

ENQUETE DEMOGRAPHIQUE ET DE SANTE  
QUESTIONNAIRE HOMME

REPUBLIQUE FEDERALE ISLAMIQUE DES COMORES  
CENTRE NATIONAL DE DOCUMENTATION ET DE RECHERCHE SCIENTIFIQUE

IDENTIFICATION		
NOM ET CODE DE L'ILE (GRANDE COMORE=1, MOHELI=2, ANJOUAN=3) _____		
NOM ET CODE DE LA PREFECTURE _____		
NOM ET CODE DE LA LOCALITE _____		
CODE DE ZONE DE DENOMBREMENT.....		
		<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
NOM DU CHEF DE MENAGE _____		<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
NUMERO DE GRAPPE .....		<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
NUMERO DU MENAGE.....		<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
REGION.....		<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
URBAIN/RURAL (urbain=1, rural=2).....		MORONI = 1 AUTRE VILLE = 2 CAMPAGNE = 3 <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
NOM ET N° DE LIGNE DE L'HOMME SUR LE TABLEAU DE MENAGE_____		<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>

VISITES D'ENQUETEUR				
	1	2	3	VISITE FINALE
DATE	_____	_____	_____	JOUR <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> MOIS <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> ANNEE <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> NOM <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> RESULTAT <input type="checkbox"/>
NON DE L'ENQUETEUR	_____	_____	_____	
RESULTAT*	_____	_____	_____	
PROCHAINE VISITE:	DATE	_____	_____	NOMBRE TOTAL DE VISITES <input type="checkbox"/>
HEURE	_____	_____	_____	
<b>*CODES RESULTAT</b> 1 REMPLI                    4 REFUSE                    7 AUTRE _____ 2 PAS A LA MAISON        5 PARTIELLEMENT REMPLI      (preciser) 3 DIFFERE                  6 INCAPACITE				
LANGUE DE L'INTERVIEW :				FRANCAIS <input type="checkbox"/>

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

**SECTION 1. CARACTERISTIQUES SOCIO-DEMOGRAPHIQUES DES ENQUETES**

N°	QUESTIONS ET FILTRES	CODES	PASSER A
101	ENREGISTRER L'HEURE	HEURE..... MINUTES.....	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
102	Pour commencer, je voudrais vous poser quelques questions sur vous-même et votre ménage. Jusqu'à l'âge de 12 ans, avez-vous vécu la plupart du temps à Moroni, dans une autre ville, ou en milieu rural?	MORONI.....1 AUTRE VILLE .....2 RURAL.....3	
103	Depuis combien de temps habitez-vous de façon continue à (NOM DU LIEU ACTUEL DE RESIDENCE)?	ANNEES..... TOUJOURS.....95 VISITEUR.....96	→ 105
104	Juste avant de vous installer à (NOM DU LIEU ACTUEL DE RESIDENCE), viviez-vous à Moroni, dans une autre ville ou en milieu rural?	MORONI.....1 AUTRE VILLE .....2 RURAL.....3	
105	En quel mois et quelle année êtes-vous né?	MOIS..... NSP MOIS.....98 ANNEE..... NSP ANNEE.....98	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
106	Quel âge aviez-vous à votre dernier anniversaire? COMPARER ET CORRIGER 105 ET/OU 106 SI INCOHERENTS	AGE EN ANNEES REVOLUES.....   	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
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, ou supérieur?	PRIMAIRE.....1 SECONDAIRE 1ER CYCLE.....2 SECONDAIRE 2EME CYCLE.....3 SUPERIEUR.....4	
109	Quelle est la dernière (année/classe) que vous avez achevé à ce niveau?	ANNEE.....   	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
110	VERIFIER 108: PRIMAIRE <input type="checkbox"/> SECONDAIRE <input type="checkbox"/> OU PLUS <input type="checkbox"/>		→ 112
111	Pouvez-vous lire et comprendre une lettre ou un journal facilement, avec difficulté ou pas du tout ?	FACILEMENT.....1 DIFFICILEMENT.....2 PAS DU TOUT.....3	→ 113
112	Avez-vous l'habitude de lire un journal ou un magazine, au moins une fois par semaine?	OUI.....1 NON.....2	
113	Avez-vous l'habitude d'écouter la radio chaque jour?	OUI.....1 NON.....2	
114	Avez-vous l'habitude de regarder la télévision au moins une fois par semaine?	OUI.....1 NON.....2	

