SEXUELS <input type="checkbox"/>		→401
320E	Maintenant, je voudrais vous poser des questions sur votre santé au cours des 12 derniers mois. Parfois, les femmes peuvent avoir des pertes vaginales. Au cours des 12 derniers mois, avez-vous eu des pertes vaginales?	OUI..... 1 NON..... 2 NE SAIT PAS..... 8	} → 320G
320F	Lorsque vous avez eu des pertes vaginales, a) Est-ce que les pertes étaient malodorantes?	OUI NON a) MALODORANT 1 2	

QUESTIONNAIRE FEMME

	b) Est-ce que les pertes étaient accompagnées de brûlures, de la fièvre, ou de douleurs abdominales basses ou lombaires non associées aux règles?	b) AUTRES SIGNES..... 1 2	
320G	Parfois, les femmes peuvent avoir 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	
321A	VÉRIFIEZ 320C: 'NON' OU NSP À 320C OU 320C NON POSÉE <input type="checkbox"/> ▼	'OUI' À 320C A EU UNE MST <input type="checkbox"/>	→321D
321B	VÉRIFIEZ 320E ET 320F: 'NON' OU NSP À 320E, OU 'OUI' À 320E, MAIS AUCUN 'OUI' À 320F, OU 320E <input type="checkbox"/> ET 320F NON POSÉES ▼	'OUI' À 320E ET AU MOINS 1 'OUI' À 320F A EU UNE MST <input type="checkbox"/>	→321D
321C	VÉRIFIEZ 320G: 'OUI' À Q.320G <input type="checkbox"/> ▼	'NON' OU NSP À Q.320G <input type="checkbox"/> OU Q.320G <input type="checkbox"/> NON POSÉE	→401
321D	La dernière fois que vous avez eu (INFECTION DE 320C, 320F, 320G), avez-vous recherché un conseil ou un traitement?	OUI..... 1 NON..... 2	321F
321E	La dernière fois que vous avez eu (INFECTION DE 320C, 320F, 320G) avez-vous fait l'une des choses suivantes? Avez vous.... a) Recherché conseil ou traitement auprès de personnel de la santé ou dans une structure sanitaire? b) Recherché conseil ou un traitement auprès d'un guérisseur traditionnel/marabout?	OUI NON STRUCTURE SANITAIRE..... 1 2 GUÉRISSEUR/ MARABOUT..... 1 2	
	c) Recherché conseil ou acheté des médicaments dans une boutique, au marché ou dans une pharmacie? d) Recherché conseil auprès d'amis ou de parents?	BOUTIQUE OU PHARMACIE..... 1 2 AMIS OU PARENTS..... 1 2	
321F	Quand vous avez eu (INFECTION DE 320C, 320F, 320G), en avez vous informé la/les personne(s) avec qui vous avez des rapports sexuels?	OUI..... 1 NON..... 2 CERTAINES PERSONNES/ PAS TOUTES..... 3	→321H
321G	Est-ce que la/les personne(s) avec qui vous avez des rapports sexuels a/ont recherché des conseils ou un traitement auprès d'un personnel de la santé ou dans une structure sanitaire?	OUI..... 1 NON..... 2 CERTAINES PERSONNES/ PAS TOUTES..... 3 NE SAIT PAS..... 8	
321H	Quand vous avez eu (INFECTION DE 320C, 320F, 320G) avez vous fait quelque chose pour éviter d'infecter votre(vos) partenaire (s) sexuel(s)?	OUI 1 NON..... 2 PARTENAIRE(S) DÉJÀ INFECTÉ(S)..... 3	→401
321I	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 ARRÊTÉ RAPPORTS.....1 2 UTILISÉ CONDOM.....1 2 PRIS MÉDICAMENTS.....1 2	

[Page précédente \(menu principal\)](#)[Début de cette page](#)

