



DIVISION DEMOGRAPHIE

**ENQUETE DEMOGRAPHIQUE
ET DE SANTE**

QUESTIONNAIRE HOMME

IDENTIFICATION																					
STRATE.....	<table border="1"> <tr><td></td><td></td></tr> </table>																				
SOUS-STRATE.....																					
PREFECTURE.....																					
SOUS-PREFECTURE OU COMMUNE.....																					
NOM DE LA VILLE OU DU VILLAGE (Urbain = 1, rural = 2).....																					
NUMERO DU MENAGE.....																					
NUMERO DE LA ZD.....																					
NOM ET NUMERO DE LIGNE DE L'HOMME.....																					
HOMME MARIE OU EN UNION (oui = 1, non = 2).....																					
EPOUSE/PARTENAIRE ENQUETEE (oui = 1, non = 2).....																					
NOM ET NUMERO DE LIGNE DE L'EPOUSE.....																					

VISITES D'ENQUETEUR								
	1	2	3	VISITE FINALE				
DATE DE L'INTERVIEW	_____	_____	_____	JOUR <table border="1"><tr><td></td><td></td></tr><tr><td></td><td></td></tr></table>				
NOM DE L'ENQUETEUR	_____	_____	_____	MOIS <table border="1"><tr><td></td><td></td></tr><tr><td></td><td></td></tr></table>				
RESULTAT*	_____	_____	_____	CODE ENQUETEUR <table border="1"><tr><td></td><td></td></tr><tr><td></td><td></td></tr></table>				
PROCHAINE VISITE: DATE	_____	_____	_____	RESULTAT <table border="1"><tr><td></td><td></td></tr><tr><td></td><td></td></tr></table>				
HEURE	_____	_____	_____	NBRE. TOTAL DE VISITES <table border="1"><tr><td></td><td></td></tr></table>				
*CODES RESULTAT 1 ENTIEREMENT REMPLI 3 REFUS 5 AUTRE _____ 2 PAS A LA MAISON 4 PARTIELLEMENT REMPLI (PRECISER)								

CONTROLEUR	COORDONNATEUR	AGENT DE SAISIE
NOM _____	NOM _____	NOM _____
DATE _____	DATE _____	DATE _____

SECTION 1. CARACTERISTIQUES SOCIO-DEMOGRAPHIQUES DES ENQUETES

N°	QUESTIONS ET FILTRES	CODES	PASSER A
101	ENREGISTRER L'HEURE	HEURE..... MINUTES.....	<input type="text"/> <input type="text"/>
102	En quel mois et quelle année êtes-vous né?	MOIS..... NSP MOIS.....98 ANNEE..... NSP ANNEE.....98	<input type="text"/> <input type="text"/>
103	Quel âge aviez-vous à votre dernier anniversaire? (COMPARER ET CORRIGER 102 ET OU 103 SI INCOMPATIBLES)	AGE EN ANNEES REVOLUES...	<input type="text"/>
104	Avez-vous fréquenté l'école?	OUI.....1 NON.....2	→107
105	Quel est le plus haut niveau d'études que vous avez atteint: primaire, secondaire ou supérieur?	PRIMAIRE.....1 SECONDAIRE.....2 SUPERIEUR.....3	
106	Quelle est la dernière classe que vous avez achevée?	CLASSE.....	<input type="text"/>
107	Quelle est votre religion?	MUSULMAN.....1 CHRETIEN.....2 ANIMISTE.....3 AUTRE.....4	
108	Etes-vous guinéen?	OUI.....1 NON.....2	→110
109	Quelle est votre ethnie?	MALINKE.....1 SOUSSOU.....2 PEUHL.....3 KISSI.....2 TOMA.....4 GUERZE.....6 MANO.....7 AUTRES ETHNIES.....8	
110	Avez-vous l'habitude d'écouter la radio au moins une fois par semaine?	OUI.....1 NON.....2	→116
111	A quelle(s) heure(s) préférez-vous écouter la radio? SI PAS DE CHOIX, NOTER "98"	HEURE 1er CHOIX..... HEURE 2è CHOIX..... HEURE 1è CHOIX.....	<input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>
112	Avez-vous écouté la radio hier ou aujourd'hui?	OUI.....1 NON.....2	→116
113	Quelle(s) stations avez-vous écoutées?	RADIO NATIONALE.....1 RADIOS RURALES.....1 RADIOS AFRICAINES.....1 AUTRES RADIOS.....1	
114	VERIFIER 113: OUI RADIO NATIONALE OU RADIOS RURALES AUTRES RADIOS	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	→116