N°	QUESTIONS ET FILTRES	CODES	PASSER A																				
115	Est-ce que vous travaillez actuellement?	OUI.....1 NON.....2	→ 117																				
116	Avez-vous fait un travail quelconque au cours des 12 derniers mois?	OUI.....1 NON.....2	→ 124																				
117	Quelle est votre occupation, c'est-à-dire quel genre de travail faites-vous principalement?		<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>																				
118	VERIFIER 117 :	TRAVAILLE DANS L'AGRICULTURE <input type="checkbox"/> NE TRAVAILLE PAS DANS L'AGRICULTURE <input type="checkbox"/>	→ 120																				
119	Travaillez-vous principalement sur votre propre terre ou celle de votre famille, louez-vous la terre ou travaillez-vous la terre de quelqu'un d'autre?	PROPRE TERRE.....1 TERRE FAMILIALE.....2 TERRE LOUEE.....3 TERRE DE QUELQU'UN D'AUTRE.....4																					
120	Faites-vous ce travail pour un membre de votre famille, pour quelqu'un d'autre ou êtes-vous à votre compte?	POUR UN MEMBRE DE LA FAMILLE....1 POUR QUELQU'UN D'AUTRE.....2 A SON COMPTE.....3																					
121	Travaillez-vous habituellement toute l'année, de manière saisonnière ou travaillez-vous seulement une fois de temps en temps?	TOUTE L'ANNEE.....1 TRAVAIL SAISONNIER.....2 DE TEMPS EN TEMPS.....3	→ 123																				
122	Au cours des 12 derniers mois, pendant combien de mois êtes-vous resté à ce travail?	NOMBRE DE MOIS..... <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>																					
123	Combien d'argent gagnez-vous habituellement pour ce travail?  INSISTER: Est-ce par heure, par jour, par semaine, par mois ou par an?	P/HEURE.....1 P/JOUR.....2 P/SEMAINE.....3 P/MOIS.....4 P/ANNEE.....5  AUTRE _____ 999996 (PRECISER)	<table border="1"><tr><td></td><td></td><td></td><td></td></tr><tr><td></td><td></td><td></td><td></td></tr><tr><td></td><td></td><td></td><td></td></tr><tr><td></td><td></td><td></td><td></td></tr><tr><td></td><td></td><td></td><td></td></tr></table>																				

CODES POUR LA Q. 109:

PRIMAIRE:	CP1=01	SECONDAIRE:	6ème=01	SECONDAIRE:	SECONDE=01
	CP2=02	1ER CYCLE	5ème=02	2EME CYCLE	PREMIERE=02
	CE1=03		4ème=03		TERMINALE=03
	CE2=04		3ème=04		
	CM1=05				
	CM2=06				