SECTION 4: CONNAISSANCE ET PRATIQUE DE LA PLANIFICATION FAMILIALE

N°	QUESTIONS ET FILTRES	CODES	ALLER A						
401	<p><u>FILTRE POUR FEMMES N'AYANT PAS ENCORE ATTEINT LA MENOPAUSE.</u></p> <p>VERIFIEZ 106 :</p> <p>SI AGE INFÉRIEUR A 50 ANS <input type="checkbox"/> SINON (AGE SUPÉRIEUR A 50 ANS) <input type="checkbox"/></p>			→ 501A					
<p>MAINTENANT JE VOUDRAIS VOUS PARLER DE LA PLANIFICATION FAMILIALE- LES DIFFÉRENTS MOYENS OU MÉTHODES QU'UN COUPLE PEUT UTILISER POUR RETARDER LA SURVENUE D'UNE GROSSESSE CHEZ LA FEMME OU ÉVITER CELLE-CI DE TOMBER ENCEINTE</p> <p>POUR LES QUESTIONS 402-405, VOUS DEVEZ ÊTRE TRÈS ATTENTIFS POUR NE PAS VOUS TROMPER SUR L'ORDRE ET LES CONSIGNES DE REMPLISSAGE. VOUS DEVEZ BIEN LIRE LE MANUEL.</p> <p>ENCERCLEZ LE CODE '1' DANS « COL1 » POUR CHAQUE MÉTHODE CITÉE D'UNE MANIÈRE SPONTANÉE(402) PUIS CONTINUEZ À LA QUESTION 403 EN LISANT ET EN DÉCRIVANT LA MÉTHODE NON MENTIONNÉE SPONTANÉMENT. SI L'ENQUÊTÉ RECONNAÎT LA MÉTHODE, ENCERCLEZ '2' DANS « COL2 » ; S'IL NE LA RECONNAÎT PAS, ENCERCLEZ '3' DANS « COL3 » ET PASSEZ À LA MÉTHODE SUIVANTE.</p> <p>ENSUITE, POUR CHAQUE MÉTHODE AYANT LE CODE '1' OU '2' ENCERCLÉ DANS « COL1 » OU « COL2 », PASSEZ À 404 ET ENCERCLEZ '1' POUR 'OUI' ET '2' POUR NON (JUSQU'À LA FIN DES MÉTHODES).</p> <p>ENFIN SI À 404 LE CODE '1' EST ENCERCLÉ ALLEZ À 405. ; VOUS ENCERCLEREZ '1' POUR 'OUI' ET '2' POUR NON. SI C'EST PLUTÔT LE CODE '2' QUI EST ENCERCLÉ À 404, CONTINUEZ LA VÉRIFICATION DE 404 À LA MÉTHODE SUIVANTE(JUSQU'À LA FIN DES MÉTHODES).</p>									
	402. Citer les méthodes contraceptives que vous connaissez.	403. Avez-vous déjà entendu parler de (METHODE) ?	404. Avez-vous déjà utilisé (METHODE) ?						
	<table border="1" style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <tr> <td style="width: 33%; text-align: center;">COL1</td> <td style="width: 33%; text-align: center;">COL2</td> <td style="width: 33%; text-align: center;">COL3</td> </tr> <tr> <td style="text-align: center;">OUI SPONT-ANNE</td> <td style="text-align: center;">OUI DESCRIPTION</td> <td style="text-align: center;">NON</td> </tr> </table>	COL1	COL2	COL3	OUI SPONT-ANNE	OUI DESCRIPTION	NON		405. Utilisez-vous actuellement (METHODE) ?
COL1	COL2	COL3							
OUI SPONT-ANNE	OUI DESCRIPTION	NON							
01	CONDONS FEMININS	1 2 3	OUI.....1 NON.....2 ↓	OUI.....1 NON.....2					
02	CONDOMS (CAPOTE ANGLAISE) : Les hommes peuvent se mettre une capote en caoutchouc au pénis avant les rapports sexuels.	1 2 3	Avez-vous, vous et votre mari ou conjoint déjà utilisé le condom ? OUI.....1 NON.....2 ↓	OUI.....1 NON.....2					
03	PILULES : Les femmes peuvent prendre une pilule tous les jours pour éviter de tomber enceinte.	1 2 3	OUI.....1 NON.....2 ↓	OUI.....1 NON.....2					
04	INJECTION : Les femmes peuvent avoir une injection par un médecin ou une infirmière pour éviter de tomber enceinte pendant plusieurs mois.	1 2 3	OUI.....1 NON.....2 ↓	OUI.....1 NON.....2					
05	IMPLANT (NORPLANT) : Les femmes se font insérer sous la peau du bras plusieurs petits bâtonnets qui empêchent de tomber enceinte pendant plusieurs années.	1 2 3	OUI.....1 NON.....2 ↓	OUI.....1 NON.....2					
06	DIU (DISPOSITIF INTRA-UTERIN) : Les femmes peuvent avoir un stérilet que le médecin ou l'infirmière leur place dans l'utérus.	1 2 3	OUI.....1 NON.....2 ↓	OUI.....1 NON.....2					