N°	QUESTIONS ET FILTRES	CODES	PASSER A
115	L'(les) émission(s) que vous avez suivie(s) étai(en)t dans quelle(s) langue(s)?	MALINKE.....1 SOUSSOU.....1 POULAR.....1 KISSI.....1 TOMA.....1 GUERZE.....1 FRANÇAIS.....1 AUTRE1 (PRECISER)	
116	Avez-vous l'habitude d'écouter la radio au moins une fois par semaine?	OUI.....1 NON.....2 → 201	
117	A quelle(s) heure(s) préférez-vous regarder la télévision? SI PAS DE CHOIX, NOTER "98"	HEURE 1er CHOIX..... <input type="text"/> <input type="text"/> HEURE 2è CHOIX..... <input type="text"/> <input type="text"/> HEURE 1è CHOIX..... <input type="text"/> <input type="text"/>	
118	Avez-vous suivi la télévision avant-hier ou hier?	OUI.....1 NON.....2 → 201	
119	L'(les) émission(s) que vous avez suivie(s) étai(en)t dans quelle(s) langue(s)?	MALINKE.....1 SOUSSOU.....1 POULAR.....1 KISSI.....1 TOMA.....1 GUERZE.....1 FRANÇAIS.....1 AUTRE1 (PRECISER)	

SECTION 2. FECONDITE

N°	QUESTIONS ET FILTRES	CODES	PASSER A
201	Maintenant je voudrais vous poser des questions sur toutes les naissances que vous avez eues durant votre vie. Avez-vous déjà eu une naissance?	OUI.....1 NON.....2	→206
202	Avez-vous donné naissance à des fils ou des filles qui habitent actuellement avec vous?	OUI.....1 NON.....2	→204
203	Combien de vos fils habitent avec vous? Et combien de vos filles habitent avec vous? SI AUCUN(E) INSCRIRE '00'.	FILS A LA MAISON..... FILLES A LA MAISON.....	<input type="text"/> <input type="text"/>
204	Avez-vous donné naissance à des fils ou des filles encore en vie et qui n'habitent pas actuellement avec vous?	OUI.....1 NON.....2	→206
205	Combien de vos fils sont en vie mais n'habitent pas avec vous? Et combien de vos filles sont en vie mais n'habitent pas avec vous? SI AUCUN(E) INSCRIRE '00'.	FILS AILLEURS..... FILLES AILLEURS.....	<input type="text"/> <input type="text"/>
206	Avez-vous donné naissance à un fils ou une fille, né(e) vivant(e) mais décédé(e) par la suite? SI NON, INSISTER: Aucun(e) fils ou fille qui a pleuré 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	En tout, combien de vos fils sont décédés? Et combien de vos filles sont décédées? SI AUCUN(E) INSCRIRE '00'.	FILS DECEDES..... FILLES DECEDEES.....	<input type="text"/> <input type="text"/>
208	FAIRE LA SOMME DES REPONSES A 203, 205, ET 207, ET INSCRIRE LE TOTAL. SI AUCUN(E) INSCRIRE '00'.	TOTAL.....	<input type="text"/>
209	VERIFIER 208: Je voudrais être sûre d'avoir bien compris: vous avez eu au TOTAL ____ naissances durant votre vie. Est-ce bien exact? OUI <input type="checkbox"/> v 301 NON <input type="checkbox"/> → INSISTER ET CORRIGER 201-208 SI NECESSAIRE		