SECTION 2. REPRODUCTION

N°	QUESTIONS ET FILTRES	CODES	PASSER A				
201	Maintenant je voudrais vous parler de vos enfants. Je m'intéresse seulement aux enfants dont vous êtes le père biologique. Avez-vous ou avez-vous eu des enfants?	OUI.....1 NON.....2	→ 206				
202	Avez-vous des fils ou des filles 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", NOTER '00'	FILS A LA MAISON.....  FILLES A LA MAISON.....	<table border="1" style="float: right; margin-left: 10px;"><tr><td></td><td></td></tr><tr><td></td><td></td></tr></table>				
204	Avez-vous des fils ou des filles qui sont toujours en vie mais qui ne vivent pas avec vous?	OUI.....1 NON.....2	→ 206				
205	Combien de fils sont vivants mais ne vivent pas avec vous?  Combien de filles sont vivantes mais ne vivent pas avec vous ?  SI "AUCUN", NOTER '00'	FILS AILLEURS.....  FILLES AILLEURS.....	<table border="1" style="float: right; margin-left: 10px;"><tr><td></td><td></td></tr><tr><td></td><td></td></tr></table>				
206	Avez-vous eu un fils ou une fille qui est né vivant, mais qui est décédé par la suite?  SI NON, INSISTER: Aucun enfant qui a crié ou qui a donné un signe de vie mais qui n'a survécu que quelques heures ou quelques jours?	OUI.....1 NON.....2	→ 208				
207	Combien de vos fils sont décédés?  Combien de vos filles sont décédées?  SI "AUCUN", NOTER '00'	FILS DECEDE.....  FILLE DECEDEE.....	<table border="1" style="float: right; margin-left: 10px;"><tr><td></td><td></td></tr><tr><td></td><td></td></tr></table>				
208	FAITES LA SOMME DE Q. 203, 205 ET 207, ET NOTER LE TOTAL.  SI "AUCUN", NOTER '00'	TOTAL.....	<table border="1" style="float: right; margin-left: 10px;"><tr><td></td><td></td></tr><tr><td></td><td></td></tr></table>				
209	VERIFIER 208:  Je voudrais être sûr d'avoir bien compris : vous avez eu au TOTAL ___ enfants durant votre vie. Est-ce bien exact?	OUI <input type="checkbox"/>  NON <input type="checkbox"/>	INSISTER ET CORRIGER 201-208 COMME IL SE DOIT.				
210	VERIFIER 208: A/A EU DES ENFANTS <input type="checkbox"/>	N'A JAMAIS EU D'ENFANT <input type="checkbox"/>	→ 301				
211	Au moment où vous attendiez votre dernier enfant, vouliez-vous cet enfant à ce moment-là, vouliez-vous attendre plus tard, ou vouliez-vous ne pas avoir d'(autre) enfant du tout?	A CE MOMENT-LA.....1 PLUS TARD.....2 NE VOULAIT PAS DU TOUT.....3					

**SECTION 3. CONTRACEPTION**

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

ENCERCLER LE CODE '1' DANS 301 POUR CHAQUE METHODE MENTIONNÉE D'UNE MANIÈRE SPONTANÉE.

PUIS CONTINUER A LA COLONNE 302 EN LISANT LE NOM ET LA DESCRIPTION DE CHAQUE METHODE NON MENTIONNÉE SPONTANÉMENT.

ENCERCLER LE CODE '2' SI LA METHODE EST RECONNUE, ET LE CODE '3' SI ELLE N'EST PAS RECONNUE.

PUIS, POUR CHAQUE METHODE AYANT LE CODE '1' OU '2' ENCERCLE A 301 OU A 302, POSER 303.

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

304 VERIFIER 303:      AUCUN "OUI"  
                           (N'A JAMAIS UTILISE)       AU MOINS UN "OUI"  
                           (A UTILISE)  → PASSER A 307