QUESTIONNAIRE FEMME

07	CONTRACEPTION CHIRURGICALE VOLONTAIRE FÉMININE/STERILISATION FEMININE Les femmes peuvent subir une opération pour ne plus avoir d'enfants.	1 2 3	↓ Avez-vous déjà eu une opération pour éviter d'autres des enfants ? OUI.....1 NON.....2	OUI.....1 NON.....2
08	CONTRACEPTION CHIRURGICALE VOLONTAIRE MASCULINE /STERILISATION MASCULINE : Les hommes peuvent subir une opération pour ne plus avoir d'enfants	1 2 3	↓ Avez-vous déjà vécu avec un homme qui avait eu une opération pour éviter d'avoir des enfants OUI.....1 NON.....2	OUI.....1 NON.....2
09	MAMA (ALLAITEMENT PERMANENT)	1 2 3	↓ OUI.....1 NON.....2	OUI.....1 NON.....2
10	METHODES VAGINALES(GEL, TAMPON, MOUSSE, DIAPHRAGME, ETC.) Les femmes peuvent se mettre à l'intérieur une éponge, un suppositoire, un diaphragme, de la gelée ou de la crème avant d'avoir les rapports sexuels.	1 2 3	↓ OUI.....1 NON.....2	OUI.....1 NON.....2
11	RETRAIT Les hommes peuvent faire attention de se retirer avant l'éjaculation.	1 2 3	↓ Avez-vous, vous et votre mari ou conjoint déjà pratiqué le retrait ? OUI.....1 NON.....2	OUI.....1 NON.....2
12	ABSTINENCE : la femme ou l'homme peut interrompre les rapports sexuels pour une durée déterminée.	1 2 3	↓ OUI.....1 NON.....2	OUI.....1 NON.....2
13	RYTHME, CONTINENCE PERIODIQUE : Chaque mois qu'une femme est sexuellement active, elle peut éviter d'avoir les rapports sexuels les jours du mois pendant lesquels elle est plus susceptible de tomber enceinte.	1 2 3	↓ OUI.....1 NON.....2	OUI.....1 NON.....2
14	Avez-vous entendu parler d'autres moyens ou méthodes que les femmes ou les hommes peuvent utiliser pour éviter une grossesse ?	1 _____ (PRECISEZ) 1 _____ (PRECISEZ)	↓ OUI.....1 NON.....2 OUI.....1 NON.....2	OUI.....1 NON.....2 OUI.....1 NON.....2

406	FILTRE POUR ENQUETE(E)S AYANT DEJA EU CONNAISSANCE OU ENTENDU PARLE DE METHODE		>412
	VERIFIEZ Q402 ET Q403 : '1' OU '2' ENCERCLE AU MOINS UNE FOIS (CONNAIT OU A DEJA ENTENDU PARLER D'AU _____ MOINS UNE METHODE) ✓		
		SINON '3' A ETE ENCERCLE PARTOUT <input type="checkbox"/>	

407	D'où avez-vous eu l'information relative à la connaissance de ces méthodes ?	RADIO A	I
		PRESSE B	
		CENTRE DE SANTE C	
		PERSONNEL MEDICAL D	
		CDCS E	
		EPOUX/CONJOINT F	
		AMIS G	
		NE SAIT PAS H	
		AUTRES (PRECISEZ) _____	

408	FILTRE DES PERSONNES AYANT DEJA UTILISE AU MOINS UNE METHODE CONTRACEPTIVE		>411A
	VERIFIEZ 404 : '1' ENCERCLE AU MOINS UNE FOIS (A DEJA UTILISE AU MOINS _____ UNE METHODE) ✓		
		SINON '2' A ETE ENCERCLE PARTOUT OU 404 NON POSEE <input type="checkbox"/>	

QUESTIONNAIRE FEMME

409	D' où avez-vous principalement reçu ces services ?	CLINIQUE PRIVEE 1 BOUTIQUE 2 VOLONTAIRES COMMUNAUTAIRES 3 CENTRE/FACILITE DE SANTE PUBLIQUE 4 AUTRES (PRECISEZ) 5
-----	--	---

410	FILTRE POUR PERSONNES AYANT DEJA UTILISE UNE METHODE MAIS NE L'UTILISANT PLUS ACTUELLEMENT		
	VERIFIEZ 405 :		
	'2 ' ENERCLE PARTOUT OU 405 NON POSEE (N'UTILISE ACTUEL- LEMENT AUCUNE METHODE)	SINON '1' A ETE ENERCLE AU MOINS UNE FOIS	→412