SECTION 3. NUPTIALITE

N°	QUESTIONS ET FILTRES	CODES	PASSER A
301	Avez-vous été mariée ou avez-vous vécu en union avec une femme?	OUI.....1 NON.....2	→401
302	Etes-vous actuellement mariée ou vivez-vous en union avec une femme, ou êtes-vous veuf, divorcé ou séparé?	MARIE.....1 VIT EN UNION.....2 VEUF.....3 DIVORCE/SEPRE.....4	
303	En quel mois et quelle année avez-vous commencé à vivre avec votre (première) épouse/partenaire?	MOIS..... <input type="text"/> <input type="text"/> NSP MOIS.....98 ANNEE..... <input type="text"/> <input type="text"/> NSP ANNEE.....98	
304	Quel âge aviez-vous quand vous avez commencé à vivre avec votre (première) épouse/partenaire? VERIFIER ET CORRIGER 303 ET 304 SI INCOMPATIBLES.	AGE EN ANNEES REVOLUES..... <input type="text"/> <input type="text"/>	
305	Quel âge avait votre première épouse/partenaire quand vous avez commencé à vivre ensemble?	AGE EN ANNEES REVOLUES..... <input type="text"/> <input type="text"/> NSP AGE.....98	
306	Combien de mariages/unions avez-vous contractés en tout?	NOMBRE..... <input type="text"/> 6 OU PLUS.....6 NSP.....8	
307	VERIFIER 302: MARIE OU VIT EN UNION <input type="text"/> ↓	AUTRES CAS <input type="text"/>	→401
308	Combien d'épouses ou de partenaires avez-vous actuellement?	NOMBRE D'EPOUSES..... <input type="text"/> 6 OU PLUS.....6	

SECTION 4: CONTRACEPTION

401 Maintenant, je voudrais vous parler de la planification familiale, c'est-à-dire les différents moyens ou méthodes qu'un couple peut utiliser pour retarder ou éviter une grossesse. De quels moyens ou méthodes avez-vous entendu parler?

ENCERCLER LE CODE 1 DANS 402 POUR CHAQUE METHODE MENTIONNEE D'UNE MANIERE SPONTANEE.
 PUIS CONTINUER LA COLONNE EN LISANT LE NOM ET LA DESCRIPTION DE CHAQUE METHODE NON MENTIONNEE SPONTANEMENT.
 EN CERCLER LE CODE 2 SI LA METHODE EST RECONNUE, ET LE CODE 3 SI NON RECONNUE.
 PUIS, POUR CHAQUE METHODE AYANT LE CODE 1 OU 2 EN CERCLER DANS 402, POSER 403 AVANT DE PASSER A LA METHODE SUIVANTE.

	402 Avez-vous déjà entendu parler de (METHODE)?	403 Avez-vous déjà utilisé (METHODE)?
01] PILULE Les femmes peuvent prendre une pilule tous les jours	OUI/SPONTANE.....1 OUI/CITE.....2 NON.....3	Votre (vos) femme(s) a-t-elle (ont-elles) déjà utilisé (METHODE)? OUI.....1 NON.....2
02] DIU/STERILET Certaines femmes ont un stérilet ou un dispositif intra-utérin que le médecin ou l'infirmière leur place dans l'utérus.	OUI/SPONTANE.....1 OUI/CITE.....2 NON.....3	Votre (vos) femme(s) a-t-elle (ont-elles) déjà utilisé (METHODE)? OUI.....1 NON.....2
03] INJECTIONS Certaines femmes reçoivent une piqûre par un médecin ou une infirmière pour éviter de tomber enceinte pendant plusieurs mois.	OUI/SPONTANE.....1 OUI/CITE.....2 NON.....3	Votre (vos) femme(s) a-t-elle (ont-elles) déjà utilisé (METHODE)? OUI.....1 NON.....2
04] SPERMICIDES: DIAPHRAGME/MOUSSE/GELEE Certaines femmes se mettent à l'intérieur du vagin une éponge, des comprimés effervescents, un diaphragme, de la gelée ou de la crème avant les rapports sexuels.	OUI/SPONTANE.....1 OUI/CITE.....2 NON.....3	Votre (vos) femme(s) a-t-elle (ont-elles) déjà utilisé (METHODE)? OUI.....1 NON.....2
05] PRESERVATIF/CONDOM Certains hommes mettent un préservatif (capote anglaise) pendant les rapports sexuels.	OUI/SPONTANE.....1 OUI/CITE.....2 NON.....3	OUI.....1 NON.....2
06] STERILISATION FEMININE/LIGATURE DES TROMPES Certaines femmes subissent une opération pour ne plus avoir d'enfants.	OUI/SPONTANE.....1 OUI/CITE.....2 NON.....3	Votre femme a-t-elle eu une opération pour éviter d'avoir d'autres enfants? OUI.....1 NON.....2
07] STERILISATION MASCULINE/VASECTOMIE Certains hommes subissent une opération pour ne plus avoir d'enfants.	OUI/SPONTANE.....1 OUI/CITE.....2 NON.....3	Avez-vous eu une opération pour éviter d'avoir d'autres enfants? OUI.....1 NON.....2
08] CONTINENCE PERIODIQUE/OGIND Certains couples évitent d'avoir des rapports sexuels certains jours du cycle pendant lesquels la femme est plus susceptible de tomber enceinte.	OUI/SPONTANE.....1 OUI/CITE.....2 NON.....3	OUI.....1 NON.....2
09] RETRAIT/COIT INTERROMPU Certains hommes font attention et se retirent avant l'éjaculation.	OUI/SPONTANE.....1 OUI/CITE.....2 NON.....3	OUI.....1 NON.....2
10] AUTRES METHODES? Avez-vous entendu parler d'autres moyens ou méthodes que des femmes ou des hommes peuvent utiliser pour éviter la grossesse?	OUI/SPONTANE.....1 NON.....3	
1 _____ (PRECISER)		OUI.....1 NON.....2
2 _____ (PRECISER)		OUI.....1 NON.....2
3 _____ (PRECISER)		OUI.....1 NON.....2