No.	QUESTIONS ET FILTRES	CODES	PASSER A
305	Avez-vous, vous ou une de vos partenaires, déjà utilisé un moyen quelconque ou essayé quelque chose pour retarder ou éviter une grossesse?	OUI.....1 NON.....2	→309
306	Qu'avez-vous fait ou utilisé? CORRIGER 303 ET 304 (ET 302 SI NECESSAIRE).		
307	En ce moment, vous-même ou votre partenaire, faites-vous quelque chose ou utilisez-vous une méthode pour retarder ou éviter une grossesse?	OUI.....1 NON.....2	→309
308	Quelle méthode utilisez-vous?	PILULE.....01 DIU.....02 INJECTION.....03 IMPLANTS.....04 DIAPHRAGME/MOUSSE/GELEE.....05 CONDOM.....06 STERILISATION FEMININE.....07 STERILISATION MASCULINE.....08 CONTINENCE PERIODIQUE.....09 RETRAIT.....10 AUTRE _____ 96 (PRECISER)	→401
309	Quelle est la principale raison pour laquelle vous n'utilisez pas une méthode pour éviter une grossesse?	NON MARIE.....11 RAISONS LIEES A LA FECONDITE PAS DE RAPPORTS SEXUELS.....21 RAP. SEX. PEU FREQUENTS.....22 FEMME MENOPAUSE/HYSTERECTOMIE.....23 FEMME SOUS-FECONDE/STERILE....24 FEMME POST-PARTUM/ALLAITE.....25 VEUT DES (D'AUTRES) ENFANTS...26 FEMME ENCEINTE.....27 OPPOSITION A L'UTILISATION ENQUETE OPPOSE.....31 EPOUSE/PARTENAIRE OPPOSEE....32 AUTRES PERS. OPPOSEES.....33 INTERDITS RELIGIEUX.....34 MANQUE DE CONNAISSANCE NE CONNAIT AUCUNE METHODE.....41 NE CONNAIT AUCUNE SOURCE.....42 RAISONS LIEES AUX METHODES PROBLEMES DE SANTE.....51 PEUR DES EFFETS SECONDAIRES...52 PAS ACCESSIBLE/TROP LOIN.....53 TROP CHERE.....54 PAS PRATIQUE A UTILISER.....55 INTERFERE AVEC LE PROCESSUS NORMAL DU CORPS.....56 UTILISATION CONCERNE FEMME....61 AUTRE _____ 96 (PRECISER) NSP.....98	

SECTION 4. MARIAGE

No.	QUESTIONS ET FILTRES	CODES	PASSER A
401	Etes-vous actuellement marié ou vivez-vous actuellement avec une femme?	OUI, ACTUELLEMENT MARIE.....1 OUI, VIT AVEC UNE FEMME.....2 NON, PAS EN UNION.....3	402A 404
402	Combien de femmes avez-vous?	NOMBRE DE FEMMES.....	
402A	Avec combien de femmes vivez-vous comme si vous étiez marié?		
403	ECRIVEZ LE NUMERO DE LIGNE DU QUESTIONNAIRE MENAGE DE SA/SES FEMMES.  SI UNE FEMME NE VIT PAS DANS LE MENAGE, NOTEZ '00'. LE NOMBRE DE CASES REMPLIES DOIT ETRE EGAL AU NOMBRE DE FEMMES.	<input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>	401
404	Avez-vous actuellement une partenaire sexuelle régulière, une partenaire sexuelle occasionnelle ou pas de partenaire sexuelle du tout?	PARTENAIRE SEXUELLE REGULIERE...1 PARTENAIRE SEX. OCCASIONNELLE...2 PAS DE PARTENAIRE SEXUELLE.....3	
405	Avez-vous déjà été marié ou avez-vous déjà vécu avec une femme?	OUI, A ETE MARIE.....1 OUI, A VECU AVEC UNE FEMME.....2 NON.....3	410
406	Quelle est votre situation matrimoniale actuelle: êtes-vous veuf, divorcé ou séparé?	VEUF .....1 DIVORCE.....2 SEPARÉ.....3	
407	Avez-vous été mariée ou avez-vous vécu avec une femme une fois ou plus d'une fois?	UNE FOIS.....1 PLUS D'UNE FOIS.....2	
408	VERIFIER 407:  MARIE/A VECU AVEC UNE FEMME SEULEMENT UNE FOIS <input type="checkbox"/> MARIE/A VECU AVEC UNE FEMME PLUS D'UNE FOIS <input type="checkbox"/>  ▼ En quel mois et quelle année, avez-vous com- mencé à vivre avec votre femme/conjoint?  ▼ Maintenant nous allons parler de votre première femme/conjoint. En quel mois et quelle année, avez-vous commencé à vivre avec elle?	MOIS..... <input type="text"/> <input type="text"/> NSP MOIS.....98  ANNEE..... <input type="text"/> <input type="text"/> 410 NSP ANNEE.....98	
409	Quel âge aviez-vous quand vous avez commencé à vivre avec elle?	AGE..... <input type="text"/> <input type="text"/>	
410	Maintenant, je voudrais vous poser quelques questions sur votre activité sexuelle afin de mieux comprendre certains problèmes en rapport avec la planification familiale.  Il y a combien de temps que vous avez eu votre dernier rapport sexuel (si vous en avez déjà eu)?	JAMAIS.....000 512 NOMBRE DE JOURS.....1 <input type="text"/> <input type="text"/> NOMBRE DE SEMAINES.....2 <input type="text"/> <input type="text"/> NOMBRE DE MOIS.....3 <input type="text"/> <input type="text"/> NOMBRE D'ANNÉES.....4 <input type="text"/> <input type="text"/>	