411A	Quelle est la raison principale pour laquelle vous n'utilisez pas/plus une méthode contraceptive ?	SERVICES NON DISPONIBLES 1 EPOUX N'ACCEPTE PAS 2 JE N'AIME PAS 3 LA FAMILLE N'ACCEPTE PAS 4 LA RELIGION L'INTERDIT 5 AUTRES (PRECISEZ) 6	
411B	Avez-vous l'intention d'utiliser/d'utiliser encore une méthode contraceptive à l'avenir ?	OUI.....1 NON.....2	→412
411C	Quelle est la principale raison pour laquelle vous n'aimerez pas/plus utilisé une méthode contraceptive dans le futur ?	NON MARIEE.....11 RAISONS LIEES A LA FECONDITE PAS DE RAPPORTS SEXUELS.....21 RAP. SEX. PEU FREQUENTS.....22 MENAUPOSE/HYSTERECTOMIE.....23 SOUS-FECNDITE / STERILE.....24 POST-PACTUM /ALLAITEMENT.....25 VEUT DES(AUTRES) ENFANTS.....26 OPPOSITION A L'UTILISATION ENQUETE(E) OPPOSE(E).....31 MARI / CONJOINT OPPOSE.....32 AUTRES PERSONNES OPPOSEES.....33 INTERDITS RELIGIEUX.....34 TABOUS CULTURELS.....35 MANQUE DE CONNAISSANCE NE CONNAIT AUCUNE METHODE.....41 NE CONNAIT AUCUNE SOURCE.....42 RAISONS LIEES AUX METHODES PROBLEMES DE SANTE51 PEUR DES EFFETS SECONDAIRES.....52 PAS D'ACCESSIBILITE / TROP LOIN.....53 TROP CHER.....54 PAS PRATIQUE A UTILISER.....55 INTERFERE AVEC LE PROCESSUS NORMAL DU CORPS.....56 AUTRES96 (PRECISEZ) NSP98	

412	FILTRE POUR FEMME AYANT ETE DEJA MARIEE OU AYANT DEJA VECU AVEC UN HOMME		
	VERIFIEZ Q119 :		
	SI '1' OU '2' ENERCLE (A DEJA ETE MARIEE OU VECU AVEC UN HOMME)	SINON('3' ENERCLE)	→501A
413	Votre mari/partenaire a-t-il des connaissances relatives à la planification familiale ?	OUI.....1 NON.....2	

Début de cette page**SECTION 5: PRATIQUES ET ATTITUDES STIMULANT L'EVEIL DE L'ENFANT**

N°	QUESTIONS ET FILTRES	CODES	ALLER A
NOUS ALLONS A CE NIVEAU VOUS POSER DES QUESTIONS SUR LES ATTITUDES QUE VOUS ADOPTEZ POUR STIMULER L'EVEIL DE L'ENFANT			
501A	avez-vous la charge des enfants dans votre ménage ?	OUI 1 NON 2	→ 621
501B	Que fait votre mari/partenaire dans le cadre des soins aux enfants ?	VOUS ENCOURAGE A ALLAITER A NOURRIT LES ENFANTS B JOUE AVEC EUX C PREPARE POUR EUX D AMENE LES ENFANTS EN CONSULTATION LORSQU'ILS SONT MALADES E LES AMENE AUX VISITES INFANTILES F S'ASSURE QUE LES ALIMENTS DISPONIBLES DANS LA FAMILLE SONT MEILLEURS ET ADEQUATS G RIEN H AUTRES (PRECISEZ) I	
501C	Comment apprenez-vous aux enfants à parler ?	PARLER AVEC L'ENFANT A REPOUDRE A L'ENFANT S'IL ESSAIE DE PARLER OU DE DIRE QUELQUE CHOSE B LIRE AVEC L'ENFANT C LUI RACONTER DES HISTOIRES D NE SAIT PAS E LE FAIRE PARLER AVEC D'AUTRES ENFANTS F AUTRES (PRECISEZ) G	
502	Quels types de jeux conseillez-vous aux enfants dont vous avez la charge ?	ACTIVITES PHYSIQUES TELLES QUE MARCHER, PEDALER, JOUER AVEC DES JOUETS OU DU BALLON A JEUX CREATIFS : FABRIQUER DES JOUETS, GRIBOUILLER, DESSINER, CHANTER, LIRE B AUTRES (PRECISEZ) C NE SAIT PAS D	
503	Que faites-vous pour procurer aux enfants un environnement favorable à leur croissance ?	PROCURE A L'ENFANT DES JOUETS A ENCOURAGE L'ENFANT A FABRIQUER LUI-MEME SES JOUETS B JOUER AVEC L'ENFANT C LEUR DONNER DU TEMPS POUR JOUER D LEUR CONTER DES HISTOIRES F NE FAIT RIEN G AUTRES (PRECISEZ) E	
504A	Quelles aides procurez-vous aux enfants lorsqu'ils sont malades ?	TRAITEMENT A LA MAISON A AMENE L'ENFANT CHEZ LE TRADI-PRACTICIEN B AMENE L'ENFANT DANS UN CENTRE DE SANTE /CHEZ UN PERSONNEL DE SANTE C RECONFORTE L'ENFANT EN LE PORTANT, EN LE CALINANT EN CHANTANT D LUI PRETE PLUS D'ATTENTION (EN LUI DONNANT BEAUCOUP A MANGER OU A BOIRE) E EN LUI ACHETANT LES MEDICAMENTS PRESCRITS F AUTRES (PRECISEZ) G	
504B	VÉRIFIER 119: AYANT DEJA VECU AVEC UN HOMME OU AYANT DEJA ETE MARIEE <input type="checkbox"/> (Q119 DIFFERENT DE 3) <input checked="" type="checkbox"/>	JAMAIS MARIEE NI VECU AVEC UN HOMME (Q119 EGALE 3) <input type="checkbox"/>	→ 506
505	Quelles aides votre	TRAITEMENT A LA MAISON A	