404 VERIFIER 402: AU MOINS 1 "OUI" (CONNAIT AU MOINS 1 METHODE) AUCUN "OUI" (NE CONNAIT AUCUNE METHODE) → PASSER A 501

405 VERIFIER 403: AU MOINS UN "OUI" (A DEJA UTILISE) AUCUN "OUI" (N'A JAMAIS UTILISE) → PASSER A 412

N°	QUESTIONS ET FILTRES	CODES	PASSER A
406	VERIFIER 302: MARIEE OU EN UNION <input type="checkbox"/> AUTRES CAS <input type="checkbox"/>		→412
407	En ce moment, vous ou votre épouse/partenaire (ou au moins une de vos épouses) faites-vous quelque chose ou utilisez-vous une méthode pour éviter une naissance?	OUI.....1 NON.....2	→412
408	Vous ou votre (vos) épouse(s)/partenaire(s), quelle(s) méthode(s) utilisez-vous actuellement?	PILULE.....1 DIU.....1 INJECTIONS.....1 DIAPHRAGME/MOUSSE/GELEE.....1 PRESERVATIF/CONDOM.....1 STERILISATION FEMININE.....1 STERILISATION MASCULINE.....1 CONTINENCE PERIODIQUE.....1 RETRAIT.....1 AUTRES.....1 (PRECISER)	
409	Où avez-vous, vous ou votre (vos) épouse(s)/partenaire(s) obtenu la méthode que vous utilisez actuellement? _____ (NOM DE L'ENDROIT)	HOPITAL GOUVERNEMENTAL.....1 CENTRE DE SANTE GOUVERNEMENTAL...1 CENTRE DE PF GOUVERNEMENTAL...1 AUTRES SERVICES/AGENT GOUVER...1 HOPITAL/CLINIQUE PRIVE.....1 PHARMACIE.....1 MEDECIN PRIVE.....1 AUTRES PRIVES (BOUTIQUE).....1 AUTRES.....1 NSP.....1	
410	Pour quelle(s) raison(s) avez-vous choisi la (les) méthode(s) que vous utilisez actuellement?	PLUS EFFICACE.....1 PLUS PROCHE.....1 PLUS FACILE A OBTENIR.....1 MOINS CHERE.....1 USAGE PLUS SIMPLE.....1 SEULE DISPONIBLE.....1 PAS EFFETS SECONDAIRES.....1 PRESCRIPTION MEDICALE.....1 RECOMMANDE PAR PERS. MEDICAL...1 RECOM. PAR PARENTS/AMIS.....1 AUTRES.....1 (PRECISER)	
411	Pour quelle(s) raison(s), vous ou votre (vos) épouse(s)/partenaire(s) utilisez-vous une méthode contraceptive pour éviter ou retarder une naissance?	EPOUSE NE VEUT PLUS.....1 EPOUSE NE VEUT PAS MAINTENANT...1 MARI NE VEUT PLUS.....1 MARI NE VEUT PAS MAINTENANT...1 FEMME PROBLEMES DE SANTE.....1 FEMME VEUT SE REPOSER.....1 FEMME ALLAITE.....1 ENFANTS TROP RAPPROCHES.....1 RAISONS SCOLAIRES/PROFESSION...1 RAISONS ECONOMIQUES.....1 AUTRES.....1 (PRECISER)	→415
412	Pour quelle(s) raison(s), vous ou votre (vos) épouse(s)/partenaire(s) n'utilisez-vous pas une méthode pour éviter ou retarder une naissance?	EPOUSE VEUT ENFANT.....1 MARI VEUT ENFANT.....1 INTERDIT PAR RELIGION.....1 INTERDIT PAR COUTUME/TRADITION..1 TROP CHER.....1 EFFETS SECONDAIRES.....1 NON DISPONIBLE ICI.....1 NAISS. NON RAPPROCHES.....1 EPOUSE ALLAITE ACTUELLEMENT...1 EPOUSE MENOPAUSE/STERILE.....1 AUTRES.....1 (PRECISER)	
413	Avez-vous, vous ou votre épouse/partenaire (ou une de vos épouses) l'intention d'utiliser une méthode pour éviter une naissance dans l'avenir?	OUI.....1 NON.....2	→415

