

**ANNEXE E**

**QUESTIONNAIRES**

RÉPUBLIQUE DÉMOCRATIQUE DE MADAGASCAR  
INSTITUT NATIONAL DE LA STATISTIQUE  
DIRECTION DE LA DÉMOGRAPHIE ET DE LA STATISTIQUE SOCIAL

ENQUÊTE DÉMOGRAPHIQUE ET DE SANTÉ

QUESTIONNAIRE MÉNAGE

| IDENTIFICATION  |   |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|---|---|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|
| NOM DE LA LOCALITÉ _____  | <table border="1" style="width: 100%; height: 100%; border-collapse: collapse;"> <tr><td style="width: 25px; height: 20px;"></td><td style="width: 25px; height: 20px;"></td><td style="width: 25px; height: 20px;"></td><td style="width: 25px; height: 20px;"></td></tr> <tr><td style="width: 25px; height: 20px;"></td><td style="width: 25px; height: 20px;"></td><td style="width: 25px; height: 20px;"></td><td style="width: 25px; height: 20px;"></td></tr> <tr><td style="width: 25px; height: 20px;"></td><td style="width: 25px; height: 20px;"></td><td style="width: 25px; height: 20px;"></td><td style="width: 25px; height: 20px;"></td></tr> <tr><td style="width: 25px; height: 20px;"></td><td style="width: 25px; height: 20px;"></td><td style="width: 25px; height: 20px;"></td><td style="width: 25px; height: 20px;"></td></tr> <tr><td style="width: 25px; height: 20px;"></td><td style="width: 25px; height: 20px;"></td><td style="width: 25px; height: 20px;"></td><td style="width: 25px; height: 20px;"></td></tr> <tr><td style="width: 25px; height: 20px;"></td><td style="width: 25px; height: 20px;"></td><td style="width: 25px; height: 20px;"></td><td style="width: 25px; height: 20px;"></td></tr> </table> |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|   |   |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|   |   |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|   |   |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|   |   |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|   |   |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|   |   |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| NOM DU CHEF DE MÉNAGE _____   |   |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| NUMÉRO DE GRAPPE .....  |   |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| NUMÉRO DE MÉNAGE .....  |   |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| FARITANY .....  |   |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| URBAIN/RURAL (URBAIN=1, RURAL=2) .....  |   |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| ANTANANARIVO ..... 1<br>CHEF LIEU DE FARITANY ET ANTSIRABE ..... 2<br>CHEF LIEU DE FIVONDROKANTANY ..... 3<br>CHEF LIEU DE FIRASAMPOKANTANY ..... 4<br>CAMPAGNE ..... 5 | <table border="1" style="width: 100%; height: 100%; border-collapse: collapse;"> <tr><td style="width: 25px; height: 20px;"></td><td style="width: 25px; height: 20px;"></td><td style="width: 25px; height: 20px;"></td><td style="width: 25px; height: 20px;"></td></tr> <tr><td style="width: 25px; height: 20px;"></td><td style="width: 25px; height: 20px;"></td><td style="width: 25px; height: 20px;"></td><td style="width: 25px; height: 20px;"></td></tr> <tr><td style="width: 25px; height: 20px;"></td><td style="width: 25px; height: 20px;"></td><td style="width: 25px; height: 20px;"></td><td style="width: 25px; height: 20px;"></td></tr> <tr><td style="width: 25px; height: 20px;"></td><td style="width: 25px; height: 20px;"></td><td style="width: 25px; height: 20px;"></td><td style="width: 25px; height: 20px;"></td></tr> </table>   |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|   |   |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|   |   |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|   |   |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|   |   |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |

| VISITES DE L'ENQUÊTRICE  |   |   |   |  |
|--|---|---|---|--|
|  | 1 | 2 | 3 | VISITE FINALE  |
| DATE   |   |   |   | JOUR<br>MOIS<br>ANNÉE <b>1 9 9 7</b>   |
| NOM DE L'ENQUÊTRICE  |   |   |   | NOM  |
| RÉSULTAT*  |   |   |   | RÉSULTAT   |
| PROCHAINE VISITE: DATE   |   |   |   | N° TOTAL DE VISITES  |
| TIME   |   |   |   |  |
| *CODES RÉSULTATS:<br>1 COMPLET<br>2 PAS DE MEMBRE DU MÉNAGE PRÉSENT OU PAS D'ENQUÊTÉ COMPÉTENT AU MOMENT DE LA VISITE<br>3 MÉNAGE TOTALEMENT ABSENT POUR UNE LONGUE PÉRIODE<br>4 DIFFÉRÉ<br>5 REFUS<br>6 LOGEMENT VIDE OU PAS DE LOGEMENT À L'ADRESSE<br>7 LOGEMENT DÉTRUIT<br>8 LOGEMENT PAS TROUVÉ<br>9 AUTRE _____ (PRÉCISER) |   |   |   | TOTAL DANS LE MÉNAGE<br><br>TOTAL DE FEMMES ÉLIGIBLES<br><br>N° DE LIGNE DE L'ENQUÊTÉ POUR LE QUESTIONNAIRE MÉNAGE |

| CONTRÔLEUSE | CHEF D'ÉQUIPE | CONTRÔLE BUREAU | SAISI PAR |
|-------------|---------------|-----------------|-----------|
| NOM _____   | NOM _____     |                 |           |
| DATE _____  | DATE _____    |                 |           |

**QUESTIONNAIRE MÉNAGE**

Maintenant nous voudrions des renseignements sur les personnes qui vivent habituellement dans votre ménage ou qui habitent chez vous actuellement.

| NO. DE LIGNE | RÉSIDENTS HABITUELS ET VISITEURS | LIEN DE PARENTÉ AVEC LE CHEF DE MÉNAGE | RÉSIDENCE                          |  | SEXE | ÂGE                      | ÉDUCATION                                 |  |                                      | SURVIE ET RÉSIDENCE DES PARENTS POUR LES PERSONNES DE MOINS DE 15 ANS |             |  |             | ÉLIGIBILITÉ              |   |                          |  |  |      |      |
|--------------|----------------------------------|--|------------------------------------|--|------|--------------------------|---|--|--------------------------------------|---|-------------|--|-------------|--------------------------|---|--------------------------|--|--|------|------|
|              |                                  |  | (NOM) vit-il/elle ici d'habitude ? | (NOM) a-t-il/elle dormi ici la nuit dernière ? |      |                          | (NOM) est-il de sexe masculin ou féminin? | Quel âge a (NOM)?  | (NOM) a-t-il/elle fréquenté l'école? | SI A FRÉQUENTÉ L'ÉCOLE  |             | Est-ce que la mère biologique de (NOM) est toujours vivante? | SI VIVANTE  |                          | Est-ce que le père biologique de (NOM) est toujours vivant? | SI VIVANT                |  |  |      |      |
|              |                                  |  |                                    |  |      |                          |   | Quel est le plus haut niveau d'études que (NOM) a atteint ?<br>Quelle est la dernière classe que (NOM) a achevée à ce niveau ?** |                                      | SI ÂGÉ(E) DE MOINS DE 25 ANS  |             |  |             |                          |   |                          |  |  |      |      |
| (1)          | (2)                              | (3)                                    | (4)                                | (5)  | (6)  | (7)                      | (8)                                       | (9)  |                                      | (10)  |             | (11)   |             |                          | (12)  | (13)                     |  |  | (14) | (15) |
|              |                                  |  | OUI NON                            | OUI NON  | M F  | EN ANS.                  | OUINON                                    | NIVEAU   | CLASSE                               | OUI NON   | OUI NON NSP | OUI NON NSP  | OUI NON NSP |                          | OUI NON NSP   |                          |  |  |      |      |
| 01           |                                  | <input type="checkbox"/>               | 1 2                                | 1 2  | 1 2  | <input type="checkbox"/> | 1 2                                       | <input type="checkbox"/>   | <input type="checkbox"/>             | 1 2   | 1 2 8       | <input type="checkbox"/>                                     | 1 2 8       | <input type="checkbox"/> | 1 2 8   | <input type="checkbox"/> |  |  |      | 01   |
| 02           |                                  | <input type="checkbox"/>               | 1 2                                | 1 2  | 1 2  | <input type="checkbox"/> | 1 2                                       | <input type="checkbox"/>   | <input type="checkbox"/>             | 1 2   | 1 2 8       | <input type="checkbox"/>                                     | 1 2 8       | <input type="checkbox"/> | 1 2 8   | <input type="checkbox"/> |  |  |      | 02   |
| 03           |                                  | <input type="checkbox"/>               | 1 2                                | 1 2  | 1 2  | <input type="checkbox"/> | 1 2                                       | <input type="checkbox"/>   | <input type="checkbox"/>             | 1 2   | 1 2 8       | <input type="checkbox"/>                                     | 1 2 8       | <input type="checkbox"/> | 1 2 8   | <input type="checkbox"/> |  |  |      | 03   |
| 04           |                                  | <input type="checkbox"/>               | 1 2                                | 1 2  | 1 2  | <input type="checkbox"/> | 1 2                                       | <input type="checkbox"/>   | <input type="checkbox"/>             | 1 2   | 1 2 8       | <input type="checkbox"/>                                     | 1 2 8       | <input type="checkbox"/> | 1 2 8   | <input type="checkbox"/> |  |  |      | 04   |
| 05           |                                  | <input type="checkbox"/>               | 1 2                                | 1 2  | 1 2  | <input type="checkbox"/> | 1 2                                       | <input type="checkbox"/>   | <input type="checkbox"/>             | 1 2   | 1 2 8       | <input type="checkbox"/>                                     | 1 2 8       | <input type="checkbox"/> | 1 2 8   | <input type="checkbox"/> |  |  |      | 05   |
| 06           |                                  | <input type="checkbox"/>               | 1 2                                | 1 2  | 1 2  | <input type="checkbox"/> | 1 2                                       | <input type="checkbox"/>   | <input type="checkbox"/>             | 1 2   | 1 2 8       | <input type="checkbox"/>                                     | 1 2 8       | <input type="checkbox"/> | 1 2 8   | <input type="checkbox"/> |  |  |      | 06   |
| 07           |                                  | <input type="checkbox"/>               | 1 2                                | 1 2  | 1 2  | <input type="checkbox"/> | 1 2                                       | <input type="checkbox"/>   | <input type="checkbox"/>             | 1 2   | 1 2 8       | <input type="checkbox"/>                                     | 1 2 8       | <input type="checkbox"/> | 1 2 8   | <input type="checkbox"/> |  |  |      | 07   |

| (1) | (2) | (3)                      | (4) | (5) | (6) | (7)                      | (8) | (9)                      | (10)                     | (11) | (12)  | (13)                     | (14)  | (15)                     |    |
|-----|-----|--------------------------|-----|-----|-----|--------------------------|-----|--------------------------|--------------------------|------|-------|--------------------------|-------|--------------------------|----|
| 08  |     | <input type="checkbox"/> | 1 2 | 1 2 | 1 2 | <input type="checkbox"/> | 1 2 | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | 1 2  | 1 2 8 | <input type="checkbox"/> | 1 2 8 | <input type="checkbox"/> | 08 |
| 09  |     | <input type="checkbox"/> | 1 2 | 1 2 | 1 2 | <input type="checkbox"/> | 1 2 | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | 1 2  | 1 2 8 | <input type="checkbox"/> | 1 2 8 | <input type="checkbox"/> | 09 |
| 10  |     | <input type="checkbox"/> | 1 2 | 1 2 | 1 2 | <input type="checkbox"/> | 1 2 | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | 1 2  | 1 2 8 | <input type="checkbox"/> | 1 2 8 | <input type="checkbox"/> | 10 |
| 11  |     | <input type="checkbox"/> | 1 2 | 1 2 | 1 2 | <input type="checkbox"/> | 1 2 | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | 1 2  | 1 2 8 | <input type="checkbox"/> | 1 2 8 | <input type="checkbox"/> | 11 |
| 12  |     | <input type="checkbox"/> | 1 2 | 1 2 | 1 2 | <input type="checkbox"/> | 1 2 | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | 1 2  | 1 2 8 | <input type="checkbox"/> | 1 2 8 | <input type="checkbox"/> | 12 |
| 13  |     | <input type="checkbox"/> | 1 2 | 1 2 | 1 2 | <input type="checkbox"/> | 1 2 | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | 1 2  | 1 2 8 | <input type="checkbox"/> | 1 2 8 | <input type="checkbox"/> | 13 |
| 14  |     | <input type="checkbox"/> | 1 2 | 1 2 | 1 2 | <input type="checkbox"/> | 1 2 | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | 1 2  | 1 2 8 | <input type="checkbox"/> | 1 2 8 | <input type="checkbox"/> | 14 |

COCHER ICI SI UNE AUTRE FEUILLE EST UTILISÉE

Juste pour être sûre que j'ai une liste complète:

1) Y-a-t-il d'autres personnes tels que des petits enfants ou des nourrissons que nous n'avons pas portés sur la liste ? OUI  INSCRIRE CHACUN(E) DANS LE TABLEAU NON

2) De plus, y-a-t-il d'autres personnes qui ne sont peut-être pas de votre famille tels que des domestiques, des locataires ou des amis qui vivent habituellement ici ? OUI  INSCRIRE CHACUN(E) DANS LE TABLEAU NON

3) Avez-vous des invités ou des visiteurs temporaires qui sont chez vous, ou d'autres personnes qui ont dormi ici la nuit dernière ? OUI  INSCRIRE CHACUN(E) DANS LE TABLEAU NON

\*CODES POUR Q.3  
 PARENTE AVEC CHEF DE MÉNAGE:  
 01 = CHEF DE MÉNAGE  
 02 = FEMME OU MARI  
 03 = FILS OU FILLE  
 04 = BEAU-FILS OU BELLE-FILLE  
 05 = PETIT-ENFANT  
 06 = PÈRE OU MÈRE  
 07 = BEAUX-PARENTS

08 = FRÈRE OU SOEUR  
 09 = CO-ÉPOUSE  
 10 = AUTRES PARENTS  
 11 = ENFANT ADOPTÉ/EN GARDE  
 12 = SANS PARENTE  
 98 = NSP

CODES POUR Q.8  
 NIVEAU D'INSTRUCTION  
 1 = PRIMAIRE  
 2 = SECONDAIRE  
 3 = SUPÉRIEUR  
 8 = NSP

CODES POUR Q.9  
 DERNIÈRE CLASSE ACHEVÉE  
 00 = MOINS D'UN AN ACHEVÉ  
 98 = NSP

Q.11 À Q.14  
 CES QUESTIONS CONCERNENT LES  
 PARENTS BIOLOGIQUES DE L'ENFANT.  
 NOTER 00 SI LES PARENTS NE SONT  
 PAS MEMBRES DU MÉNAGE



| No.                         | QUESTIONS ET FILTRES  | CODES  | PASSER À |     |     |                   |   |   |                  |   |   |                             |   |   |                 |   |   |                     |   |   |  |
|-----------------------------|---|--|----------|-----|-----|-------------------|---|---|------------------|---|---|-----------------------------|---|---|-----------------|---|---|---------------------|---|---|--|
| 16                          | D'où provient l'eau que boivent les membres de votre ménage ?   | EAU DU ROBINET<br>ROBINET DANS LE<br>LOGEMENT/COUR/PARCELLE ..... 11 → 18<br>ROBINET EXTÉRIEUR ..... 12<br>BORNE FONTAINE/ROBINET PUBLIC ..... 13<br>EAU DE PUIITS DANS LA COUR/PARCELLE<br>FORAGE ÉQUIPÉ DE POMPE ..... 21<br>PUIITS AMÉNAGÉ SANS POMPE ..... 22 → 18<br>PUIITS NU/PUISARD ..... 23<br>EAU DE PUIITS À L'EXTÉRIEUR<br>FORAGE ÉQUIPÉ DE POMPE ..... 24<br>PUIITS AMÉNAGÉ SANS POMPE ..... 25<br>PUIITS NU/PUISARD ..... 26<br>EAU DE SURFACE<br>SOURCE ..... 31<br>RIVIÈRE/RUISSEAU ..... 32<br>MARE/LAC ..... 33<br>BARRAGE ..... 34<br>EAU DE PLUIE ..... 41 → 18<br>CAMION CITERNE ..... 51<br>EAU EN BOUTEILLE ..... 61 → 18<br>AUTRE ..... 96<br>(PRÉCISER)   |          |     |     |                   |   |   |                  |   |   |                             |   |   |                 |   |   |                     |   |   |  |
| 17                          | Combien de temps faut-il pour aller là-bas, prendre de l'eau et revenir ?   | MINUTES ..... <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/><br>SUR PLACE ..... 996   |          |     |     |                   |   |   |                  |   |   |                             |   |   |                 |   |   |                     |   |   |  |
| 18                          | Quel genre de toilettes y-a-t-il dans votre ménage ?  | CHASSE D'EAU ..... 11<br>LATRINES À FOSSE VENTILÉE ..... 22<br>LATRINES À FOSSE SIMPLE ..... 23<br>PAS DE TOILETTE/NATURE ..... 31<br>AUTRE ..... 96 → 19<br>(PRÉCISER)  |          |     |     |                   |   |   |                  |   |   |                             |   |   |                 |   |   |                     |   |   |  |
| 18A                         | Les toilettes sont-elles utilisées seulement par les membres de votre ménage ou sont-elles partagées avec d'autres ménages? | UTILISATION EXCLUSIVE ..... 1<br>PARTAGÉES ..... 2   |          |     |     |                   |   |   |                  |   |   |                             |   |   |                 |   |   |                     |   |   |  |
| 19                          | Dans votre ménage, avez-vous :  | <table style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <thead> <tr> <th></th> <th style="text-align: center;">OUI</th> <th style="text-align: center;">NON</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>ELECTRICITÉ .....</td> <td style="text-align: center;">1</td> <td style="text-align: center;">2</td> </tr> <tr> <td>RADIO .....</td> <td style="text-align: center;">1</td> <td style="text-align: center;">2</td> </tr> <tr> <td>TÉLÉVISION .....</td> <td style="text-align: center;">1</td> <td style="text-align: center;">2</td> </tr> <tr> <td>TÉLÉPHONE .....</td> <td style="text-align: center;">1</td> <td style="text-align: center;">2</td> </tr> <tr> <td>RÉFRIGÉRATEUR .....</td> <td style="text-align: center;">1</td> <td style="text-align: center;">2</td> </tr> </tbody> </table> |          | OUI | NON | ELECTRICITÉ ..... | 1 | 2 | RADIO .....      | 1 | 2 | TÉLÉVISION .....            | 1 | 2 | TÉLÉPHONE ..... | 1 | 2 | RÉFRIGÉRATEUR ..... | 1 | 2 |  |
|                             | OUI   | NON  |          |     |     |                   |   |   |                  |   |   |                             |   |   |                 |   |   |                     |   |   |  |
| ELECTRICITÉ .....           | 1   | 2  |          |     |     |                   |   |   |                  |   |   |                             |   |   |                 |   |   |                     |   |   |  |
| RADIO .....                 | 1   | 2  |          |     |     |                   |   |   |                  |   |   |                             |   |   |                 |   |   |                     |   |   |  |
| TÉLÉVISION .....            | 1   | 2  |          |     |     |                   |   |   |                  |   |   |                             |   |   |                 |   |   |                     |   |   |  |
| TÉLÉPHONE .....             | 1   | 2  |          |     |     |                   |   |   |                  |   |   |                             |   |   |                 |   |   |                     |   |   |  |
| RÉFRIGÉRATEUR .....         | 1   | 2  |          |     |     |                   |   |   |                  |   |   |                             |   |   |                 |   |   |                     |   |   |  |
| 20                          | Dans votre ménage, combien de pièces utilisez-vous pour dormir ?  | PIÈCES ..... <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>   |          |     |     |                   |   |   |                  |   |   |                             |   |   |                 |   |   |                     |   |   |  |
| 21                          | <b>PRINCIPAL MATÉRIAU DU PLANCHER.</b><br><br><b>ENREGISTRER L'OBSERVATION.</b>   | PLANCHER NATUREL<br>TERRE/SABLE ..... 11<br>BOUSE ..... 12<br>PLANCHER SOMMAIRE<br>PLANCHES EN BOIS ..... 21<br>PALMES/BAMBOU ..... 22<br>PLANCHER FINI<br>PARQUET OU BOIS CIRÉ ..... 31<br>VINYLE OU ASPHALTE ..... 32<br>CARRELAGE ..... 33<br>CIMENT ..... 34<br>MOQUETTE ..... 35<br>AUTRE ..... 96<br>(PRÉCISER)  |          |     |     |                   |   |   |                  |   |   |                             |   |   |                 |   |   |                     |   |   |  |
| 22                          | Y-a-t-il quelqu'un de votre ménage qui possède ?  | <table style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <thead> <tr> <th></th> <th style="text-align: center;">OUI</th> <th style="text-align: center;">NON</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>CHARRETTE .....</td> <td style="text-align: center;">1</td> <td style="text-align: center;">2</td> </tr> <tr> <td>BICYCLETTE .....</td> <td style="text-align: center;">1</td> <td style="text-align: center;">2</td> </tr> <tr> <td>MOBYLETTE/MOTOCYCLETTE ....</td> <td style="text-align: center;">1</td> <td style="text-align: center;">2</td> </tr> <tr> <td>VOITURE .....</td> <td style="text-align: center;">1</td> <td style="text-align: center;">2</td> </tr> </tbody> </table>   |          | OUI | NON | CHARRETTE .....   | 1 | 2 | BICYCLETTE ..... | 1 | 2 | MOBYLETTE/MOTOCYCLETTE .... | 1 | 2 | VOITURE .....   | 1 | 2 |                     |   |   |  |
|                             | OUI   | NON  |          |     |     |                   |   |   |                  |   |   |                             |   |   |                 |   |   |                     |   |   |  |
| CHARRETTE .....             | 1   | 2  |          |     |     |                   |   |   |                  |   |   |                             |   |   |                 |   |   |                     |   |   |  |
| BICYCLETTE .....            | 1   | 2  |          |     |     |                   |   |   |                  |   |   |                             |   |   |                 |   |   |                     |   |   |  |
| MOBYLETTE/MOTOCYCLETTE .... | 1   | 2  |          |     |     |                   |   |   |                  |   |   |                             |   |   |                 |   |   |                     |   |   |  |
| VOITURE .....               | 1   | 2  |          |     |     |                   |   |   |                  |   |   |                             |   |   |                 |   |   |                     |   |   |  |
| 23                          | Combien des personnes fument dans ce ménage?  | NOMBRE ..... <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/><br>AUCUNE ..... 00  |          |     |     |                   |   |   |                  |   |   |                             |   |   |                 |   |   |                     |   |   |  |
| 24                          | Pourriez vous me montrer le sel que vous avez utilisé pour cuire le repas principal hier ou la nuit dernière?               | IL N'EN ONT PAS UTILISÉ ..... 00<br>SEL FIN EN SACHET ..... 01<br>SEL FIN EN VRAC ..... 02<br>GROS SEL EN SACHET ..... 03<br>GROS SEL EN VRAC ..... 04<br>AUTRE ..... 96<br>(PRÉCISER)<br>REFUSE DE MONTRER ..... 05   |          |     |     |                   |   |   |                  |   |   |                             |   |   |                 |   |   |                     |   |   |  |
| 25                          | <b>ENREGISTREZ LE RÉSULTAT DU TEST</b>  | SEL IODÉ (COULEUR) ..... 1<br>SEL NON IODÉ (BLANC) ..... 2<br>SEL PAS TESTÉ ..... 3  |          |     |     |                   |   |   |                  |   |   |                             |   |   |                 |   |   |                     |   |   |  |

REPOBLIKAN'I MADAGASIKARA  
INSTITUT NATIONAL DE LA STATISTIQUE  
DIRECTION DE LA DÉMOGRAPHIE ET DES STATISTIQUES SOCIALES

ENQUÊTE DÉMOGRAPHIQUE ET DE SANTÉ

**QUESTIONNAIRE FEMME**

| IDENTIFICATION  |   |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|---|---|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|
| NOM DE LA LOCALITÉ _____  | <table border="1" style="margin: auto;"> <tr><td> </td><td> </td><td> </td></tr> <tr><td> </td><td> </td><td> </td></tr> <tr><td> </td><td> </td><td> </td></tr> <tr><td> </td><td> </td><td> </td></tr> <tr><td> </td><td> </td><td> </td></tr> <tr><td> </td><td> </td><td> </td></tr> <tr><td> </td><td> </td><td> </td></tr> <tr><td> </td><td> </td><td> </td></tr> <tr><td> </td><td> </td><td> </td></tr> <tr><td> </td><td> </td><td> </td></tr> </table> |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|   |   |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|   |   |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|   |   |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|   |   |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|   |   |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|   |   |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|   |   |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|   |   |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|   |   |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|   |   |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| NOM DU CHEF DE MÉNAGE _____                                     |   |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| NUMÉRO DE GRAPPE ..... <input type="text"/>                     |   |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| NUMÉRO DE MÉNAGE ..... <input type="text"/>                     |   |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| FARITANY _____  |   |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| URBAIN/RURAL (URBAIN = 1, RURAL = 2) ..... <input type="text"/> |   |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| ANTANANARIVO-RENOVOHITRA ..... 1                                |   |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| CHEF LIEU DE FARITANY ET ANTSIRABE ..... 2                      |   |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| CHEF LIEU DE FIVONDRONAMPOKONTANY ..... 3                       |   |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| CHEF LIEU DE FIRAISAMPOKONTANY ..... 4                          |   |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| AUTRE ..... 5   |   |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| NOM ET NUMÉRO DE LIGNE DE LA FEMME ENQUÊTÉE _____               | <input type="text"/>  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |


| VISITES DE L'ENQUÊTRICE   |                        |                          |                      |   |           |         |                          |                   |                        |  |           |                 |  |
|---|------------------------|--------------------------|----------------------|---|-----------|---------|--------------------------|-------------------|------------------------|--|-----------|-----------------|--|
|   | 1                      | 2                        | 3                    | VISITE FINALE   |           |         |                          |                   |                        |  |           |                 |  |
| DATE  | <input type="text"/>   | <input type="text"/>     | <input type="text"/> | JOUR <input type="text"/><br>MOIS <input type="text"/><br>ANNÉE 19 <input type="text"/> <input type="text"/> 7 <input type="text"/> |           |         |                          |                   |                        |  |           |                 |  |
| NOM DE L'ENQUÊTRICE   | <input type="text"/>   | <input type="text"/>     | <input type="text"/> | NOM <input type="text"/>  |           |         |                          |                   |                        |  |           |                 |  |
| RÉSULTAT*   | <input type="text"/>   | <input type="text"/>     | <input type="text"/> | RÉSULTAT <input type="text"/>   |           |         |                          |                   |                        |  |           |                 |  |
| PROCHAINE VISITE: DATE<br>HEURE   | <input type="text"/>   | <input type="text"/>     |                      | N° TOTAL DE VISITES <input type="text"/>  |           |         |                          |                   |                        |  |           |                 |  |
| <p>*CODES RÉSULTAT:</p> <table style="width: 100%;"> <tr> <td style="width: 33%;">1 COMPLET</td> <td style="width: 33%;">4 REFUS</td> <td style="width: 33%;">7 AUTRE _____ (PRÉCISER)</td> </tr> <tr> <td>2 PAS À LA MAISON</td> <td>5 PARTIELLEMENT REMPLI</td> <td></td> </tr> <tr> <td>3 DIFFÉRÉ</td> <td>6 EN INCAPACITÉ</td> <td></td> </tr> </table> |                        |                          |                      |   | 1 COMPLET | 4 REFUS | 7 AUTRE _____ (PRÉCISER) | 2 PAS À LA MAISON | 5 PARTIELLEMENT REMPLI |  | 3 DIFFÉRÉ | 6 EN INCAPACITÉ |  |
| 1 COMPLET   | 4 REFUS                | 7 AUTRE _____ (PRÉCISER) |                      |   |           |         |                          |                   |                        |  |           |                 |  |
| 2 PAS À LA MAISON   | 5 PARTIELLEMENT REMPLI |                          |                      |   |           |         |                          |                   |                        |  |           |                 |  |
| 3 DIFFÉRÉ   | 6 EN INCAPACITÉ        |                          |                      |   |           |         |                          |                   |                        |  |           |                 |  |

| CONTRÔLEUSE                     | CHEF D'ÉQUIPE                   | CONTRÔLE DE BUREAU   | SAISI PAR :          |
|---------------------------------|---------------------------------|----------------------|----------------------|
| NOM _____ <input type="text"/>  | NOM _____ <input type="text"/>  | <input type="text"/> | <input type="text"/> |
| DATE _____ <input type="text"/> | DATE _____ <input type="text"/> | <input type="text"/> | <input type="text"/> |