QUESTIONNAIRE FEMME

	mari/partenaire procure-t-il aux enfants lorsqu'ils sont malades ?	AMENE L' ENFANT CHEZ LE TRADI-PRATICIENB AMENE L' ENFANT DANS UN CENTRE DE SANTE /CHEZ UN PERSONNEL DE SANTE.....C RECONFORTE L' ENFANT EN LE PORTANT, EN LE CALINANT, EN CHANTANT.....D LUI PRETE PLUS D' ATTENTION (EN LUI DONNANT BEAUCOUP A MANGER OU A BOIRE)F LUI ACHETE LES MEDICAMENTS PRESCRITSG AUTRES (PRECISEZ)H NE FAIT RIENI	
506	Quelles autres personnes s'occupent-ils des enfants lorsqu'ils sont malades ?	VOISINSA AMISB GRANDS-PARENTSC SEUR DE L' ENFANTD FRERE DE L' ENFANTE AUTRES RELATIONSF PERSONNEG	
507	Le centre de soins où vous amenez l'enfant malade est-il proche, loin ou très loin de votre domicile ?	PAS LOIN1 LOIN2 TRES LOIN3 N' A JAMAIS AMENE L' ENFANT DANS UN CENTRE DE SOINS4	→509 →513
508	Si le centre ci-dessus n'est pas proche de votre domicile, le centre le plus proche est-il près, loin ou très loin ?	PAS LOIN1 LOIN2 TRES LOIN3 IL N' A PAS DE CENTRE DE SOINS PRES D' ICI4	
509	En général, comment pouvez-vous décrire les bénéfices procurés par le centre de soins lors de la maladie des enfants?	MEDICAMENTS GRATUITSA TRAITEMENT EFFICACEB SUIVI/ATTENTION INDIVIDUEL(LE)C MEDICAMENTS DE BONNE QUALITED MEDICAMENTS MOINS CHERSE AUTRES (PRECISEZ)F	
510	Comment pouvez-vous décrire la qualité des soins que vous-même et vos enfants recevez dans ce centre ?	TRES BIEN1 BIEN2 ACCEPTABLE3 MAUVAIS4	
511	<u>Que souhaiteriez-vous d'autres ?</u>	ATMOSPHERE AMICALE, RESPECTUEUSEA OFFRE ADEQUATE ET APPROPRIEE DES MEDICAMENTSB INSTRUCTIONS CORRECTES ET FACILES A SUIVREC PROPRETE GENERALED TEMPS MINIMAL D' ATTENTEE AUTRESF	
512	Quel est le principal facteur qui peut vous décourager à amener l'enfant malade dans un centre de soins de santé ?	COUTS FINANCIERS.....1 MANQUE DE MEDICAMENTS2 QUALITE DE SOINS MOINS SATISFAISANTE3 DISTANCE4 OCCUPATIONS PROFESSIONNELLES5 LOURDE CHARGE DES ENFANTS6 RIEN NE PEUT ME DECOURAGER.....7 AUTRE (PRECISEZ)8	
513	Y a-t-il quelqu'un qui vous donne des conseils sur la manière d'élever vos enfants ?	OUI1 NON2	
514	Que faites-vous lorsque vos enfants ont besoin d'être câlinés ?	LUI FAIRE DES ELOGES/PROMESSESA LE SERRER OU L' EMBRASSERB LUI DONNER UN ALIMENT/BOISSON SPECIALC LUI PROCURER DES CADEAUX OU UN TRAITEMENT PARTICULIERD AUTRES (PRECISEZ)E NE FAIT RIENF AUTRES (PRECISEZ)G	
515	Pensez-vous qu'il est nécessaire de corriger l'enfant lorsqu'il commet des erreurs ?	OUI1 NON2	→517
516	Quelles corrections infligez-vous d'habitude à l'enfant lorsqu'il commet des erreurs ?	LUI FAIT DES REPROCHES VERBALES.....A LE BASTONNE.....B LUI REFUSE A MANGER.....C L' ENFERME DANS UNE PIECED	