N°	QUESTIONS ET FILTRES	CODES	PASSER A
414	Quelle méthode préféreriez-vous utiliser?	PILULE.....01 STERILET/DIU.....02 INJECTIONS.....03 DIAPHRAGME/MOUSSE/GELEE.....04 PRESERVATIF/CONDOM.....05 STERILISATION FEMININE.....06 STERILISATION MASCULINE.....07 CONTINENCE PERIODIQUE.....08 RETRAIT.....09 METHODES VAGIN.+PRESERVATIF...10 METHODES VAGIN.+CONTIN.PERIOD..11 METHODES VAGIN.+RETRAIT.....12 RETRAIT+CONDOM+METH.VAGIN....13 METH.VAGIN.+CONT.PER.+RETRAIT..14 AUTRE.....15 (PRECISER) NSP.....98	
415	VERIFIER 408: SI SEULEMENT CONTINENCE PERIODIQUE, RETRAIT OU AUTRE METHODE TRADITIONNELLE <input type="checkbox"/>	AUTRES CAS <input type="checkbox"/>	→419
416	Connaissez-vous un endroit où vous pouvez vous procurer un contraceptif?	OUI.....1 NON.....2	→419
417	Combien de temps faut-il pour aller de chez vous à cet endroit? SI MOINS DE 2 HEURES, INSCRIRE LA REponse EN MINUTES. AUTREMENT, INSCRIRE EN HEURES.	MINUTES..... <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> HEURES.....2 <input type="text"/> <input type="text"/> NSP.....998	
418	Est-ce facile ou difficile de s'y rendre?	FACILE.....1 DIFFICILE.....2	
419	De qui/où avez-vous obtenu des informations sur la contraception la première fois?	EPOUSE/PARTENAIRE.....01 AMIS.....02 PARENTS/FAMILLE.....03 SERVICES SANTE GOUVERNEMENT...04 PERSONNEL SANTE GOUVERNEMENT...05 SERVICE SANTE PRIVE.....06 MEDECIN PRIVE.....07 PHARMACIE.....08 RADIO.....09 TELEVISION.....10 AUTRE.....11 (PRECISER) NSP.....98	
420	Durant le mois dernier, avez-vous entendu un message à propos du planning familial à: la radio? la télévision?	OUI NON RADIO.....1 2 TELEVISION.....1 2	
421	Trouvez-vous acceptable ou pas acceptable que des informations à propos du planning familial soient données à la radio ou à la télévision?	ACCEPTABLE.....1 PAS ACCEPTABLE.....2 NSP, SANS AVIS.....8	