**SECTION 1. CARACTÉRISTIQUES SOCIO-DÉMOGRAPHIQUES DE L'ENQUÊTÉE**

| N°  | QUESTIONS ET FILTRES   | CODES   | PASSER À |
|-----|--|---|----------|
| 101 | ENREGISTRER L'HEURE.   | HEURE ..... <input type="text"/><br>MINUTES ..... <input type="text"/>  |          |
| 102 | Pour commencer, je voudrais vous poser quelques questions sur vous-même et votre ménage. La plus grande partie des 12 premières années de votre vie, avez-vous vécu à Antananarivo-Renivohitra, dans un chef lieu de faritany, dans un chef lieu de fivondrona, dans un chef lieu de firaisana, à la campagne, ou à l'étranger ? | ANTANANARIVO-VILLE ..... 1<br>CHEF LIEU DE FARITANY ..... 2<br>CHEF LIEU DE FIVONDRONANA ..... 3<br>CHEF LIEU DE FIRAISANA ..... 4<br>À LA CAMPAGNE ..... 5<br>À L'ETRANGER ..... 6 |          |
| 103 | Depuis combien de temps habitez-vous de façon continue à (NOM DU LIEU ACTUEL DE RÉSIDENCE) ?   | ANNÉES ..... <input type="text"/><br>TOUJOURS ..... 95<br>VISITEUSE ..... 96  | →105     |
| 104 | Juste avant de vous installer ici, avez-vous vécu à Antananarivo-Renivohitra, dans un chef lieu de faritany, dans un chef lieu de fivondrona, dans un chef lieu de firaisana, à la campagne, ou à l'étranger ?   | ANTANANARIVO-VILLE ..... 1<br>CHEF LIEU DE FARITANY ..... 2<br>CHEF LIEU DE FIVONDRONANA ..... 3<br>CHEF LIEU DE FIRAISANA ..... 4<br>À LA CAMPAGNE ..... 5<br>À L'ETRANGER ..... 6 |          |
| 105 | En quel mois et quelle année êtes-vous née ?   | MOIS ..... <input type="text"/><br>NSP MOIS ..... 98<br>ANNÉE ..... 19 <input type="text"/><br>NSP ANNÉE ..... 9998   |          |
| 106 | Quel âge aviez-vous à votre dernier anniversaire ?<br>COMPARER ET CORRIGER 105 ET/OU 106 SI INCONSISTENTS.   | AGE EN ANNÉES RÉVOLUES <input type="text"/>   |          |
| 107 | Avez-vous fréquenté l'école ?  | OUI ..... 1<br>NON ..... 2  | →114     |
| 108 | Quel est le plus haut niveau d'études que vous avez atteint : primaire, secondaire ou supérieur ?  | PRIMAIRE ..... 1<br>SECONDAIRE 1ER CYCLE ..... 2<br>SECONDAIRE 2ÈME CYCLE ..... 3<br>SUPÉRIEUR ..... 4  |          |
| 109 | Quelle est la dernière classe que vous avez achevée à ce niveau ?  | CLASSE ..... <input type="text"/>   |          |
| 110 | VÉRIFIER 106:<br>ÂGÉE DE 24 ANS OU MOINS <input type="checkbox"/> ÂGÉE DE 25 ANS OU PLUS <input type="checkbox"/>  |   | →113     |
| 111 | Allez-vous à l'école actuellement ?  | OUI ..... 1<br>NON ..... 2  | →113     |



| N°                        | QUESTIONS ET FILTRES   | CODES   | PASSER À   |     |     |                   |   |   |                  |   |   |                           |   |   |                 |   |   |                     |   |   |  |
|---------------------------|--|---|--|-----|-----|-------------------|---|---|------------------|---|---|---------------------------|---|---|-----------------|---|---|---------------------|---|---|--|
| 123                       | Maintenant je voudrais vous poser quelques questions sur le ménage dans lequel vous vivez habituellement.<br><br>D'où provient l'eau que boivent les membres de votre ménage ? | EAU DU ROBINET<br>ROBINET DANS LE LOGEMENT/COUR/PARCELLE ... 11<br>ROBINET EXTÉRIEUR ..... 12<br>BORNE FONTAINE/ROBINET PUBLIC . 13<br><br>EAU DE PUIITS DANS LA COUR/PARCELLE<br>FORAGE ÉQUIPÉ DE POMPE ..... 21<br>PUIITS AMÉNAGÉ SANS POMPE ..... 22<br>PUIITS NU/PUISARD ..... 23<br><br>EAU DE PUIITS À L'EXTÉRIEUR<br>FORAGE ÉQUIPÉ DE POMPE ..... 24<br>PUIITS AMÉNAGÉ SANS POMPE ..... 25<br>PUIITS NU/PUISARD ..... 26<br><br>EAU DE SURFACE<br>SOURCE ..... 31<br>RIVIÈRE/RUISSEAU ..... 32<br>MARE/LAC/BARRAGE ..... 33<br><br>EAU DE PLUIE ..... 41<br>CAMION CITERNE ..... 51<br>EAU EN BOUTEILLE ..... 61<br>AUTRE ..... 96<br>(PRÉCISER) | →125<br><br>→125<br><br><br><br><br><br><br><br>→125<br><br>→125 |     |     |                   |   |   |                  |   |   |                           |   |   |                 |   |   |                     |   |   |  |
| 124                       | Combien de temps faut-il pour aller là-bas, prendre de l'eau et revenir ?  | MINUTES ..... <br>SUR PLACE ..... 996  |  |     |     |                   |   |   |                  |   |   |                           |   |   |                 |   |   |                     |   |   |  |
| 125                       | Quel genre de toilettes y-a-t-il dans votre ménage ?   | CHASSE D'EAU ..... 11<br>LATRINES ..... 22<br>TINETTE ..... 23<br>PAS DE TOILETTE/NATURE ..... 31<br>AUTRE ..... 96<br>(PRÉCISER)   |  |     |     |                   |   |   |                  |   |   |                           |   |   |                 |   |   |                     |   |   |  |
| 125A                      | Les toilettes sont-elles utilisées seulement par les membres de votre ménage ou sont-elles partagées avec d'autres ménages?  | UTILISATION EXCLUSIVE ..... 1<br>PARTAGÉES ..... 2  |  |     |     |                   |   |   |                  |   |   |                           |   |   |                 |   |   |                     |   |   |  |
| 126                       | Dans votre ménage, avez-vous :<br><br>L'électricité?<br>Une radio?<br>Une télévision?<br>Un téléphone?<br>Un réfrigérateur?  | <table border="0"> <thead> <tr> <th></th> <th>OUI</th> <th>NON</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>ELECTRICITÉ .....</td> <td>1</td> <td>2</td> </tr> <tr> <td>RADIO .....</td> <td>1</td> <td>2</td> </tr> <tr> <td>TÉLÉVISION .....</td> <td>1</td> <td>2</td> </tr> <tr> <td>TÉLÉPHONE .....</td> <td>1</td> <td>2</td> </tr> <tr> <td>RÉFRIGÉRATEUR .....</td> <td>1</td> <td>2</td> </tr> </tbody> </table>   |  | OUI | NON | ELECTRICITÉ ..... | 1 | 2 | RADIO .....      | 1 | 2 | TÉLÉVISION .....          | 1 | 2 | TÉLÉPHONE ..... | 1 | 2 | RÉFRIGÉRATEUR ..... | 1 | 2 |  |
|                           | OUI  | NON   |  |     |     |                   |   |   |                  |   |   |                           |   |   |                 |   |   |                     |   |   |  |
| ELECTRICITÉ .....         | 1  | 2   |  |     |     |                   |   |   |                  |   |   |                           |   |   |                 |   |   |                     |   |   |  |
| RADIO .....               | 1  | 2   |  |     |     |                   |   |   |                  |   |   |                           |   |   |                 |   |   |                     |   |   |  |
| TÉLÉVISION .....          | 1  | 2   |  |     |     |                   |   |   |                  |   |   |                           |   |   |                 |   |   |                     |   |   |  |
| TÉLÉPHONE .....           | 1  | 2   |  |     |     |                   |   |   |                  |   |   |                           |   |   |                 |   |   |                     |   |   |  |
| RÉFRIGÉRATEUR .....       | 1  | 2   |  |     |     |                   |   |   |                  |   |   |                           |   |   |                 |   |   |                     |   |   |  |
| 127                       | Pouvez-vous décrire le sol de votre maison ?   | PLANCHER NATUREL<br>TERRE/SABLE ..... 11<br>BOUSE ..... 12<br>PLANCHER SOMMAIRE<br>PLANCHES EN BOIS ..... 21<br>PALMES/BAMBOU/NATTE ..... 22<br>PLANCHER FINI<br>PARQUET OU BOIS CIRÉ ..... 31<br>VINYLE OU ASPHALTE ..... 32<br>CARRELAGE ..... 33<br>CIMENT ..... 34<br>MOQUETTE ..... 35<br>AUTRE ..... 96<br>(PRÉCISER)   |  |     |     |                   |   |   |                  |   |   |                           |   |   |                 |   |   |                     |   |   |  |
| 128                       | Y-a-t-il quelqu'un de votre ménage qui possède ?<br><br>Une charrette ?<br>Une bicyclette ?<br>Une mobylette ou motocyclette ?<br>Une voiture ?                                | <table border="0"> <thead> <tr> <th></th> <th>OUI</th> <th>NON</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>CHARRETTE .....</td> <td>1</td> <td>2</td> </tr> <tr> <td>BICYCLETTE .....</td> <td>1</td> <td>2</td> </tr> <tr> <td>MOBYLETTE/MOTOCYCLETTE. 1</td> <td>2</td> <td></td> </tr> <tr> <td>VOITURE .....</td> <td>1</td> <td>2</td> </tr> </tbody> </table>  |  | OUI | NON | CHARRETTE .....   | 1 | 2 | BICYCLETTE ..... | 1 | 2 | MOBYLETTE/MOTOCYCLETTE. 1 | 2 |   | VOITURE .....   | 1 | 2 |                     |   |   |  |
|                           | OUI  | NON   |  |     |     |                   |   |   |                  |   |   |                           |   |   |                 |   |   |                     |   |   |  |
| CHARRETTE .....           | 1  | 2   |  |     |     |                   |   |   |                  |   |   |                           |   |   |                 |   |   |                     |   |   |  |
| BICYCLETTE .....          | 1  | 2   |  |     |     |                   |   |   |                  |   |   |                           |   |   |                 |   |   |                     |   |   |  |
| MOBYLETTE/MOTOCYCLETTE. 1 | 2  |   |  |     |     |                   |   |   |                  |   |   |                           |   |   |                 |   |   |                     |   |   |  |
| VOITURE .....             | 1  | 2   |  |     |     |                   |   |   |                  |   |   |                           |   |   |                 |   |   |                     |   |   |  |

**SECTION 2. REPRODUCTION**

| N°  | QUESTIONS ET FILTRES  | CODES  | PASSER À |
|-----|---|--|----------|
| 201 | Maintenant je voudrais vous parler de toutes les naissances que vous avez eues dans votre vie ? Avez-vous donné naissance à des enfants ?   | OUI ..... 1<br>NON ..... 2 → 206   |          |
| 202 | Avez-vous des fils et des filles à qui vous avez donné naissance et qui vivent avec actuellement avec vous ?  | OUI ..... 1<br>NON ..... 2 → 204   |          |
| 203 | Combien de fils vivent avec vous ?<br>Et combien de filles vivent avec vous ?<br>..... SI AUCUN, NOTER '00'.  | FILS À LA MAISON ..... <br>FILLES À LA MAISON .....  |          |
| 204 | Avez-vous des fils ou des filles, à qui vous avez donné naissance, qui sont toujours en vie et qui ne vivent pas avec vous ?  | OUI ..... 1<br>NON ..... 2 → 206   |          |
| 205 | Combien de fils sont vivants mais ne vivent pas avec vous ?<br>Et combien de filles sont vivantes mais ne vivent pas avec vous ?<br>SI AUCUN, NOTER '00'.   | FILS AILLEURS ..... <br>FILLES AILLEURS .....        |          |
| 206 | Avez-vous donné naissance à un fils ou à une fille qui est né vivant mais qui est décédé par la suite ?<br><b>SI NON, INSISTER</b><br>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<br>NON ..... 2 → 208   |          |
| 207 | Combien de vos fils sont décédés ?<br>Et combien de vos filles sont décédées ?<br>SI AUCUN, NOTER '00'.   | FILS DÉCÉDÉS ..... <br>FILLES DÉCÉDÉES .....     |          |
| 208 | <b>FAITES LA SOMME DE 203, 205, ET 207, ET NOTER LE TOTAL.</b><br>SI AUCUN, NOTER '00'.   | TOTAL .....   |          |
| 209 | <b>VÉRIFIER 208:</b><br>Juste pour être sûre d'avoir bien compris : vous avez eu au total ___ naissances durant votre vie. Est-ce bien exact ?<br><br>OUI <input type="checkbox"/> NON <input type="checkbox"/> → <b>INSISTER ET CORRIGER 201-208 SI NÉCESSAIRE</b> |  |          |
| 210 | <b>VÉRIFIER 208:</b><br>AU MOINS UNE NAISSANCE <input type="checkbox"/> AUCUNE NAISSANCE <input type="checkbox"/> → 227   |  |          |

| 211 Maintenant, je voudrais faire la liste de toutes vos naissances, qu'elles soient encore en vie ou non, en commençant par la première naissance que vous avez eue.<br>NOTER LE NOM DE TOUTES LES NAISSANCES À 212. ENREGISTRER LES JUMEAUX SUR DES LIGNES DIFFÉRENTES |   |                                    |   |                                     |   |   |  |  |  |
|--|---|------------------------------------|---|-------------------------------------|---|---|--|--|--|
| 212  | 213   | 214                                | 215   | 216                                 | 217<br>SI VIVANT:   | 218<br>SI VIVANT                          | 219<br>SI DÉCÉDÉ:  | 220  | 221  |
| Quel nom a été donné à votre (premier/suivant) enfant?<br><br>(NOM)  | Parmi ces naissances, y avait-il des jumeaux? | (NOM) est un garçon ou une fille ? | En quel mois et quelle année est né (e) (NOM) ?<br><br>INSISTER:<br>Quelle est sa date de naissance ?<br><br>OU: En quelle saison est-il/elle né(e) ? | (NOM) est-il/elle toujours en vie ? | Quel âge avait (NOM) à son dernier anniversaire ?<br><br>NOTER L'ÂGE EN ANNÉES RÉVOLUES | (NOM) vit-il/elle avec vous ?             | Quel âge avait (NOM) quand il/elle est mort(e) ?<br><br>SI 1 AN : INSISTER<br>Quel âge avait-il/elle en mois ?<br>NOTER EN JOURS SI MOINS D'1 MOIS; EN MOIS SI MOINS DE 2 ANS; OU EN ANNÉES. | SOUSTRAIRE L'ANNÉE DE NAISSANCE DE (NOM) DE L'ANNÉE DE LA NAISSANCE PRÉCÉDENTE LA DIFFÉRENCE EST-ELLE DE 4 ANS OU PLUS ? | Y-a-t-il eu d'autres naissances vivantes entre (NOM DE LA NAISSANCE PRÉCÉDENTE) et (NOM) ? |
| 01   | SIMP 1<br>MULT 2                              | GARÇ 1<br>FILLE 2                  | MOIS . <input type="text"/><br>ANNÉE <input type="text"/>   | OUI . 1<br>NON 2<br>↓<br>219        | ÂGE EN ANNÉES <input type="text"/>  | OUI ... 1<br>NON .. 2<br>(NAIS. SUIVANTE) | JOURS 1 <input type="text"/><br>MOIS .. 2 <input type="text"/><br>ANNÉES 3 <input type="text"/>  |  |  |
| 02   | SIMP 1<br>MULT 2                              | GARÇ 1<br>FILLE 2                  | MOIS . <input type="text"/><br>ANNÉE <input type="text"/>   | OUI . 1<br>NON 2<br>↓<br>219        | ÂGE EN ANNÉES <input type="text"/>  | OUI ... 1<br>NON .. 2<br>(PASSER À 220)   | JOURS 1 <input type="text"/><br>MOIS .. 2 <input type="text"/><br>ANNÉES 3 <input type="text"/>  | OUI ..... 1<br>NON ..... 2<br>(NAISSANCE SUIVANTE)   | OUI .... 1<br>NON ... 2  |
| 03   | SIMP 1<br>MULT 2                              | GARÇ 1<br>FILLE 2                  | MOIS . <input type="text"/><br>ANNÉE <input type="text"/>   | OUI . 1<br>NON 2<br>↓<br>219        | ÂGE EN ANNÉES <input type="text"/>  | OUI ... 1<br>NON .. 2<br>(PASSER À 220)   | JOURS 1 <input type="text"/><br>MOIS .. 2 <input type="text"/><br>ANNÉES 3 <input type="text"/>  | OUI ..... 1<br>NON ..... 2<br>(NAISSANCE SUIVANTE)   | OUI .... 1<br>NON ... 2  |
| 04   | SIMP 1<br>MULT 2                              | GARÇ 1<br>FILLE 2                  | MOIS . <input type="text"/><br>ANNÉE <input type="text"/>   | OUI . 1<br>NON 2<br>↓<br>219        | ÂGE EN ANNÉES <input type="text"/>  | OUI ... 1<br>NON .. 2<br>(PASSER À 220)   | JOURS 1 <input type="text"/><br>MOIS .. 2 <input type="text"/><br>ANNÉES 3 <input type="text"/>  | OUI ..... 1<br>NON ..... 2<br>(NAISSANCE SUIVANTE)   | OUI .... 1<br>NON ... 2  |
| 05   | SIMP 1<br>MULT 2                              | GARÇ 1<br>FILLE 2                  | MOIS . <input type="text"/><br>ANNÉE <input type="text"/>   | OUI . 1<br>NON 2<br>↓<br>219        | ÂGE EN ANNÉES <input type="text"/>  | OUI ... 1<br>NON .. 2<br>(PASSER À 220)   | JOURS 1 <input type="text"/><br>MOIS .. 2 <input type="text"/><br>ANNÉES 3 <input type="text"/>  | OUI ..... 1<br>NON ..... 2<br>(NAISSANCE SUIVANTE)   | OUI .... 1<br>NON ... 2  |
| 06   | SIMP 1<br>MULT 2                              | GARÇ 1<br>FILLE 2                  | MOIS . <input type="text"/><br>ANNÉE <input type="text"/>   | OUI . 1<br>NON 2<br>↓<br>219        | ÂGE EN ANNÉES <input type="text"/>  | OUI ... 1<br>NON .. 2<br>(PASSER À 220)   | JOURS 1 <input type="text"/><br>MOIS .. 2 <input type="text"/><br>ANNÉES 3 <input type="text"/>  | OUI ..... 1<br>NON ..... 2<br>(NAISSANCE SUIVANTE)   | OUI .... 1<br>NON ... 2  |
| 07   | SIMP 1<br>MULT 2                              | GARÇ 1<br>FILLE 2                  | MOIS . <input type="text"/><br>ANNÉE <input type="text"/>   | OUI . 1<br>NON 2<br>↓<br>219        | ÂGE EN ANNÉES <input type="text"/>  | OUI ... 1<br>NON .. 2<br>(PASSER À 220)   | JOURS 1 <input type="text"/><br>MOIS .. 2 <input type="text"/><br>ANNÉES 3 <input type="text"/>  | OUI ..... 1<br>NON ..... 2<br>(NAISSANCE SUIVANTE)   | OUI .... 1<br>NON ... 2  |
| 08   | SIMP 1<br>MULT 2                              | GARÇ 1<br>FILLE 2                  | MOIS . <input type="text"/><br>ANNÉE <input type="text"/>   | OUI 1<br>NON 2<br>↓<br>219          | ÂGE EN ANNÉES <input type="text"/>  | OUI ... 1<br>NON .. 2<br>(PASSER À 220)   | JOURS 1 <input type="text"/><br>MOIS .. 2 <input type="text"/><br>ANNÉES 3 <input type="text"/>  | OUI ..... 1<br>NON ..... 2<br>(NAISSANCE SUIVANTE)   | OUI .... 1<br>NON ... 2  |

| 212   | 213   | 214                                | 215  | 216                                 | 217<br>SI VIVANT:   | 218<br>SI VIVANT                        | 219<br>SI DÉCÉDÉ:   | 220  | 221  |
|---|---|------------------------------------|--|-------------------------------------|---|---|---|--|--|
| Quel nom a été donné à votre (premier/suivant) enfant?<br><br>(NOM) | Parmi ces naissances, y avait-il des jumeaux?   | (NOM) est un garçon ou une fille ? | En quel mois et quelle année est né (e) (NOM) ?<br><br>INSISTER: Quelle est sa date de naissance ?<br><br>OU: En quelle saison est-il/elle né(e) ? | (NOM) est-il/elle toujours en vie ? | Quel âge avait (NOM) à son dernier anniversaire ?<br><br>NOTER L'ÂGE EN ANNÉES RÉVOLUES | (NOM) vit-il/elle avec vous ?           | Quel âge avait (NOM) quand il/elle est mort(e) ?<br><br>SI 1 AN : INSISTER Quel âge avait-il/elle en mois ?<br>NOTER EN JOURS SI MOINS D'1 MOIS; EN MOIS SI MOINS DE 2 ANS; OU EN ANNÉES. | SOUSTRAYRE L'ANNÉE DE NAISSANCE DE (NOM) DE L'ANNÉE DE LA NAISSANCE PRÉCÉDENTE LA DIFFÉRENCE EST-ELLE DE 4 ANS OU PLUS ? | Y-a-t-il eu d'autres naissances vivantes entre (NOM DE LA NAISSANCE PRÉCÉDENTE) et (NOM) ?   |
| 09  | SIMP 1<br>MULT 2  | GARÇ 1<br>FILLE 2                  | MOIS . <input type="text"/><br>ANNÉE <input type="text"/>  | OUI . 1<br>NON 2<br>↓<br>219        | ÂGE EN ANNÉES <input type="text"/>  | OUI ... 1<br>NON .. 2<br>(PASSER À 220) | JOURS 1 <input type="text"/><br>MOIS . 2 <input type="text"/><br>ANNÉES 3 <input type="text"/>  | OUI ..... 1<br>NON ..... 2<br>(NAISSANCE SUIVANTE)   | OUI .... 1<br>NON ... 2  |
| 10  | SIMP 1<br>MULT 2  | GARÇ 1<br>FILLE 2                  | MOIS . <input type="text"/><br>ANNÉE <input type="text"/>  | OUI 1<br>NON 2<br>↓<br>219          | ÂGE EN ANNÉES <input type="text"/>  | OUI ... 1<br>NON .. 2<br>(PASSER À 220) | JOURS 1 <input type="text"/><br>MOIS . 2 <input type="text"/><br>ANNÉES 3 <input type="text"/>  | OUI ..... 1<br>NON ..... 2<br>(NAISSANCE SUIVANTE)   | OUI .... 1<br>NON ... 2  |
| 11  | SIMP 1<br>MULT 2  | GARÇ 1<br>FILLE 2                  | MOIS . <input type="text"/><br>ANNÉE <input type="text"/>  | OUI 1<br>NON 2<br>↓<br>219          | ÂGE EN ANNÉES <input type="text"/>  | OUI ... 1<br>NON .. 2<br>(PASSER À 220) | JOURS 1 <input type="text"/><br>MOIS . 2 <input type="text"/><br>ANNÉES 3 <input type="text"/>  | OUI ..... 1<br>NON ..... 2<br>(NAISSANCE SUIVANTE)   | OUI .... 1<br>NON ... 2  |
| 12  | SIMP 1<br>MULT 2  | GARÇ 1<br>FILLE 2                  | MOIS . <input type="text"/><br>ANNÉE <input type="text"/>  | OUI 1<br>NON 2<br>↓<br>219          | ÂGE EN ANNÉES <input type="text"/>  | OUI ... 1<br>NON .. 2<br>(PASSER À 220) | JOURS 1 <input type="text"/><br>MOIS . 2 <input type="text"/><br>ANNÉES 3 <input type="text"/>  | OUI ..... 1<br>NON ..... 2<br>(NAISSANCE SUIVANTE)   | OUI .... 1<br>NON ... 2  |
| 13  | SIMP 1<br>MULT 2  | GARÇ 1<br>FILLE 2                  | MOIS . <input type="text"/><br>ANNÉE <input type="text"/>  | OUI 1<br>NON 2<br>↓<br>219          | ÂGE EN ANNÉES <input type="text"/>  | OUI ... 1<br>NON .. 2<br>(PASSER À 220) | JOURS 1 <input type="text"/><br>MOIS . 2 <input type="text"/><br>ANNÉES 3 <input type="text"/>  | OUI ..... 1<br>NON ..... 2<br>(NAISSANCE SUIVANTE)   | OUI .... 1<br>NON ... 2  |
| 222   | SOUSTRAYRE L'ANNÉE DE NAISSANCE DU DERNIER ENFANT DE L'ANNÉE DE L'INTERVIEW<br>LA DIFFÉRENCE EST-ELLE DE 4 ANS OU PLUS ?  |                                    |  |                                     |   |   | OUI ..... 1 → 223<br>NON ..... 2 → 224  |  |  |
| 223   | Avez-vous eu d'autre naissances vivantes depuis la naissance de (NOM DE LA DERNIÈRE NAISSANCE) ?  |                                    |  |                                     |   |   | OUI ..... 1<br>NON ..... 2  |  |  |
| 224   | COMPARER 208 AVEC LE NOMBRE DE NAISSANCE ENREGISTRÉ DANS LE TABLEAU CI-DESSUS ET NOTER :<br>LES NOMBRES SONT LES MÊMES <input type="checkbox"/> LES NOMBRES SONT DIFFÉRENTS <input type="checkbox"/> (VÉRIFIER ET CORRIGER)<br><br>VÉRIFIER: POUR CHAQUE NAISSANCE : L'ANNÉE DE NAISSANCE EST ENREGISTRÉE<br>POUR CHAQUE ENFANT VIVANT : L'ÂGE ACTUEL EST ENREGISTRÉ<br>POUR CHAQUE ENFANT DÉCÉDÉ : L'ÂGE AU DÉCÈS EST ENREGISTRÉ<br>POUR CHAQUE DÉCÈS À 12 MOIS OU 1 AN : DÉTERMINER LE NOMBRE EXACT DE MOIS |                                    |  |                                     |   |   |   |  | <input type="text"/><br><input type="text"/><br><input type="text"/><br><input type="text"/> |
| 225   | VÉRIFIER 215 ET ENTRER LE NOMBRE DE NAISSANCES DEPUIS JANVIER 1994 SI AUCUNE, ENREGISTRER '00'  |                                    |  |                                     |   |   |   |  | <input type="text"/>   |





**SECTION 3. CONTRACEPTION**

|  |  |  |                              |  |
|--|--|--|------------------------------|--|
| <p>Maintenant, je voudrais vous parler de la planification familiale et des différents moyens ou méthodes qu'un couple peut utiliser pour retarder ou éviter une grossesse.</p> <p>ENCERCLER LE CODE "1" POUR CHAQUE MÉTHODE CITÉE SPONTANÉMENT. PUIS CONTINUER À LA COLONNE 302 EN LISANT LE NOM ET LA DESCRIPTION DE CHAQUE MÉTHODE NON CITÉE SPONTANÉMENT. EN CERCLER LE CODE "2" SI LA MÉTHODE EST RECONNUE ET LE CODE "3" SI ELLE N'EST PAS RECONNUE. PUIS POUR CHAQUE MÉTHODE AYANT LE CODE "1" OU "2" EN CERCLER À 301 OU À 302, POSER 303.</p> |  |  |                              |  |
| 301  | Quels sont les moyens ou méthodes dont vous avez entendu parler ?  | 302 Avez-vous entendu parler de (MÉTHODE)? |                              | 303 Avez-vous déjà utilisé (MÉTHODE)?  |
|  |  | OUI SPONTANÉ                               | OUI DESCRIPTION NON          |  |
| 01   | PILULE Les femmes peuvent prendre une pilule tous les jours.   | 1  | 2 3 <input type="checkbox"/> | OUI ..... 1<br>NON ..... 2   |
| 02   | DIU Les femmes peuvent avoir un stérilet ou DIU que le médecin ou l'infirmière leur place dans l'utérus.   | 1  | 2 3 <input type="checkbox"/> | OUI ..... 1<br>NON ..... 2   |
| 03   | INJECTION Les femmes peuvent recevoir une injection, par un médecin ou une infirmière pour éviter de tomber enceinte pendant plusieurs mois.                                     | 1  | 2 3 <input type="checkbox"/> | OUI ..... 1<br>NON ..... 2   |
| 04   | IMPLANTS Les femmes se font insérer, sous la peau du bras, plusieurs bâtonnets qui vont empêcher qu'elles ne tombent enceintes pendant plusieurs années.                         | 1  | 2 3 <input type="checkbox"/> | OUI ..... 1<br>NON ..... 2   |
| 05   | DIAPHRAGME, MOUSSE, GELÉE Les femmes peuvent se mettre, à l'intérieur, un diaphragme, de la mousse ou de la gelée avant d'avoir des rapports sexuels.                            | 1  | 2 3 <input type="checkbox"/> | OUI ..... 1<br>NON ..... 2   |
| 06   | CONDOM Les hommes peuvent se mettre une capote en caoutchouc sur le pénis pendant les rapports sexuels.  | 1  | 2 3 <input type="checkbox"/> | OUI ..... 1<br>NON ..... 2   |
| 07   | STÉRILISATION FÉMININE Les femmes peuvent subir une opération pour ne plus avoir d'enfants.  | 1  | 2 3 <input type="checkbox"/> | Avez-vous eu une opération pour éviter d'avoir d'autres enfants ?<br>OUI ..... 1<br>NON ..... 2                                      |
| 08   | STÉRILISATION MASCULINE Les hommes peuvent subir une opération pour ne plus avoir d'enfants  | 1  | 2 3 <input type="checkbox"/> | Est-ce que votre conjoint/ l'un de vos partenaires a eu une opération pour éviter d'avoir des enfants?<br>OUI ..... 1<br>NON ..... 2 |
| 09   | RYTHME, CONTINENCE PÉRIODIQUE Les femmes peuvent éviter d'avoir des rapports sexuels certains jours du cycle, pendant lesquels elles sont plus susceptibles de tomber enceintes. | 1  | 2 3 <input type="checkbox"/> | OUI ..... 1<br>NON ..... 2   |
| 10   | RETRAIT Les hommes peuvent faire attention et se retirer juste avant l'éjaculation.  | 1  | 2 3 <input type="checkbox"/> | OUI ..... 1<br>NON ..... 2   |
| 11   | Avez-vous entendu parler d'autres moyens ou méthodes que les femmes ou les hommes peuvent utiliser pour éviter une grossesse ?   | 1  | 3                            | OUI ..... 1<br>NON ..... 2   |
|  |  | (PRÉCISER)                                 |                              | OUI ..... 1<br>NON ..... 2   |
|  |  | (PRÉCISER)                                 |                              | OUI ..... 1<br>NON ..... 2   |
| 304  | <p>VÉRIFIER 303: AUCUN "OUI" <input type="checkbox"/> AU MOINS UN "OUI" <input type="checkbox"/> - PASSER À 309<br/>(N'A JAMAIS UTILISÉ) (A DÉJÀ UTILISÉ)</p>                    |  |                              |  |

| N°    | QUESTIONS ET FILTRES   | CODES   | PASSER À                     |
|-------|--|---|------------------------------|
| 305   | Avez-vous déjà utilisé un moyen quelconque ou essayé quelque chose pour éviter de tomber enceinte ?  | OUI ..... 1<br>NON ..... 2  | →331                         |
| 307   | Qu'avez-vous fait ou utilisé ?<br><br>CORRIGER 303 ET 304 (ET 302 SI NÉCESSAIRE).  |   |                              |
| 309   | Maintenant je voudrais vous parler du moment où, pour la première fois, vous avez fait quelque chose ou utilisé une méthode pour éviter de tomber enceinte. Combien d'enfants vivants aviez-vous à ce moment-là ?<br><br>SI AUCUN, NOTER '00'. | NOMBRE D'ENFANTS ..... <input type="text"/>   |                              |
| 309A  | En quel mois et quelle année avez vous utilisé pour la première fois une méthode pour éviter de tomber enceinte ?  | MOIS ..... <input type="text"/><br>ANNÉE ..... 19 <input type="text"/>  |                              |
| 310   | La première fois que vous avez utilisé la planification familiale, était-ce parce que vous vouliez avoir un autre enfant, mais vous le voulez plus tard, ou était-ce parce que vous ne voulez plus d'enfant du tout ?                          | VOULAIT ENFANT PLUS TARD ..... 1<br>NE VOULAIT PLUS D'ENFANT ..... 2<br>AUTRE ..... 6<br>(PRÉCISER)   |                              |
| 311   | VÉRIFIER 303:<br>FEMME NON STÉRILISÉE <input type="checkbox"/> FEMME STÉRILISÉE <input type="checkbox"/>   |   | →314A                        |
| 312   | VÉRIFIER 227:<br>PAS ENCEINTE OU PAS SÛRE <input type="checkbox"/> ENCEINTE <input type="checkbox"/>   |   | →332                         |
| 313   | En ce moment, faites-vous quelque chose ou utilisez-vous une méthode pour éviter de tomber enceinte ?  | OUI ..... 1<br>NON ..... 2  | →331                         |
| 314   | Quelle méthode utilisez-vous ?   | PILULE ..... 01<br>DIU ..... 02<br>INJECTIONS ..... 03<br>IMPLANTS ..... 04<br>DIAPHRAGME/MOUSSE/GELÉE ..... 05<br>CONDOM ..... 06<br>STÉRILISATION FÉMININE ..... 07<br>STÉRILISATION MASCULINE ..... 08<br>CONTINENCE PÉRIODIQUE ..... 09<br>RETRAIT ..... 10<br>AUTRE ..... 96<br>(PRÉCISER) | →326<br>→318<br>→323<br>→326 |
| 314A  | ENCERCLER '07' POUR LA STÉRILISATION FÉMININE.   |   |                              |
| 315   | Puis-je voir la boîte de pilule que vous utilisez en ce moment ?<br><br>NOTER LE NOM DE LA MARQUE SI LA BOÎTE EST MONTRÉE  | BOÎTE VUE ..... 1<br>MARQUE ..... <input type="text"/><br>BOÎTE NON VUE ..... 2   | →317                         |
| 316   | Connaissez-vous le nom de la marque de pilule que vous utilisez en ce moment ? <sup>2</sup><br><br>NOTER LE NOM DE LA MARQUE   | NOM DE LA MARQUE ..... <input type="text"/><br>NSP ..... 98   |                              |
| 317   | Combien vous coûte une boîte (cycle) de pilules ?<br><br>ENREGISTREZ EN 1000 FMG   | COÛT ..... <input type="text"/><br>GRATUITE ..... 996<br>NSP ..... 998  | →326                         |
| 317 A | Combien de plaquettes y-a-t il dans la boîte ?   | UNE ..... 1<br>TROIS ..... 2<br>NSP ..... 8   |                              |