	LE CHASSE DE LA MAISON	E
	LUI DONNE UNE CORVEE.....	F
	NE FAIS RIEN DU TOUT	G

PARLONS MAINTENANT DES BLESSURES CHEZ LES ENFANTS

517	Que faites-vous pour prévenir les enfants contre les brûlures ?	EN LEUR FAISANT JOUER LOIN DU FEUA EN LEUR DEMANDANT DE NE PAS JOUER AVEC LE FEU OU DES OBJETS PROCURANT DU FEU (ALLUMETTES, AMPES).....B EN LEUR DISANT QUE LE FEU EST DANGEREUXC LES ENFANTS APPRENNENT PAR EXPERIENCE.....D EN LES ENCOURAGEANT A DORMIR LOIN DU FEU E EN LES INTERDISANT DES JEUX A BASE DU FEU (PREPARER, GRILLER ..) ...F LE JEUNE ENFANT EST ATTACHE AU DOS PENDANT LA CUISSON.....G AUTRES (PRECISEZ)H RIEN DU TOUTI
518	Que faites-vous quand l'enfant a de légères blessures ?	APPLIQUE DE L'EAU FROIDE.....A APPLIQUE DE L'HUILE.....B APPLIQUE LE BLANC D'ŒUF.....C APPLIQUE LE MEDICAMENT TRADITIONNEL.....D APPLIQUE DE LA BOISSON FROIDE.....E Y APLLIQUE DU MIEL.....F Y APLLIQUE DU PETROLE.....G Y APPLIQUE UN ANTISEPTIQUE (ALCOOL, EAU DE COLONNE, ETC.)H AUTRE (PRECISEZ)I
519	Que faites-vous principalement pour éviter aux enfants la prise accidentelle des médicaments et des produits chimiques ?	LES MEDICAMENTS SONT GARDES HORS DE LEUR PORTEE1 NE LEUR PERMET PAS DE PRENDRE EUX-MEMES DES MEDICAMENTS 2 RIEN 3 AUTRES (PRECISEZ)4
520	Que faites-vous pour prévenir les enfants contre les blessures dues aux objets tranchants ?	EN METTANT LES OBJETS TRANCHANTS HORS DE LEUR PORTEEA EN DISANT AUX ENFANTS DE NE PAS JOUER AVEC DES OBJETS TRANCHANTS.....B EN INTERDISANT DE JOUER A DES ENDROITS OU CES OBJETS SONT POSES.....D RIENE AUTRES (PRECISEZ)G
521	Que faites-vous Principalement lorsque l'enfant a un saignement ?	Y APPLIQUER DES BOISSONS FROIDES1 Y APPLIQUER DU SABLE 2 Y APPLIQUER DES MEDICAMENTS TRADITIONNELS3 ATTACHE AVEC UN MORCEAU DE TISSUS 4 Y APPLIQUE DU SEL5 Y APPLIQUE DU MIEL6 AUTRES (A(PRECISEZ)) 7
522	Que faites-vous en général pour les blessures des enfants ?	TRAITE LES ENFANTS A LA MAISON1 TRAITE LES ENFANTS D' ABORD A LA MAISON, ENSUITE LES CONDUIT A L' HOPITAL2 AMENE LES ENFANTS DANS UN CENTRE DE SANTE.....3 AMENE LES ENFANTS CHEZ LE TRADI-PRATICIEN4 RIEN5 AUTRES (PRECISEZ) 6

TEST DE PREPARATION DE LA SOLUTION SRO

523	Avez-vous déjà utilisé le sel de réhydratation oral pour soigner la diarrhée chez l'enfant ?	OUI 1 NON 2	→ SECTION SUIVANTE (601)
524	Avez-vous déjà préparé cette solution pour l'enfant ?	OUI 1	

SINON, ALLER A LA SECTION SUIVANTE

NON 2

→ SECTION
SUIVANTE (601)

PRESENTEZ A LA PERSONNE EN CHARGE DE/DES ENFANTS LES PAQUETS DE SOLUTION SRO QUE VOUS AVEZ APPORTES ET DEMANDEZ LUI DE CHOISIR CELUI QUI CORRESPOND A CE QU'ELLE A UTILISE, DEMANDEZ LUI DE PREPARER COMME ELLE LE FAIT D'HABITUDE LORSQUE L'ENFANT A LA DIARRHEE

525	QUANTITE D'EAU NECESSAIRE POUR UN PAQUET ml
526	QUANTITE APPROXIMATIVE D'EAU UTILISEE (3 BOUTEILLES DE FANTA/COCA =1L)ml
527	EST-CE QUE LE MELANGE A ETE AGITE DE FAÇON A OBTENIR UNE SOLUTION HOMOGENE ?	OUI1 NON2
528	LE PAQUET ENTIER A-T-IL ETE UTILISE	PAQUET ENTIER UTILISE 1 UNE PARTIE SEULEMENT UTILISEE2
529	LA PERSONNE EN CHARGE DE L'ENFANT SAIT-ELLE PREPARER LA SOLUTION SRO (PAQUET TOTAL UTILISE AVEC LA QUANTITE SUFFISANTE D'EAU ET BIEN SECOUE) ?	OUI1 NON2

[Page précédente \(menu principal\)](#)

[Début de cette page](#)