No.	QUESTIONS ET FILTRES	CODES	PASSER A
411	<p>VERIFIER 301 ET 302:</p> <p>CONNAIT LE CONDOM <input type="checkbox"/> NE CONNAIT PAS LE CONDOM <input type="checkbox"/></p> <p>▼ Lors de votre dernier rapport sexuel, avez-vous utilisé un condom?</p> <p>▼ Certains hommes utilisent un condom (capote anglaise) c'est-à-dire qu'ils se mettent une capote en caoutchouc au pénis durant les rapports sexuels.</p> <p>Lors de votre dernier rapport sexuel, avez-vous utilisé un condom?</p>	<p>OUI.....1</p> <p>NON.....2</p>	
412	Connaissez-vous un endroit où vous pouvez vous procurer des condoms?	OUI.....1	
412		NON.....2	→ 415
413	<p>Où est-ce?</p> <p>S'IL S'AGIT D'UN HOPITAL, D'UN CENTRE DE SANTE OU D'UNE CLINIQUE, ECRIRE LE NOM DE L'ENDROIT. INSISTER POUR DETERMINER LE TYPE DE SERVICE ET ENCERCLER LE CODE APPROPRIE.</p> <p>(NOM DE L'ENDROIT)</p>	<p>SECTEUR PUBLIC HOPITAL.....A</p> <p>CENTRE DE SANTE.....B</p> <p>POSTE DE SANTE.....C</p> <p>AUTRE PUBLIC             _____            (PRECISER)            (PRECISER)            SECTEUR MEDICAL PRIVE            CLINIQUE PRIVEE.....E            DOCTEUR PRIVE.....F            DISPANSAIRE.....G            PHARMACIE.....H            AUTRE MEDICAL PRIVE             _____            (PRECISER)            AUTRE            BOUTIQUE.....J            GUERISSEUR TRADITIONNEL.....K            AUTRE             _____            (PRECISER)</p>	
414	<p>VERIFIER 401:</p> <p>ACTUELLEMENT MARIE OU VIT AVEC 1 FEMME <input type="checkbox"/> NON, PAS EN UNION <input type="checkbox"/></p> <p>▼ Au cours des 12 derniers mois, avec combien de personnes différentes, autres que votre/vos épouse(s)/femme(s) avec qui vous vivez) avez-vous eu des rapports sexuels?</p> <p>▼ Au cours des 12 derniers mois, avec combien de personnes différentes avez-vous eu des rapports sexuels?</p>	<p>NOMBRE..... <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/></p>	
415	Quel âge aviez-vous quand vous avez eu votre premier rapport sexuel?	AGE..... <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	PREMIERE FOIS AU MARIAGE.....96