| N°  | QUESTIONS ET FILTRES  | CODES  | PASSER À         |  |  |  |  |  |  |  |         |
|-----|---|--|------------------|--|--|--|--|--|--|--|---------|
| 318 | Où a eu lieu la stérilisation ?<br><br>S'IL S'AGIT D'UN HÔPITAL, D'UN CENTRE DE SANTÉ OU D'UNE CLINIQUE, NOTER LE NOM DU LIEU. INSISTER POUR DÉTERMINER LE TYPE DE SERVICE ET ENCERCLER LE CODE APPROPRIÉ.<br><br>_____<br>(NOM DE L'ENDROIT) | SECTEUR PUBLIC<br>HÔPITAL ..... 11<br>CENTRE DE SANTÉ ..... 12<br>DISPENSARE ..... 13<br>POSTE MÉDICALE ..... 14<br><br>AUTRE PUBLIC _____ 16<br>(PRÉCISER)<br><br>SECTEUR MÉDICAL PRIVÉ<br>HÔPITAL PRIVÉ/CLINIQUE PRIVÉ .. 21<br>MÉDECIN PRIVÉ ..... 23<br><br>AUTRE PRIVÉ _____ 26<br>(PRÉCISER)<br><br>AUTRE _____ 96<br>(PRÉCISER)<br><br>NSP ..... 98 |                  |  |  |  |  |  |  |  |         |
| 319 | Regrettez-vous d'avoir eu (ou votre mari) une opération pour ne plus avoir d'enfants ?  | OUI ..... 1<br>NON ..... 2   | → 321            |  |  |  |  |  |  |  |         |
| 320 | Pourquoi regrettez-vous l'opération ?   | ENQUÊTÉE VEUT AUTRE ENFANT ..... 01<br>MARI/CONJ. VEUT AUTRE ENFANT .... 02<br>EFFETS SECONDAIRES ..... 03<br>ENFANT DÉCÉDÉ ..... 04<br><br>AUTRE _____ 96<br>(PRÉCISER)   |                  |  |  |  |  |  |  |  |         |
| 321 | En quel mois et quelle année la stérilisation a-t-elle eu lieu ?  | MOIS ..... <table border="1" style="display: inline-table; vertical-align: middle;"><tr><td> </td><td> </td></tr><tr><td> </td><td> </td></tr></table><br>ANNÉE ..... 19 <table border="1" style="display: inline-table; vertical-align: middle;"><tr><td> </td><td> </td></tr><tr><td> </td><td> </td></tr></table><br>NSP ANNÉE ..... 9998               |                  |  |  |  |  |  |  |  | → 333 A |
|     |   |  |                  |  |  |  |  |  |  |  |         |
|     |   |  |                  |  |  |  |  |  |  |  |         |
|     |   |  |                  |  |  |  |  |  |  |  |         |
|     |   |  |                  |  |  |  |  |  |  |  |         |
| 323 | Comment déterminez-vous les jours de votre cycle menstruel pendant lesquels vous ne devez pas avoir de relations sexuelles ?  | BASÉ SUR LE CALENDRIER ..... 01<br>BASÉ SUR LA TEMPÉRATURE DU<br>CORPS (MÉTHODE OGINO) ..... 02<br>BASÉ SUR MUCUS CERVICAL<br>(MÉTHODE BILLINGS) ..... 03<br>BASÉ SUR LA TEMPÉRATURE DU<br>CORPS ET SUR MUCUS CERVICAL . 04<br>PAS DE SYSTÈME SPÉCIFIQUE ..... 05<br><br>AUTRE _____ 96<br>(PRÉCISER)  |                  |  |  |  |  |  |  |  |         |
| 326 | Depuis combien de mois utilisez-vous (MÉTHODE) de façon continue ?<br><br>SI MOINS DE 1 MOIS, NOTER '00'.   | MOIS ..... <table border="1" style="display: inline-table; vertical-align: middle;"><tr><td> </td><td> </td></tr><tr><td> </td><td> </td></tr></table><br>8 ANNÉES OU PLUS ..... 96  |                  |  |  |  |  |  |  |  |         |
|     |   |  |                  |  |  |  |  |  |  |  |         |
|     |   |  |                  |  |  |  |  |  |  |  |         |
| 327 | VÉRIFIER 314<br><br>ENCERCLER LE CODE DE LA MÉTHODE UTILISÉE:   | PILULE ..... 01<br>DIU ..... 02<br>INJECTIONS ..... 03<br>IMPLANTS ..... 04<br>DIAPHRAGME/MOUSSE/GELÉE ..... 05<br>CONDOM ..... 06<br>STÉRILISATION FÉMININE ..... 07<br>STÉRILISATION MASCULINE ..... 08<br>CONTINENCE PÉRIODIQUE ..... 09<br>RETRAIT ..... 10<br>AUTRE ..... 96  | → 328 A<br>→ 332 |  |  |  |  |  |  |  |         |

| N°   | QUESTIONS ET FILTRES  | CODES  | PASSER À |
|------|---|--|----------|
| 328  | <p>Où avez-vous obtenu votre (MÉTHODE) la dernière fois ?</p> <p><b>S'IL S'AGIT D'UN HÔPITAL, D'UN CENTRE DE SANTÉ OU D'UNE CLINIQUE, NOTER LE NOM DU LIEU. INSISTER POUR DÉTERMINER LE TYPE DE SERVICE ET ENCERCLEZ LE CODE APPROPRIÉ.</b></p> <p>_____</p> <p>(NOM DE L'ENDROIT)</p>  | <p>SECTEUR PUBLIC</p> <p>HÔPITAL ..... 11</p> <p>CENTRE DE SANTÉ ..... 12</p> <p>DISPENSARE ..... 13</p> <p>POSTE MÉDICALE ..... 14</p> <p>AUTRE PUBLIC ..... 16</p> <p>(PRÉCISER)</p> <p>SECTEUR MÉDICAL PRIVÉ</p> <p>HÔPITAL PRIVÉ/CLINIQUE PRIVÉ .. 21</p> <p>PHARMACIE ..... 22</p> <p>MÉDECIN ..... 23</p> <p>CENTRE DE PF/FISA ..... 24</p> <p>AUTRE MÉDICAL PRIVÉ ..... 26</p> <p>(PRÉCISER)</p> <p>AUTRE SOURCE</p> <p>BOUTIQUE ..... 31</p> <p>CENTRES RELIGIEUX ..... 32</p> <p>PARENTS ..... 33</p> <p>AMIS ..... 34</p> <p>AUTRE ..... 36</p> <p>(PRÉCISER)</p>            |          |
| 329  | <p>Connaissez-vous un autre endroit où vous auriez pu vous procurer votre (MÉTHODE) la dernière fois ?</p>  | <p>OUI ..... 1</p> <p>NON ..... 2</p>  | → 333 A  |
| 329A | <p>Au moment de votre stérilisation, connaissiez-vous un autre endroit où vous auriez pu subir cette même opération ?</p>   |  |          |
| 330  | <p>Les gens choisissent l'endroit où se procurer des services de planification familiale pour différentes raisons.</p> <p>Quelle est la principale raison pour laquelle vous êtes allée à (NOM DE L'ENDROIT À 328 OU 318) plutôt que l'autre endroit que vous connaissez ?</p> <p><b>ENREGISTRER LA RÉPONSE ET ENCERCLEZ LE CODE</b></p> <p>_____</p> | <p>ACCESSIBILITÉ</p> <p>PROCHE DU DOMICILE ..... 11</p> <p>PROCHE DU MARCHÉ/TRAVAIL ..... 12</p> <p>TRANSPORTS DISPONIBLES ..... 13</p> <p>RAISONS RELATIVES AU SERVICE</p> <p>PERSONNEL PLUS</p> <p>COMPÉTENT/AIMABLE ..... 21</p> <p>PLUS PROPRE ..... 22</p> <p>PLUS D'INTIMITÉ ..... 23</p> <p>ATTENTE MOINS LONGUE ..... 24</p> <p>TEMPS D'OUVERT. PLUS LONG ... 25</p> <p>UTILISE D'AUTRES SERVICES DANS LE MÊME ÉTABLISSEMENT ..... 26</p> <p>COÛT PLUS FAIBLE/MOINS CHER .... 31</p> <p>VEUT ANONYMAT ..... 41</p> <p>AUTRE ..... 96</p> <p>(PRÉCISER)</p> <p>NSP ..... 98</p> | → 333A   |

| N°   | QUESTIONS ET FILTRES  | CODES   | PASSER A |
|------|---|---|----------|
| 331  | <p>Quelle est la principale raison pour laquelle vous n'utilisez pas une méthode pour éviter une grossesse ?</p>  | <p>PAS MARIÉE ..... 11</p> <p>RAISONS LIÉES À LA FÉCONDITÉ</p> <p>PAS DE RAPPORTS SEXUELS ..... 21</p> <p>RAP. SEX. PEU FRÉQUENTS ..... 22</p> <p>MÉNOPAUSE/HYSTÉRECTOMIE ... 23</p> <p>SOUS-FÉCONDE/STÉRILE ..... 24</p> <p>POST-PARTUM/ALLAITEMENT ..... 25</p> <p>VEUT (D'AUTRES ) ENFANTS ..... 26</p> <p>ENCEINTE ..... 27</p> <p>OPPOSITION À L'UTILISATION</p> <p>ENQUÊTÉE OPPOSÉE ..... 31</p> <p>CONJOINT OPPOSÉ ..... 32</p> <p>AUTRES PERSONNES OPPOSÉES . 33</p> <p>INTERDITS RELIGIEUX ..... 34</p> <p>MANQUE DE CONNAISSANCE</p> <p>NE CONNAÎT PAS DE MÉTHODE ... 41</p> <p>NE CONNAÎT PAS DE SOURCE .... 42</p> <p>RAISONS LIÉES À LA MÉTHODES</p> <p>PROBLÈMES DE SANTÉ ..... 51</p> <p>PEUR DES EFFETS SECONDAIRES 52</p> <p>PAS ACCESSIBLE/TROP LOIN ..... 53</p> <p>TROP CHÈRE ..... 54</p> <p>PAS PRATIQUE À UTILISER ..... 55</p> <p>INTERFÈRE AVEC LE PROCESSUS<br/>NORMAL DU CORPS ..... 56</p> <p>AUTRE ..... 96<br/>(PRÉCISER)</p> <p>NSP ..... 98</p> |          |
| 332  | <p>Connaissez-vous un endroit où vous pouvez vous procurer une méthode de contraception ?</p>   | <p>OUI ..... 1</p> <p>NON ..... 2</p>   | → 334    |
| 333  | <p>Où est-ce?</p> <p><b>S'IL S'AGIT D'UN HÔPITAL, D'UN CENTRE DE SANTÉ OU D'UNE CLINIQUE, NOTER LE NOM DU LIEU. INSISTER POUR DÉTERMINER LE TYPE DE SERVICE ET ENCERCLER LE CODE APPROPRIÉ</b></p> <p>_____</p> <p>(NOM DE L'ENDROIT)</p> | <p>SECTEUR PUBLIC</p> <p>HÔPITAL ..... A</p> <p>CENTRE DE SANTÉ ..... B</p> <p>DISPENSARE ..... C</p> <p>POSTE MÉDICALE ..... D</p> <p>AUTRE PUBLIC ..... X<br/>(PRÉCISER)</p> <p>SECTEUR MÉDICAL PRIVÉ</p> <p>HÔPITAL PRIVÉ/CLINIQUE PRIVÉ ... E</p> <p>PHARMACIE ..... F</p> <p>MÉDECIN ..... G</p> <p>CENTRE DE PF/FISA ..... H</p> <p>AUTRE MÉDICAL<br/>PRIVÉ ..... Y<br/>(PRÉCISER)</p> <p>AUTRE SOURCE</p> <p>BOUTIQUE ..... I</p> <p>CENTRES RELIGIEUX ..... J</p> <p>PARENTS ..... K</p> <p>AMIS ..... L</p> <p>AUTRE ..... Z<br/>(PRÉCISER)</p>  |          |
| 333A | <p>VÉRIFIER 302/MODALITÉ 06:</p> <p>OUI, ELLE A ENTENDU<br/>PARLER DU CONDOM <input type="checkbox"/></p>   | <p>NON, ELLE N'A JAMAIS ENTENDU<br/>PARLER DU CONDOM <input type="checkbox"/></p>   | → 334    |

| N°   | QUESTIONS ET FILTRES   | CODES  | PASSER À |
|------|--|--|----------|
| 333B | Quelles marques de condoms connaissez-vous?  | PROTECTOR ..... A<br>PANTHER ..... B<br>PROFILTEX ..... C<br>SULTAN ..... D<br>STIMULEV ..... E<br>CORÉEN (VIOLETTE) ..... F<br>AUTRE _____ X<br>(PRÉCISER)<br>NSP ..... Y | →333D    |
| 333C | Avez-vous déjà entendu parler d'une marque de condom qui s'appelle <i>Protector</i> ?  | OUI ..... 1<br>NON ..... 2   | →334     |
| 333D | Où avez-vous appris sur les condoms de marque <i>Protector</i> ?   | À LA RADIO ..... A<br>À LA TÉLÉ ..... B<br>SUR DES AFFICHES ..... C<br>SUR LES BOITES DE VENTE ..... D<br>PARENTS ..... E<br>AMIS ..... F<br>A UTRES _____ X<br>(PRÉCISER) |          |
| 334  | Avez-vous reçu la visite d'un agent de planification familiale au cours de 12 derniers mois ?  | OUI ..... 1<br>NON ..... 2   |          |
| 335  | Êtes-vous allée dans un établissement de santé pour n'importe quelle raison, au cours des 12 derniers mois ?   | OUI ..... 1<br>NON ..... 2   | →337     |
| 336  | Est-ce-que quelqu'un de l'établissement de santé vous a parlé des méthodes de planification familiale ?  | OUI ..... 1<br>NON ..... 2   |          |
| 337  | Pensez-vous que l'allaitement peut influencer les chances d'une femme de tomber enceinte ?   | OUI ..... 1<br>NON ..... 2<br>NSP ..... 8  | →401     |
| 338  | Pensez-vous que l'allaitement augmente ou diminue les chances d'une femme de tomber enceinte ?   | AUGMENTE ..... 1<br>DIMINUE ..... 2<br>CELA DÉPEND ..... 3<br>NSP ..... 8  | →401     |
| 339  | <b>VÉRIFIER 210:</b><br>AU MOINS UNE <input type="checkbox"/> NAISSANCE<br>AUCUNE <input type="checkbox"/> NAISSANCE                                     |  | →401     |
| 340  | Avez-vous déjà compté sur l'allaitement comme un moyen d'éviter de tomber enceinte?  | OUI ..... 1<br>NON ..... 2   | →401     |
| 341  | <b>VÉRIFIER 227 ET 311:</b><br>PAS ENCEINTE OU <input type="checkbox"/> PAS SÛRE<br>ET NON STÉRILISÉE<br>ENCEINTE <input type="checkbox"/> OU STÉRILISÉE |  | →401     |
| 342  | Comptez-vous actuellement sur l'allaitement pour éviter de tomber enceinte ?   | OUI ..... 1<br>NON ..... 2   |          |

**SECTION 4A. GROSSESSE ET ALLAITEMENT**

|     |  |   |
|-----|--|---|
| 401 | <b>VÉRIFIER 225:</b><br>AU MOINS UNE NAISSANCE DEPUIS JANVIER 1994 <input type="checkbox"/> AUCUNE NAISSANCE DEPUIS JANVIER 1994 <input type="checkbox"/> → 465  |   |
| 402 | ENTRER LE NOM, LE NUMÉRO DE LIGNE ET L'ETAT DE SURVIE DE CHAQUE NAISSANCE SURVENUE DEPUIS JANVIER 1994 ET ENREGISTRÉE DANS LE TABLEAU DE REPRODUCTION. POSER CES QUESTIONS POUR TOUTES LES NAISSANCES ET COMMENCER PAR LA DERNIÈRE NAISSANCE .<br>(S'IL Y A PLUS DE 2 NAISSANCES, UTILISER UN QUESTIONNAIRE SUPPLÉMENTAIRE).<br><br>Maintenant je voudrais vous poser des questions sur la santé de tous les enfants que vous avez eus dans les trois dernières années. Nous ne parlerons que d'un enfant à la fois. |   |
| 403 | NUMÉRO DE LIGNE DE 212   | DERNIÈRE NAISSANCE<br>NUMÉRO DE LIGNE ..... <input type="text"/> AVANT-DERNIÈRE NAISSANCE<br>NUMÉRO DE LIGNE ..... <input type="text"/>   |
| 404 | DE Q212<br><br>ET Q216   | NOM .....<br>VIVANT <input type="checkbox"/> DÉCÉDÉ <input type="checkbox"/>  |
| 405 | Au moment où vous êtes tombée enceinte de (NOM), vouliez-vous tomber enceinte à ce moment-là, vouliez-vous attendre plus tard, ou vouliez-vous ne plus avoir d'enfants ?   | À CE MOMENT ..... 1<br>(PASSER À 407)←.....<br>PLUS TARD ..... 2<br>NE VOULAIT PLUS ..... 3<br>(PASSER À 407)←.....   |
| 406 | Combien de temps auriez-vous souhaité attendre ?   | MOIS ..... 1 <input type="text"/><br>ANNÉES ..... 2 <input type="text"/><br>NSP ..... 998   |
| 407 | Quand vous étiez enceinte de (NOM), avez-vous consulté quelqu'un pour des soins prénatals au sujet de cette grossesse ?<br><br>SI OUI: Qui avez-vous vu ?<br>Quelqu'un d'autre ?<br><br><b>INSISTER POUR DÉTERMINER LE TYPE DE PERSONNE ET ET ENREGISTRER TOUTES LES PERSONNES VUES.</b>   | PROFESSIONNELS DE SANTÉ<br>MÉDECIN ..... A<br>INFIRMIÈRE ..... B<br>SAGE-FEMME ..... C<br>AUTRE PERSONNE ACCOUCHEUSE TRADITION. .... D<br>AUTRE ..... X<br>(PRÉCISER)<br>PERSONNE ..... Y<br>(PASSER À 410)←..... |
| 408 | De combien de mois étiez-vous enceinte lors de votre première consultation prénatale ?   | MOIS ..... <input type="text"/><br>NSP ..... 98   |
| 409 | Combien de fois êtes-vous allée en consultation prénatale au cours de cette grossesse ?  | NOMBRE DE FOIS ..... <input type="text"/><br>NSP ..... 98   |
| 410 | Quand vous étiez enceinte de (NOM), vous-at-on fait une injection dans le bras pour éviter que le bébé n'attrape le tétanos, c'est-à-dire d'avoir des convulsions après la naissance ?   | OUI ..... 1<br>NON ..... 2<br>(PASSER À 412)←.....<br>NSP ..... 8   |
| 411 | Pendant cette grossesse, combien de fois avez-vous reçu cette injection ?  | NOMBRE DE FOIS ..... <input type="text"/><br>NSP ..... 8  |



|     |   | DERNIÈRE NAISSANCE<br>NOM _____   | AVANT-DERNIÈRE NAISSANCE<br>NOM _____   |
|-----|---|---|---|
| 412 | Où avez-vous accouché de (NOM)?   | DOMICILE<br>PROPRE DOMICILE ..... 11<br>AUTRE DOMICILE ..... 12<br>SECTEUR PUBLIC<br>HÔPITAL ..... 21<br>CENTRE DE SANTÉ ..... 22<br>POSTE DE SANTÉ ..... 23<br>AUTRE PUBLIC ..... 26<br>_____<br>(PRÉCISER)<br>SECTEUR MÉDICAL PRIVÉ<br>HÔPITAL PRIVÉ/CLINIQUE .... 31<br>AUTRE MÉDICAL PRIVÉ ..... 36<br>_____<br>(PRÉCISER)<br>AUTRE ..... 96<br>_____<br>(PRÉCISER) | DOMICILE<br>PROPRE DOMICILE ..... 11<br>AUTRE DOMICILE ..... 12<br>SECTEUR PUBLIC<br>HÔPITAL ..... 21<br>CENTRE DE SANTÉ ..... 22<br>POSTE DE SANTÉ ..... 23<br>AUTRE PUBLIC ..... 26<br>_____<br>(PRÉCISER)<br>SECTEUR MÉDICAL PRIVÉ<br>HÔPITAL PRIVÉ/CLINIQUE .... 31<br>AUTRE MÉDICAL PRIVÉ ..... 36<br>_____<br>(PRÉCISER)<br>AUTRE ..... 96<br>_____<br>(PRÉCISER) |
| 413 | Qui vous a aidé lors de l'accouchement de (NOM)?<br><br>Quelqu'un d'autre ?<br><br><b>INSISTER POUR DÉTERMINER LE TYPE DE PERSONNE ET ENREGISTRER TOUTES LES PERSONNES CITÉES</b>   | PROFESSIONNELS DE SANTÉ<br>MÉDECIN ..... A<br>INFIRMIÈRE ..... B<br>SAGE-FEMME ..... C<br>AUTRE PERSONNE<br>ACCOUCHEUSE TRADITION. .... D<br>PARENT/AMI(E) ..... E<br><br>AUTRE ..... X<br>_____<br>(PRÉCISER)<br>PERSONNE ..... Y  | PROFESSIONNELS DE SANTÉ<br>MÉDECIN ..... A<br>INFIRMIÈRE ..... B<br>SAGE-FEMME ..... C<br>AUTRE PERSONNE<br>ACCOUCHEUSE TRADITION. .... D<br>PARENT/AMI(E) ..... E<br><br>AUTRE ..... X<br>_____<br>(PRÉCISER)<br>PERSONNE ..... Y  |
| 414 | Au moment de la naissance de (NOM), avez-vous eu un des problèmes suivants :<br><br>Un long travail, c'est-à-dire des contractions régulières qui ont duré plus de 12 heures ?<br><br>Des saignements tellement importants que vous avez pensé que votre vie était en danger<br><br>Une forte fièvre accompagnée de pertes vaginales malodorantes ?<br><br>Des convulsions non causées par de la fièvre ? | OUI NON<br>LONG TRAVAIL ..... 1 2<br>SAIGNEMENTS IMPORTANTS .. 1 2<br>FORTE FIÈVRE AVEC PERTES VAGINALES ..... 1 2<br>CONVULSIONS ..... 1 2   | OUI NON<br>LONG TRAVAIL ..... 1 2<br>SAIGNEMENTS IMPORTANTS .. 1 2<br>FORTE FIÈVRE AVEC PERTES VAGINALES ..... 1 2<br>CONVULSIONS ..... 1 2   |
| 415 | Avez-vous accouché de (NOM) par césarienne ?  | OUI ..... 1<br>NON ..... 2  | OUI ..... 1<br>NON ..... 2  |
| 416 | Quand (NOM) est né(e), était-il/elle :<br>très gros,<br>plus gros que la moyenne<br>moyen,<br>plus petit que la moyenne,<br>ou très petit ?   | TRÈS GROS ..... 1<br>PLUS GROS QUE MOYENNE ..... 2<br>MOYEN ..... 3<br>PLUS PETIT QUE MOYENNE ..... 4<br>TRÈS PETIT ..... 5<br>NSP ..... 8  | TRÈS GROS ..... 1<br>PLUS GROS QUE MOYENNE ..... 2<br>MOYEN ..... 3<br>PLUS PETIT QUE MOYENNE ..... 4<br>TRÈS PETIT ..... 5<br>NSP ..... 8  |
| 417 | Est-ce que (NOM) a été pesé à la naissance ?  | OUI ..... 1<br>NON ..... 2<br>(PASSER À 419) ← _____  | OUI ..... 1<br>NON ..... 2<br>(PASSER À 420) ← _____  |
| 418 | Combien pesait (NOM) ?<br><br><b>ENREGISTRER LE POIDS PORTÉ SUR LE CARNET DE SANTÉ, SI DISPONIBLE.</b>  | GRAMMES DU CARNET ..... 1 <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/><br>GRAMMES DE MÉMOIRE ..... 2 <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/><br>NSP ..... 99998  | GRAMMES DU CARNET ..... 1 <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/><br>GRAMMES DE MÉMOIRE ..... 2 <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/><br>NSP ..... 99998  |
| 419 | Est-ce que vos règles sont revenues depuis la naissance de (NOM) ?  | OUI ..... 1<br>_____<br>(PASSER À 421) ← _____<br>NON ..... 2<br>_____<br>(PASSER À 422) ← _____  |   |

|     |  | DERNIÈRE NAISSANCE                                   |   | AVANT-DERNIÈRE NAISSANCE  |   |  |   |                        |                         |  |    |                              |
|-----|--|--|---|---|---|--|---|------------------------|-------------------------|--|----|------------------------------|
|     |  | NOM _____  |   | NOM _____   |   |  |   |                        |                         |  |    |                              |
| 420 | Est-ce-que vos règles sont revenues entre la naissance de (NOM) et votre naissance suivante ?  |  |   | OUI ..... 1   | NON ..... 2<br>(PASSER À 424) ←                     |  |   |                        |                         |  |    |                              |
| 421 | Pendant combien de mois après la naissance de (NOM), n'avez-vous pas eu de règles?   | MOIS ..... <input type="text"/> <input type="text"/> | MOIS ..... <input type="text"/> <input type="text"/>              | NSP ..... 98  | NSP ..... 98  |  |   |                        |                         |  |    |                              |
| 422 | <b>VÉRIFIER 227:</b><br>ENQUÊTÉE ENCEINTE ?  | PAS EN-CEINTE <input type="checkbox"/>               | ENCEINTE OU PAS SÛRE <input type="checkbox"/><br>(PASSER À 424) ← |   |   |  |   |                        |                         |  |    |                              |
| 423 | Avez-vous repris les rapports sexuels depuis la naissance de (NOM) ?   | OUI ..... 1  | NON ..... 2<br>(PASSER À 425) ←                                   |   |   |  |   |                        |                         |  |    |                              |
| 424 | Pendant combien de mois après la naissance de (NOM), n'avez-vous pas eu de rapports sexuels ?  | MOIS ..... <input type="text"/> <input type="text"/> | MOIS ..... <input type="text"/> <input type="text"/>              | NSP ..... 98  | NSP ..... 98  |  |   |                        |                         |  |    |                              |
| 425 | Avez-vous allaité (NOM)?   | OUI ..... 1  | NON ..... 2<br>(PASSER À 431) ←                                   | OUI ..... 1   | NON ..... 2<br>(PASSER À 431) ←                     |  |   |                        |                         |  |    |                              |
| 426 | Combien de temps après la naissance avez-vous mis (NOM) au sein ?<br><br><b>SI MOINS D'1 HEURE, ENREGISTRER '00' HEURES<br/>SI MOINS DE 24 HEURES, ENREGISTRER EN HEURES<br/>AUTREMENT, ENREGISTRER EN JOURS</b> | IMMÉDIATEMENT ..... 000                              | HEURES ..... 1 <input type="text"/> <input type="text"/>          | JOURS ..... 2 <input type="text"/> <input type="text"/>                       | IMMÉDIATEMENT ..... 000                             | HEURES ..... 1 <input type="text"/> <input type="text"/> | JOURS ..... 2 <input type="text"/> <input type="text"/>                       |                        |                         |  |    |                              |
| 427 | <b>VÉRIFIER 404:</b><br>ENFANT VIVANT ?  | VIVANT <input type="checkbox"/>                      | DÉCÉDÉ <input type="checkbox"/><br>(PASSER À 429) ←               | VIVANT <input type="checkbox"/>   | DÉCÉDÉ <input type="checkbox"/><br>(PASSER À 429) ← |  |   |                        |                         |  |    |                              |
| 428 | Allaitiez-vous encore (NOM)?   | OUI ..... 1<br>NON ..... 2<br>(PASSER À 432) ←       | OUI ..... 1<br>NON ..... 2<br>(PASSER À 432) ←                    | OUI ..... 1<br>NON ..... 2<br>(PASSER À 432) ←                                | OUI ..... 1<br>NON ..... 2<br>(PASSER À 432) ←      |  |   |                        |                         |  |    |                              |
| 429 | Pendant combien de mois avez-vous allaité (NOM)?   | MOIS ..... <input type="text"/> <input type="text"/> | MOIS ..... <input type="text"/> <input type="text"/>              | NSP ..... 98  | NSP ..... 98  |  |   |                        |                         |  |    |                              |
| 430 | Pourquoi avez-vous arrêté d'allaiter (NOM)?  | MÈRE MALADE/FAIBLE ..... 01                          | ENFANT MALADE/FAIBLE ..... 02                                     | ENFANT DÉCÉDÉ ..... 03  | PROBLÈMES DE SEINS ..... 04                         | LAIT INSUFFISANT ..... 05                                | MÈRE TRAVAILLE ..... 06   | ENFANT REFUSE ..... 07 | ÂGE DU SEVRAGE ..... 08 | EST TOMBÉE ENCEINTE A COMMENCÉ À UTILISER CONTRACEPTION ..... 09 | 10 | AUTRE ..... 96<br>(PRÉCISER) |
| 431 | <b>VÉRIFIER 404:</b><br>ENFANT VIVANT?   | VIVANT <input type="checkbox"/>                      | DÉCÉDÉ <input type="checkbox"/><br>(PASSER À 434)                 | (RETOURNER À 405 DANS COLONNE SUIVANTE OU SI PLUS DE NAISSANCE, PASSER À 440) | VIVANT <input type="checkbox"/>                     | DÉCÉDÉ <input type="checkbox"/><br>(PASSER À 434)        | (RETOURNER À 405 DANS COLONNE SUIVANTE OU SI PLUS DE NAISSANCE, PASSER À 440) |                        |                         |  |    |                              |