SECTION 5. PREFERENCES EN MATIERE DE FECONDITE

N°	QUESTIONS ET FILTRES	CODES	PASSER A
501	VOIR 302: MARIE OU EN UNION <input type="checkbox"/> AUTRES CAS <input type="checkbox"/>		→504
502	Votre (une de vos) épouse(s) est-elle actuellement enceinte?	OUI.....1 NON.....2 NSP.....8	→504 →504
503	En plus de cette grossesse, souhaitez-vous avoir d'autres enfants?	OUI.....1 NON.....2	→508 →508
504	VERIFIER 201: OUI <input type="checkbox"/> NON <input type="checkbox"/>		→506
505	Souhaitez-vous avoir d'autres enfants en plus de ceux que vous avez déjà eus?	OUI.....1 NON.....2	→507 →507
506	Souhaitez-vous avoir des enfants?	OUI.....1 NON.....2	
507	VOIR 302: MARIE OU EN UNION <input type="checkbox"/> AUTRES CAS <input type="checkbox"/>		→513
508	Combien de temps après la naissance d'un enfant, souhaitez-vous que votre épouse/partenaire reste avant d'avoir un autre enfant?	DUREE EN MOIS..... <input type="text"/> 48 MOIS OU PLUS.....48	
509	Pensez-vous que votre (vos) épouse(s)/partenaire(s) approuve(nt) ou désapprouve(nt) l'utilisation de la contraception?	APPROUVE.....1 DESAPPROUVE.....2	
510	Combien de fois avez-vous discuté de planification familiale avec votre (une de vos) épouse(s) au cours des 12 derniers mois?	JAMAIS.....1 QUELQUEFOIS.....2 SOUVENT.....3	
511	Avez-vous jamais discuté avec votre (une de vos) épouse(s)/partenaire(s) du nombre d'enfants que chacun d'entre vous désire avoir en tout?	OUI.....1 NON.....2	→513
512	Votre épouse/partenaire souhaiterait-elle avoir le même nombre d'enfants que vous, ou souhaiterait-elle avoir plus ou moins d'enfants que vous?	OUI, MEME NOMBRE.....1 EPOUSE VEUT PLUS.....2 EPOUSE VEUT MOINS.....3 NE SE PRONONCE PAS.....8	
513	A votre avis, combien de temps après la naissance d'un enfant, un couple devrait-il attendre avant de reprendre les relations sexuelles? SI LE TEMPS DECLARE EST INFÉRIEUR A 2 MOIS (60 JOURS), L'ENREGISTRER EN JOURS. S'IL EST INFÉRIEUR A 24 MOIS, L'ENREGISTRER EN MOIS, SINON EN ANNEES REVOLUES.	JOURS.....1 MOIS.....2 ANNEES.....3 NSP.....998	<input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>
514	A votre avis, une femme devrait-elle attendre d'avoir complètement sevré son enfant avant de reprendre les relations sexuelles?	OUI.....1 NON.....2 SANS IMPORTANCE.....3 SANS AVIS.....8	
515	Vous-même, approuvez-vous ou désapprouvez-vous les couples qui utilisent la contraception?	APPROUVE.....1 DESAPPROUVE.....2 SANS AVIS.....8	