SECTION 6: CANAUX D'EXPRESSION, HYGIENE ET SALUBRITE, VIE ASSOCIATIVE ET TOXICOMANIE

NOUS AIMERIONS AVOIR DES INFORMATIONS SUR LES CANAUX D'EXPRESSION QUE VOUS UTILISEZ POUR VOUS PLAINDRE DU MAUVAIS TRAITEMENT DONT VOUS ETES VICTIMES DE LA PART DU PERSONNEL DE SANTE ET SUR LES PRATIQUES D'HYGIENE ET DE SALUBRITE

N°	QUESTIONSET FILTRES	CODES	ALLER A
601	Pensez-vous que le personnel de santé du centre de soins vous traite (ainsi que vos enfants) toujours, d'habitude, parfois ou pas du tout avec du respect ?	TOUJOURS1 D'HABITUDE2 PARFOIS3 PAS DU TOUT4	→ 605
602	Après de qui vous plaignez-vous en cas de mauvais traitement de la part du personnel de santé ?	HIERARCHIE DE LA SANTE.....A MEMBRE DU COSA/COGEB POLITICIEN/LEADER OPINION.....C AUTORITE ADM/TRADITIONNELLE.....D LEADERS RELIGIEUX.....E AUTRES (A PRÉCISER).....F AUCUNZ	→ 605
603	Qui avez-vous le plus rencontré ?	HIERARCHIE DE LA SANTE.....1 MEMBRE DU COSA/COGE2 POLITICIEN/LEADER OPINION.....3 AUTORITE ADM/TRADITIONNELLE.....4 LEADERS RELIGIEUX.....5 AUTRES (A PRÉCISER).....6	
604	Etes -vous toujours, d'habitude, parfois ou pas du tout satisfaite de la	TOUJOURS.....1 D'HABITUDE2	

QUESTIONNAIRE FEMME

	façon dont vos plaintes (réclamations) sont considérées par les personnes rencontrées ?	PARFOIS 3 PAS DU TOUT 4	
605	Lorsque le personnel de santé vous communique les instructions relatives aux médicaments ou à la santé, trouvez-vous cela toujours, d'habitude, parfois ou pas du tout facile à comprendre et à suivre/respecter?	TOUJOURS1 D'HABITUDE 2 PARFOIS 3 NON 4	→ 607
606	Quelle est la principale difficulté qui vous empêche de comprendre et de suivre/respecter ces instructions ?	LANGAGE DU PERSONNEL1 PROBLÈMES D'ALPHABÉTISATION 2 CONFUSION3 INSTRUCTIONS TRÈS NOMBREUSES..... 4 BEAUCOUP D'AUTRES PRÉOCCUPATIONS.....5 AUTRES 6	
607	Pensez-vous qu'il y a des maladies qui peuvent être prises en charge/soignées par des personnes autres que le personnel de santé ?	OUI1 NON 2 NSP3	→ 609 → 609
608	Quelles sont ces maladies ? INSISTER Y'a-t-il une autre ?	GRIPPE, FROID GÉNÉRAL A ANÉMIE B INFECTION DES YEUX C INFECTION DE L'OREILLED FIÈVRE E DIARRHÉE F CONVULSIONSG PALUDISME H MALNUTRITION I PNEUMONIE/DIFFICULTÉ À RESPIRE..... J FOLIEK AUTRES(PRECISEZ) L	
609	Y-a-t-il quelqu'un dans le quartier/village qui est régulièrement consulté pour les maladies des enfants ?	OUI1 NON 2 NSP 3	↳ ↳ 612B J
610	<u>Qui est cette personne ?</u>	PERSONNEL DE SANTE1 LEADER RELIGIEUX 2 ACCOUCHEUSE TRADITIONNELLE.....3 GUÉRISSEUR/VOYANT 4 BOUTIQUIER5 VENDEUR MEDICAMENTS.....6 AUTRES (À PRÉCISER) 7	
611A	<u>Avez-vous déjà consulté cette personne pour les soins de vos enfants ?</u>	OUI1 NON 2	→ 612B
611B	<u>Pour quelles manifestations avez-vous amené votre enfant ou vos enfants en consultation chez lui ?</u>	L'ENFANT NE PEUT PAS BOIRE OU TETERA L'ENFANT DEVIENT PLUS MALADE.....B L'ENFANT DÉVELOPPE UNE FIÈVRE/ CHAUFFE C L'ENFANT A UNE RESPIRATION RAPIDED L'ENFANT A DES DIFFICULTES A RESPIRERE L'ENFANT A DU SANG DANS LES SELLESF L'ENFANT BOIT DIFFICILEMENTG L'ENFANT VOMIT TOUT CE QU'IL CONSOMME..... H L'ENFANT A DES PROBLEMES DE DIGESTIONI L'EN FANT A UNA ENTORSE OU UNE LUXATION.....J AUTRES (PRECISEZ)K AUTRES (PRECISEZ) L	