|                                      |  | DERNIÈRE NAISSANCE  | AVANT-DERNIÈRE NAISSANCE   |     |     |     |     |   |   |   |            |   |   |   |     |   |   |   |        |   |   |   |                 |   |   |   |                   |   |   |   |            |   |   |   |                 |   |   |   |                  |   |   |   |                 |   |   |   |                 |   |   |   |               |   |   |   |                 |   |   |   |        |   |   |   |                                      |   |   |   |   |  |     |     |     |     |   |   |   |            |   |   |   |     |   |   |   |        |   |   |   |                 |   |   |   |                   |   |   |   |            |   |   |   |                 |   |   |   |                  |   |   |   |                 |   |   |   |                 |   |   |   |               |   |   |   |                 |   |   |   |        |   |   |   |                                      |   |   |   |
|--------------------------------------|--|---|--|-----|-----|-----|-----|---|---|---|------------|---|---|---|-----|---|---|---|--------|---|---|---|-----------------|---|---|---|-------------------|---|---|---|------------|---|---|---|-----------------|---|---|---|------------------|---|---|---|-----------------|---|---|---|-----------------|---|---|---|---------------|---|---|---|-----------------|---|---|---|--------|---|---|---|--------------------------------------|---|---|---|---|--|-----|-----|-----|-----|---|---|---|------------|---|---|---|-----|---|---|---|--------|---|---|---|-----------------|---|---|---|-------------------|---|---|---|------------|---|---|---|-----------------|---|---|---|------------------|---|---|---|-----------------|---|---|---|-----------------|---|---|---|---------------|---|---|---|-----------------|---|---|---|--------|---|---|---|--------------------------------------|---|---|---|
|                                      |  | NOM _____   | NOM _____  |     |     |     |     |   |   |   |            |   |   |   |     |   |   |   |        |   |   |   |                 |   |   |   |                   |   |   |   |            |   |   |   |                 |   |   |   |                  |   |   |   |                 |   |   |   |                 |   |   |   |               |   |   |   |                 |   |   |   |        |   |   |   |                                      |   |   |   |   |  |     |     |     |     |   |   |   |            |   |   |   |     |   |   |   |        |   |   |   |                 |   |   |   |                   |   |   |   |            |   |   |   |                 |   |   |   |                  |   |   |   |                 |   |   |   |                 |   |   |   |               |   |   |   |                 |   |   |   |        |   |   |   |                                      |   |   |   |
| 432                                  | Combien de fois avez-vous allaité (NOM) la nuit dernière, entre le coucher et le lever du soleil ?<br><b>SI RÉPONSE NON NUMÉRIQUE, INSISTER POUR AVOIR UN NOMBRE APPROXIMATIF.</b>   | NOMBRE D'ALLAITEMENTS DE NUIT ..... <input type="text"/>  | NOMBRE D'ALLAITEMENTS DE NUIT ..... <input type="text"/>   |     |     |     |     |   |   |   |            |   |   |   |     |   |   |   |        |   |   |   |                 |   |   |   |                   |   |   |   |            |   |   |   |                 |   |   |   |                  |   |   |   |                 |   |   |   |                 |   |   |   |               |   |   |   |                 |   |   |   |        |   |   |   |                                      |   |   |   |   |  |     |     |     |     |   |   |   |            |   |   |   |     |   |   |   |        |   |   |   |                 |   |   |   |                   |   |   |   |            |   |   |   |                 |   |   |   |                  |   |   |   |                 |   |   |   |                 |   |   |   |               |   |   |   |                 |   |   |   |        |   |   |   |                                      |   |   |   |
| 433                                  | Combien de fois avez-vous allaité (NOM) hier pendant les heures de jour ?<br><b>SI RÉPONSE NON NUMÉRIQUE, INSISTER POUR AVOIR UN NOMBRE APPROXIMATIF.</b>  | NOMBRE D'ALLAITEMENTS DE JOUR ..... <input type="text"/>  | NOMBRE D'ALLAITEMENTS DE JOUR ..... <input type="text"/>   |     |     |     |     |   |   |   |            |   |   |   |     |   |   |   |        |   |   |   |                 |   |   |   |                   |   |   |   |            |   |   |   |                 |   |   |   |                  |   |   |   |                 |   |   |   |                 |   |   |   |               |   |   |   |                 |   |   |   |        |   |   |   |                                      |   |   |   |   |  |     |     |     |     |   |   |   |            |   |   |   |     |   |   |   |        |   |   |   |                 |   |   |   |                   |   |   |   |            |   |   |   |                 |   |   |   |                  |   |   |   |                 |   |   |   |                 |   |   |   |               |   |   |   |                 |   |   |   |        |   |   |   |                                      |   |   |   |
| 434                                  | Est-ce que (NOM) a bu quelque chose au biberon, hier ou la nuit dernière ?   | OUI ..... 1<br>NON ..... 2<br>NSP ..... 8   | OUI ..... 1<br>NON ..... 2<br>NSP ..... 8  |     |     |     |     |   |   |   |            |   |   |   |     |   |   |   |        |   |   |   |                 |   |   |   |                   |   |   |   |            |   |   |   |                 |   |   |   |                  |   |   |   |                 |   |   |   |                 |   |   |   |               |   |   |   |                 |   |   |   |        |   |   |   |                                      |   |   |   |   |  |     |     |     |     |   |   |   |            |   |   |   |     |   |   |   |        |   |   |   |                 |   |   |   |                   |   |   |   |            |   |   |   |                 |   |   |   |                  |   |   |   |                 |   |   |   |                 |   |   |   |               |   |   |   |                 |   |   |   |        |   |   |   |                                      |   |   |   |
| 435                                  | Est-ce que (NOM) a reçu, à n'importe quel moment, hier ou la nuit dernière, une des choses suivantes?<br>Eau?<br>Eau sucrée?<br>Jus?<br>Tisane?<br>Aliment pour bébé?<br>Lait en boîte ou en poudre?<br>Lait frais?<br>N'importe quel autre liquide?<br>Aliment à base de blé ou du riz?<br>Aliment à base de manioc?<br>Feuilles vertes/brèdes?<br>Fruits ou légumes jaunes?<br>Oeufs, poissons ou volaille?<br>Viande?<br>Autres aliments solides ou semi-solides? | <table border="0"> <thead> <tr> <th></th> <th>OUI</th> <th>NON</th> <th>NSP</th> </tr> </thead> <tbody> <tr><td>EAU</td><td>1</td><td>2</td><td>8</td></tr> <tr><td>EAU SUCRÉE</td><td>1</td><td>2</td><td>8</td></tr> <tr><td>JUS</td><td>1</td><td>2</td><td>8</td></tr> <tr><td>TISANE</td><td>1</td><td>2</td><td>8</td></tr> <tr><td>ALIM. POUR BÉBÉ</td><td>1</td><td>2</td><td>8</td></tr> <tr><td>LAIT BOITE/POUDRE</td><td>1</td><td>2</td><td>8</td></tr> <tr><td>LAIT FRAIS</td><td>1</td><td>2</td><td>8</td></tr> <tr><td>AUTRES LIQUIDES</td><td>1</td><td>2</td><td>8</td></tr> <tr><td>ALIM. DE BLÉ/RIZ</td><td>1</td><td>2</td><td>8</td></tr> <tr><td>ALIM. DE MANIOC</td><td>1</td><td>2</td><td>8</td></tr> <tr><td>FEUILLES VERTES</td><td>1</td><td>2</td><td>8</td></tr> <tr><td>FRUITS JAUNES</td><td>1</td><td>2</td><td>8</td></tr> <tr><td>OEUF/POISS/VOL.</td><td>1</td><td>2</td><td>8</td></tr> <tr><td>VIANDE</td><td>1</td><td>2</td><td>8</td></tr> <tr><td>AUTRES ALIM. SOLIDES OU SEMI-SOLIDES</td><td>1</td><td>2</td><td>8</td></tr> </tbody> </table> |  | OUI | NON | NSP | EAU | 1 | 2 | 8 | EAU SUCRÉE | 1 | 2 | 8 | JUS | 1 | 2 | 8 | TISANE | 1 | 2 | 8 | ALIM. POUR BÉBÉ | 1 | 2 | 8 | LAIT BOITE/POUDRE | 1 | 2 | 8 | LAIT FRAIS | 1 | 2 | 8 | AUTRES LIQUIDES | 1 | 2 | 8 | ALIM. DE BLÉ/RIZ | 1 | 2 | 8 | ALIM. DE MANIOC | 1 | 2 | 8 | FEUILLES VERTES | 1 | 2 | 8 | FRUITS JAUNES | 1 | 2 | 8 | OEUF/POISS/VOL. | 1 | 2 | 8 | VIANDE | 1 | 2 | 8 | AUTRES ALIM. SOLIDES OU SEMI-SOLIDES | 1 | 2 | 8 | <table border="0"> <thead> <tr> <th></th> <th>OUI</th> <th>NON</th> <th>NSP</th> </tr> </thead> <tbody> <tr><td>EAU</td><td>1</td><td>2</td><td>8</td></tr> <tr><td>EAU SUCRÉE</td><td>1</td><td>2</td><td>8</td></tr> <tr><td>JUS</td><td>1</td><td>2</td><td>8</td></tr> <tr><td>TISANE</td><td>1</td><td>2</td><td>8</td></tr> <tr><td>ALIM. POUR BÉBÉ</td><td>1</td><td>2</td><td>8</td></tr> <tr><td>LAIT BOITE/POUDRE</td><td>1</td><td>2</td><td>8</td></tr> <tr><td>LAIT FRAIS</td><td>1</td><td>2</td><td>8</td></tr> <tr><td>AUTRES LIQUIDES</td><td>1</td><td>2</td><td>8</td></tr> <tr><td>ALIM. DE BLÉ/RIZ</td><td>1</td><td>2</td><td>8</td></tr> <tr><td>ALIM. DE MANIOC</td><td>1</td><td>2</td><td>8</td></tr> <tr><td>FEUILLES VERTES</td><td>1</td><td>2</td><td>8</td></tr> <tr><td>FRUITS JAUNES</td><td>1</td><td>2</td><td>8</td></tr> <tr><td>OEUF/POISS/VOL.</td><td>1</td><td>2</td><td>8</td></tr> <tr><td>VIANDE</td><td>1</td><td>2</td><td>8</td></tr> <tr><td>AUTRES ALIM. SOLIDES OU SEMI-SOLIDES</td><td>1</td><td>2</td><td>8</td></tr> </tbody> </table> |  | OUI | NON | NSP | EAU | 1 | 2 | 8 | EAU SUCRÉE | 1 | 2 | 8 | JUS | 1 | 2 | 8 | TISANE | 1 | 2 | 8 | ALIM. POUR BÉBÉ | 1 | 2 | 8 | LAIT BOITE/POUDRE | 1 | 2 | 8 | LAIT FRAIS | 1 | 2 | 8 | AUTRES LIQUIDES | 1 | 2 | 8 | ALIM. DE BLÉ/RIZ | 1 | 2 | 8 | ALIM. DE MANIOC | 1 | 2 | 8 | FEUILLES VERTES | 1 | 2 | 8 | FRUITS JAUNES | 1 | 2 | 8 | OEUF/POISS/VOL. | 1 | 2 | 8 | VIANDE | 1 | 2 | 8 | AUTRES ALIM. SOLIDES OU SEMI-SOLIDES | 1 | 2 | 8 |
|                                      | OUI  | NON   | NSP  |     |     |     |     |   |   |   |            |   |   |   |     |   |   |   |        |   |   |   |                 |   |   |   |                   |   |   |   |            |   |   |   |                 |   |   |   |                  |   |   |   |                 |   |   |   |                 |   |   |   |               |   |   |   |                 |   |   |   |        |   |   |   |                                      |   |   |   |   |  |     |     |     |     |   |   |   |            |   |   |   |     |   |   |   |        |   |   |   |                 |   |   |   |                   |   |   |   |            |   |   |   |                 |   |   |   |                  |   |   |   |                 |   |   |   |                 |   |   |   |               |   |   |   |                 |   |   |   |        |   |   |   |                                      |   |   |   |
| EAU                                  | 1  | 2   | 8  |     |     |     |     |   |   |   |            |   |   |   |     |   |   |   |        |   |   |   |                 |   |   |   |                   |   |   |   |            |   |   |   |                 |   |   |   |                  |   |   |   |                 |   |   |   |                 |   |   |   |               |   |   |   |                 |   |   |   |        |   |   |   |                                      |   |   |   |   |  |     |     |     |     |   |   |   |            |   |   |   |     |   |   |   |        |   |   |   |                 |   |   |   |                   |   |   |   |            |   |   |   |                 |   |   |   |                  |   |   |   |                 |   |   |   |                 |   |   |   |               |   |   |   |                 |   |   |   |        |   |   |   |                                      |   |   |   |
| EAU SUCRÉE                           | 1  | 2   | 8  |     |     |     |     |   |   |   |            |   |   |   |     |   |   |   |        |   |   |   |                 |   |   |   |                   |   |   |   |            |   |   |   |                 |   |   |   |                  |   |   |   |                 |   |   |   |                 |   |   |   |               |   |   |   |                 |   |   |   |        |   |   |   |                                      |   |   |   |   |  |     |     |     |     |   |   |   |            |   |   |   |     |   |   |   |        |   |   |   |                 |   |   |   |                   |   |   |   |            |   |   |   |                 |   |   |   |                  |   |   |   |                 |   |   |   |                 |   |   |   |               |   |   |   |                 |   |   |   |        |   |   |   |                                      |   |   |   |
| JUS                                  | 1  | 2   | 8  |     |     |     |     |   |   |   |            |   |   |   |     |   |   |   |        |   |   |   |                 |   |   |   |                   |   |   |   |            |   |   |   |                 |   |   |   |                  |   |   |   |                 |   |   |   |                 |   |   |   |               |   |   |   |                 |   |   |   |        |   |   |   |                                      |   |   |   |   |  |     |     |     |     |   |   |   |            |   |   |   |     |   |   |   |        |   |   |   |                 |   |   |   |                   |   |   |   |            |   |   |   |                 |   |   |   |                  |   |   |   |                 |   |   |   |                 |   |   |   |               |   |   |   |                 |   |   |   |        |   |   |   |                                      |   |   |   |
| TISANE                               | 1  | 2   | 8  |     |     |     |     |   |   |   |            |   |   |   |     |   |   |   |        |   |   |   |                 |   |   |   |                   |   |   |   |            |   |   |   |                 |   |   |   |                  |   |   |   |                 |   |   |   |                 |   |   |   |               |   |   |   |                 |   |   |   |        |   |   |   |                                      |   |   |   |   |  |     |     |     |     |   |   |   |            |   |   |   |     |   |   |   |        |   |   |   |                 |   |   |   |                   |   |   |   |            |   |   |   |                 |   |   |   |                  |   |   |   |                 |   |   |   |                 |   |   |   |               |   |   |   |                 |   |   |   |        |   |   |   |                                      |   |   |   |
| ALIM. POUR BÉBÉ                      | 1  | 2   | 8  |     |     |     |     |   |   |   |            |   |   |   |     |   |   |   |        |   |   |   |                 |   |   |   |                   |   |   |   |            |   |   |   |                 |   |   |   |                  |   |   |   |                 |   |   |   |                 |   |   |   |               |   |   |   |                 |   |   |   |        |   |   |   |                                      |   |   |   |   |  |     |     |     |     |   |   |   |            |   |   |   |     |   |   |   |        |   |   |   |                 |   |   |   |                   |   |   |   |            |   |   |   |                 |   |   |   |                  |   |   |   |                 |   |   |   |                 |   |   |   |               |   |   |   |                 |   |   |   |        |   |   |   |                                      |   |   |   |
| LAIT BOITE/POUDRE                    | 1  | 2   | 8  |     |     |     |     |   |   |   |            |   |   |   |     |   |   |   |        |   |   |   |                 |   |   |   |                   |   |   |   |            |   |   |   |                 |   |   |   |                  |   |   |   |                 |   |   |   |                 |   |   |   |               |   |   |   |                 |   |   |   |        |   |   |   |                                      |   |   |   |   |  |     |     |     |     |   |   |   |            |   |   |   |     |   |   |   |        |   |   |   |                 |   |   |   |                   |   |   |   |            |   |   |   |                 |   |   |   |                  |   |   |   |                 |   |   |   |                 |   |   |   |               |   |   |   |                 |   |   |   |        |   |   |   |                                      |   |   |   |
| LAIT FRAIS                           | 1  | 2   | 8  |     |     |     |     |   |   |   |            |   |   |   |     |   |   |   |        |   |   |   |                 |   |   |   |                   |   |   |   |            |   |   |   |                 |   |   |   |                  |   |   |   |                 |   |   |   |                 |   |   |   |               |   |   |   |                 |   |   |   |        |   |   |   |                                      |   |   |   |   |  |     |     |     |     |   |   |   |            |   |   |   |     |   |   |   |        |   |   |   |                 |   |   |   |                   |   |   |   |            |   |   |   |                 |   |   |   |                  |   |   |   |                 |   |   |   |                 |   |   |   |               |   |   |   |                 |   |   |   |        |   |   |   |                                      |   |   |   |
| AUTRES LIQUIDES                      | 1  | 2   | 8  |     |     |     |     |   |   |   |            |   |   |   |     |   |   |   |        |   |   |   |                 |   |   |   |                   |   |   |   |            |   |   |   |                 |   |   |   |                  |   |   |   |                 |   |   |   |                 |   |   |   |               |   |   |   |                 |   |   |   |        |   |   |   |                                      |   |   |   |   |  |     |     |     |     |   |   |   |            |   |   |   |     |   |   |   |        |   |   |   |                 |   |   |   |                   |   |   |   |            |   |   |   |                 |   |   |   |                  |   |   |   |                 |   |   |   |                 |   |   |   |               |   |   |   |                 |   |   |   |        |   |   |   |                                      |   |   |   |
| ALIM. DE BLÉ/RIZ                     | 1  | 2   | 8  |     |     |     |     |   |   |   |            |   |   |   |     |   |   |   |        |   |   |   |                 |   |   |   |                   |   |   |   |            |   |   |   |                 |   |   |   |                  |   |   |   |                 |   |   |   |                 |   |   |   |               |   |   |   |                 |   |   |   |        |   |   |   |                                      |   |   |   |   |  |     |     |     |     |   |   |   |            |   |   |   |     |   |   |   |        |   |   |   |                 |   |   |   |                   |   |   |   |            |   |   |   |                 |   |   |   |                  |   |   |   |                 |   |   |   |                 |   |   |   |               |   |   |   |                 |   |   |   |        |   |   |   |                                      |   |   |   |
| ALIM. DE MANIOC                      | 1  | 2   | 8  |     |     |     |     |   |   |   |            |   |   |   |     |   |   |   |        |   |   |   |                 |   |   |   |                   |   |   |   |            |   |   |   |                 |   |   |   |                  |   |   |   |                 |   |   |   |                 |   |   |   |               |   |   |   |                 |   |   |   |        |   |   |   |                                      |   |   |   |   |  |     |     |     |     |   |   |   |            |   |   |   |     |   |   |   |        |   |   |   |                 |   |   |   |                   |   |   |   |            |   |   |   |                 |   |   |   |                  |   |   |   |                 |   |   |   |                 |   |   |   |               |   |   |   |                 |   |   |   |        |   |   |   |                                      |   |   |   |
| FEUILLES VERTES                      | 1  | 2   | 8  |     |     |     |     |   |   |   |            |   |   |   |     |   |   |   |        |   |   |   |                 |   |   |   |                   |   |   |   |            |   |   |   |                 |   |   |   |                  |   |   |   |                 |   |   |   |                 |   |   |   |               |   |   |   |                 |   |   |   |        |   |   |   |                                      |   |   |   |   |  |     |     |     |     |   |   |   |            |   |   |   |     |   |   |   |        |   |   |   |                 |   |   |   |                   |   |   |   |            |   |   |   |                 |   |   |   |                  |   |   |   |                 |   |   |   |                 |   |   |   |               |   |   |   |                 |   |   |   |        |   |   |   |                                      |   |   |   |
| FRUITS JAUNES                        | 1  | 2   | 8  |     |     |     |     |   |   |   |            |   |   |   |     |   |   |   |        |   |   |   |                 |   |   |   |                   |   |   |   |            |   |   |   |                 |   |   |   |                  |   |   |   |                 |   |   |   |                 |   |   |   |               |   |   |   |                 |   |   |   |        |   |   |   |                                      |   |   |   |   |  |     |     |     |     |   |   |   |            |   |   |   |     |   |   |   |        |   |   |   |                 |   |   |   |                   |   |   |   |            |   |   |   |                 |   |   |   |                  |   |   |   |                 |   |   |   |                 |   |   |   |               |   |   |   |                 |   |   |   |        |   |   |   |                                      |   |   |   |
| OEUF/POISS/VOL.                      | 1  | 2   | 8  |     |     |     |     |   |   |   |            |   |   |   |     |   |   |   |        |   |   |   |                 |   |   |   |                   |   |   |   |            |   |   |   |                 |   |   |   |                  |   |   |   |                 |   |   |   |                 |   |   |   |               |   |   |   |                 |   |   |   |        |   |   |   |                                      |   |   |   |   |  |     |     |     |     |   |   |   |            |   |   |   |     |   |   |   |        |   |   |   |                 |   |   |   |                   |   |   |   |            |   |   |   |                 |   |   |   |                  |   |   |   |                 |   |   |   |                 |   |   |   |               |   |   |   |                 |   |   |   |        |   |   |   |                                      |   |   |   |
| VIANDE                               | 1  | 2   | 8  |     |     |     |     |   |   |   |            |   |   |   |     |   |   |   |        |   |   |   |                 |   |   |   |                   |   |   |   |            |   |   |   |                 |   |   |   |                  |   |   |   |                 |   |   |   |                 |   |   |   |               |   |   |   |                 |   |   |   |        |   |   |   |                                      |   |   |   |   |  |     |     |     |     |   |   |   |            |   |   |   |     |   |   |   |        |   |   |   |                 |   |   |   |                   |   |   |   |            |   |   |   |                 |   |   |   |                  |   |   |   |                 |   |   |   |                 |   |   |   |               |   |   |   |                 |   |   |   |        |   |   |   |                                      |   |   |   |
| AUTRES ALIM. SOLIDES OU SEMI-SOLIDES | 1  | 2   | 8  |     |     |     |     |   |   |   |            |   |   |   |     |   |   |   |        |   |   |   |                 |   |   |   |                   |   |   |   |            |   |   |   |                 |   |   |   |                  |   |   |   |                 |   |   |   |                 |   |   |   |               |   |   |   |                 |   |   |   |        |   |   |   |                                      |   |   |   |   |  |     |     |     |     |   |   |   |            |   |   |   |     |   |   |   |        |   |   |   |                 |   |   |   |                   |   |   |   |            |   |   |   |                 |   |   |   |                  |   |   |   |                 |   |   |   |                 |   |   |   |               |   |   |   |                 |   |   |   |        |   |   |   |                                      |   |   |   |
|                                      | OUI  | NON   | NSP  |     |     |     |     |   |   |   |            |   |   |   |     |   |   |   |        |   |   |   |                 |   |   |   |                   |   |   |   |            |   |   |   |                 |   |   |   |                  |   |   |   |                 |   |   |   |                 |   |   |   |               |   |   |   |                 |   |   |   |        |   |   |   |                                      |   |   |   |   |  |     |     |     |     |   |   |   |            |   |   |   |     |   |   |   |        |   |   |   |                 |   |   |   |                   |   |   |   |            |   |   |   |                 |   |   |   |                  |   |   |   |                 |   |   |   |                 |   |   |   |               |   |   |   |                 |   |   |   |        |   |   |   |                                      |   |   |   |
| EAU                                  | 1  | 2   | 8  |     |     |     |     |   |   |   |            |   |   |   |     |   |   |   |        |   |   |   |                 |   |   |   |                   |   |   |   |            |   |   |   |                 |   |   |   |                  |   |   |   |                 |   |   |   |                 |   |   |   |               |   |   |   |                 |   |   |   |        |   |   |   |                                      |   |   |   |   |  |     |     |     |     |   |   |   |            |   |   |   |     |   |   |   |        |   |   |   |                 |   |   |   |                   |   |   |   |            |   |   |   |                 |   |   |   |                  |   |   |   |                 |   |   |   |                 |   |   |   |               |   |   |   |                 |   |   |   |        |   |   |   |                                      |   |   |   |
| EAU SUCRÉE                           | 1  | 2   | 8  |     |     |     |     |   |   |   |            |   |   |   |     |   |   |   |        |   |   |   |                 |   |   |   |                   |   |   |   |            |   |   |   |                 |   |   |   |                  |   |   |   |                 |   |   |   |                 |   |   |   |               |   |   |   |                 |   |   |   |        |   |   |   |                                      |   |   |   |   |  |     |     |     |     |   |   |   |            |   |   |   |     |   |   |   |        |   |   |   |                 |   |   |   |                   |   |   |   |            |   |   |   |                 |   |   |   |                  |   |   |   |                 |   |   |   |                 |   |   |   |               |   |   |   |                 |   |   |   |        |   |   |   |                                      |   |   |   |
| JUS                                  | 1  | 2   | 8  |     |     |     |     |   |   |   |            |   |   |   |     |   |   |   |        |   |   |   |                 |   |   |   |                   |   |   |   |            |   |   |   |                 |   |   |   |                  |   |   |   |                 |   |   |   |                 |   |   |   |               |   |   |   |                 |   |   |   |        |   |   |   |                                      |   |   |   |   |  |     |     |     |     |   |   |   |            |   |   |   |     |   |   |   |        |   |   |   |                 |   |   |   |                   |   |   |   |            |   |   |   |                 |   |   |   |                  |   |   |   |                 |   |   |   |                 |   |   |   |               |   |   |   |                 |   |   |   |        |   |   |   |                                      |   |   |   |
| TISANE                               | 1  | 2   | 8  |     |     |     |     |   |   |   |            |   |   |   |     |   |   |   |        |   |   |   |                 |   |   |   |                   |   |   |   |            |   |   |   |                 |   |   |   |                  |   |   |   |                 |   |   |   |                 |   |   |   |               |   |   |   |                 |   |   |   |        |   |   |   |                                      |   |   |   |   |  |     |     |     |     |   |   |   |            |   |   |   |     |   |   |   |        |   |   |   |                 |   |   |   |                   |   |   |   |            |   |   |   |                 |   |   |   |                  |   |   |   |                 |   |   |   |                 |   |   |   |               |   |   |   |                 |   |   |   |        |   |   |   |                                      |   |   |   |
| ALIM. POUR BÉBÉ                      | 1  | 2   | 8  |     |     |     |     |   |   |   |            |   |   |   |     |   |   |   |        |   |   |   |                 |   |   |   |                   |   |   |   |            |   |   |   |                 |   |   |   |                  |   |   |   |                 |   |   |   |                 |   |   |   |               |   |   |   |                 |   |   |   |        |   |   |   |                                      |   |   |   |   |  |     |     |     |     |   |   |   |            |   |   |   |     |   |   |   |        |   |   |   |                 |   |   |   |                   |   |   |   |            |   |   |   |                 |   |   |   |                  |   |   |   |                 |   |   |   |                 |   |   |   |               |   |   |   |                 |   |   |   |        |   |   |   |                                      |   |   |   |
| LAIT BOITE/POUDRE                    | 1  | 2   | 8  |     |     |     |     |   |   |   |            |   |   |   |     |   |   |   |        |   |   |   |                 |   |   |   |                   |   |   |   |            |   |   |   |                 |   |   |   |                  |   |   |   |                 |   |   |   |                 |   |   |   |               |   |   |   |                 |   |   |   |        |   |   |   |                                      |   |   |   |   |  |     |     |     |     |   |   |   |            |   |   |   |     |   |   |   |        |   |   |   |                 |   |   |   |                   |   |   |   |            |   |   |   |                 |   |   |   |                  |   |   |   |                 |   |   |   |                 |   |   |   |               |   |   |   |                 |   |   |   |        |   |   |   |                                      |   |   |   |
| LAIT FRAIS                           | 1  | 2   | 8  |     |     |     |     |   |   |   |            |   |   |   |     |   |   |   |        |   |   |   |                 |   |   |   |                   |   |   |   |            |   |   |   |                 |   |   |   |                  |   |   |   |                 |   |   |   |                 |   |   |   |               |   |   |   |                 |   |   |   |        |   |   |   |                                      |   |   |   |   |  |     |     |     |     |   |   |   |            |   |   |   |     |   |   |   |        |   |   |   |                 |   |   |   |                   |   |   |   |            |   |   |   |                 |   |   |   |                  |   |   |   |                 |   |   |   |                 |   |   |   |               |   |   |   |                 |   |   |   |        |   |   |   |                                      |   |   |   |
| AUTRES LIQUIDES                      | 1  | 2   | 8  |     |     |     |     |   |   |   |            |   |   |   |     |   |   |   |        |   |   |   |                 |   |   |   |                   |   |   |   |            |   |   |   |                 |   |   |   |                  |   |   |   |                 |   |   |   |                 |   |   |   |               |   |   |   |                 |   |   |   |        |   |   |   |                                      |   |   |   |   |  |     |     |     |     |   |   |   |            |   |   |   |     |   |   |   |        |   |   |   |                 |   |   |   |                   |   |   |   |            |   |   |   |                 |   |   |   |                  |   |   |   |                 |   |   |   |                 |   |   |   |               |   |   |   |                 |   |   |   |        |   |   |   |                                      |   |   |   |
| ALIM. DE BLÉ/RIZ                     | 1  | 2   | 8  |     |     |     |     |   |   |   |            |   |   |   |     |   |   |   |        |   |   |   |                 |   |   |   |                   |   |   |   |            |   |   |   |                 |   |   |   |                  |   |   |   |                 |   |   |   |                 |   |   |   |               |   |   |   |                 |   |   |   |        |   |   |   |                                      |   |   |   |   |  |     |     |     |     |   |   |   |            |   |   |   |     |   |   |   |        |   |   |   |                 |   |   |   |                   |   |   |   |            |   |   |   |                 |   |   |   |                  |   |   |   |                 |   |   |   |                 |   |   |   |               |   |   |   |                 |   |   |   |        |   |   |   |                                      |   |   |   |
| ALIM. DE MANIOC                      | 1  | 2   | 8  |     |     |     |     |   |   |   |            |   |   |   |     |   |   |   |        |   |   |   |                 |   |   |   |                   |   |   |   |            |   |   |   |                 |   |   |   |                  |   |   |   |                 |   |   |   |                 |   |   |   |               |   |   |   |                 |   |   |   |        |   |   |   |                                      |   |   |   |   |  |     |     |     |     |   |   |   |            |   |   |   |     |   |   |   |        |   |   |   |                 |   |   |   |                   |   |   |   |            |   |   |   |                 |   |   |   |                  |   |   |   |                 |   |   |   |                 |   |   |   |               |   |   |   |                 |   |   |   |        |   |   |   |                                      |   |   |   |
| FEUILLES VERTES                      | 1  | 2   | 8  |     |     |     |     |   |   |   |            |   |   |   |     |   |   |   |        |   |   |   |                 |   |   |   |                   |   |   |   |            |   |   |   |                 |   |   |   |                  |   |   |   |                 |   |   |   |                 |   |   |   |               |   |   |   |                 |   |   |   |        |   |   |   |                                      |   |   |   |   |  |     |     |     |     |   |   |   |            |   |   |   |     |   |   |   |        |   |   |   |                 |   |   |   |                   |   |   |   |            |   |   |   |                 |   |   |   |                  |   |   |   |                 |   |   |   |                 |   |   |   |               |   |   |   |                 |   |   |   |        |   |   |   |                                      |   |   |   |
| FRUITS JAUNES                        | 1  | 2   | 8  |     |     |     |     |   |   |   |            |   |   |   |     |   |   |   |        |   |   |   |                 |   |   |   |                   |   |   |   |            |   |   |   |                 |   |   |   |                  |   |   |   |                 |   |   |   |                 |   |   |   |               |   |   |   |                 |   |   |   |        |   |   |   |                                      |   |   |   |   |  |     |     |     |     |   |   |   |            |   |   |   |     |   |   |   |        |   |   |   |                 |   |   |   |                   |   |   |   |            |   |   |   |                 |   |   |   |                  |   |   |   |                 |   |   |   |                 |   |   |   |               |   |   |   |                 |   |   |   |        |   |   |   |                                      |   |   |   |
| OEUF/POISS/VOL.                      | 1  | 2   | 8  |     |     |     |     |   |   |   |            |   |   |   |     |   |   |   |        |   |   |   |                 |   |   |   |                   |   |   |   |            |   |   |   |                 |   |   |   |                  |   |   |   |                 |   |   |   |                 |   |   |   |               |   |   |   |                 |   |   |   |        |   |   |   |                                      |   |   |   |   |  |     |     |     |     |   |   |   |            |   |   |   |     |   |   |   |        |   |   |   |                 |   |   |   |                   |   |   |   |            |   |   |   |                 |   |   |   |                  |   |   |   |                 |   |   |   |                 |   |   |   |               |   |   |   |                 |   |   |   |        |   |   |   |                                      |   |   |   |
| VIANDE                               | 1  | 2   | 8  |     |     |     |     |   |   |   |            |   |   |   |     |   |   |   |        |   |   |   |                 |   |   |   |                   |   |   |   |            |   |   |   |                 |   |   |   |                  |   |   |   |                 |   |   |   |                 |   |   |   |               |   |   |   |                 |   |   |   |        |   |   |   |                                      |   |   |   |   |  |     |     |     |     |   |   |   |            |   |   |   |     |   |   |   |        |   |   |   |                 |   |   |   |                   |   |   |   |            |   |   |   |                 |   |   |   |                  |   |   |   |                 |   |   |   |                 |   |   |   |               |   |   |   |                 |   |   |   |        |   |   |   |                                      |   |   |   |
| AUTRES ALIM. SOLIDES OU SEMI-SOLIDES | 1  | 2   | 8  |     |     |     |     |   |   |   |            |   |   |   |     |   |   |   |        |   |   |   |                 |   |   |   |                   |   |   |   |            |   |   |   |                 |   |   |   |                  |   |   |   |                 |   |   |   |                 |   |   |   |               |   |   |   |                 |   |   |   |        |   |   |   |                                      |   |   |   |   |  |     |     |     |     |   |   |   |            |   |   |   |     |   |   |   |        |   |   |   |                 |   |   |   |                   |   |   |   |            |   |   |   |                 |   |   |   |                  |   |   |   |                 |   |   |   |                 |   |   |   |               |   |   |   |                 |   |   |   |        |   |   |   |                                      |   |   |   |
| 435A                                 | Est-ce que de l'huile ou de la graisse ont été utilisés dans la préparation d'un des repas de (NOM) hier ou la nuit dernière?  | OUI ..... 1<br>NON ..... 2<br>NSP ..... 8   | OUI ..... 1<br>NON ..... 2<br>NSP ..... 8  |     |     |     |     |   |   |   |            |   |   |   |     |   |   |   |        |   |   |   |                 |   |   |   |                   |   |   |   |            |   |   |   |                 |   |   |   |                  |   |   |   |                 |   |   |   |                 |   |   |   |               |   |   |   |                 |   |   |   |        |   |   |   |                                      |   |   |   |   |  |     |     |     |     |   |   |   |            |   |   |   |     |   |   |   |        |   |   |   |                 |   |   |   |                   |   |   |   |            |   |   |   |                 |   |   |   |                  |   |   |   |                 |   |   |   |                 |   |   |   |               |   |   |   |                 |   |   |   |        |   |   |   |                                      |   |   |   |
| 436                                  | <b>VÉRIFIER 435:</b><br><b>NOURRITURE OU LIQUIDE DONNÉ HIER</b>  | "OUI" POUR UN OU PLUS <input type="checkbox"/><br>"NON/NSP POUR TOUS" <input type="checkbox"/><br>(PASSER À 438)  | "OUI" POUR UN OU PLUS <input type="checkbox"/><br>"NON/NSP POUR TOUS" <input type="checkbox"/><br>(PASSER À 438)   |     |     |     |     |   |   |   |            |   |   |   |     |   |   |   |        |   |   |   |                 |   |   |   |                   |   |   |   |            |   |   |   |                 |   |   |   |                  |   |   |   |                 |   |   |   |                 |   |   |   |               |   |   |   |                 |   |   |   |        |   |   |   |                                      |   |   |   |   |  |     |     |     |     |   |   |   |            |   |   |   |     |   |   |   |        |   |   |   |                 |   |   |   |                   |   |   |   |            |   |   |   |                 |   |   |   |                  |   |   |   |                 |   |   |   |                 |   |   |   |               |   |   |   |                 |   |   |   |        |   |   |   |                                      |   |   |   |
| 437                                  | (À part le lait maternel) combien de fois (NOM) a-t-il/elle mangé hier, y compris les repas et les encas ?<br><b>SI 7 FOIS OU PLUS, ENREGISTRER '7'.</b>   | NOMBRE DE FOIS ..... <input type="text"/><br>NSP ..... 8  | NOMBRE DE FOIS ..... <input type="text"/><br>NSP ..... 8   |     |     |     |     |   |   |   |            |   |   |   |     |   |   |   |        |   |   |   |                 |   |   |   |                   |   |   |   |            |   |   |   |                 |   |   |   |                  |   |   |   |                 |   |   |   |                 |   |   |   |               |   |   |   |                 |   |   |   |        |   |   |   |                                      |   |   |   |   |  |     |     |     |     |   |   |   |            |   |   |   |     |   |   |   |        |   |   |   |                 |   |   |   |                   |   |   |   |            |   |   |   |                 |   |   |   |                  |   |   |   |                 |   |   |   |                 |   |   |   |               |   |   |   |                 |   |   |   |        |   |   |   |                                      |   |   |   |
| 438                                  | Combien de jours sur les 7 derniers jours (NOM) a-t-il reçu un des liquides ou aliments suivants:<br>Eau ?<br>Lait (autre que le lait maternel) ?<br>Liquides autres que l'eau ou le lait ?<br>Aliments à base de riz ?<br>Aliments à base de manioc ?<br>Feuilles vertes/brèdes ?<br>Fruits ou légumes jaunes ?<br>Oeufs, poisson, volaille ?<br>Viande ?<br>Autres aliments solides ou semi-solides ?<br><b>SI NSP, ENREGISTRER '8'.</b>                           | ENREGISTRER LE NOMBRE DE JOURS<br>EAU ..... <input type="text"/><br>LAIT ..... <input type="text"/><br>AUTRE LIQUIDES ..... <input type="text"/><br>ALIMENT À BASE DE RIZ ..... <input type="text"/><br>ALIMENT À BASE DE MANIOC ..... <input type="text"/><br>FEUILLES VERTES/BRÈDES ..... <input type="text"/><br>FRUITS OU LÉGUMES JAUNES ..... <input type="text"/><br>OEUF/POISS/VOLAILLE ..... <input type="text"/><br>VIANDE ..... <input type="text"/><br>AUTRES SOLIDES/SEMI-SOLIDES ..... <input type="text"/>  | ENREGISTRER LE NOMBRE DE JOURS<br>EAU ..... <input type="text"/><br>LAIT ..... <input type="text"/><br>AUTRE LIQUIDES ..... <input type="text"/><br>ALIMENT À BASE DE RIZ ..... <input type="text"/><br>ALIMENT À BASE DE MANIOC ..... <input type="text"/><br>FEUILLES VERTES/BRÈDES ..... <input type="text"/><br>FRUITS OU LÉGUMES JAUNES ..... <input type="text"/><br>OEUF/POISS/VOLAILLE ..... <input type="text"/><br>VIANDE ..... <input type="text"/><br>AUTRES SOLIDES/SEMI-SOLIDES ..... <input type="text"/> |     |     |     |     |   |   |   |            |   |   |   |     |   |   |   |        |   |   |   |                 |   |   |   |                   |   |   |   |            |   |   |   |                 |   |   |   |                  |   |   |   |                 |   |   |   |                 |   |   |   |               |   |   |   |                 |   |   |   |        |   |   |   |                                      |   |   |   |   |  |     |     |     |     |   |   |   |            |   |   |   |     |   |   |   |        |   |   |   |                 |   |   |   |                   |   |   |   |            |   |   |   |                 |   |   |   |                  |   |   |   |                 |   |   |   |                 |   |   |   |               |   |   |   |                 |   |   |   |        |   |   |   |                                      |   |   |   |
| 439                                  |  | RETOURNER À 405 DANS LA COL. SUIVANTE; OU SI PLUS DE NAISSANCE, PASSER À 440.   | RETOURNER À 405 DANS LA COL. SUIVANTE; OU SI PLUS DE NAISSANCE, PASSER À 440.  |     |     |     |     |   |   |   |            |   |   |   |     |   |   |   |        |   |   |   |                 |   |   |   |                   |   |   |   |            |   |   |   |                 |   |   |   |                  |   |   |   |                 |   |   |   |                 |   |   |   |               |   |   |   |                 |   |   |   |        |   |   |   |                                      |   |   |   |   |  |     |     |     |     |   |   |   |            |   |   |   |     |   |   |   |        |   |   |   |                 |   |   |   |                   |   |   |   |            |   |   |   |                 |   |   |   |                  |   |   |   |                 |   |   |   |                 |   |   |   |               |   |   |   |                 |   |   |   |        |   |   |   |                                      |   |   |   |