**SECTION 5. PREFERENCES EN MATIERE DE FECONDITE**

No.	QUESTIONS ET FILTRES	CODES	PASSER A
501	VERIFIER 401: PAS EN UNION  ACTUELLEMENT MARIE OU VIT AVEC UNE FEMME		503
502	VERIFIER 404:  PARTENAIRE SEXUEL REGULIER  PARTENAIRE SEXUEL OCCASIONNEL  PAS DE PARTENAIRE SEXUEL		505A
503	Est-ce que votre épouse (ou l'une de vos épouses)/ partenaire est enceinte actuellement?	OUI.....1  NON.....2  PAS SUR.....8	505A
504	Quand elle est tombée enceinte, vouliez-vous qu'elle tombe enceinte à ce moment-là, vouliez-vous qu'elle tombe enceinte plus tard, ou ne vouliez-vous pas du tout qu'elle tombe enceinte?	A CE MOMENT-LA.....1  PLUS TARD.....2  PAS DU TOUT.....3	505B
505	A) EPOUSE/PARTENAIRE PAS ENCEINTE OU PAS SURE OU PAS D'EPOUSE/PARTENAIRE  ▼ Maintenant, j'ai quelques questions au sujet de l'avenir. Voudriez-vous avoir un (autre) enfant, ou préfériez-vous ne pas avoir d'(autres) enfants?  B) EPOUSE/ PARTENAIRE ENCEINTE  ▼ Maintenant, j'ai quelques questions au sujet de l'avenir. Après l'enfant que votre femme/partenaire attend, voudriez-vous avoir un autre enfant, ou préfère- riez-vous ne pas avoir d'autres enfants?	AVOIR UN (AUTRE) ENFANT.....1  PAS D'AUTRE/AUCUN.....2  DIT QUE SA FEMME NE PAS TOMBER ENCEINTE.....3  DIT QU'IL NE PEUT PLUS AVOIR D'ENFANT.....4  INDECIS/NSP.....8	507
506	VERIFIER 503: EPOUSE/PARTENAIRE PAS ENCEINTE OU PAS SURE OU PAS D'EPOUSE/PARTENAIRE  ▼ Combien de temps voudriez- vous attendre, à partir de maintenant, avant la naissance d'un (autre) enfant?	MOIS.....1  ANNEES.....2  BIENTOT/MAINTENANT.....993 DIT QUE SA FEMME NE PAS TOMBER ENCEINTE.....994  APRES LE MARIAGE.....995  AUTRE _____ 996 NSP.....998	
506	VERIFIER 308: UTILISE UNE METHODE? N'UTILISE PAS POSEE  PAS ACTUEL- LEMENT  UTILISE ACTUELLEMENT		512
507	Pensez-vous que vous utiliserez une méthode pour retarder ou éviter une grossesse dans les 12 prochains mois?	OUI.....1  NON.....2  NSP.....8	510
508	Pensez-vous que vous utiliserez une méthode dans le futur?	OUI.....1  NON.....2  NSP.....8	511

No.	QUESTIONS ET FILTRES	CODES	PASSER A
510	Quelle méthode préféreriez-vous utiliser?	PILULE.....01 DIU.....02 INJECTION.....03 IMPLANTS.....04 DIAPHRAGME/MOUSSE/GELEE.....05 CONDOM.....06 STERILISATION FEMININE.....07 STERILISATION MASCULINE.....08 CONTINENCE PERIODIQUE.....09 RETRAIT.....10 AUTRE _____ 96 (PRECISER) PAS SUR.....98	→ 512
511	Quelle est la principale raison pour laquelle vous pensez que vous n'utiliserez jamais de méthode?	RAISONS LIEES A LA FECONDITE RAP. SEX. PEU FREQUENTS.....22 FEMME MENOPAUSEE/HYSTERECT....23 FEMME SOUS-FECONDE/STERILE....24 VEUT DES ENFANTS.....26 OPPOSITION A L'UTILISATION ENQUETE OPPOSE.....31 EPOUSE/PARTENAIRE OPPOSEE....32 AUTRES PERS. OPPOSEES.....33 INTERDITS RELIGIEUX.....34 MANQUE DE CONNAISSANCE NE CONNAIT AUCUNE METHODE....41 NE CONNAIT AUCUNE SOURCE.....42 RAISONS LIEES A UNE METHODE PROBLEMES DE SANTE.....51 PEUR DES EFFETS SECONDAIRES...52 PAS ACCESSIBLE/TROP LOIN.....53 TROP CHERE.....54 PAS PRATIQUE A UTILISER.....55 INTERFERE AVEC LE PROCESSUS NORMAL DU CORPS.....56 UTILISATION CONCERNE FEMME....61 AUTRE _____ 96 (PRECISER) NSP.....98	
512	VERIFIER 202 ET 204 :  A DES ENFANTS VIVANTS <input type="checkbox"/> N'A PAS D'ENFANTS VIVANTS <input type="checkbox"/>  ↓ Si vous pouviez revenir à l'époque où vous n'aviez pas d'enfants et choisir exactement le nombre d'enfants à avoir dans toute votre vie, combien voudriez-vous en avoir?  ↓ Si vous pouviez choisir exactement le nombre d'enfants à avoir dans toute votre vie, combien voudriez-vous en avoir?  INSISTER POUR OBTENIR UNE REPONSE NUMERIQUE	NOMBRE..... <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>  AUTRE _____ 96 (PRECISER)	→ 514