N°	QUESTIONS ET FILTRES	CODES	PASSER A
516	<p>VOIR 203 ET 205:</p> <p>A AU MOINS UN ENFANT VIVANT <input type="checkbox"/></p> <p>↓</p> <p>Si vous pouviez recommencer à partir de l'époque où vous n'aviez pas d'enfants, et si vous pouviez choisir exactement le nombre d'enfants à avoir dans toute votre vie, combien voudriez-vous en avoir?</p> <p>N'A PAS D'ENFANT VIVANT <input type="checkbox"/></p> <p>↓</p> <p>Si vous pouviez choisir exactement le nombre d'enfants à avoir dans toute votre vie, combien voudriez-vous en avoir?</p>	<p>NOMBRE..... <input type="text"/></p> <p>AUTRE REPONSE _____ 96 (PRECISER)</p>	
517	<p>Selon vous, pour une femme, quel est le meilleur intervalle de temps entre deux naissances?</p>	<p>MOIS..... <input type="text"/></p> <p>AUTRE _____ 97 (PRECISER)</p> <p>NSP.....98</p>	
518	<p>VOIR 403, (METHODE N°7):</p> <p>HOMME STERILISE <input type="checkbox"/></p> <p>↓</p> <p>AUTRES CAS <input type="checkbox"/></p>		601
519	<p>Dans votre situation actuelle, si vous aviez à le refaire, pensez-vous que vous prendriez la même décision d'être stérilisé?</p>	<p>OUI.....1 NON.....2 NSP.....8</p>	
520	<p>Regrettez-vous d'avoir eu l'opération pour ne pas/plus avoir d'enfants?</p>	<p>OUI.....1 NON.....2 NSP.....8</p>	
521	<p>Pourquoi le regrettez-vous?</p>	<p>ENQUETE VEUT ENFANTS.....01 EPOUSE VEUT ENFANTS.....02 EFFETS SECONDAIRES.....03 AUTRE _____ .04 (PRECISER)</p>	

SECTION 6. MST ET SIDA

N°	QUESTIONS ET FILTRES	CODES	PASSER A
601	Savez-vous qu'il existe des maladies sexuellement transmissibles?	OUI.....1 NON.....2	→610
602	Quelles sont les maladies sexuellement transmissibles que vous connaissez?	SYPHILIS.....1 BLENNORRAGIE.....1 CHANCRE MOU.....1 SIDA.....1 AUTRE.....1 (PRECISER) NSP.....1	
603	Pensez-vous qu'on peut prévenir les MST?	OUI.....1 NON.....2	→606
604	Connaissez-vous un (des) moyen(s) pour prévenir les MST?	OUI.....1 NON.....2	→606
605	Quels moyens connaissez-vous? _____ _____ (MOYENS)		<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
606	Pensez-vous qu'on peut traiter les MST?	OUI.....1 NON.....2	→609
607	Connaissez-vous un (des) endroit(s) où on peut trouver un traitement pour ces maladies?	OUI.....1 NON.....2	→609
608	Quel(s) endroit(s) connaissez-vous? _____ _____ (ENDROITS)		<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
609	VERIFIER 602 SIDA <input type="checkbox"/> NON CITE SIDA <input type="checkbox"/> CITE		→611
610	Connaissez-vous ou avez-vous entendu parler du SIDA?	OUI.....1 NON.....2	→621
611	De qui/où avez-vous entendu parler du SIDA la première fois?	EPOUSE/PARTENAIRE.....01 AMIS.....02 PARENTS/FAMILLE.....03 SERVICE SANTE GOUVERNEMENT.....04 SERVICE SANTE PRIVE.....05 PHARMACIE.....06 RADIO.....07 TELEVISION.....08 AUTRE.....09 (PRECISER) NSP.....98	→613 →613
612	Avez-vous entendu des informations sur le SIDA à la radio ou à la télévision au moins une fois?	OUI.....1 NON.....2	
613	Approuvez-vous ou désapprouvez-vous la diffusion d'informations sur le SIDA à la radio ou à la télévision?	APPROUVE.....1 DESAPPROUVE.....2 SANS AVIS.....8	
614	Connaissez-vous des modes de transmission du SIDA?	OUI.....1 NON.....2	→616
615	Quels sont les modes de transmission que vous connaissez?	RAPPORTS SEXUELS NORMAUX.....1 RAPPORTS HOMOSEXUELS.....1 TRANSFUSION SANGUINE.....1 INJECTION.....1 AUTRE.....1 (PRECISER)	