**SECTION 4B. VACCINATION ET SANTÉ**

| 440       | ENTRER LE NOM, LE NUMÉRO DE LIGNE ET L'ÉTAT DE SURVIE DE CHAQUE NAISSANCE SURVENUE DEPUIS JANVIER 1994 ENREGISTRÉE DANS LE TABLEAU DE REPRODUCTION.<br>POSER LES QUESTIONS POUR CHAQUE NAISSANCE EN COMMENÇANT PAR LA DERNIÈRE NAISSANCE.<br>(SI IL Y A PLUS DE 2 NAISSANCES, UTILISER UN QUESTIONNAIRE SUPPLÉMENTAIRE). |  |  |      |      |       |         |                      |                      |                      |          |                      |                      |                      |          |                      |                      |                      |          |                      |                      |                      |          |                      |                      |                      |         |                      |                      |                      |         |                      |                      |                      |         |                      |                      |                      |         |                      |                      |                      |   |  |      |      |       |           |                      |                      |                      |          |                      |                      |                      |          |                      |                      |                      |          |                      |                      |                      |          |                      |                      |                      |          |                      |                      |                      |          |                      |                      |                      |          |                      |                      |                      |         |                      |                      |                      |
|-----------|--|--|--|------|------|-------|---------|----------------------|----------------------|----------------------|----------|----------------------|----------------------|----------------------|----------|----------------------|----------------------|----------------------|----------|----------------------|----------------------|----------------------|----------|----------------------|----------------------|----------------------|---------|----------------------|----------------------|----------------------|---------|----------------------|----------------------|----------------------|---------|----------------------|----------------------|----------------------|---------|----------------------|----------------------|----------------------|---|--|------|------|-------|-----------|----------------------|----------------------|----------------------|----------|----------------------|----------------------|----------------------|----------|----------------------|----------------------|----------------------|----------|----------------------|----------------------|----------------------|----------|----------------------|----------------------|----------------------|----------|----------------------|----------------------|----------------------|----------|----------------------|----------------------|----------------------|----------|----------------------|----------------------|----------------------|---------|----------------------|----------------------|----------------------|
| 441       | NUMÉRO DE LIGNE DE 212   | DERNIÈRE NAISSANCE<br>NUMÉRO DE LIGNE ..... <input type="text"/>   | AVANT-DERNIÈRE NAISSANCE<br>NUMÉRO DE LIGNE ..... <input type="text"/>   |      |      |       |         |                      |                      |                      |          |                      |                      |                      |          |                      |                      |                      |          |                      |                      |                      |          |                      |                      |                      |         |                      |                      |                      |         |                      |                      |                      |         |                      |                      |                      |         |                      |                      |                      |   |  |      |      |       |           |                      |                      |                      |          |                      |                      |                      |          |                      |                      |                      |          |                      |                      |                      |          |                      |                      |                      |          |                      |                      |                      |          |                      |                      |                      |          |                      |                      |                      |         |                      |                      |                      |
| 442       | DE 212<br><br>ET 216   | NOM _____<br><br>VIVANT <input type="checkbox"/><br><br>DÉCÉDÉ <input type="checkbox"/><br><br>(PASSER À 442<br>DANS LA COL..<br>SUIVANTE; OU SI<br>PLUS DE<br>NAISSANCE<br>PASSER À 465.)   | NOM _____<br><br>VIVANT <input type="checkbox"/><br><br>DÉCÉDÉ <input type="checkbox"/><br><br>(PASSER À 442<br>DANS LA COL..<br>SUIVANTE; OU SI<br>PLUS DE<br>NAISSANCE<br>PASSER À 465.) |      |      |       |         |                      |                      |                      |          |                      |                      |                      |          |                      |                      |                      |          |                      |                      |                      |          |                      |                      |                      |         |                      |                      |                      |         |                      |                      |                      |         |                      |                      |                      |         |                      |                      |                      |   |  |      |      |       |           |                      |                      |                      |          |                      |                      |                      |          |                      |                      |                      |          |                      |                      |                      |          |                      |                      |                      |          |                      |                      |                      |          |                      |                      |                      |          |                      |                      |                      |         |                      |                      |                      |
| 443       | Avez-vous une carte où les vaccinations de (NOM) sont inscrites ?<br><br>SI OUI: Puis-je la voir ?   | OUI, VUE ..... 1<br>(PASSER À 445) ←<br>OUI, NON VUE ..... 2<br>(PASSER À 447) ←<br>PAS DE CARTE ..... 3   | OUI, VUE ..... 1<br>(PASSER À 445) ←<br>OUI, NON VUE ..... 2<br>(PASSER À 447) ←<br>PAS DE CARTE ..... 3   |      |      |       |         |                      |                      |                      |          |                      |                      |                      |          |                      |                      |                      |          |                      |                      |                      |          |                      |                      |                      |         |                      |                      |                      |         |                      |                      |                      |         |                      |                      |                      |         |                      |                      |                      |   |  |      |      |       |           |                      |                      |                      |          |                      |                      |                      |          |                      |                      |                      |          |                      |                      |                      |          |                      |                      |                      |          |                      |                      |                      |          |                      |                      |                      |          |                      |                      |                      |         |                      |                      |                      |
| 444       | Avez-vous déjà eu une carte de vaccination pour (NOM) ?  | OUI ..... 1<br>(PASSER À 447) ←<br>NON ..... 2   | OUI ..... 1<br>(PASSER À 447) ←<br>NON ..... 2   |      |      |       |         |                      |                      |                      |          |                      |                      |                      |          |                      |                      |                      |          |                      |                      |                      |          |                      |                      |                      |         |                      |                      |                      |         |                      |                      |                      |         |                      |                      |                      |         |                      |                      |                      |   |  |      |      |       |           |                      |                      |                      |          |                      |                      |                      |          |                      |                      |                      |          |                      |                      |                      |          |                      |                      |                      |          |                      |                      |                      |          |                      |                      |                      |          |                      |                      |                      |         |                      |                      |                      |
| 445       | (1) COPIER CHAQUE DATE DE CHAQUE VACCIN À PARTIR DE LA CARTE.<br><br>(2) ÉCRIRE '44' DANS LA COLONNE JOUR SI LA CARTE INDIQUE QU'UN VACCIN A ÉTÉ DONNÉ MAIS LA DATE N'A PAS ÉTÉ REPORTÉE.  | <table border="1"> <thead> <tr> <th></th> <th>JOUR</th> <th>MOIS</th> <th>ANNÉE</th> </tr> </thead> <tbody> <tr><td>BCG ...</td><td><input type="text"/></td><td><input type="text"/></td><td><input type="text"/></td></tr> <tr><td>P0 .....</td><td><input type="text"/></td><td><input type="text"/></td><td><input type="text"/></td></tr> <tr><td>P1 .....</td><td><input type="text"/></td><td><input type="text"/></td><td><input type="text"/></td></tr> <tr><td>P2 .....</td><td><input type="text"/></td><td><input type="text"/></td><td><input type="text"/></td></tr> <tr><td>P3 .....</td><td><input type="text"/></td><td><input type="text"/></td><td><input type="text"/></td></tr> <tr><td>DTC1 ..</td><td><input type="text"/></td><td><input type="text"/></td><td><input type="text"/></td></tr> <tr><td>DTC2 ..</td><td><input type="text"/></td><td><input type="text"/></td><td><input type="text"/></td></tr> <tr><td>DTC3 ..</td><td><input type="text"/></td><td><input type="text"/></td><td><input type="text"/></td></tr> <tr><td>ROUG. .</td><td><input type="text"/></td><td><input type="text"/></td><td><input type="text"/></td></tr> </tbody> </table> |  | JOUR | MOIS | ANNÉE | BCG ... | <input type="text"/> | <input type="text"/> | <input type="text"/> | P0 ..... | <input type="text"/> | <input type="text"/> | <input type="text"/> | P1 ..... | <input type="text"/> | <input type="text"/> | <input type="text"/> | P2 ..... | <input type="text"/> | <input type="text"/> | <input type="text"/> | P3 ..... | <input type="text"/> | <input type="text"/> | <input type="text"/> | DTC1 .. | <input type="text"/> | <input type="text"/> | <input type="text"/> | DTC2 .. | <input type="text"/> | <input type="text"/> | <input type="text"/> | DTC3 .. | <input type="text"/> | <input type="text"/> | <input type="text"/> | ROUG. . | <input type="text"/> | <input type="text"/> | <input type="text"/> | <table border="1"> <thead> <tr> <th></th> <th>JOUR</th> <th>MOIS</th> <th>ANNÉE</th> </tr> </thead> <tbody> <tr><td>BCG .....</td><td><input type="text"/></td><td><input type="text"/></td><td><input type="text"/></td></tr> <tr><td>P0 .....</td><td><input type="text"/></td><td><input type="text"/></td><td><input type="text"/></td></tr> <tr><td>P1 .....</td><td><input type="text"/></td><td><input type="text"/></td><td><input type="text"/></td></tr> <tr><td>P2 .....</td><td><input type="text"/></td><td><input type="text"/></td><td><input type="text"/></td></tr> <tr><td>P3 .....</td><td><input type="text"/></td><td><input type="text"/></td><td><input type="text"/></td></tr> <tr><td>DTC1 ...</td><td><input type="text"/></td><td><input type="text"/></td><td><input type="text"/></td></tr> <tr><td>DTC2 ...</td><td><input type="text"/></td><td><input type="text"/></td><td><input type="text"/></td></tr> <tr><td>DTC3 ...</td><td><input type="text"/></td><td><input type="text"/></td><td><input type="text"/></td></tr> <tr><td>ROUG. .</td><td><input type="text"/></td><td><input type="text"/></td><td><input type="text"/></td></tr> </tbody> </table> |  | JOUR | MOIS | ANNÉE | BCG ..... | <input type="text"/> | <input type="text"/> | <input type="text"/> | P0 ..... | <input type="text"/> | <input type="text"/> | <input type="text"/> | P1 ..... | <input type="text"/> | <input type="text"/> | <input type="text"/> | P2 ..... | <input type="text"/> | <input type="text"/> | <input type="text"/> | P3 ..... | <input type="text"/> | <input type="text"/> | <input type="text"/> | DTC1 ... | <input type="text"/> | <input type="text"/> | <input type="text"/> | DTC2 ... | <input type="text"/> | <input type="text"/> | <input type="text"/> | DTC3 ... | <input type="text"/> | <input type="text"/> | <input type="text"/> | ROUG. . | <input type="text"/> | <input type="text"/> | <input type="text"/> |
|           | JOUR   | MOIS   | ANNÉE  |      |      |       |         |                      |                      |                      |          |                      |                      |                      |          |                      |                      |                      |          |                      |                      |                      |          |                      |                      |                      |         |                      |                      |                      |         |                      |                      |                      |         |                      |                      |                      |         |                      |                      |                      |   |  |      |      |       |           |                      |                      |                      |          |                      |                      |                      |          |                      |                      |                      |          |                      |                      |                      |          |                      |                      |                      |          |                      |                      |                      |          |                      |                      |                      |          |                      |                      |                      |         |                      |                      |                      |
| BCG ...   | <input type="text"/>   | <input type="text"/>   | <input type="text"/>   |      |      |       |         |                      |                      |                      |          |                      |                      |                      |          |                      |                      |                      |          |                      |                      |                      |          |                      |                      |                      |         |                      |                      |                      |         |                      |                      |                      |         |                      |                      |                      |         |                      |                      |                      |   |  |      |      |       |           |                      |                      |                      |          |                      |                      |                      |          |                      |                      |                      |          |                      |                      |                      |          |                      |                      |                      |          |                      |                      |                      |          |                      |                      |                      |          |                      |                      |                      |         |                      |                      |                      |
| P0 .....  | <input type="text"/>   | <input type="text"/>   | <input type="text"/>   |      |      |       |         |                      |                      |                      |          |                      |                      |                      |          |                      |                      |                      |          |                      |                      |                      |          |                      |                      |                      |         |                      |                      |                      |         |                      |                      |                      |         |                      |                      |                      |         |                      |                      |                      |   |  |      |      |       |           |                      |                      |                      |          |                      |                      |                      |          |                      |                      |                      |          |                      |                      |                      |          |                      |                      |                      |          |                      |                      |                      |          |                      |                      |                      |          |                      |                      |                      |         |                      |                      |                      |
| P1 .....  | <input type="text"/>   | <input type="text"/>   | <input type="text"/>   |      |      |       |         |                      |                      |                      |          |                      |                      |                      |          |                      |                      |                      |          |                      |                      |                      |          |                      |                      |                      |         |                      |                      |                      |         |                      |                      |                      |         |                      |                      |                      |         |                      |                      |                      |   |  |      |      |       |           |                      |                      |                      |          |                      |                      |                      |          |                      |                      |                      |          |                      |                      |                      |          |                      |                      |                      |          |                      |                      |                      |          |                      |                      |                      |          |                      |                      |                      |         |                      |                      |                      |
| P2 .....  | <input type="text"/>   | <input type="text"/>   | <input type="text"/>   |      |      |       |         |                      |                      |                      |          |                      |                      |                      |          |                      |                      |                      |          |                      |                      |                      |          |                      |                      |                      |         |                      |                      |                      |         |                      |                      |                      |         |                      |                      |                      |         |                      |                      |                      |   |  |      |      |       |           |                      |                      |                      |          |                      |                      |                      |          |                      |                      |                      |          |                      |                      |                      |          |                      |                      |                      |          |                      |                      |                      |          |                      |                      |                      |          |                      |                      |                      |         |                      |                      |                      |
| P3 .....  | <input type="text"/>   | <input type="text"/>   | <input type="text"/>   |      |      |       |         |                      |                      |                      |          |                      |                      |                      |          |                      |                      |                      |          |                      |                      |                      |          |                      |                      |                      |         |                      |                      |                      |         |                      |                      |                      |         |                      |                      |                      |         |                      |                      |                      |   |  |      |      |       |           |                      |                      |                      |          |                      |                      |                      |          |                      |                      |                      |          |                      |                      |                      |          |                      |                      |                      |          |                      |                      |                      |          |                      |                      |                      |          |                      |                      |                      |         |                      |                      |                      |
| DTC1 ..   | <input type="text"/>   | <input type="text"/>   | <input type="text"/>   |      |      |       |         |                      |                      |                      |          |                      |                      |                      |          |                      |                      |                      |          |                      |                      |                      |          |                      |                      |                      |         |                      |                      |                      |         |                      |                      |                      |         |                      |                      |                      |         |                      |                      |                      |   |  |      |      |       |           |                      |                      |                      |          |                      |                      |                      |          |                      |                      |                      |          |                      |                      |                      |          |                      |                      |                      |          |                      |                      |                      |          |                      |                      |                      |          |                      |                      |                      |         |                      |                      |                      |
| DTC2 ..   | <input type="text"/>   | <input type="text"/>   | <input type="text"/>   |      |      |       |         |                      |                      |                      |          |                      |                      |                      |          |                      |                      |                      |          |                      |                      |                      |          |                      |                      |                      |         |                      |                      |                      |         |                      |                      |                      |         |                      |                      |                      |         |                      |                      |                      |   |  |      |      |       |           |                      |                      |                      |          |                      |                      |                      |          |                      |                      |                      |          |                      |                      |                      |          |                      |                      |                      |          |                      |                      |                      |          |                      |                      |                      |          |                      |                      |                      |         |                      |                      |                      |
| DTC3 ..   | <input type="text"/>   | <input type="text"/>   | <input type="text"/>   |      |      |       |         |                      |                      |                      |          |                      |                      |                      |          |                      |                      |                      |          |                      |                      |                      |          |                      |                      |                      |         |                      |                      |                      |         |                      |                      |                      |         |                      |                      |                      |         |                      |                      |                      |   |  |      |      |       |           |                      |                      |                      |          |                      |                      |                      |          |                      |                      |                      |          |                      |                      |                      |          |                      |                      |                      |          |                      |                      |                      |          |                      |                      |                      |          |                      |                      |                      |         |                      |                      |                      |
| ROUG. .   | <input type="text"/>   | <input type="text"/>   | <input type="text"/>   |      |      |       |         |                      |                      |                      |          |                      |                      |                      |          |                      |                      |                      |          |                      |                      |                      |          |                      |                      |                      |         |                      |                      |                      |         |                      |                      |                      |         |                      |                      |                      |         |                      |                      |                      |   |  |      |      |       |           |                      |                      |                      |          |                      |                      |                      |          |                      |                      |                      |          |                      |                      |                      |          |                      |                      |                      |          |                      |                      |                      |          |                      |                      |                      |          |                      |                      |                      |         |                      |                      |                      |
|           | JOUR   | MOIS   | ANNÉE  |      |      |       |         |                      |                      |                      |          |                      |                      |                      |          |                      |                      |                      |          |                      |                      |                      |          |                      |                      |                      |         |                      |                      |                      |         |                      |                      |                      |         |                      |                      |                      |         |                      |                      |                      |   |  |      |      |       |           |                      |                      |                      |          |                      |                      |                      |          |                      |                      |                      |          |                      |                      |                      |          |                      |                      |                      |          |                      |                      |                      |          |                      |                      |                      |          |                      |                      |                      |         |                      |                      |                      |
| BCG ..... | <input type="text"/>   | <input type="text"/>   | <input type="text"/>   |      |      |       |         |                      |                      |                      |          |                      |                      |                      |          |                      |                      |                      |          |                      |                      |                      |          |                      |                      |                      |         |                      |                      |                      |         |                      |                      |                      |         |                      |                      |                      |         |                      |                      |                      |   |  |      |      |       |           |                      |                      |                      |          |                      |                      |                      |          |                      |                      |                      |          |                      |                      |                      |          |                      |                      |                      |          |                      |                      |                      |          |                      |                      |                      |          |                      |                      |                      |         |                      |                      |                      |
| P0 .....  | <input type="text"/>   | <input type="text"/>   | <input type="text"/>   |      |      |       |         |                      |                      |                      |          |                      |                      |                      |          |                      |                      |                      |          |                      |                      |                      |          |                      |                      |                      |         |                      |                      |                      |         |                      |                      |                      |         |                      |                      |                      |         |                      |                      |                      |   |  |      |      |       |           |                      |                      |                      |          |                      |                      |                      |          |                      |                      |                      |          |                      |                      |                      |          |                      |                      |                      |          |                      |                      |                      |          |                      |                      |                      |          |                      |                      |                      |         |                      |                      |                      |
| P1 .....  | <input type="text"/>   | <input type="text"/>   | <input type="text"/>   |      |      |       |         |                      |                      |                      |          |                      |                      |                      |          |                      |                      |                      |          |                      |                      |                      |          |                      |                      |                      |         |                      |                      |                      |         |                      |                      |                      |         |                      |                      |                      |         |                      |                      |                      |   |  |      |      |       |           |                      |                      |                      |          |                      |                      |                      |          |                      |                      |                      |          |                      |                      |                      |          |                      |                      |                      |          |                      |                      |                      |          |                      |                      |                      |          |                      |                      |                      |         |                      |                      |                      |
| P2 .....  | <input type="text"/>   | <input type="text"/>   | <input type="text"/>   |      |      |       |         |                      |                      |                      |          |                      |                      |                      |          |                      |                      |                      |          |                      |                      |                      |          |                      |                      |                      |         |                      |                      |                      |         |                      |                      |                      |         |                      |                      |                      |         |                      |                      |                      |   |  |      |      |       |           |                      |                      |                      |          |                      |                      |                      |          |                      |                      |                      |          |                      |                      |                      |          |                      |                      |                      |          |                      |                      |                      |          |                      |                      |                      |          |                      |                      |                      |         |                      |                      |                      |
| P3 .....  | <input type="text"/>   | <input type="text"/>   | <input type="text"/>   |      |      |       |         |                      |                      |                      |          |                      |                      |                      |          |                      |                      |                      |          |                      |                      |                      |          |                      |                      |                      |         |                      |                      |                      |         |                      |                      |                      |         |                      |                      |                      |         |                      |                      |                      |   |  |      |      |       |           |                      |                      |                      |          |                      |                      |                      |          |                      |                      |                      |          |                      |                      |                      |          |                      |                      |                      |          |                      |                      |                      |          |                      |                      |                      |          |                      |                      |                      |         |                      |                      |                      |
| DTC1 ...  | <input type="text"/>   | <input type="text"/>   | <input type="text"/>   |      |      |       |         |                      |                      |                      |          |                      |                      |                      |          |                      |                      |                      |          |                      |                      |                      |          |                      |                      |                      |         |                      |                      |                      |         |                      |                      |                      |         |                      |                      |                      |         |                      |                      |                      |   |  |      |      |       |           |                      |                      |                      |          |                      |                      |                      |          |                      |                      |                      |          |                      |                      |                      |          |                      |                      |                      |          |                      |                      |                      |          |                      |                      |                      |          |                      |                      |                      |         |                      |                      |                      |
| DTC2 ...  | <input type="text"/>   | <input type="text"/>   | <input type="text"/>   |      |      |       |         |                      |                      |                      |          |                      |                      |                      |          |                      |                      |                      |          |                      |                      |                      |          |                      |                      |                      |         |                      |                      |                      |         |                      |                      |                      |         |                      |                      |                      |         |                      |                      |                      |   |  |      |      |       |           |                      |                      |                      |          |                      |                      |                      |          |                      |                      |                      |          |                      |                      |                      |          |                      |                      |                      |          |                      |                      |                      |          |                      |                      |                      |          |                      |                      |                      |         |                      |                      |                      |
| DTC3 ...  | <input type="text"/>   | <input type="text"/>   | <input type="text"/>   |      |      |       |         |                      |                      |                      |          |                      |                      |                      |          |                      |                      |                      |          |                      |                      |                      |          |                      |                      |                      |         |                      |                      |                      |         |                      |                      |                      |         |                      |                      |                      |         |                      |                      |                      |   |  |      |      |       |           |                      |                      |                      |          |                      |                      |                      |          |                      |                      |                      |          |                      |                      |                      |          |                      |                      |                      |          |                      |                      |                      |          |                      |                      |                      |          |                      |                      |                      |         |                      |                      |                      |
| ROUG. .   | <input type="text"/>   | <input type="text"/>   | <input type="text"/>   |      |      |       |         |                      |                      |                      |          |                      |                      |                      |          |                      |                      |                      |          |                      |                      |                      |          |                      |                      |                      |         |                      |                      |                      |         |                      |                      |                      |         |                      |                      |                      |         |                      |                      |                      |   |  |      |      |       |           |                      |                      |                      |          |                      |                      |                      |          |                      |                      |                      |          |                      |                      |                      |          |                      |                      |                      |          |                      |                      |                      |          |                      |                      |                      |          |                      |                      |                      |         |                      |                      |                      |
| 446       | Est-ce-que (NOM) a reçu des vaccinations qui ne sont pas inscrites sur la carte ?<br><br>ENREGISTRER 'OUI' SEULEMENT SI L'ENQUÊTÉE MENTIONNE LE BCG, LA POLIO 1-3, LE DTC0q 1-3, ET/OU LA ROUGEOLE.  | OUI ..... 1<br>(INSISTER POUR VACCIN ET<br>ÉCRIRE '66' DANS LA COL.<br>CORRESPONDANT AU<br>JOUR DANS 445) ←<br>(PASSER À 449) ←<br>NON ..... 2<br>(PASSER À 449) ←<br>NSP ..... 8  | OUI ..... 1<br>(INSISTER POUR VACCIN ET<br>ÉCRIRE '66' DANS LA COL.<br>CORRESPONDANT AU<br>JOUR DANS 445) ←<br>(PASSER À 449) ←<br>NON ..... 2<br>(PASSER À 449) ←<br>NSP ..... 8          |      |      |       |         |                      |                      |                      |          |                      |                      |                      |          |                      |                      |                      |          |                      |                      |                      |          |                      |                      |                      |         |                      |                      |                      |         |                      |                      |                      |         |                      |                      |                      |         |                      |                      |                      |   |  |      |      |       |           |                      |                      |                      |          |                      |                      |                      |          |                      |                      |                      |          |                      |                      |                      |          |                      |                      |                      |          |                      |                      |                      |          |                      |                      |                      |          |                      |                      |                      |         |                      |                      |                      |

|      |  | DERNIÈRE NAISSANCE  |   | AVANT-DERNIÈRE NAISSANCE |  |
|------|--|---|---|--------------------------|--|
|      |  | NOM _____   |   | NOM _____                |  |
| 447  | (NOM) a-t-il/elle reçu des vaccinations pour lui éviter d'attraper des maladies ?  | OUI ..... 1<br>NON ..... 2<br>(PASSER À 449)←----- <br>NSP ..... 8  | OUI ..... 1<br>NON ..... 2<br>(PASSER À 449)←----- <br>NSP ..... 8  |                          |  |
| 448  | Dites moi, S.V.P., si (NOM) a reçu une des vaccination suivantes :   |   |   |                          |  |
| 448A | La vaccination du BCG, contre la tuberculose, c'est-à-dire une injection faite dans le bras ou l'épaule gauche et qui laisse une cicatrice ? | OUI ..... 1<br>NON ..... 2<br>NSP ..... 8   | OUI ..... 1<br>NON ..... 2<br>NSP ..... 8   |                          |  |
| 448B | Le vaccin contre la Polio, c'est-à-dire des gouttes dans la bouche ?   | OUI ..... 1<br>NON ..... 2<br>(PASSER À 448E)←----- <br>NSP ..... 8   | OUI ..... 1<br>NON ..... 2<br>(PASSER À 448E)←----- <br>NSP ..... 8   |                          |  |
| 448C | Combien de fois ?  | NOMBRE DE FOIS ..... <input type="checkbox"/>   | NOMBRE DE FOIS ..... <input type="checkbox"/>   |                          |  |
| 448D | Quand est-ce-que le premier vaccin contre la polio a-t-il été donné, juste après la naissance ou plus tard ?                                 | JUSTE APRÈS LA NAISSANCE ..... 1<br>PLUS TARD ..... 2   | JUSTE APRÈS LA NAISSANCE ..... 1<br>PLUS TARD ..... 2   |                          |  |
| 448E | Le vaccin du DTC0q, c'est-à-dire une injection faite en même temps que sont données les gouttes contre la Polio ?                            | OUI ..... 1<br>NON ..... 2<br>(PASSER À 448G)←----- <br>NSP ..... 8   | OUI ..... 1<br>NON ..... 2<br>(PASSER À 448G)←----- <br>NSP ..... 8   |                          |  |
| 448F | Combien de fois ?  | NOMBRE DE FOIS ..... <input type="checkbox"/>   | NOMBRE DE FOIS ..... <input type="checkbox"/>   |                          |  |
| 448G | Le vaccin contre la rougeole ?   | OUI ..... 1<br>NON ..... 2<br>NSP ..... 8   | OUI ..... 1<br>NON ..... 2<br>NSP ..... 8   |                          |  |
| 449  | Est-ce-que (NOM) a eu de la fièvre, à un moment quelconque, les 2 dernières semaines ?   | OUI ..... 1<br>NON ..... 2<br>NSP ..... 8   | OUI ..... 1<br>NON ..... 2<br>NSP ..... 8   |                          |  |
| 450  | Est-ce-que (NOM) a souffert de la toux, à un moment quelconque, les 2 dernières semaines ?   | OUI ..... 1<br>NON ..... 2<br>(PASSER À 453 A)←----- <br>NSP ..... 8  | OUI ..... 1<br>NON ..... 2<br>(PASSER À 453 A)←----- <br>NSP ..... 8  |                          |  |
| 451  | Quand (NOM) était malade de la toux, respirait-il/elle plus vite que d'habitude avec un souffle court et rapide ?                            | OUI ..... 1<br>NON ..... 2<br>NSP ..... 8   | OUI ..... 1<br>NON ..... 2<br>NSP ..... 8   |                          |  |
| 452  | Avez-vous demandé des conseils ou des traitements pour la toux ?   | OUI ..... 1<br>NON ..... 2<br>(PASSER À 453 A)←-----  | OUI ..... 1<br>NON ..... 2<br>(PASSER À 453 A)←-----  |                          |  |
| 453  | Où avez-vous demandé des conseil ou un traitement ?<br><br>Quelque part ailleurs ?<br><br><b>ENREGISTRER TOUT CE QUI EST MENTIONNÉ</b>       | SECTEUR PUBLIC<br>HÔPITAL ..... A<br>CENTRE DE SANTÉ ..... B<br>DISPENSARE ..... C<br>POSTE DE SANTÉ ..... D<br>AUTRE PUBLIC ..... E<br>(PRÉCISER)<br>SECTEUR MÉDICAL PRIVÉ<br>HÔPITAL PRIVÉ/CLINIQUE ..... G<br>PHARMACIE ..... H<br>MÉDECIN ..... I<br>AUTRE MÉDICAL PRIVÉ ..... L<br>(PRÉCISER)<br>AUTRE SOURCE<br>BOUTIQUE ..... M<br>MÉDECIN TRADITIONNEL ..... N<br>AUTRE ..... X<br>(PRÉCISER) | SECTEUR PUBLIC<br>HÔPITAL ..... A<br>CENTRE DE SANTÉ ..... B<br>DISPENSARE ..... C<br>POSTE DE SANTÉ ..... D<br>AUTRE PUBLIC ..... E<br>(PRÉCISER)<br>SECTEUR MÉDICAL PRIVÉ<br>HÔPITAL PRIVÉ/CLINIQUE ..... G<br>PHARMACIE ..... H<br>MÉDECIN ..... I<br>AUTRE MÉDICAL PRIVÉ ..... L<br>(PRÉCISER)<br>AUTRE SOURCE<br>BOUTIQUE ..... M<br>MÉDECIN TRADITIONNEL ..... N<br>AUTRE ..... X<br>(PRÉCISER) |                          |  |