No.	QUESTIONS ET FILTRES	CODES	PASSER A
514	En général, approuvez-vous ou désapprouvez-vous les couples qui utilisent une méthode pour éviter une grossesse?	APPROUVE.....1 DESAPPROUVE.....2 SANS OPINION.....3	
515	Trouvez-vous acceptable ou pas acceptable que des informations sur la planification familiale soient données : A la radio?  A la télévision?	ACCEP-TABLE.....1 NON ACCEP-TABLE.....2 NSP.....8  TELEVISION.....1 2 8	
516	Durant les derniers mois, avez-vous entendu quelque chose sur la planification familiale:  A la radio?  A la télévision?  Dans les journaux ou les magazines?  Sur une affiche?  Sur un prospectus ou une brochure?	OUI NON  RADIO.....1 2 TELEVISION.....1 2 JOURNAUX OU MAGAZINES.....1 2 AFFICHE.....1 2 PROSPECTUS OU BROCHURES.....1 2	
518	Au cours des derniers mois, avez-vous discuté de la planification familiale avec vos amis, vos voisins ou vos parents?	OUI.....1 NON.....2	→ 520
519	Avec qui en avez-vous discuté?  Quelqu'un d'autre?  ENREGISTRER TOUT CE QUI EST MENTIONNE.	EPOUSE/PARTENAIRE.....A  MERE.....B  PERE.....C  SOEUR(S).....D  FRERE(S).....E  FILLE.....F  BELLE-MERE.....G  AMIS/VOISINS.....H  AUTRE _____ X (PRECISER)	
520	VERIFIER 401 :  ACTUELLEMENT MARIE <input type="checkbox"/> VIT AVEC UNE FEMME <input type="checkbox"/> PAS EN UNION <input type="checkbox"/>		→ 601
521	Les conjoints ne sont pas toujours d'accord sur tout. Je voudrais vous poser des questions sur le point de vue de votre épouse/femme (vos épouses/femmes) avec qui vous vivez sur la planification familiale. Pensez-vous que votre épouse/femme (vos épouses/femmes) avec qui vous vivez approuve(ent) ou désapprouve(ent) les couples qui utilisent une méthode pour éviter une grossesse?	APPROUVE.....1 DESAPPROUVE.....2 NSP.....8	
522	Combien de fois, avez-vous parlé avec votre épouse/femme (vos épouses/femmes) avec qui vous vivez de la planification familiale, au cours des 12 derniers mois?	JAMAIS.....1 UNE OU DEUX FOIS.....2 PLUS SOUVENT.....3	
522A	VERIFIER 402, 402A:  NOMBRE DE FEMMES EGAL 01 <input type="checkbox"/> NOMBRE DE FEMMES EGAL 02 OU PLUS <input type="checkbox"/>		→ 601
523	Pensez-vous que votre épouse/femme avec qui vous vivez veut le même nombre d'enfants que vous, en veut davantage que vous ou en veut moins que vous?	MEME NOMBRE.....1 PLUS D'ENFANTS.....2 MOINS D'ENFANTS.....3 NSP.....8	