N°	QUESTIONS ET FILTRES	CODES	PASSER A
616	Pensez-vous qu'on peut prévenir le SIDA?	OUI.....1 NON.....2	
617	Pensez-vous pouvoir vous protéger contre le SIDA? COMPARER 616 ET 617: INSISTER ET CORRIGER 616 ET/OU 617 SI NECESSAIRE.	OUI.....1 NON.....2 SANS AVIS.....8	→619 →619
618	Que faites (ferez)-vous pour vous protéger contre le SIDA?	PARTENAIRE UNIQUE.....1 FIDELITE AUX PARTENAIRE.....1 PRESERVATIF.....1 EVITER LES PROSTITUEES.....1 EVITER INJECTIONS/TRANSFUSION...1 AUTRE _____ 1 (PRECISER)	
619	Pensez-vous que le SIDA est curable?	OUI.....1 NON.....2 NSP.....8	→621 →621
620	Où pensez-vous qu'on peut obtenir des informations sur le traitement du SIDA? _____ _____ (ENDROITS)		<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
621	SORTIR UN CONDOM, LE MONTRER A L'ENQUETE, POSER ENSUITE LA QUESTION: Connaissez-vous ceci?	OUI.....1 NON.....2	→701
622	Connaissez-vous un (des) endroit(s) où vous pouvez vous en procurer?	OUI.....1 NON.....2	→701
623	Quel(s) endroit(s) connaissez-vous?	HOPITAL GOUVERNEMENTAL.....1 SERVICE SANTE GOUVERNEMENTAL...1 PERSONNEL SERVICE SANTE GOUV...1 HOPITAL/CLINIQUE PRIVE.....1 PERSONNEL DE SANTE PRIVE.....1 PHARMACIE.....1 BOUTIQUE.....1 MARCHÉ.....1 MARI/PARTENAIRE.....1 AMI/PARENTS.....1 AUTRE _____ 1 (PRECISER)	

SECTION 7. ACTIVITES PROFESSIONNELLES

N°	QUESTIONS ET FILTRES	CODES	PASSER A
701	Comme vous le savez, certaines hommes ont un travail pour lequel ils sont payés en argent ou en nature. D'autres vendent des choses, ont une petite affaire ou travaillent dans les champs de la famille ou dans l'affaire de la famille. Faites-vous actuellement quelque chose de ce genre ou un quelconque autre travail?	OUI.....1 NON.....2	→705
702	Quelle est votre occupation, c'est à dire, quel genre de travail faites-vous?	_____ _____ _____	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
703	Dans votre travail actuel, travaillez-vous 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	
704	Percevez-vous un salaire pour ce travail? INSISTER: Gagnez-vous de l'argent pour ce travail?	OUI.....1 NON.....2	
705	VOIR 302: MARIE OU EN UNION <input type="checkbox"/> ↓	<input type="checkbox"/> ↓ FIN DE L'INTERVIEW	
706	Votre épouse/partenaire (ou une de vos épouses/partenaires) a-t-elle fréquenté l'école?	OUI.....1 NON.....2	→709
707	Quel est le plus haut niveau d'études que votre épouse (ou l'épouse ou partenaire la plus instruite) a atteint: primaire, secondaire ou supérieur?	PRIMAIRE.....1 SECONDAIRE.....2 SUPERIEUR.....3	
708	Quelle est la dernière classe qu'elle a achevée?	CLASSE..... <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> NSP.....98	
709	Comme vous le savez, certaines femmes ont un travail pour lequel elles sont payées en argent ou en nature. D'autres vendent des choses, ont une petite affaire ou travaillent dans les champs de la famille ou dans l'affaire de la famille. Votre épouse actuelle (ou celle de vos épouses qui a le niveau d'instruction le plus élevé) fait-elle quelque chose de ce genre ou un quelconque autre travail?	OUI.....1 NON.....2	→FIN
710	Dans son travail actuel, travaille-t-elle pour la famille, pour quelqu'un d'autre, ou à son propre compte?	POUR UN MEMBRE DE LA FAMILLE....1 POUR QUELQU'UN D'AUTRE.....2 A SON COMPTE.....3	
711	Perçoit-elle un salaire pour ce travail? INSISTER: Gagne-t-elle de l'argent pour ce travail?	OUI.....1 NON.....2	
712	Fait-elle ce travail à la maison ou en dehors de la maison?	MAISON.....1 AILLEURS.....2	

FIN DE L'INTERVIEW

OBSERVATIONS DE L'ENQUETEUR
(A remplir après l'achèvement de l'interview)

Commentaires sur l'enquêtée: _____

Commentaires sur des questions particulières: _____

Autres commentaires: _____

OBSERVATIONS DU CHEF D'EQUIPE

Nom du chef d'équipe: _____ Date: _____

OBSERVATIONS DU CONTROLEUR(SE)