|      |   | DERNIÈRE NAISSANCE   |  | AVANT-DERNIÈRE NAISSANCE  |  |
|------|---|--|--|---|--|
|      |   | NOM  |  | NOM   |  |
| 453A | (NOM) a-t-il/elle des difficultés à voir à la tombée du jour?   | OUI ..... 1<br>NON ..... 2<br>(PASSER À 453 C) ←<br>NSP ..... 8  |  | OUI ..... 1<br>NON ..... 2<br>(PASSER À 453 C) ←<br>NSP ..... 8   |  |
| 453B | (NOM) a-t-il/elle des difficultés à voir pendant la journée aussi?  | OUI ..... 1<br>NON ..... 2<br>NSP ..... 8  |  | OUI ..... 1<br>NON ..... 2<br>NSP ..... 8   |  |
| 453C | (NOM) a-t-il/elle jamais reçu un comprimé de Vitamine A semblable à celui-ci?<br><b>MONTREZ LE COMPRIMÉ DE VITAMINE A</b>   | OUI ..... 1<br>NON ..... 2<br>(PASSER À 454) ←<br>NSP ..... 8  |  | OUI ..... 1<br>NON ..... 2<br>(PASSER À 454) ←<br>NSP ..... 8   |  |
| 453D | Combien de temps y a-t-il depuis que (NOM) a reçu un comprimé de Vitamine A pour la dernière fois?  | MOIS ..... <input type="text"/>  |  | MOIS ..... <input type="text"/>   |  |
| 454  | Est-ce que (NOM) a eu la diarrhée dans les 2 dernières semaines ?   | OUI ..... 1<br>NON ..... 2<br>(PASSER À 464) ←<br>NSP ..... 8  |  | OUI ..... 1<br>NON ..... 2<br>(PASSER À 464) ←<br>NSP ..... 8   |  |
| 455  | Y avait-il du sang dans les selles ?  | OUI ..... 1<br>NON ..... 2<br>NSP ..... 8  |  | OUI ..... 1<br>NON ..... 2<br>NSP ..... 8   |  |
| 456  | Le pire jour de la diarrhée, combien de selles (NOM) a-t-il eu ?  | NOMBRE DE SELLES ..... <input type="text"/><br>NSP ..... 98  |  | NOMBRE DE SELLES ..... <input type="text"/><br>NSP ..... 98   |  |
| 457  | (NOM) a-t-il reçu la même quantité de liquide qu'avant la diarrhée, plus ou moins ?   | PAREIL ..... 1<br>PLUS ..... 2<br>MOINS ..... 3<br>NSP ..... 8   |  | PAREIL ..... 1<br>PLUS ..... 2<br>MOINS ..... 3<br>NSP ..... 8  |  |
| 458  | (NOM) a-t-il reçu la même quantité de nourriture avant la diarrhée, plus ou moins ?   | PAREIL ..... 1<br>PLUS ..... 2<br>MOINS ..... 3<br>NSP ..... 8   |  | PAREIL ..... 1<br>PLUS ..... 2<br>MOINS ..... 3<br>NSP ..... 8  |  |
| 458A |   | VÉRIFIEZ 427:<br>ENCORE ALLAITÉ <input type="checkbox"/><br>N'EST PLUS ALLAITÉ <input type="checkbox"/><br>(PASSER À 459)  |  | VÉRIFIEZ 427:<br>ENCORE ALLAITÉ <input type="checkbox"/><br>N'EST PLUS ALLAITÉ <input type="checkbox"/><br>(PASSER À 459)   |  |
| 458B | L'avez-vous allaité la même quantité des fois qu'avant la diarrhée, plus ou moins?  | MÊME ..... 1<br>PLUS ..... 2<br>MOINS ..... 3  |  | MÊME ..... 1<br>PLUS ..... 2<br>MOINS ..... 3   |  |
| 459  | Quand (NOM) avait la diarrhée, lui a-t-on donné à boire, une des choses suivantes:<br>Un liquide préparé à partir d'un sachet spécial appelé SRO/ODIVA ?<br>Une bouillie légère faite à partir de [RIZ OU AUTRE GRAIN, TUBERCULE, PLANTAIN]?<br>Soupe ?<br>Solution maison sel-sucre-eau (SSS)?<br>Boisson gazeuse autre que le Coca Cola?<br>Lait ou préparation pour bébé ?<br>Coca-Cola., rano-paoma?<br>Eau ?<br>N'importe quel autre liquide ? | OUI NON NSP<br>LIQUIDE DE SACHET ..... 1 2 8<br>BOUILLIE LÉGÈRE ..... 1 2 8<br>SOUPE ..... 1 2 8<br>SOL. SUCRÉE-SALÉE. .... 1 2 8<br>LIQUIDE INNACCEPTABLE ... 1 2 8<br>LAIT/PRÉPA. BÉBÉ ..... 1 2 8<br>LIQUIDE ACCEPTABLE ..... 1 2 8<br>EAU ..... 1 2 8<br>AUTRES LIQUIDES ..... 1 2 8 |  | OUI NON NSP<br>LIQUIDE DE SACHET ..... 1 2 8<br>BOUILLIE LÉGÈRE ..... 1 2 8<br>SOUPE ..... 1 2 8<br>SOL. SUCRÉE-SALÉE. .... 1 2 8<br>LIQUIDE INACCEPTABLE ... 1 2 8<br>LAIT/PRÉPA. BÉBÉ ..... 1 2 8<br>LIQUIDE ACCEPTABLE ..... 1 2 8<br>EAU ..... 1 2 8<br>AUTRES LIQUIDES ..... 1 2 8 |  |
| 460  | Est-ce que quelque chose d'autre a été donné à (NOM) pour traiter sa diarrhée ?   | OUI ..... 1<br>NON ..... 2<br>(PASSER À 462) ←<br>NSP ..... 8  |  | OUI ..... 1<br>NON ..... 2<br>(PASSER À 462) ←<br>NSP ..... 8   |  |

|     |   | DERNIÈRE NAISSANCE   |  | AVANT-DERNIÈRE NAISSANCE   |  |
|-----|---|--|--|--|--|
|     |   | NOM _____  |  | NOM _____  |  |
| 461 | Qu'est-ce qui a été donné pour traiter la diarrhée ?<br><br>Quelque chose d'autre ?<br><br><b>ENREGISTRER TOUT CE QUI EST MENTIONNÉ</b> | LIQUIDE MAISON RECOMMANDÉ (SSS) ..... A<br>COMPRIMÉ OU SIROP ..... B<br>INJECTION ..... C<br>(I.V.) INTRAVEINEUSES ..... D<br>REMÈDES MAISON/TRAD/ HERBES MÉDICINALES ..... E<br><br>AUTRE _____ X<br>(PRÉCISER)   |  | LIQUIDE MAISON RECOMMANDÉ (SSS) ..... A<br>COMPRIMÉ OU SIROP ..... B<br>INJECTION ..... C<br>(I.V.) INTRAVEINEUSES ..... D<br>REMÈDES MAISON/TRAD/ HERBES MÉDICINALES ..... E<br><br>AUTRE _____ X<br>(PRÉCISER)   |  |
| 462 | Avez-vous demandé des conseils ou un traitement pour la diarrhée ?  | OUI ..... 1<br>NON ..... 2<br>(PASSER À 464) ←   |  | OUI ..... 1<br>NON ..... 2<br>(PASSER À 464) ←   |  |
| 463 | Où avez-vous demandé des conseil ou un traitement ?<br><br>Quelque part ailleurs ?<br><br><b>ENREGISTRER TOUT CE QUI EST MENTIONNÉ</b>  | SECTEUR PUBLIC<br>HÔPITAL ..... A<br>CENTRE DE SANTÉ ..... B<br>DISPENSAIRE ..... C<br>POSTE MÉDICALE ..... D<br>AUTRE PUBLIC ..... E<br>(PRÉCISER)<br>SECTEUR MÉDICAL PRIVÉ<br>HÔPITAL PRIVÉ/CLINIQUE ..... G<br>PHARMACIE ..... H<br>MÉDECIN ..... I<br>AUTRE MÉDICAL PRIVÉ ..... L<br>(PRÉCISER)<br>AUTRE SOURCE<br>BOUTIQUE ..... M<br>MÉDECIN TRADITIONNEL ..... N<br><br>AUTRE _____ X<br>(PRÉCISER) |  | SECTEUR PUBLIC<br>HÔPITAL ..... A<br>CENTRE DE SANTÉ ..... B<br>DISPENSAIRE ..... C<br>POSTE MÉDICALE ..... D<br>AUTRE PUBLIC ..... E<br>(PRÉCISER)<br>SECTEUR MÉDICAL PRIVÉ<br>HÔPITAL PRIVÉ/CLINIQUE ..... G<br>PHARMACIE ..... H<br>MÉDECIN ..... I<br>AUTRE MÉDICAL PRIVÉ ..... L<br>(PRÉCISER)<br>AUTRE SOURCE<br>BOUTIQUE ..... M<br>MÉDECIN TRADITIONNEL ..... N<br><br>AUTRE _____ X<br>(PRÉCISER) |  |
| 464 |   | <b>RETOURNER À 442 DANS COLONNE SUIVANTE; OU SI PLUS DE NAISSANCES, PASSER À 465.</b>  |  | <b>RETOURNER À 442 DANS COLONNE SUIVANTE; OU SI PLUS DE NAISSANCES, PASSER À 465.</b>  |  |

| N°  | QUESTIONS ET FILTRES  | CODES   | PASSER À |
|-----|---|---|----------|
| 465 | Quand un enfant a la diarrhée, doit-on lui donner à boire moins que d'habitude, la même quantité ou plus à boire que d'habitude ?   | MOINS À BOIRE ..... 1<br>ENVIRON LA MÊME QUANTITÉ ..... 2<br>PLUS À BOIRE ..... 3<br>NSP ..... 8  |          |
| 466 | Quand un enfant a la diarrhée, doit-on lui donner à manger moins que d'habitude, la même quantité ou plus à manger que d'habitude ?   | MOINS À MANGER ..... 1<br>ENVIRON LA MÊME QUANTITÉ ..... 2<br>PLUS À MANGER ..... 3<br>NSP ..... 8  |          |
| 467 | Quand un enfant souffre de la diarrhée, quels sont les symptômes qui vous indiquent qu'il/elle devrait être conduit(e) dans un établissement de santé ou auprès de personnel de santé ?<br><br><b>ENREGISTRER TOUT CE QUI EST MENTIONNÉ</b> | SELLES LIQUIDES RÉPÉTÉES ..... A<br>DES SELLES LIQUIDES ..... B<br>VOMISSEMENTS RÉPÉTÉS ..... C<br>DES VOMISSEMENTS ..... D<br>SANG DANS LES SELLES ..... E<br>FIÈVRE ..... F<br>SOIF PRONONCÉE ..... G<br>NE MANGE/NE BOIT PAS BIEN ..... H<br>DEVIENT PLUS MALADE/TRÈS MAL ..... I<br>NE VA PAS MIEUX ..... J<br><br>AUTRE _____ X<br>(PRÉCISER)<br>NSP ..... Z |          |
| 468 | Quand un enfant souffre de la toux, quels sont les symptômes qui vous indiquent qu'il/elle devrait être conduit(e) dans un établissement de santé ou auprès de personnel de santé ?<br><br><b>ENREGISTRER TOUT CE QUI EST MENTIONNÉ</b>     | RESPIRATION RAPIDE ..... A<br>DIFFICULTÉ À RESPIRER ..... B<br>RESPIRATION BRUYANTE ..... C<br>FIÈVRE ..... D<br>INCAPABLE DE BOIRE ..... E<br>NE MANGE/NE BOIT PAS BIEN ..... H<br>DEVIENT PLUS MALADE/TRÈS MAL ..... I<br>NE VA PAS MIEUX ..... J<br><br>AUTRE _____ X<br>(PRÉCISER)<br>NSP ..... Z   |          |
| 469 | <b>VÉRIFIER 459, TOUTES LES COLONNES</b><br><br>AUCUN ENFANT N'A REÇU DE SRO <input type="checkbox"/> AU MOINS UN ENFANT A REÇU SRO <input type="checkbox"/>  |   | → 501    |
| 470 | Avez-vous déjà entendu parler d'un produit appelé SRO/ODIVA que l'on peut obtenir pour traiter la diarrhée ?  | OUI ..... 1<br>NON ..... 2  |          |



**SECTION 5. MARIAGE**

| N°.  | QUESTIONS ET FILTRES   | CODES  | PASSER   |  |                             |                         |                          |                        |                |                         |                 |                        |                             |     |               |   |   |  |
|--|--|--|--|--|-----------------------------|-------------------------|--------------------------|------------------------|----------------|-------------------------|-----------------|------------------------|-----------------------------|-----|---------------|---|---|--|
| 501  | PRÉSENCE D'AUTRES PERSONNES À CE MOMENT.   | <table border="0"> <tr> <td></td> <td>OUI</td> <td>NON</td> </tr> <tr> <td>ENFANTS MOINS DE 10 ANS</td> <td>1</td> <td>2</td> </tr> <tr> <td>MARI/CONJOINT</td> <td>1</td> <td>2</td> </tr> <tr> <td>AUTRES HOMMES</td> <td>1</td> <td>2</td> </tr> <tr> <td>AUTRES FEMMES</td> <td>1</td> <td>2</td> </tr> </table>   |  | OUI  | NON                         | ENFANTS MOINS DE 10 ANS | 1                        | 2                      | MARI/CONJOINT  | 1                       | 2               | AUTRES HOMMES          | 1                           | 2   | AUTRES FEMMES | 1 | 2 |  |
|  | OUI  | NON  |  |  |                             |                         |                          |                        |                |                         |                 |                        |                             |     |               |   |   |  |
| ENFANTS MOINS DE 10 ANS  | 1  | 2  |  |  |                             |                         |                          |                        |                |                         |                 |                        |                             |     |               |   |   |  |
| MARI/CONJOINT  | 1  | 2  |  |  |                             |                         |                          |                        |                |                         |                 |                        |                             |     |               |   |   |  |
| AUTRES HOMMES  | 1  | 2  |  |  |                             |                         |                          |                        |                |                         |                 |                        |                             |     |               |   |   |  |
| AUTRES FEMMES  | 1  | 2  |  |  |                             |                         |                          |                        |                |                         |                 |                        |                             |     |               |   |   |  |
| 502  | Êtes-vous actuellement mariée ou vivez-vous actuellement avec un homme ?   | <table border="0"> <tr> <td>OUI, ACTUELLEMENT MARIÉE</td> <td>1</td> </tr> <tr> <td>OUI, VIT AVEC UN HOMME</td> <td>2</td> </tr> <tr> <td>NON, PAS EN UNION</td> <td>3</td> </tr> </table>   | OUI, ACTUELLEMENT MARIÉE   | 1  | OUI, VIT AVEC UN HOMME      | 2                       | NON, PAS EN UNION        | 3                      | →507           |                         |                 |                        |                             |     |               |   |   |  |
| OUI, ACTUELLEMENT MARIÉE   | 1  |  |  |  |                             |                         |                          |                        |                |                         |                 |                        |                             |     |               |   |   |  |
| OUI, VIT AVEC UN HOMME   | 2  |  |  |  |                             |                         |                          |                        |                |                         |                 |                        |                             |     |               |   |   |  |
| NON, PAS EN UNION  | 3  |  |  |  |                             |                         |                          |                        |                |                         |                 |                        |                             |     |               |   |   |  |
| 503  | Avez-vous actuellement un partenaire sexuel régulier, un partenaire sexuel occasionnel ou pas de partenaire sexuel du tout ?   | <table border="0"> <tr> <td>PARTENAIRE SEXUEL RÉGULIER</td> <td>1</td> </tr> <tr> <td>PARTENAIRE SEX. OCCASIONNEL</td> <td>2</td> </tr> <tr> <td>PAS DE PARTENAIRE SEXUEL</td> <td>3</td> </tr> </table>   | PARTENAIRE SEXUEL RÉGULIER   | 1  | PARTENAIRE SEX. OCCASIONNEL | 2                       | PAS DE PARTENAIRE SEXUEL | 3                      |                |                         |                 |                        |                             |     |               |   |   |  |
| PARTENAIRE SEXUEL RÉGULIER   | 1  |  |  |  |                             |                         |                          |                        |                |                         |                 |                        |                             |     |               |   |   |  |
| PARTENAIRE SEX. OCCASIONNEL  | 2  |  |  |  |                             |                         |                          |                        |                |                         |                 |                        |                             |     |               |   |   |  |
| PAS DE PARTENAIRE SEXUEL   | 3  |  |  |  |                             |                         |                          |                        |                |                         |                 |                        |                             |     |               |   |   |  |
| 504  | Avez-vous déjà été mariée ou avez-vous déjà vécu avec un homme ?   | <table border="0"> <tr> <td>OUI, A ÉTÉ MARIÉE</td> <td>1</td> </tr> <tr> <td>OUI, A VÉCU AVEC UN HOMME</td> <td>2</td> </tr> <tr> <td>NON</td> <td>3</td> </tr> </table>   | OUI, A ÉTÉ MARIÉE  | 1  | OUI, A VÉCU AVEC UN HOMME   | 2                       | NON                      | 3                      | →511<br>→515   |                         |                 |                        |                             |     |               |   |   |  |
| OUI, A ÉTÉ MARIÉE  | 1  |  |  |  |                             |                         |                          |                        |                |                         |                 |                        |                             |     |               |   |   |  |
| OUI, A VÉCU AVEC UN HOMME  | 2  |  |  |  |                             |                         |                          |                        |                |                         |                 |                        |                             |     |               |   |   |  |
| NON  | 3  |  |  |  |                             |                         |                          |                        |                |                         |                 |                        |                             |     |               |   |   |  |
| 506  | Quelle est votre situation matrimoniale actuelle : êtes-vous veuve, divorcée ou séparée ?  | <table border="0"> <tr> <td>VEUVE</td> <td>1</td> </tr> <tr> <td>DIVORCÉE</td> <td>2</td> </tr> <tr> <td>SÉPARÉE</td> <td>3</td> </tr> </table>  | VEUVE  | 1  | DIVORCÉE                    | 2                       | SÉPARÉE                  | 3                      | →511           |                         |                 |                        |                             |     |               |   |   |  |
| VEUVE  | 1  |  |  |  |                             |                         |                          |                        |                |                         |                 |                        |                             |     |               |   |   |  |
| DIVORCÉE   | 2  |  |  |  |                             |                         |                          |                        |                |                         |                 |                        |                             |     |               |   |   |  |
| SÉPARÉE  | 3  |  |  |  |                             |                         |                          |                        |                |                         |                 |                        |                             |     |               |   |   |  |
| 507  | Est-ce-que votre mar/conjoint vit avec vous ou vit-il ailleurs ?   | <table border="0"> <tr> <td>VIT AVEC ELLE</td> <td>1</td> </tr> <tr> <td>VIT AILLEURS</td> <td>2</td> </tr> </table>   | VIT AVEC ELLE  | 1  | VIT AILLEURS                | 2                       |                          |                        |                |                         |                 |                        |                             |     |               |   |   |  |
| VIT AVEC ELLE  | 1  |  |  |  |                             |                         |                          |                        |                |                         |                 |                        |                             |     |               |   |   |  |
| VIT AILLEURS   | 2  |  |  |  |                             |                         |                          |                        |                |                         |                 |                        |                             |     |               |   |   |  |
| 508  | Est-ce-que votre mari/conjoint a d'autre épouses en plus de vous-même ?  | <table border="0"> <tr> <td>OUI</td> <td>1</td> </tr> <tr> <td>NON</td> <td>2</td> </tr> </table>  | OUI  | 1  | NON                         | 2                       | →511                     |                        |                |                         |                 |                        |                             |     |               |   |   |  |
| OUI  | 1  |  |  |  |                             |                         |                          |                        |                |                         |                 |                        |                             |     |               |   |   |  |
| NON  | 2  |  |  |  |                             |                         |                          |                        |                |                         |                 |                        |                             |     |               |   |   |  |
| 509  | Combien d'autres femmes a-t-il ?   | <table border="0"> <tr> <td>NOMBRE</td> <td><input type="text"/></td> </tr> <tr> <td>NSP</td> <td>98</td> </tr> </table>   | NOMBRE   | <input type="text"/>   | NSP                         | 98                      | →511                     |                        |                |                         |                 |                        |                             |     |               |   |   |  |
| NOMBRE   | <input type="text"/>   |  |  |  |                             |                         |                          |                        |                |                         |                 |                        |                             |     |               |   |   |  |
| NSP  | 98   |  |  |  |                             |                         |                          |                        |                |                         |                 |                        |                             |     |               |   |   |  |
| 510  | Êtes-vous la première, la seconde .... épouse ?  | <table border="0"> <tr> <td>RANG</td> <td><input type="text"/></td> </tr> </table>   | RANG   | <input type="text"/>   |                             |                         |                          |                        |                |                         |                 |                        |                             |     |               |   |   |  |
| RANG   | <input type="text"/>   |  |  |  |                             |                         |                          |                        |                |                         |                 |                        |                             |     |               |   |   |  |
| 511  | Avez-vous été mariée ou avez-vous vécu en union avec un homme, une fois ou plus d'une fois ?   | <table border="0"> <tr> <td>UNE SEULE FOIS</td> <td>1</td> </tr> <tr> <td>PLUS D'UNE FOIS</td> <td>2</td> </tr> </table>   | UNE SEULE FOIS   | 1  | PLUS D'UNE FOIS             | 2                       |                          |                        |                |                         |                 |                        |                             |     |               |   |   |  |
| UNE SEULE FOIS   | 1  |  |  |  |                             |                         |                          |                        |                |                         |                 |                        |                             |     |               |   |   |  |
| PLUS D'UNE FOIS  | 2  |  |  |  |                             |                         |                          |                        |                |                         |                 |                        |                             |     |               |   |   |  |
| 512  | <p><b>VÉRIFIER 511:</b></p> <table border="0"> <tr> <td> <p><b>MARIÉE/A VÉCU AVEC UN HOMME SEULEMENT UNE FOIS</b></p> <p>En quel mois et quelle année avez-vous commencé à vivre avec votre mari/conjoint ?</p> </td> <td> <p><b>MARIÉE/A VÉCU AVEC UN HOMME PLUS D'UNE FOIS</b></p> <p>Maintenant, nous allons parler de votre premier mari/conjoint. En quel mois et quelle année avez-vous commencé à vivre avec lui ?</p> </td> </tr> </table> | <p><b>MARIÉE/A VÉCU AVEC UN HOMME SEULEMENT UNE FOIS</b></p> <p>En quel mois et quelle année avez-vous commencé à vivre avec votre mari/conjoint ?</p>   | <p><b>MARIÉE/A VÉCU AVEC UN HOMME PLUS D'UNE FOIS</b></p> <p>Maintenant, nous allons parler de votre premier mari/conjoint. En quel mois et quelle année avez-vous commencé à vivre avec lui ?</p> | <table border="0"> <tr> <td>MOIS</td> <td><input type="text"/></td> </tr> <tr> <td>NSP MOIS</td> <td>98</td> </tr> <tr> <td>ANNÉE</td> <td>19 <input type="text"/></td> </tr> <tr> <td>NSP ANNÉE</td> <td>9998</td> </tr> </table> | MOIS                        | <input type="text"/>    | NSP MOIS                 | 98                     | ANNÉE          | 19 <input type="text"/> | NSP ANNÉE       | 9998                   | →515                        |     |               |   |   |  |
| <p><b>MARIÉE/A VÉCU AVEC UN HOMME SEULEMENT UNE FOIS</b></p> <p>En quel mois et quelle année avez-vous commencé à vivre avec votre mari/conjoint ?</p> | <p><b>MARIÉE/A VÉCU AVEC UN HOMME PLUS D'UNE FOIS</b></p> <p>Maintenant, nous allons parler de votre premier mari/conjoint. En quel mois et quelle année avez-vous commencé à vivre avec lui ?</p>   |  |  |  |                             |                         |                          |                        |                |                         |                 |                        |                             |     |               |   |   |  |
| MOIS   | <input type="text"/>   |  |  |  |                             |                         |                          |                        |                |                         |                 |                        |                             |     |               |   |   |  |
| NSP MOIS   | 98   |  |  |  |                             |                         |                          |                        |                |                         |                 |                        |                             |     |               |   |   |  |
| ANNÉE  | 19 <input type="text"/>  |  |  |  |                             |                         |                          |                        |                |                         |                 |                        |                             |     |               |   |   |  |
| NSP ANNÉE  | 9998   |  |  |  |                             |                         |                          |                        |                |                         |                 |                        |                             |     |               |   |   |  |
| 513  | Quel âge aviez-vous quand vous avez commencé à vivre avec lui ?  | <table border="0"> <tr> <td>ÂGE</td> <td><input type="text"/></td> </tr> </table>  | ÂGE  | <input type="text"/>   |                             |                         |                          |                        |                |                         |                 |                        |                             |     |               |   |   |  |
| ÂGE  | <input type="text"/>   |  |  |  |                             |                         |                          |                        |                |                         |                 |                        |                             |     |               |   |   |  |
| 515  | <p>Maintenant, je voudrais vous poser quelques questions sur votre activité sexuelle afin de mieux comprendre certains problèmes en rapport avec la planification familiale.</p> <p>Il y a combien de temps que vous avez eu votre dernier rapport sexuel (si vous en avez déjà eu) ?</p>  | <table border="0"> <tr> <td>JAMAIS</td> <td>000</td> </tr> <tr> <td>NOMBRE DE JOURS</td> <td>1 <input type="text"/></td> </tr> <tr> <td>NOMBRE DE SEMAINES</td> <td>2 <input type="text"/></td> </tr> <tr> <td>NOMBRE DE MOIS</td> <td>3 <input type="text"/></td> </tr> <tr> <td>NOMBRE D'ANNÉES</td> <td>4 <input type="text"/></td> </tr> <tr> <td>AVANT LA DERNIÈRE NAISSANCE</td> <td>996</td> </tr> </table> | JAMAIS   | 000  | NOMBRE DE JOURS             | 1 <input type="text"/>  | NOMBRE DE SEMAINES       | 2 <input type="text"/> | NOMBRE DE MOIS | 3 <input type="text"/>  | NOMBRE D'ANNÉES | 4 <input type="text"/> | AVANT LA DERNIÈRE NAISSANCE | 996 | →608          |   |   |  |
| JAMAIS   | 000  |  |  |  |                             |                         |                          |                        |                |                         |                 |                        |                             |     |               |   |   |  |
| NOMBRE DE JOURS  | 1 <input type="text"/>   |  |  |  |                             |                         |                          |                        |                |                         |                 |                        |                             |     |               |   |   |  |
| NOMBRE DE SEMAINES   | 2 <input type="text"/>   |  |  |  |                             |                         |                          |                        |                |                         |                 |                        |                             |     |               |   |   |  |
| NOMBRE DE MOIS   | 3 <input type="text"/>   |  |  |  |                             |                         |                          |                        |                |                         |                 |                        |                             |     |               |   |   |  |
| NOMBRE D'ANNÉES  | 4 <input type="text"/>   |  |  |  |                             |                         |                          |                        |                |                         |                 |                        |                             |     |               |   |   |  |
| AVANT LA DERNIÈRE NAISSANCE  | 996  |  |  |  |                             |                         |                          |                        |                |                         |                 |                        |                             |     |               |   |   |  |

| N°.  | QUESTIONS ET FILTRES   | CODES   | PASSER |
|------|--|---|--------|
| 516  | <b>VÉRIFIER 301 ET 302:</b><br><b>CONNAÎT CONDOM</b> <input type="checkbox"/><br>Lors de votre dernier rapport sexuel, avez-vous utilisé un condom ?<br><br><b>NE CONNAÎT PAS LE CONDOM</b> <input type="checkbox"/><br>Certains hommes utilisent un condom, c'est-à-dire qu'ils mettent une capote en caoutchouc sur leur pénis avant d'avoir des rapports sexuels. Lors de votre dernier rapport sexuel, avez-vous utilisé un condom | OUI ..... 1<br>NON ..... 2<br>NSP ..... 8 → 517   |        |
| 516A | Connaissez-vous la marque du condom que votre partenaire a utilisé la dernière fois que vous-avez eu des rapport sexuels?<br><br><b>SI "OUI"</b><br>C'est laquelle?<br><br>_____   | PROTECTOR ..... 1<br>PANTHER ..... 2<br>PROFILTEX ..... 3<br>SULTAN ..... 4<br>STIMULEV ..... 5<br>CORÉEN (VIOLETTE) ..... 6<br>AUTRE ..... 7<br>(PRÉCISER)<br>NSP ..... 8  |        |
| 517  | Connaissez-vous un endroit où vous pouvez vous procurer des condoms ?  | OUI ..... 1<br>NON ..... 2 → 519  |        |
| 518  | Où est-ce ?<br><br><b>S'IL S'AGIT D'UN HÔPITAL, D'UN CENTRE DE SANTÉ OU D'UNE CLINIQUE, NOTER LE NOM DU LIEU. INSISTER POUR DÉTERMINER LE TYPE DE SERVICE ET ENCERCLER LE CODE APPROPRIÉ.</b><br><br>_____ (NOM DE L'ENDROIT)  | <b>SECTEUR PUBLIC</b><br>HÔPITAL ..... A<br>CENTRE DE SANTÉ ..... B<br>DISPENSARE ..... C<br>AUTRE PUBLIC ..... X<br>(PRÉCISER)<br><b>SECTEUR MÉDICAL PRIVÉ</b><br>HÔPITAL PRIVÉ/CLINIQUE ..... E<br>PHARMACIE ..... F<br>MÉDECIN ..... G<br>CENTRE DE PF/FISA ..... H<br>AUTRE MÉDICAL PRIVÉ ..... Y<br>(PRÉCISER)<br><b>AUTRE SOURCE</b><br>BOUTIQUE ..... I<br>CENTRES RELIGIEUX ..... J<br>PARENTS ..... K<br>AMIS ..... L<br>AUTRE ..... Z<br>(PRÉCISER) |        |
| 519  | Quel âge aviez-vous quand vous avez eu votre premier rapport sexuel ?  | ÂGE ..... <input type="text"/><br>PREMIÈRE FOIS AU MARIAGE .... 96  |        |
| 520  | <b>VÉRIFIER 515 :</b><br><b>MOINS DE 12 MOIS DEPUIS LES DERNIERS RAPPORTS SEXUELS</b> <input type="checkbox"/><br><br><b>12 MOIS OU PLUS DEPUIS LES DERNIERS RAPPORTS SEXUELS</b> <input type="checkbox"/> → 601   |   |        |
| 521  | Au cours des 12 derniers mois, avec combien de personnes différentes avez -vous eu des rapports sexuels?   | NOMBRE DE PERSONNES .. <input type="text"/><br>NSP ..... 96   |        |