QUESTIONNAIRE FEMME

		AUTRES (PRECISEZ) _____ M	
612A	Pourquoi n'amenez-vous pas votre/vos enfant(s) dans un centre de soins de santé ?	JE LES AMENE DANS CERTAINS CAS1 PAS DE CENTRE DE SOINS PROCHE2 RELIGION3 NE PEUT SUPPORTER LES COUTS4 EXPÉRIENCES PRÉCÉDENTES NÉGATIVES5 LE PRESTATAIRE DE PROXIMITÉ EST PLUS COMPÉTENT6	
PARFOIS LES ENFANTS ONT DES MALADIES SEVERES ET IL FAUT LES CONDUIRE TOUT DE SUITE DANS UN ETABLISSEMENT DE SANTE (CENTRE DE SANTE, CLINIQUE, DISPENSAIRE, HOPITAL)			
612B	<u>Pour quelles manifestations amèneriez-vous immédiatement votre/vos enfant(s) à un établissement de santé.</u>	L'ENFANT NE PEUT PAS BOIRE OU TETERA L'ENFANT DEVIENT PLUS MALADE.....B L'ENFANT DÉVELOPPE UNE FIÈVRE/ CHAUFFE.....C L'ENFANT A UNE RESPIRATION RAPIDED L'ENFANT A DES DIFFICULTÉS A RESPIRERE L'ENFANT A DU SANG DANS LES SELLESF L'ENFANT BOIT DIFFICILEMENTG L'ENFANT VOMIT TOUT CE QU'IL CONSOMME.....H AUTRES (PRECISEZ)I AUTRES (PRECISEZ)J AUTRES (PRECISEZ)K	

HYGIENE ET SALUBRITE

621	A quelles occasions utilisez-vous du savon pour laver vos mains ?	APRÈS AVOIR ÉTÉ AUX TOILETTESA AVANT LE REPASB APRÈS AVOIR NETTOYÉ L'ENFANTC APRÈS LE REPASD AVANT LA CUISSONE AVANT D'ALLAITER/NOURRIR L'ENFANTF QUAND LES MAINS SONT SALESG AUTRE (À PRÉCISER)H	
622	A quelles occasions lavez-vous les mains sans utiliser le savon ?	APRÈS AVOIR ÉTÉ AUX TOILETTESA AVANT LE REPASB APRÈS AVOIR NETTOYÉ L'ENFANTC APRÈS LE REPASD AVANT LA CUISSONE AVANT D'ALLAITER/NOURRIR L'ENFANTF CHAQUE FOISG AVANT LA PRIÈRE.....H AUTRE (À PRÉCISER)I	
623	Pensez-vous qu'il y a des occasions pour lesquelles on peut ne pas se laver les mains avec du savon ?	APRÈS AVOIR ÉTÉ AUX TOILETTESA AVANT LE REPASB APRÈS AVOIR NETTOYÉ L'ENFANTC APRÈS LE REPASD AVANT LA CUISSONE AVANT D'ALLAITER/NOURRIR L'ENFANTF PAS D'OCCASIONG AUTRE (À PRÉCISER)H	

VIE ASSOCIATIVE

624	Etes-vous membre d'une association :	OUI	NON	
	a) culturelle/famille1	2	SI AUCUN OUI ALORS PASSEZ A 627
	b) religieuse/chorale	1	2	
	c) politique1	2	
	d) tontine simple	1	2	
	e) comite de developpement sportive	1	2	
	f) sportive	1	2	
	g) amicale/cercle	.1	2	

QUESTIONNAIRE FEMME

	h) clubs (unesco/sante/sida)	CLUBS (UNESCO/SANTE/SIDA)	1 2	
625	Exercez-vous une responsabilité au sein de l'une de ces associations	OUI.....1 NON.....2		→627
626	Quel est le poste le plus élevé que vous occupez dans cette(toutes ces) associations ?	PRESIDENT/VICE PRESIDENT.....1 SECRET AIRE GENERAL/SGA.....2 TRESORIER.....3 COMMISSAIRE AUX COMPTES.....4 CONSEILLER.....5 CHARGE DE DISCIPLINE6 AUTRES- (PRECISER).....7		
TOXICOMANIE				
627	Vous arrive-t-il d'habitude, parfois ou jamais de consommer des boissons alcooliques ?	D'HABITUDE1 PARFOIS2 JAMAIS.....3		
628	Vous arrive-t-il d'habitude, parfois ou jamais de fumer la cigarette ou tout autre type de tabac ?	D'HABITUDE1 PARFOIS2 JAMAIS.....3		

[Début de la page](#)

[Menu Principal](#)

[Retour à la page d'accueil](#)