SECTION 6. SIDA

No.	QUESTIONS ET FILTRES	CODES	PASSER A
601	Avez-vous déjà entendu parler d'une maladie appelée SIDA?	OUI.....1 NON.....2	→613
602	De quelles sources d'informations avez-vous le plus appris sur le SIDA?  Aucune autre source?  ENREGISTRER TOUT CE QUI EST MENTIONNE	RADIO.....A TV.....B JOURNAUX/MAGAZINES.....C PROSPECTUS/AFFICHES.....D AGENT DE SANTE.....E MOSQUEE/EGLISE.....F ECOLE/PROFESSEUR.....G REUNIONS DE LA COMMUNAUTE.....H AMI(E)S/PARENTS.....I LIEU DE TRAVAIL.....J AUTRE _____ X (PRECISER)	
603	Y-a-t-il quelque chose qu'une personne peut faire pour éviter d'attraper le SIDA ou le virus qui cause le SIDA?	OUI.....1 NON.....2 NSP.....8	→607
604	Que peut-on faire?  Quelque chose d'autre?  ENREGISTRER TOUT CE QUI EST MENTIONNE	S'ABSTENIR DE RAPPORTS SEXUELS..A UTILISER DES CONDOMS.....B N'AVOIR QU'UN SEUL PARTENAIRE...C EVITER LES PROSTITUEES.....D EVITER REL. HOMOSEXUELLES.....E EVITER TRANSFUSIONS DE SANG....F EVITER INJECTIONS.....G EVITER D'EMBRASSER.....H EVITER PIQUURES MOUSTIQUES.....I CHERCHER LA PROTECTION DES GUERISSEURS TRADITIONNELS.....J AUTRE _____ W (PRECISER) AUTRE _____ X (PRECISER) NSP.....Z	
607	Est-il possible qu'une personne qui semble être en bonne santé, soit en fait atteinte du virus du SIDA?	OUI.....1 NON.....2 NSP.....8	
608	Pensez-vous qu'une personne qui a le SIDA ne meurt presque jamais de cette maladie, qu'elle en meurt parfois, ou qu'elle en meurt presque toujours?	PRESQUE JAMAIS.....1 PARFOIS.....2 PRESQUE TOUJOURS.....3 NSP.....8	

No.	QUESTIONS ET FILTRES	CODES	PASSER A				
609	Pensez-vous que les risques que vous attrapez le SIDA sont faibles, moyens, importants, ou que vous ne courrez aucun risque de l'attraper?	FAIBLE.....1 MOYEN.....2 IMPORTANT.....3 PAS DE RISQUE DU TOUT.....4 A LE SIDA.....5					
610	Le fait de connaître le SIDA a-t-il influencé ou changé votre décision d'avoir des rapports sexuels ou votre comportement sexuel?  Si OUI, de quelle façon?  ENREGISTRER TOUT CE QUI EST MENTIONNE	PAS COMMENCE RAPPORTS SEXUELS....A A ARRETE TOUT RAPPORT SEXUEL....B A COMMENCE A UTILISER CONDOM....C SEXE LIMITE A UN PARTENAIRE.....D A REDUIT NOMBRE DE PARTENAIRES...E A ARRETE SEX. AVEC PROSTITUEES...F A ARRETE REL. HOMOSEXUELLES.....G AUTRE _____ X (PRECISER) PAS DE CHANGE. DU COMP. SEXUEL...Y NSP.....Z					
611	ENREGISTRER L'HEURE	HEURES..... MINUTES.....	<table border="1"><tr><td></td><td></td></tr><tr><td></td><td></td></tr></table>				

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

Commentaires sur l'enquêté : \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

Commentaires sur des questions spécifiques: \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

Autres commentaires: \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

**OBSERVATIONS DU CHEF D'EQUIPE**

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

**OBSERVATIONS DE LA CONTROLEUSE**

Nom de la Contrôleuse: \_\_\_\_\_ Date: \_\_\_\_\_