**SECTION 6. PRÉFÉRENCES EN MATIÈRE DE FÉCONDITÉ**

| N°N. | QUESTIONS ET FILTRES   | CODES  | PASSER À             |
|------|--|--|----------------------|
| 601  | <b>VÉRIFIER 314:</b><br>NI LUI NI ELLE STÉRILISÉ <input type="checkbox"/> LUI OU ELLE STÉRILISÉ <input type="checkbox"/>   |  | →612                 |
| 602  | <b>VÉRIFIER 227:</b><br>PAS ENCEINTE OU PAS SÛRE <input type="checkbox"/> ENCEINTE <input type="checkbox"/><br>Maintenant j'ai quelques questions au sujet de l'avenir. Voudriez-vous avoir un (autre) enfant ou préféreriez-vous ne pas avoir d'(autres)enfants ?<br>Maintenant j'ai quelques questions au sujet de l'avenir. Après l'enfant que vous attendez, voudriez-vous avoir un autre enfant ou préféreriez-vous ne pas avoir d'autres enfants ? | AVOIR UN (AUTRE) ENFANT ..... 1<br>PAS D'AUTRE/AUCUN ..... 2<br>DIT NE PEUT PAS ÊTRE ENCEINTE .. 3<br>INDÉCISE/NSP ..... 8   | →604<br>→606<br>→604 |
| 603  | <b>VÉRIFIER 227:</b><br>PAS ENCEINTE OU PAS SÛRE <input type="checkbox"/> ENCEINTE <input type="checkbox"/><br>Combien de temps voudriez-vous attendre avant la naissance d'un (autre) enfant ?<br>Après l'enfant que vous attendez, combien de temps voudriez-vous attendre avant la naissance d'un autre enfant ?  | MOIS ..... 1<br>ANNÉES ..... 2<br>BIENTÔT/MAINTENANT ..... 993<br>DIT NE PEUT PAS ÊTRE ENCEINTE 994<br>APRÈS LE MARIAGE ..... 995<br>AUTRE ..... 996<br>(PRÉCISER)<br>NSP ..... 998  | →606                 |
| 604  | <b>VÉRIFIER 227:</b><br>PAS ENCEINTE OU PAS SÛRE <input type="checkbox"/> ENCEINTE <input type="checkbox"/>  |  | →607                 |
| 605  | Si vous tombez enceinte dans les prochaines semaines, seriez-vous <b>contente, pas contente</b> ou cela <b>vous serait-il égal</b> ?   | CONTENTE ..... 1<br>PAS CONTENTE ..... 2<br>ÉGAL ..... 3   |                      |
| 606  | <b>VÉRIFIER 313: UTILISE UNE MÉTHODE ?</b><br>PAS POSÉE <input type="checkbox"/> N'UTILISE PAS ACTUELLEMENT <input type="checkbox"/> UTILISE ACTUELLEMENT <input type="checkbox"/>   |  | →612                 |
| 607  | Pensez-vous que vous utiliserez une méthode pour éviter ou retarder une grossesse dans les 12 prochains mois ?   | OUI ..... 1<br>NON ..... 2<br>NSP ..... 8  | →609                 |
| 608  | Pensez-vous que vous utiliserez une méthode pour éviter ou retarder une grossesse dans le futur ?  | OUI ..... 1<br>NON ..... 2<br>NSP ..... 8  | →610                 |
| 609  | Quelle méthode préféreriez-vous utiliser ?   | PILULE ..... 01<br>DIU ..... 02<br>INJECTION ..... 03<br>IMPLANT ..... 04<br>DIAPHRAGME/MOUSSE/GELÉE ..... 05<br>CONDOM ..... 06<br>STÉRILISATION FÉMININE ..... 07<br>STÉRILISATION MASCULINE ..... 08<br>CONTINENCE PÉRIODIQUE ..... 09<br>RETRAIT ..... 10<br>AUTRE ..... 96<br>(PRÉCISER)<br>PAS SÛRE ..... 98 | →612                 |

| N°N. | QUESTIONS ET FILTRES   | CODES  | PASSER À |
|------|--|--|----------|
| 610  | Quelle est la principale raison pour laquelle vous pensez que vous n'utiliserez jamais une méthode ?   | PAS MARIÉE ..... 11<br>RAISONS LIÉES À LA FÉCONDITÉ<br>PAS DE RAPPORTS SEXUELS ... 21<br>RAP. SEX. PEU FRÉQUENTS ... 22<br>MENOPAUSE/HYSTÉRECTOMIE ... 23<br>SOUS-FÉCONDE/STÉRILE ..... 24<br>POST-PARTUM/ALLAITEMENT ... 25<br>VEUT (D'AUTRES ) ENFANTS ... 26<br>OPPOSITION À L'UTILISATION<br>ENQUÊTÉE OPPOSÉE ..... 31<br>CONJOINT OPPOSÉ ..... 32<br>AUTRES PERSONNES OPPOSÉES 33<br>INTERDITS RELIGIEUX ..... 34<br>MANQUE DE CONNAISSANCE<br>NE CONNAÎT PAS DE MÉTHODE . 41<br>NE CONNAÎT PAS DE SOURCE ... 42<br>RAISONS LIÉES À LA MÉTHODES<br>PROBLÈMES DE SANTÉ ..... 51<br>PEUR DES EFFETS SECONDAIRES 52<br>PAS ACCESSIBLE/TROP LOIN ... 53<br>TROP CHÈRE ..... 54<br>PAS PRATIQUE À UTILISER ..... 55<br>INTERFÈRE AVEC LE PROCESSUS<br>NORMAL DU CORPS ..... 56<br>AUTRE ..... 96<br>(PRÉCISER)<br>NSP ..... 98 | →612     |
| 611  | Utiliserez-vous une méthode si vous étiez mariée ?   | OUI ..... 1<br>NON ..... 2<br>NSP ..... 8  |          |
| 612  | <b>VÉRIFIER 216:</b><br>A DES ENFANTS VIVANTS <input type="checkbox"/><br>N'A PAS D'ENFANT VIVANTS <input type="checkbox"/><br>Si vous pouviez revenir à l'époque où vous n'aviez pas d'enfant et choisir exactement le nombre d'enfant à avoir dans toute votre vie, combien voudriez-vous en avoir ?<br>Si vous pouviez choisir exactement le nombre d'enfant à avoir dans toute votre vie, combien voudriez-vous en avoir ?<br><b>INSISTER POUR OBTENIR UNE RÉPONSE NUMÉRIQUE</b> | NOMBRE ..... <input type="text"/><br>AUTRE ..... 96<br>(PRÉCISER)  | →614     |
| 613  | Parmi ces enfants, combien souhaiteriez-vous de garçons et combien souhaiteriez-vous de filles et pour combien cela n'a-t-il pas d'importance ?  | GARÇONS<br>NOMBRE ..... <input type="text"/><br>AUTRE ..... 96<br>(PRÉCISER)<br>FILLES<br>NOMBRE ..... <input type="text"/><br>AUTRE ..... 96<br>(PRÉCISER)<br>N'IMPORTE<br>NOMBRE ..... <input type="text"/><br>AUTRE ..... 96<br>(PRÉCISER)  |          |
| 614  | En général, approuvez-vous ou désapprouvez-vous les couples qui utilisent une méthode pour éviter une grossesse ?  | APPROUVE ..... 1<br>DÉSAPPROUVE ..... 2<br>SANS OPINION ..... 3  |          |
| 615  | Trouvez-vous acceptable ou pas acceptable que des informations sur la planification familiale soient données :<br>À la radio?<br>À la télévision ?   | PAS ACCEPT- ACCEPT-<br>ABLE ABLE NSP<br>RADIO ..... 1 2 8<br>TÉLÉVISION .... 1 2 8   |          |

| N°N.                      | QUESTIONS ET FILTRES  | CODES   | PASSER À              |     |                        |             |                       |   |                  |   |                |                          |             |   |                  |   |                       |                           |             |   |  |            |  |
|---------------------------|---|---|-----------------------|-----|------------------------|-------------|-----------------------|---|------------------|---|----------------|--------------------------|-------------|---|------------------|---|-----------------------|---------------------------|-------------|---|--|------------|--|
| 616                       | Durant les derniers mois, avez-vous entendu ou lu des messages sur la planification familiale :<br>À la radio?<br>À la télévision?<br>Dans un journal ou un magazine?<br>Sur une affiche?<br>Sur des prospectus ou une brochure ?   | <table> <tr> <td></td> <td>OUI</td> <td>NON</td> </tr> <tr> <td>RADIO .....</td> <td>1</td> <td>2</td> </tr> <tr> <td>TÉLÉVISION .....</td> <td>1</td> <td>2</td> </tr> <tr> <td>JOURNAUX OU MAGAZINES ..</td> <td>1</td> <td>2</td> </tr> <tr> <td>AFFICHE .....</td> <td>1</td> <td>2</td> </tr> <tr> <td>PROSPECTUS OU BROCHURES ?</td> <td>1</td> <td>2</td> </tr> </table>   |                       | OUI | NON                    | RADIO ..... | 1                     | 2 | TÉLÉVISION ..... | 1 | 2              | JOURNAUX OU MAGAZINES .. | 1           | 2 | AFFICHE .....    | 1 | 2                     | PROSPECTUS OU BROCHURES ? | 1           | 2 |  |            |  |
|                           | OUI   | NON   |                       |     |                        |             |                       |   |                  |   |                |                          |             |   |                  |   |                       |                           |             |   |  |            |  |
| RADIO .....               | 1   | 2   |                       |     |                        |             |                       |   |                  |   |                |                          |             |   |                  |   |                       |                           |             |   |  |            |  |
| TÉLÉVISION .....          | 1   | 2   |                       |     |                        |             |                       |   |                  |   |                |                          |             |   |                  |   |                       |                           |             |   |  |            |  |
| JOURNAUX OU MAGAZINES ..  | 1   | 2   |                       |     |                        |             |                       |   |                  |   |                |                          |             |   |                  |   |                       |                           |             |   |  |            |  |
| AFFICHE .....             | 1   | 2   |                       |     |                        |             |                       |   |                  |   |                |                          |             |   |                  |   |                       |                           |             |   |  |            |  |
| PROSPECTUS OU BROCHURES ? | 1   | 2   |                       |     |                        |             |                       |   |                  |   |                |                          |             |   |                  |   |                       |                           |             |   |  |            |  |
| 617                       | Durant les derniers mois, avez-vous écouté un programme de radio appelé <i>sarivolana</i> ?   | <table> <tr> <td>OUI .....</td> <td>1</td> </tr> <tr> <td>NON .....</td> <td>2</td> </tr> </table>  | OUI .....             | 1   | NON .....              | 2           | →618                  |   |                  |   |                |                          |             |   |                  |   |                       |                           |             |   |  |            |  |
| OUI .....                 | 1   |   |                       |     |                        |             |                       |   |                  |   |                |                          |             |   |                  |   |                       |                           |             |   |  |            |  |
| NON .....                 | 2   |   |                       |     |                        |             |                       |   |                  |   |                |                          |             |   |                  |   |                       |                           |             |   |  |            |  |
| 617A                      | Combien des fois avez-vous écouté ce programme durant les douze derniers mois?  | <table> <tr> <td>MOINS DE 5 FOIS .....</td> <td>1</td> </tr> <tr> <td>5 À 10 FOIS .....</td> <td>2</td> </tr> <tr> <td>PLUS DE 10 FOIS .....</td> <td>3</td> </tr> <tr> <td>NSP .....</td> <td>8</td> </tr> </table>  | MOINS DE 5 FOIS ..... | 1   | 5 À 10 FOIS .....      | 2           | PLUS DE 10 FOIS ..... | 3 | NSP .....        | 8 |                |                          |             |   |                  |   |                       |                           |             |   |  |            |  |
| MOINS DE 5 FOIS .....     | 1   |   |                       |     |                        |             |                       |   |                  |   |                |                          |             |   |                  |   |                       |                           |             |   |  |            |  |
| 5 À 10 FOIS .....         | 2   |   |                       |     |                        |             |                       |   |                  |   |                |                          |             |   |                  |   |                       |                           |             |   |  |            |  |
| PLUS DE 10 FOIS .....     | 3   |   |                       |     |                        |             |                       |   |                  |   |                |                          |             |   |                  |   |                       |                           |             |   |  |            |  |
| NSP .....                 | 8   |   |                       |     |                        |             |                       |   |                  |   |                |                          |             |   |                  |   |                       |                           |             |   |  |            |  |
| 618                       | Au cours des derniers mois, avez-vous discuté de la planification familiale avec vos ami(e)s, vos voisins ou vos parents ?  | <table> <tr> <td>OUI .....</td> <td>1</td> </tr> <tr> <td>NON .....</td> <td>2</td> </tr> </table>  | OUI .....             | 1   | NON .....              | 2           | →620                  |   |                  |   |                |                          |             |   |                  |   |                       |                           |             |   |  |            |  |
| OUI .....                 | 1   |   |                       |     |                        |             |                       |   |                  |   |                |                          |             |   |                  |   |                       |                           |             |   |  |            |  |
| NON .....                 | 2   |   |                       |     |                        |             |                       |   |                  |   |                |                          |             |   |                  |   |                       |                           |             |   |  |            |  |
| 619                       | Avec qui en avez-vous discuté ?<br>Quelqu'un d'autre ?<br><br><b>ENREGISTRER TOUTES LES PERSONNES MENTIONNÉES</b>   | <table> <tr> <td>MARI/CONJOINT .....</td> <td>A</td> </tr> <tr> <td>MÈRE .....</td> <td>B</td> </tr> <tr> <td>PÈRE .....</td> <td>C</td> </tr> <tr> <td>SOEUR(S) .....</td> <td>D</td> </tr> <tr> <td>FRÈRE(S) .....</td> <td>E</td> </tr> <tr> <td>FILLE .....</td> <td>F</td> </tr> <tr> <td>BELLE-MÈRE .....</td> <td>G</td> </tr> <tr> <td>AMI(ES)/VOISINS .....</td> <td>H</td> </tr> <tr> <td>AUTRE _____</td> <td>X</td> </tr> <tr> <td></td> <td>(PRÉCISER)</td> </tr> </table> | MARI/CONJOINT .....   | A   | MÈRE .....             | B           | PÈRE .....            | C | SOEUR(S) .....   | D | FRÈRE(S) ..... | E                        | FILLE ..... | F | BELLE-MÈRE ..... | G | AMI(ES)/VOISINS ..... | H                         | AUTRE _____ | X |  | (PRÉCISER) |  |
| MARI/CONJOINT .....       | A   |   |                       |     |                        |             |                       |   |                  |   |                |                          |             |   |                  |   |                       |                           |             |   |  |            |  |
| MÈRE .....                | B   |   |                       |     |                        |             |                       |   |                  |   |                |                          |             |   |                  |   |                       |                           |             |   |  |            |  |
| PÈRE .....                | C   |   |                       |     |                        |             |                       |   |                  |   |                |                          |             |   |                  |   |                       |                           |             |   |  |            |  |
| SOEUR(S) .....            | D   |   |                       |     |                        |             |                       |   |                  |   |                |                          |             |   |                  |   |                       |                           |             |   |  |            |  |
| FRÈRE(S) .....            | E   |   |                       |     |                        |             |                       |   |                  |   |                |                          |             |   |                  |   |                       |                           |             |   |  |            |  |
| FILLE .....               | F   |   |                       |     |                        |             |                       |   |                  |   |                |                          |             |   |                  |   |                       |                           |             |   |  |            |  |
| BELLE-MÈRE .....          | G   |   |                       |     |                        |             |                       |   |                  |   |                |                          |             |   |                  |   |                       |                           |             |   |  |            |  |
| AMI(ES)/VOISINS .....     | H   |   |                       |     |                        |             |                       |   |                  |   |                |                          |             |   |                  |   |                       |                           |             |   |  |            |  |
| AUTRE _____               | X   |   |                       |     |                        |             |                       |   |                  |   |                |                          |             |   |                  |   |                       |                           |             |   |  |            |  |
|                           | (PRÉCISER)  |   |                       |     |                        |             |                       |   |                  |   |                |                          |             |   |                  |   |                       |                           |             |   |  |            |  |
| 620                       | <b>VÉRIFIER 502:</b><br><br>OUI, ACTUELLEMENT MARIÉE <input type="checkbox"/> OUI, VIT AVEC UN HOMME <input type="checkbox"/> NON, PAS EN UNION <input type="checkbox"/>  |   | →701                  |     |                        |             |                       |   |                  |   |                |                          |             |   |                  |   |                       |                           |             |   |  |            |  |
| 621                       | Les époux/conjoints ne sont toujours d'accord sur tout. Je voudrais vous poser des questions sur le point de vue de votre mari/conjoint sur la planification familiale.<br><br>Pense-vous que votre mari/conjoint approuve ou désapprouve les couples qui utilisent une méthode pour éviter une grossesse ? | <table> <tr> <td>APPROUVE .....</td> <td>1</td> </tr> <tr> <td>DÉSAPPROUVE .....</td> <td>2</td> </tr> <tr> <td>NSP .....</td> <td>8</td> </tr> </table>  | APPROUVE .....        | 1   | DÉSAPPROUVE .....      | 2           | NSP .....             | 8 |                  |   |                |                          |             |   |                  |   |                       |                           |             |   |  |            |  |
| APPROUVE .....            | 1   |   |                       |     |                        |             |                       |   |                  |   |                |                          |             |   |                  |   |                       |                           |             |   |  |            |  |
| DÉSAPPROUVE .....         | 2   |   |                       |     |                        |             |                       |   |                  |   |                |                          |             |   |                  |   |                       |                           |             |   |  |            |  |
| NSP .....                 | 8   |   |                       |     |                        |             |                       |   |                  |   |                |                          |             |   |                  |   |                       |                           |             |   |  |            |  |
| 622                       | Combien de fois avez-vous parlé de planification familiale avec votre mari/conjoint, au cours des 12 derniers mois ?  | <table> <tr> <td>JAMAIS .....</td> <td>1</td> </tr> <tr> <td>UNE OU DEUX FOIS .....</td> <td>2</td> </tr> <tr> <td>PLUS SOUVENT .....</td> <td>3</td> </tr> </table>  | JAMAIS .....          | 1   | UNE OU DEUX FOIS ..... | 2           | PLUS SOUVENT .....    | 3 |                  |   |                |                          |             |   |                  |   |                       |                           |             |   |  |            |  |
| JAMAIS .....              | 1   |   |                       |     |                        |             |                       |   |                  |   |                |                          |             |   |                  |   |                       |                           |             |   |  |            |  |
| UNE OU DEUX FOIS .....    | 2   |   |                       |     |                        |             |                       |   |                  |   |                |                          |             |   |                  |   |                       |                           |             |   |  |            |  |
| PLUS SOUVENT .....        | 3   |   |                       |     |                        |             |                       |   |                  |   |                |                          |             |   |                  |   |                       |                           |             |   |  |            |  |
| 623                       | pensez-vous que votre mari/conjoint veut le même nombre d'enfant que vous, qu'il en veut davantage que vous ou qu'il en veut moins que vous ?   | <table> <tr> <td>MÊME NOMBRE .....</td> <td>1</td> </tr> <tr> <td>PLUS D'ENFANTS .....</td> <td>2</td> </tr> <tr> <td>MOINS D'ENFANTS .....</td> <td>3</td> </tr> <tr> <td>NSP .....</td> <td>8</td> </tr> </table>   | MÊME NOMBRE .....     | 1   | PLUS D'ENFANTS .....   | 2           | MOINS D'ENFANTS ..... | 3 | NSP .....        | 8 |                |                          |             |   |                  |   |                       |                           |             |   |  |            |  |
| MÊME NOMBRE .....         | 1   |   |                       |     |                        |             |                       |   |                  |   |                |                          |             |   |                  |   |                       |                           |             |   |  |            |  |
| PLUS D'ENFANTS .....      | 2   |   |                       |     |                        |             |                       |   |                  |   |                |                          |             |   |                  |   |                       |                           |             |   |  |            |  |
| MOINS D'ENFANTS .....     | 3   |   |                       |     |                        |             |                       |   |                  |   |                |                          |             |   |                  |   |                       |                           |             |   |  |            |  |
| NSP .....                 | 8   |   |                       |     |                        |             |                       |   |                  |   |                |                          |             |   |                  |   |                       |                           |             |   |  |            |  |

**SECTION 7. CARACTÉRISTIQUES SOCIO-DÉMOGRAPHIQUES DU MARI ET ACTIVITÉ PROFESSIONNELLE DE LA FEMME**

| N°  | QUESTIONS ET FILTRES  | CODES   | PASSER À     |
|-----|---|---|--------------|
| 701 | <b>VÉRIFIER 502 ET 504:</b><br>ACTUELLEMENT MARIÉE/ VIT AVEC UN HOMME <input type="checkbox"/> A ÉTÉ MARIÉE/ A VÉCU AVEC UN HOMME <input type="checkbox"/> JAMAIS MARIÉE NI VÉCU AVEC UN HOMME <input type="checkbox"/>   |   | →703<br>→709 |
| 702 | Quel âge a eu votre mari/conjoint à son dernier anniversaire ?  | ÂGE ..... <input type="text"/>  |              |
| 703 | Est-ce-que votre mari/conjoint a fréquenté l'école ?  | OUI ..... 1<br>NON ..... 2  | →706         |
| 704 | Quel est le plus haut niveau d'études qu'il a atteint : primaire, secondaire ou supérieur ?   | PRIMAIRE ..... 1<br>SECONDAIRE 1ER CYCLE ..... 2<br>SECONDAIRE 2ÈME CYCLE ..... 3<br>SUPÉRIEUR ..... 4    | →706         |
| 705 | Quelle est la dernière classe qu'il a achevé avec succès à ce niveau ?  | CLASSE ..... <input type="text"/><br>NSP ..... 98   |              |
| 706 | Quelle est (était) l'occupation principale de votre mari/conjoint, c'est-à-dire quel genre de travail fait (faisait)-il ?   | <input type="text"/><br><input type="text"/><br><input type="text"/>                                      |              |
| 707 | <b>VÉRIFIER 706 :</b><br>TRAVAILLE (TRAVAILLAIT) DANS L'AGRICULTURE <input type="checkbox"/> NE TRAVAILLE (AIT) PAS DANS L'AGRICULTURE <input type="checkbox"/>   |   | →709         |
| 708 | Est-ce que votre mari/conjoint travaille/travaillait principalement sur ses propres terres, sur les terres familiales, est-ce qu'il loue/louait la terre ou travaille/travaillait-il sur les terres de quelqu'un d'autre ?  | PROPRE TERRE ..... 1<br>TERRE FAMILIALE ..... 2<br>TERRE LOUÉE ..... 3<br>TERRE DE QUELQU'UN D'AUTRE .. 4 |              |
| 709 | En dehors de votre travail domestique, est-ce-que vous travaillez actuellement ?  | OUI ..... 1<br>NON ..... 2  | →712         |
| 710 | Comme vous le savez, certaines femmes ont un travail pour lequel elles sont payées en argent ou en nature. Certaines ont un petit commerce ou travaillent sur les terres ou dans l'affaire de la famille. Faites-vous actuellement quelque chose de ce genre ou un quelconque autre travail ? | OUI ..... 1<br>NON ..... 2  | →712         |
| 711 | Avez-vous travaillé durant les 12 derniers mois ?   | OUI ..... 1<br>NON ..... 2  | →801         |
| 712 | Quelle est votre occupation, c'est-à-dire quel genre de travail faites-vous ?   | <input type="text"/><br><input type="text"/><br><input type="text"/>                                      |              |
| 713 | <b>VÉRIFIER 712 :</b><br>TRAVAILLE (TRAVAILLAIT) DANS L'AGRICULTURE <input type="checkbox"/> NE TRAVAILLE (AIT) PAS DANS L'AGRICULTURE <input type="checkbox"/>   |   | →715         |
| 714 | Travaillez-vous principalement sur vos propres terres, sur les terres familiales, louez-vous la terre ou travaillez-vous sur les terres de quelqu'un d'autre ?  | PROPRE TERRE ..... 1<br>TERRE FAMILIALE ..... 2<br>TERRE LOUÉE ..... 3<br>TERRE DE QUELQU'UN D'AUTRE .. 4 |              |
| 715 | Faites-vous ce travail pour un membre de votre famille, pour quelqu'un d'autre ou êtes-vous à votre compte ?  | POUR UN MEMBRE DE LA FAMILLE 1<br>POUR QUELQU'UN D'AUTRE ..... 2<br>A SON COMPTE ..... 3                  |              |

| N°  | QUESTIONS ET FILTRES  | CODES  | PASSER À     |
|-----|---|--|--------------|
| 716 | Travaillez-vous habituellement toute l'année, de manière saisonnière ou travaillez-vous seulement une fois de temps en temps ?  | TOUT L'ANNÉE ..... 1<br>TRAVAIL SAISONNIER ..... 2<br>DE TEMPS EN TEMPS ..... 3  | →718<br>→719 |
| 717 | Au cours des 12 derniers mois, combien de mois avez-vous travaillé ?  | NOMBRE DE MOIS ..... <input type="text"/>  |              |
| 718 | Au cours des 12 derniers mois, combien de jour par semaine avez-vous habituellement travaillé ?   | NOMBRE DE JOURS ..... <input type="text"/>   | →720         |
| 719 | Au cours des 12 derniers mois, approximativement combien de jours avez-vous travaillé ?   | NOMBRE DE JOURS .... <input type="text"/>  |              |
| 720 | Gagnez-vous un salaire pour ce travail ?<br><b>INSISTER:</b> Gagnez-vous de l'argent pour ce travail ?  | OUI ..... 1<br>NON ..... 2   | →723         |
| 721 | Combien gagnez-vous habituellement pour ce travail ?<br><b>INSISTER:</b> Est-ce par jour, par semaine ou par mois ?<br><br>ENREGISTRER EN FMG X 1.000   | PAR HEURE ... 1 <input type="text"/><br>PAR JOUR ... 2 <input type="text"/><br>PAR SEMAINE . 3 <input type="text"/><br>PAR MOIS .... 4 <input type="text"/><br>PAR ANNÉE ... 5 <input type="text"/><br><br>AUTRE _____ 999996<br>(PRÉCISER)  |              |
| 722 | <b>VÉRIFIER 502:</b><br><b>OUI, ACTUEL-<br/>LEMENT MARIÉE OU<br/>VIVANT AVEC UN<br/>HOMME</b> <input type="checkbox"/><br><br>Qui décide principalement comment va être utilisé l'argent que vous gagnez : vous, votre mari/conjoint, vous avec votre mari/conjoint ou quelqu'un d'autre<br><br><b>NON, PAS<br/>N UNION</b> <input type="checkbox"/><br><br>Qui décide principalement comment va être utilisé l'argent que vous gagnez : vous, quelqu'un d'autre ou vous avec quelqu'un d'autre ? | ENQUÊTÉE DÉCIDE ..... 1<br>MARI/CONJOINT DÉCIDE ..... 2<br>ENQUÊTÉE DÉCIDE AVEC<br>MARI//CONJOINT ..... 3<br>QUELQU'UN D'AUTRE DÉCIDE .... 4<br>ENQ. AVEC QUELQU'UN D'AUTRE . 5  |              |
| 723 | Travaillez-vous habituellement à la maison ou en dehors de la maison ?  | À LA MAISON ..... 1<br>EN DEHORS ..... 2   |              |
| 724 | <b>VÉRIFIER 217 ET 218: A UN ENFANT DE MOINS DE 6 ANS VIVANT AVEC ELLE ?</b><br><br>OUI <input type="checkbox"/> NON <input type="checkbox"/>   |  | →801A        |
| 725 | Qui prend soin habituellement de (NOM DU PLUS JEUNE ENFANT À LA MAISON) pendant que vous travaillez ?   | ENQUÊTÉE ..... 01<br>MARI/CONJOINT ..... 02<br>ENFANT-FILLE PLUS ÂGÉE ..... 03<br>ENFANT-GARÇON PLUS ÂGÉ ..... 04<br>AUTRES PARENTS ..... 05<br>VOISINS ..... 06<br>AMIS ..... 07<br>DOMESTIQUE/PERSONNE<br>ENGAGÉE ..... 08<br>ENFANT VA À L'ÉCOLE ..... 09<br>GARDERIE/JARDIN D'ENFANT .... 10<br>N'A PAS TRAVAILLÉ DEPUIS LA<br>DERNIÈRE NAISSANCE ..... 95<br><br>AUTRE _____ 96<br>(PRÉCISER) |              |

**SECTION 8. SIDA ET AUTRES MALADIES SEXUELLEMENT TRANSMISSIBLES**

| N°   | QUESTIONS ET FILTRES  | CODES  | PASSER À |
|------|---|--|----------|
| 801A | Avez-vous déjà entendu parler de maladies qui peuvent se transmettre sexuellement?  | OUI ..... 1<br>NON ..... 2   | →801L    |
| 801B | Quelles maladies connaissez-vous?<br><br><b>ENREGISTRER TOUT CE QUI EST MENTIONNÉ</b>   | SYPHILIS/VÉROLE ..... A<br>GONORRHÉE/BLENNORRAGIE/<br>CHAUDE-PISSE/<br>ECOULEMENT GÉNITAL ..... B<br>SIDA ..... C<br>CONDYLOME/TUMEUR GÉNITALE/<br>CRÊTE-DE-COQ ..... D<br><br>AUTRE ..... W<br>(PRÉCISER)<br><br>AUTRE ..... X<br>(PRÉCISER)<br>NSP ..... Z   |          |
| 801C | <b>VÉRIFIER 515 :</b><br><br><div style="display: flex; justify-content: space-around;"> <div style="text-align: center;"> <input type="checkbox"/> <b>A EU DES RAPPORTS SEXUELS</b> </div> <div style="text-align: center;"> <input type="checkbox"/> <b>N'A JAMAIS EU DES RAPPORTS SEXUELS</b> </div> </div><br><div style="text-align: right;">→801L</div> |  |          |
| 801D | Au cours des 12 derniers mois, avez-vous eu une de ces maladies?  | OUI ..... 1<br>NON ..... 2<br>NSP ..... 8  | →801F    |
| 801E | Quelles maladies avez-vous eues?<br><br><b>ENREGISTRER TOUT CE QUI EST MENTIONNÉ</b>  | SYPHILIS/VÉROLE ..... A<br>GONORRHÉE/BLENNORRAGIE/<br>CHAUDE-PISSE/<br>ECOULEMENT GÉNITAL ..... B<br>SIDA ..... C<br>CONDYLOME/TUMEUR GÉNITAL/<br>CRÊTE-DE-COQ ..... D<br><br>AUTRE ..... W<br>(PRÉCISER)<br><br>AUTRE ..... X<br>(PRÉCISER)<br>NSP ..... Z  |          |
| 801F | Au cours des 12 derniers mois, avez-vous eu des libérations dans la région vaginal ou anale?  | OUI ..... 1<br>NON ..... 2   | →801L    |
| 801G | La dernière fois que vous avez eu cette maladie (ces maladies), avez-vous recherché des conseils ou un traitement, vous vous-êtes soigné vous-même ou vous n'avez rien fait?  | RECHERCHE CONSEIL/TRAITEMENT ..... 1<br>S'EST SOIGNÉE ELLE MÊME ..... 2<br>N'A RIEN FAIT ..... 3   | →801I    |
| 801H | Où avez vous recherché des conseils ou un traitement?<br><br><b>ENREGISTRER TOUT CE QUI EST MENTIONNÉ</b>   | SECTEUR PUBLIC<br>HÔPITAL ..... A<br>CENTRE DE SANTÉ ..... B<br>DISPENSAIRE ..... C<br>POSTE MÉDICALE ..... D<br>AUTRE PUBLIC ..... X<br>(PRÉCISER)<br>SECTEUR MÉDICAL PRIVÉ<br>HÔPITAL PRIVÉ/CLINIQUE ..... E<br>PHARMACIE ..... F<br>MÉDECIN ..... G<br>AUTRE MÉDICAL PRIVÉ ..... Y<br>(PRÉCISER)<br>AUTRE SOURCE<br>BOUTIQUE ..... I<br>CENTRES RELIGIEUX ..... J<br>PARENTS ..... K<br>AMIS ..... L<br>GUÉRISSEUR ..... M<br>AUTRE ..... Z<br>(PRÉCISER) |          |
| 801I | Quand vous avez eu la (les) (MALADIE OU MALADIES DE 801E) avez-vous averti votre partenaire (vos partenaires)?  | OUI ..... 1<br>NON ..... 2   |          |
| 801J | Quand vous avez eu la (les) (MALADIE OU MALADIES DE 801E) avez vous fait quelque chose pour évite d'infecter votre partenaire (vos partenaires)?  | OUI ..... 1<br>NON ..... 2<br>PARTENAIRE DÉJÀ INFECTÉ ..... 8  | →801L    |



| N°                     | QUESTIONS ET FILTRES  | CODES   | PASSER À |     |     |     |                |   |   |   |                        |   |   |   |              |   |   |   |                     |   |   |   |               |   |   |   |                      |   |   |   |                   |   |   |   |                    |   |   |   |  |
|------------------------|---|---|----------|-----|-----|-----|----------------|---|---|---|------------------------|---|---|---|--------------|---|---|---|---------------------|---|---|---|---------------|---|---|---|----------------------|---|---|---|-------------------|---|---|---|--------------------|---|---|---|--|
| 801K                   | Qu'avez vous fait?  | EVITER LES RAPPORTS SEXUELS . A<br>A UTILISÉ DE CONDOMS ..... B<br>A PRIS DES MÉDICAMENTS ..... C<br>AUTRE _____ X<br>PRÉCISER  |          |     |     |     |                |   |   |   |                        |   |   |   |              |   |   |   |                     |   |   |   |               |   |   |   |                      |   |   |   |                   |   |   |   |                    |   |   |   |  |
| 801L                   | VÉRIFIER 801B:<br><br>N'A PAS CITÉ LE SIDA <input type="checkbox"/><br><br>A CITÉ LE SIDA <input type="checkbox"/> → 802  |   |          |     |     |     |                |   |   |   |                        |   |   |   |              |   |   |   |                     |   |   |   |               |   |   |   |                      |   |   |   |                   |   |   |   |                    |   |   |   |  |
| 801M                   | Avez-vous déjà entendu parler d'une maladie appelée SIDA ?  | OUI ..... 1<br>NON ..... 2 → 811C   |          |     |     |     |                |   |   |   |                        |   |   |   |              |   |   |   |                     |   |   |   |               |   |   |   |                      |   |   |   |                   |   |   |   |                    |   |   |   |  |
| 802                    | De quelle sources d'information avez-vous le plus appris sur le SIDA?<br>Y-a-t-il d'autres sources ?<br><br>ENREGISTRER TOUT CE QUI EST MENTIONNÉ   | RADIO ..... A<br>TÉLÉVISION ..... B<br>JOURNAUX/MAGAZINES ..... C<br>AFFICHE/DÉPLIANT/PROSPECTUS . D<br>AGENTS DE SANTÉ ..... E<br>EGLISES/MOSQUÉES ..... F<br>ÉCOLE/PROFESSEURS ..... G<br>ANIMATIONS DE QUARTIER ..... H<br>PARENTS ..... I<br>AMIS ..... J<br>LIEU DE TRAVAIL ..... K<br>VIDÉO CLUBS ..... L<br><br>AUTRE _____ X<br>(PRÉCISER)  |          |     |     |     |                |   |   |   |                        |   |   |   |              |   |   |   |                     |   |   |   |               |   |   |   |                      |   |   |   |                   |   |   |   |                    |   |   |   |  |
| 802A                   | A votre avis, est-ce que le SIDA existe à Madagascar?   | OUI ..... 1<br>NON ..... 2<br>NSP ..... 8   |          |     |     |     |                |   |   |   |                        |   |   |   |              |   |   |   |                     |   |   |   |               |   |   |   |                      |   |   |   |                   |   |   |   |                    |   |   |   |  |
| 802B                   | À votre avis, on peut attraper le SIDA...<br><br>en touchant une personne qui a le SIDA?<br><br>en partageant la nourriture ou la vaisselle avec une personne atteinte du SIDA?<br><br>par un baiser avec une personne ayant le SIDA?<br><br>par des rapports sexuelles avec une personne ayant le SIDA?<br><br>par des piqûres de moustiques ou d'autres insectes?<br><br>par contact avec le sang d'une personne qui a le SIDA?<br><br>en recevant une inoculation ou une vaccination?<br><br>par des transfusions sanguines? | <table style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <thead> <tr> <th></th> <th>OUI</th> <th>NON</th> <th>NSP</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>Touchant .....</td> <td>1</td> <td>2</td> <td>8</td> </tr> <tr> <td>Vaisselle/nourriture .</td> <td>1</td> <td>2</td> <td>8</td> </tr> <tr> <td>Baiser .....</td> <td>1</td> <td>2</td> <td>8</td> </tr> <tr> <td>Rapports sexuels ..</td> <td>1</td> <td>2</td> <td>8</td> </tr> <tr> <td>Piqûres .....</td> <td>1</td> <td>2</td> <td>8</td> </tr> <tr> <td>Contact avec le sang</td> <td>1</td> <td>2</td> <td>8</td> </tr> <tr> <td>Inoculation .....</td> <td>1</td> <td>2</td> <td>8</td> </tr> <tr> <td>Transfusions .....</td> <td>1</td> <td>2</td> <td>8</td> </tr> </tbody> </table> |          | OUI | NON | NSP | Touchant ..... | 1 | 2 | 8 | Vaisselle/nourriture . | 1 | 2 | 8 | Baiser ..... | 1 | 2 | 8 | Rapports sexuels .. | 1 | 2 | 8 | Piqûres ..... | 1 | 2 | 8 | Contact avec le sang | 1 | 2 | 8 | Inoculation ..... | 1 | 2 | 8 | Transfusions ..... | 1 | 2 | 8 |  |
|                        | OUI   | NON   | NSP      |     |     |     |                |   |   |   |                        |   |   |   |              |   |   |   |                     |   |   |   |               |   |   |   |                      |   |   |   |                   |   |   |   |                    |   |   |   |  |
| Touchant .....         | 1   | 2   | 8        |     |     |     |                |   |   |   |                        |   |   |   |              |   |   |   |                     |   |   |   |               |   |   |   |                      |   |   |   |                   |   |   |   |                    |   |   |   |  |
| Vaisselle/nourriture . | 1   | 2   | 8        |     |     |     |                |   |   |   |                        |   |   |   |              |   |   |   |                     |   |   |   |               |   |   |   |                      |   |   |   |                   |   |   |   |                    |   |   |   |  |
| Baiser .....           | 1   | 2   | 8        |     |     |     |                |   |   |   |                        |   |   |   |              |   |   |   |                     |   |   |   |               |   |   |   |                      |   |   |   |                   |   |   |   |                    |   |   |   |  |
| Rapports sexuels ..    | 1   | 2   | 8        |     |     |     |                |   |   |   |                        |   |   |   |              |   |   |   |                     |   |   |   |               |   |   |   |                      |   |   |   |                   |   |   |   |                    |   |   |   |  |
| Piqûres .....          | 1   | 2   | 8        |     |     |     |                |   |   |   |                        |   |   |   |              |   |   |   |                     |   |   |   |               |   |   |   |                      |   |   |   |                   |   |   |   |                    |   |   |   |  |
| Contact avec le sang   | 1   | 2   | 8        |     |     |     |                |   |   |   |                        |   |   |   |              |   |   |   |                     |   |   |   |               |   |   |   |                      |   |   |   |                   |   |   |   |                    |   |   |   |  |
| Inoculation .....      | 1   | 2   | 8        |     |     |     |                |   |   |   |                        |   |   |   |              |   |   |   |                     |   |   |   |               |   |   |   |                      |   |   |   |                   |   |   |   |                    |   |   |   |  |
| Transfusions .....     | 1   | 2   | 8        |     |     |     |                |   |   |   |                        |   |   |   |              |   |   |   |                     |   |   |   |               |   |   |   |                      |   |   |   |                   |   |   |   |                    |   |   |   |  |
| 803                    | Y-a-t-il quelque chose qu'on peut faire pour éviter d'attraper le SIDA ?  | OUI ..... 1<br>NON ..... 2<br>NSP ..... 8 → 807   |          |     |     |     |                |   |   |   |                        |   |   |   |              |   |   |   |                     |   |   |   |               |   |   |   |                      |   |   |   |                   |   |   |   |                    |   |   |   |  |
| 804                    | Que peut-on faire ?<br>Quelque chose d'autre ?<br><br>ENREGISTRER TOUT CE QUI EST MENTIONNÉ   | S'ABSTENIR DE RAPPORTS SEXUELS A<br>UTILISER DES CONDOMS ..... B<br>N'AVOIR QU'UN PARTENAIRE ..... C<br>ÉVITER LES PROSTITUÉES ..... D<br>ÉVITER RELATIONS HOMOSEXUELS . E<br>ÉVITER TRANSFUSIONS DE SANG ... F<br>EVITER LES INJECTIONS ..... G<br>ÉVITER D'EMBRASSER ..... H<br>ÉVITER PIQÛRES DE MOUSTIQUES .. I<br>CHERCHER PROTECTION DES<br>GUÉRISSEURS TRADITIONNELS .. J<br>CHERCHER PROTECTION DES<br>ANCÊTRES ..... K<br><br>AUTRE _____ W<br>(PRÉCISER)<br>AUTRE _____ X<br>(PRÉCISER)<br>NSP ..... Z  |          |     |     |     |                |   |   |   |                        |   |   |   |              |   |   |   |                     |   |   |   |               |   |   |   |                      |   |   |   |                   |   |   |   |                    |   |   |   |  |
| 807                    | Est-il possible qu'une personne qui semble être en bonne santé soit en fait atteinte du SIDA ?  | OUI ..... 1<br>NON ..... 2<br>NSP ..... 8   |          |     |     |     |                |   |   |   |                        |   |   |   |              |   |   |   |                     |   |   |   |               |   |   |   |                      |   |   |   |                   |   |   |   |                    |   |   |   |  |

| N°   | QUESTIONS ET FILTRES   | CODES   | PASSER À         |
|------|--|---|------------------|
| 808  | Pensez-vous qu'une personne qui a le SIDA ne meurt presque jamais de cette maladie, qu'elle en meurt parfois, ou qu'elle en meurt presque toujours ?   | PRESQUE JAMAIS ..... 1<br>PARFOIS ..... 2<br>PRESQUE TOUJOURS ..... 3<br>NSP ..... 8  |                  |
| 808A | Pensez-vous qu'on peut guérir du SIDA?   | OUI ..... 1<br>NON ..... 2<br>NSP ..... 8   |                  |
| 808B | Le SIDA peut-il être transmis de la mère à l'enfant?   | OUI ..... 1<br>NON ..... 2<br>NSP ..... 8   |                  |
| 808C | Connaissez-vous personnellement quelqu'un qui a le SIDA ou qui est mort du SIDA?   | OUI ..... 1<br>NON ..... 2<br>NSP ..... 8   |                  |
| 809  | Pensez-vous que vos propres risques d'attraper le SIDA sont faibles, moyens, importants ou pensez-vous que vous ne courez aucun risque d'attraper le SIDA ?  | FAIBLES ..... 1<br>MOYENS ..... 2<br>IMPORTANTES ..... 3<br>NE COURT AUCUN RISQUE ..... 4<br>A LE SIDA ..... 5<br>NSP ..... 6   | → 809B<br>→ 811A |
| 809A | <ul style="list-style-type: none"> <li>Pourquoi pensez-vous que vos risques d'attraper le SIDA sont faibles?</li> <li>Pourquoi pensez-vous que vous ne courez aucun risque d'attraper le SIDA?</li> </ul> Aucune autre raison?<br><br><b>ENREGISTRER TOUT CE QUI EST MENTIONNÉ</b>                                     | N'A PAS DES RAPPORTS SEXUELS ..... A<br>UTILISE DES CONDOMS ..... B<br>N'A QU'UN SEUL PARTENAIRE ..... C<br>A UN NOMBRE RÉDUIT DE PARTENAIRE ..... D<br>CONJOINT N'A PAS D'AUTRES PARTENAIRE ..... E<br>N'A PAS DE TRANSFUSION DE SANG ..... G<br>N A PAS D'INJECTIONS ..... H<br>AUTRE ..... X<br>PRÉCISER | → 811A           |
| 809B | <ul style="list-style-type: none"> <li>Pourquoi pensez-vous que vos risques d'attraper le SIDA sont moyens?</li> <li>Pourquoi pensez-vous que vos risques d'attraper le SIDA sont importants?</li> </ul> Aucune autre raison?<br><br><b>ENREGISTRER TOUT CE QUI EST MENTIONNÉ</b>                                      | N'UTILISE PAS CONDOMS ..... B<br>A PLUS D'UN PARTENAIRE ..... C<br>A DES NOMBREUX PARTENAIRE ..... D<br>CONJOINT A D'AUTRES PARTENAIRE ..... E<br>N'A PAS DE TRANSFUSION DE SANG ..... G<br>N A PAS D'INJECTIONS ..... H<br>AUTRE ..... X<br>PRÉCISER   |                  |
| 811A | Depuis que vous avez entendu parler du SIDA, avez-vous changé votre comportement pour éviter d'attraper cette maladie?<br><br><b>SI OUI, INSISTER:</b><br><br>Qu'avez vous fait?<br>Quelque chose d'autre?<br><br><b>ENREGISTRER TOUT CE QUI EST MENTIONNÉ</b>   | N'A JAMAIS EU RAP. SEXUELS .... A<br>A ARRÊTÉ RAPPORTS SEXUELS .. B<br>A COMMENCÉ UTILISER CONDOMS C<br>A UN SEUL PARTENAIRE ..... D<br>RÉDUIT NOMBRE DE PARTENAIRE E<br>AUTRE ..... X<br>(PRÉCISER)<br>N'A RIEN CHANGÉ AU COMP. SEX . Y<br>NSP ..... Z   | → 901            |
| 811B | Certaines personnes utilisent une capote pendant les rapports sexuels pour se protéger du SIDA et d'autres maladies transmissibles. En avez-vous déjà entendu ?  | OUI ..... 1<br>NON ..... 2  | → 901            |
| 811C | <b>VÉRIFIER 515 :</b><br><br><div style="display: flex; justify-content: space-around;"> <div style="text-align: center;"> A EU DES<br/>RAPPORTS<br/>SEXUELS <input type="checkbox"/> </div> <div style="text-align: center;"> N'A JAMAIS EU<br/>DES RAPPORTS<br/>SEXUELS <input type="checkbox"/> → 901 </div> </div> |   |                  |
| 811D | Avez-vous déjà utilisé une capote pour se protéger des maladies comme le SIDA ?  | OUI ..... 1<br>NON ..... 2  |                  |

**SECTION 9. MORTALITÉ MATERNELLE**

| No. | QUESTIONS ET FILTRES   | CODES   | PASSER À |
|-----|--|---|----------|
| 901 | <p>Maintenant je voudrais vous poser quelques questions sur vos soeurs et frères, c'est-à-dire, sur tous les enfants nés de votre propre mère naturelle, y compris ceux qui vivent avec vous, ceux qui vivent ailleurs et ceux qui sont décédés.</p> <p>À combien d'enfant votre propre mère a donné naissance, y compris vous-même?</p> | <p>NOMBRE DE NAISSANCES DE LA MÈRE NATURELLE ... <input type="text"/></p> |          |
| 902 | <p><b>VÉRIFIER 901:</b></p> <p>DEUX NAISSANCES OU PLUS <input type="checkbox"/></p> <p>SEULEMENT UNE NAISSANCE (L'ENQUÊTÉE SEULEMENT) <input type="checkbox"/></p>   | <p><input type="checkbox"/> → 916</p>                                     | 916      |
| 903 | <p>Combien de ces naissances votre mère a-t-elle eues avant votre propre naissance?</p>  | <p>NOMBRE DE NAISSANCES PRÉCÉDENTES ..... <input type="text"/></p>        |          |

|  |   |   |  |   |   |   |
|--|---|---|--|---|---|---|
| 904 Quel nom a été donné à votre soeur ou frère le plus âgé/ (au suivant)?                             | 1<br>_____  | 2<br>_____  | 3<br>_____   | 4<br>_____  | 5<br>_____  | 6<br>_____  |
| 905 (NOM) est-ce un homme ou une femme?  | HOMME ..... 1<br>FEMME ..... 2  | HOMME ..... 1<br>FEMME ..... 2  | HOMME ..... 1<br>FEMME ..... 2   | HOMME ..... 1<br>FEMME ..... 2  | HOMME ..... 1<br>FEMME ..... 2  | HOMME ..... 1<br>FEMME ..... 2  |
| 906 Est-ce que (NOM) est toujours en vie?  | OUI ..... 1<br>NON ..... 2<br>PASSER À 908 ←<br>NSP ..... 8<br>PASSER À [2] ←         | OUI ..... 1<br>NON ..... 2<br>PASSER À 908 ←<br>NSP ..... 8<br>PASSER À [3] ←         | OUI ..... 1<br>NON ..... 2<br>PASSER À 908 ←<br>NSP ..... 8<br>PASSER À [4] ←      | OUI ..... 1<br>NON ..... 2<br>PASSER À 908 ←<br>NSP ..... 8<br>PASSER À [5] ←         | OUI ..... 1<br>NON ..... 2<br>PASSER À 908 ←<br>NSP ..... 8<br>PASSER À [6] ←         | OUI ..... 1<br>NON ..... 2<br>PASSER À 908 ←<br>NSP ..... 8<br>PASSER À [7] ←         |
| 907 Quel âge a (NOM)?  | <br>PASSER À [2]  | <br>PASSER À [3]  | <br>PASSER À [4]   | <br>PASSER À [5]  | <br>PASSER À [6]  | <br>PASSER À [7]  |
| 908 En quelle année (NOM) est-elle décédée?  | 19<br>PASSER À 910 ←<br>NSP ..... 9998  | 19<br>PASSER À 910 ←<br>NSP ..... 9998  | 19<br>PASSER À 910 ←<br>NSP ..... 9998   | 19<br>PASSER À 910 ←<br>NSP ..... 9998  | 19<br>PASSER À 910 ←<br>NSP ..... 9998  | 19<br>PASSER À 910 ←<br>NSP ..... 9998  |
| 909 Combien d'années y-a-t-il que (NOM) est décédé(e)?   |   |   |  |   |   |   |
| 910 Quelle âge avait (NOM) lorsqu'il (elle) est décédé(e)?   | <br>SI ETAIT HOMME<br>OU SI ETAIT<br>FEMME<br>DÉCÉDÉE AVANT<br>12 ANS PASSER<br>À [2] | <br>SI ETAIT HOMME<br>OU SI ETAIT<br>FEMME<br>DÉCÉDÉE AVANT<br>12 ANS PASSER<br>À [3] | <br>SI ETAIT HOMME<br>OU SI ETAIT<br>FEMME DÉCÉDÉE<br>AVANT 12 ANS<br>PASSER À [4] | <br>SI ETAIT HOMME<br>OU SI ETAIT<br>FEMME<br>DÉCÉDÉE<br>AVANT 12 ANS<br>PASSER À [5] | <br>SI ETAIT HOMME<br>OU SI ETAIT<br>FEMME<br>DÉCÉDÉE<br>AVANT 12 ANS<br>PASSER À [6] | <br>SI ETAIT HOMME<br>OU SI ETAIT<br>FEMME<br>DÉCÉDÉE<br>AVANT 12 ANS<br>PASSER À [7] |
| 911 Est-ce que (NOM) était enceinte quand elle est morte?  | OUI ..... 1<br>PASSER À 914 ←<br>NON ..... 2<br>NSP ..... 8                           | OUI ..... 1<br>PASSER À 914 ←<br>NON ..... 2<br>NSP ..... 8                           | OUI ..... 1<br>PASSER À 914 ←<br>NON ..... 2<br>NSP ..... 8                        | OUI ..... 1<br>PASSER À 914 ←<br>NON ..... 2<br>NSP ..... 8                           | OUI ..... 1<br>PASSER À 914 ←<br>NON ..... 2<br>NSP ..... 8                           | OUI ..... 1<br>PASSER À 914 ←<br>NON ..... 2<br>NSP ..... 8                           |
| 912 Est-ce que (NOM) est morte au cours d'un accouchement?   | OUI ..... 1<br>PASSER À 915 ←<br>NON ..... 2<br>NSP ..... 8                           | OUI ..... 1<br>PASSER À 915 ←<br>NON ..... 2<br>NSP ..... 8                           | OUI ..... 1<br>PASSER À 915 ←<br>NON ..... 2<br>NSP ..... 8                        | OUI ..... 1<br>PASSER À 915 ←<br>NON ..... 2<br>NSP ..... 8                           | OUI ..... 1<br>PASSER À 915 ←<br>NON ..... 2<br>NSP ..... 8                           | OUI ..... 1<br>PASSER À 915 ←<br>NON ..... 2<br>NSP ..... 8                           |
| 913 Est-ce que (NOM) est morte dans les deux mois suivant la fin d'une grossesse ou d'un accouchement? | OUI ..... 1<br>PASSER À 915 ←<br>NON ..... 2<br>NSP ..... 8                           | OUI ..... 1<br>PASSER À 915 ←<br>NON ..... 2<br>NSP ..... 8                           | OUI ..... 1<br>PASSER À 915 ←<br>NON ..... 2<br>NSP ..... 8                        | OUI ..... 1<br>PASSER À 915 ←<br>NON ..... 2<br>NSP ..... 8                           | OUI ..... 1<br>PASSER À 915 ←<br>NON ..... 2<br>NSP ..... 8                           | OUI ..... 1<br>PASSER À 915 ←<br>NON ..... 2<br>NSP ..... 8                           |
| 914 Est-ce que le décès était dû à des complications de grossesse ou à l'accouchement?                 | OUI ..... 1<br>NON ..... 2<br>NSP ..... 8   | OUI ..... 1<br>NON ..... 2<br>NSP ..... 8   | OUI ..... 1<br>NON ..... 2<br>NSP ..... 8  | OUI ..... 1<br>NON ..... 2<br>NSP ..... 8   | OUI ..... 1<br>NON ..... 2<br>NSP ..... 8   | OUI ..... 1<br>NON ..... 2<br>NSP ..... 8   |
| 915 À combien d'enfants (NOM) a-t-elle donné naissance?  | <br>PASSER À [2]  | <br>PASSER À [3]  | <br>PASSER À [4]   | <br>PASSER À [5]  | <br>PASSER À [6]  | <br>PASSER À [7]  |

**SI IL N'Y A PLUS DE FRÈRE OU DE SOEUR, PASSER A 916**

| 904 Quel nom a été donné à votre soeur ou frère suivant?   | 7  | 8  | 9   | 10  | 11  | 12  |
|--|--|--|---|---|---|---|
| 905 (NOM) est-ce un homme ou une femme?  | HOMME ..... 1<br>FEMME ..... 2   | HOMME ..... 1<br>FEMME ..... 2   | HOMME ..... 1<br>FEMME ..... 2  | HOMME ..... 1<br>FEMME ..... 2  | HOMME ..... 1<br>FEMME ..... 2  | HOMME ..... 1<br>FEMME ..... 2  |
| 906 Est-ce que (NOM) est toujours en vie?  | OUI ..... 1<br>NON ..... 2<br>PASSER À 908 ←<br>NSP ..... 8<br>PASSER À [8] ←      | OUI ..... 1<br>NON ..... 2<br>PASSER À 908 ←<br>NSP ..... 8<br>PASSER À [9] ←      | OUI ..... 1<br>NON ..... 2<br>PASSER À 908 ←<br>NSP ..... 8<br>PASSER À [10] ←      | OUI ..... 1<br>NON ..... 2<br>PASSER À 908 ←<br>NSP ..... 8<br>PASSER À [11] ←      | OUI ..... 1<br>NON ..... 2<br>PASSER À 908 ←<br>NSP ..... 8<br>PASSER À [12] ←      | OUI ..... 1<br>NON ..... 2<br>PASSER À 908 ←<br>NSP ..... 8<br>PASSER À [13] ←      |
| 907 Quel âge a (NOM)?  | <br>PASSER À [8]   | <br>PASSER À [9]   | <br>PASSER À [10]   | <br>PASSER À [11]   | <br>PASSER À [12]   | <br>PASSER À [13]   |
| 908 En quelle année (NOM) est-il/elle décédée?   | 19<br>PASSER À 910 ←<br>NSP ..... 9998   | 19<br>PASSER À 910 ←<br>NSP ..... 9998   | 19<br>PASSER À 910 ←<br>NSP ..... 9998  | 19<br>PASSER À 910 ←<br>NSP ..... 9998  | 19<br>PASSER À 910 ←<br>NSP ..... 9998  | 19<br>PASSER À 910 ←<br>NSP ..... 9998  |
| 909 Combien d'années y-a-t-il que (NOM) est décédé(e)?   |  |  |   |   |   |   |
| 910 Quelle âge avait (NOM) lorsqu'il (elle) est décédé(e)?   | <br>SI ETAIT HOMME<br>OU SI ETAIT<br>FEMME DÉCÉDÉE<br>AVANT 12 ANS<br>PASSER À [8] | <br>SI ETAIT HOMME<br>OU SI ETAIT<br>FEMME DÉCÉDÉE<br>AVANT 12 ANS<br>PASSER À [9] | <br>SI ETAIT HOMME<br>OU SI ETAIT<br>FEMME DÉCÉDÉE<br>AVANT 12 ANS<br>PASSER À [10] | <br>SI ETAIT HOMME<br>OU SI ETAIT<br>FEMME DÉCÉDÉE<br>AVANT 12 ANS<br>PASSER À [11] | <br>SI ETAIT HOMME<br>OU SI ETAIT<br>FEMME DÉCÉDÉE<br>AVANT 12 ANS<br>PASSER À [12] | <br>SI ETAIT HOMME<br>OU SI ETAIT<br>FEMME DÉCÉDÉE<br>AVANT 12 ANS<br>PASSER À [13] |
| 911 Est-ce que (NOM) était enceinte quand elle est morte?  | OUI ..... 1<br>PASSER À 914 ←<br>NON ..... 2<br>NSP ..... 8                        | OUI ..... 1<br>PASSER À 914 ←<br>NON ..... 2<br>NSP ..... 8                        | OUI ..... 1<br>PASSER À 914 ←<br>NON ..... 2<br>NSP ..... 8                         | OUI ..... 1<br>PASSER À 914 ←<br>NON ..... 2<br>NSP ..... 8                         | OUI ..... 1<br>PASSER À 914 ←<br>NON ..... 2<br>NSP ..... 8                         | OUI ..... 1<br>PASSER À 914 ←<br>NON ..... 2<br>NSP ..... 8                         |
| 912 Est-ce que (NOM) est morte au cours d'un accouchement?   | OUI ..... 1<br>PASSER À 915 ←<br>NON ..... 2<br>NSP ..... 8                        | OUI ..... 1<br>PASSER À 915 ←<br>NON ..... 2<br>NSP ..... 8                        | OUI ..... 1<br>PASSER À 915 ←<br>NON ..... 2<br>NSP ..... 8                         | OUI ..... 1<br>PASSER À 915 ←<br>NON ..... 2<br>NSP ..... 8                         | OUI ..... 1<br>PASSER À 915 ←<br>NON ..... 2<br>NSP ..... 8                         | OUI ..... 1<br>PASSER À 915 ←<br>NON ..... 2<br>NSP ..... 8                         |
| 913 Est-ce que (NOM) est morte dans les deux mois suivant la fin d'une grossesse ou d'un accouchement? | OUI ..... 1<br>PASSER À 915 ←<br>NON ..... 2<br>NSP ..... 8                        | OUI ..... 1<br>PASSER À 915 ←<br>NON ..... 2<br>NSP ..... 8                        | OUI ..... 1<br>PASSER À 915 ←<br>NON ..... 2<br>NSP ..... 8                         | OUI ..... 1<br>PASSER À 915 ←<br>NON ..... 2<br>NSP ..... 8                         | OUI ..... 1<br>PASSER À 915 ←<br>NON ..... 2<br>NSP ..... 8                         | OUI ..... 1<br>PASSER À 915 ←<br>NON ..... 2<br>NSP ..... 8                         |
| 914 Est-ce que le décès était dû à des complications de grossesse ou à l'accouchement?                 | OUI ..... 1<br>NON ..... 2<br>NSP ..... 8  | OUI ..... 1<br>NON ..... 2<br>NSP ..... 8  | OUI ..... 1<br>NON ..... 2<br>NSP ..... 8   | OUI ..... 1<br>NON ..... 2<br>NSP ..... 8   | OUI ..... 1<br>NON ..... 2<br>NSP ..... 8   | OUI ..... 1<br>NON ..... 2<br>NSP ..... 8   |
| 915 À combien d'enfants (NOM) a-t-elle donné naissance?  | <br>PASSER À [8]   | <br>PASSER À [9]   | <br>PASSER À [10]   | <br>PASSER À [11]   | <br>PASSER À [12]   | <br>PASSER À [13]   |
| <b>S'IL N'Y A PLUS DE FRÈRE OU DE SŒUR, PASSER À 916</b>   |  |  |   |   |   |   |

|     |                     |               |  |
|-----|---------------------|---------------|--|
| 916 | ENREGISTRER L'HEURE | HEURES .....  |  |
|     |                     | MINUTES ..... |  |

**SECTION 10: TAILLE ET POIDS**

|      |  |                          |  |                          |       |
|------|--|--------------------------|--|--------------------------|-------|
| 1001 | VÉRIFIER 215:<br>UNE OU PLUSIEURS<br>NAISSANCES DEPUIS<br>JANVIER 1994 | <input type="checkbox"/> | AUCUNE<br>NAISSANCE DEPUIS<br>JANVIER 1994 | <input type="checkbox"/> | → FIN |
|------|--|--------------------------|--|--------------------------|-------|

À 1002, COLONNES 2 ET 3 ENREGISTRER LE NUMÉRO DE LIGNE DE CHAQUE ENFANT NÉ DEPUIS JANVIER 1994 ET TOUJOURS VIVANT.

À 1003 ET 1004, ENREGISTRER LE NOM ET LA DATE DE NAISSANCE DE L'ENQUÊTÉE ET DE TOUS LES ENFANTS VIVANTS NÉS DEPUIS JANVIER 1994.

À 1006 ET 1008 ENREGISTRER LE POIDS ET LA TAILLE DE L'ENQUÊTÉE ET DES ENFANTS PESÉS.  
 À 1008B ENREGISTRER LE RESULTAT DU TEST D'HEMOGLOBINE TEL QU'INDIQUE DANS L'APPAREIL "HEMOCUE"

**ATTENTION: TOUTES LES ENQUÊTÉES QUI ONT EU UNE NAISSANCE OU PLUS DEPUIS JANVIER 1994 DOIVENT ÊTRE PESÉES ET MESURÉES, MÊME SI LEURS ENFANTS N'ONT PAS ÉTÉ PESÉES. S'IL Y A PLUS DE DEUX ENFANTS, UTILISER LE QUESTIONNAIRE SUPPLÉMENTAIRE**

|       | 1) ENQUÊTÉE  | 2) DERNIER ENFANT EN VIE  | 3) AVANT-DERNIER ENFANT EN VIE   |
|-------|--|---|--|
| 1002  | NUMÉRO DE LIGNE SELON LA QUESTION 212  | [ ][ ] [ ][ ]   | [ ][ ] [ ][ ]  |
| 1003  | NOM<br>SELON LA Q. 212 POUR LES ENFANTS  | (NOM)   | (NOM)  |
| 1004  | DATE DE NAISSANCE<br>SELON LA Q. 215, DEMANDER LE JOUR DE NAISSANCE  |   |  |
|       |  | JOUR ..... [ ][ ] [ ][ ]<br>MOIS ..... [ ][ ] [ ][ ]<br>ANNÉE [ ][ ] [ ][ ] [ ][ ] [ ][ ] | JOUR ..... [ ][ ] [ ][ ]<br>MOIS ..... [ ][ ] [ ][ ]<br>ANNÉE [ ][ ] [ ][ ] [ ][ ] [ ][ ]  |
| 1005  | CICATRICE DU BCG EN HAUT DE L'ÉPAULE GAUCHE  |   |  |
|       |  | CICATRICE VUE ..... 1<br>PAS DE CICATRICE .. 2  | CICATRICE VUE ..... 1<br>PAS DE CICATRICE .. 2   |
| 1006  | TAILLE<br>(EN CENTIMÈTRES)   | [ ][ ][ ][ ] [ ][ ]   | [ ][ ][ ][ ] [ ][ ]  |
| 1007  | L'ENFANT A-T-IL ÉTÉ MESURÉ COUCHÉ OU DÉBOUT?   |   |  |
|       |  | COUCHÉ ..... 1<br>DÉBOUT ..... 2  | COUCHÉ ..... 1<br>DÉBOUT ..... 2   |
| 1008  | POIDS<br>(EN KILOGRAMMES)  | [ ][ ][ ][ ] [ ][ ]   | [0][ ][ ][ ] [ ][ ]  |
| 1008A | SUIVANT LES INSTRUCTIONS DU MANUEL, INFORMER À LA FEMME SUR LA PROCEDURE DE PRISE DE SANG QUE VOUS ALLEZ FAIRE, QU'ELLE A LE DROIT DE REFUSER SI ELLE NE VEUT PAS ÊTRE SOUMISE À CETTE PROCEDURE |   |  |
| 1008B | INDICE MONTRÉ PAR L'HÉMOGLOBINOMÈTRE<br>(EN GRAMMES PAR DÉCILITRE)   | [ ][ ][ ] [ ][ ]  | [ ][ ][ ] [ ][ ]   |
| 1009  | DATE DE MESURE ET DE PESÉE   | JOUR ..... [ ][ ] [ ][ ]<br>MOIS ..... [ ][ ] [ ][ ]<br>ANNÉE ... 19 [ ][ ] [ ][ ]        | JOUR ..... [ ][ ] [ ][ ]<br>MOIS ..... [ ][ ] [ ][ ]<br>ANNÉE .. 19 [ ][ ] [ ][ ]  |
| 1010  | RÉSULTAT   | MESURÉE ..... 1<br>ABSENTE ..... 3<br>REFUS ..... 4<br>AUTRE ..... 6<br>(PRÉCISER)        | ENFANT MESURÉ .. 1<br>ENFANT MALADE .. 2<br>ENFANT ABSENT .. 3<br>ENFANT REFUSÉ .. 4<br>MÈRE REFUSÉ ... 5<br>AUTRE ..... 6<br>(PRÉCISER) |
| 1011  | NOM DE L'OPÉRATEUR   | NOM DE L'ASSISTANT  |  |
|       | [ ][ ][ ] [ ][ ]   | [ ][ ][ ] [ ][ ]  |  |

**OBSERVATIONS DE L'ENQUÊTRICE**

A REMPLIR UNE FOIS QUE L'INTERVIEW EST FINIE

Commentaires  
sur l'enquêtée:

---

---

---

Commentaire sur des  
questions spécifiques

---

---

---

Autres commentaires:

---

---

---

**OBSERVATIONS DU CHEF D'EQUIPE**

---

---

---

Nom du chef d'équipe: \_\_\_\_\_

Date: \_\_\_\_\_

**OBSERVATIONS DE LA CONTRÔLEUSE**

---

---

---

Nom de la contrôleuse \_\_\_\_\_

Date: \_\_\_\_\_