

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 _____	<div style="display: flex; align-items: center; justify-content: center;"> <div style="border: 1px solid black; width: 20px; height: 20px; margin: 2px;"></div> <div style="border: 1px solid black; width: 20px; height: 20px; margin: 2px;"></div> <div style="border: 1px solid black; width: 20px; height: 20px; margin: 2px;"></div> </div> <div style="display: flex; align-items: center; justify-content: center; margin-top: 5px;"> <div style="border: 1px solid black; width: 20px; height: 20px; margin: 2px;"></div> <div style="border: 1px solid black; width: 20px; height: 20px; margin: 2px;"></div> <div style="border: 1px solid black; width: 20px; height: 20px; margin: 2px;"></div> </div> <div style="display: flex; align-items: center; justify-content: center; margin-top: 5px;"> <div style="border: 1px solid black; width: 20px; height: 20px; margin: 2px;"></div> <div style="border: 1px solid black; width: 20px; height: 20px; margin: 2px;"></div> <div style="border: 1px solid black; width: 20px; height: 20px; margin: 2px;"></div> </div> <div style="display: flex; align-items: center; justify-content: center; margin-top: 5px;"> <div style="border: 1px solid black; width: 20px; height: 20px; margin: 2px;"></div> <div style="border: 1px solid black; width: 20px; height: 20px; margin: 2px;"></div> <div style="border: 1px solid black; width: 20px; height: 20px; margin: 2px;"></div> </div> <div style="display: flex; align-items: center; justify-content: center; margin-top: 5px;"> <div style="border: 1px solid black; width: 20px; height: 20px; margin: 2px;"></div> <div style="border: 1px solid black; width: 20px; height: 20px; margin: 2px;"></div> <div style="border: 1px solid black; width: 20px; height: 20px; margin: 2px;"></div> </div> <div style="display: flex; align-items: center; justify-content: center; margin-top: 5px;"> <div style="border: 1px solid black; width: 20px; height: 20px; margin: 2px;"></div> <div style="border: 1px solid black; width: 20px; height: 20px; margin: 2px;"></div> <div style="border: 1px solid black; width: 20px; height: 20px; margin: 2px;"></div> </div> <div style="display: flex; align-items: center; justify-content: center; margin-top: 5px;"> <div style="border: 1px solid black; width: 20px; height: 20px; margin: 2px;"></div> <div style="border: 1px solid black; width: 20px; height: 20px; margin: 2px;"></div> <div style="border: 1px solid black; width: 20px; height: 20px; margin: 2px;"></div> </div> <div style="display: flex; align-items: center; justify-content: center; margin-top: 5px;"> <div style="border: 1px solid black; width: 20px; height: 20px; margin: 2px;"></div> <div style="border: 1px solid black; width: 20px; height: 20px; margin: 2px;"></div> <div style="border: 1px solid black; width: 20px; height: 20px; margin: 2px;"></div> </div>
NOM DU CHEF DE MÉNAGE _____	
NUMÉRO DE GRAPPE ..... 1	
NUMÉRO DE MÉNAGE ..... 2	
FARITANY _____	
URBAIN/RURAL (URBAIN = 1, RURAL = 2) ..... 3	
ANTANANARIVO-RENOVOHITRA ..... 4	
CHEF LIEU DE FARITANY ET ANTSIRABE ..... 5	
CHEF LIEU DE FIVONDROKONTANY ..... 6	
CHEF LIEU DE FIRAISAMPOKONTANY ..... 7	
AUTRE ..... 8	
NOM ET NUMÉRO DE LIGNE DE LA FEMME ENQUÊTÉE _____	

VISITES DE L'ENQUÊTRICE				
	1	2	3	VISITE FINALE
DATE				JOUR MOIS ANNÉE
NOM DE L'ENQUÊTRICE				NOM RÉSULTAT
PROCHAINE VISITE: DATE				N° TOTAL DE VISITES
*CODES RÉSULTAT: 1 COMPLET 2 PAS À LA MAISON 3 DIFFÉRÉ 4 REFUS 5 PARTIELLEMENT REMPLI 6 EN INCAPACITÉ	7 AUTRE _____ (PRÉCISER)			

CONTRÔLEUSE	CHEF D'ÉQUIPE	CONTRÔLE DE BUREAU	SAISI PAR :
NOM _____	NOM _____		
DATE _____	DATE _____		

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

N°	QUESTIONS ET FILTRES	CODES	PASSER À
101	ENREGISTRER L'HEURE.	HEURE ..... <input type="text"/> <input type="text"/> MINUTES ..... <input type="text"/> <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 CHEF LIEU DE FARITANY ..... 2 CHEF LIEU DE FIVONDRONANA ..... 3 CHEF LIEU DE FIRAISANA ..... 4 À LA CAMPAGNE ..... 5 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"/> <input type="text"/> TOUJOURS ..... 95 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 CHEF LIEU DE FARITANY ..... 2 CHEF LIEU DE FIVONDRONANA ..... 3 CHEF LIEU DE FIRAISANA ..... 4 À LA CAMPAGNE ..... 5 À L'ETRANGER ..... 6	
105	En quel mois et quelle année êtes-vous née ?	MOIS ..... <input type="text"/> <input type="text"/> NSP MOIS ..... 98 ANNÉE ..... 19 <input type="text"/> <input type="text"/> NSP ANNÉE ..... 9998	
106	Quel âge aviez-vous à votre dernier anniversaire ? COMPARER ET CORRIGER 105 ET/OU 106 SI INCONSISTENTS.	AGE EN ANNÉES RÉVOLUES <input type="text"/> <input type="text"/>	
107	Avez-vous fréquenté l'école ?	OUI ..... 1 NON ..... 2	→ 114
108	Quel est le plus haut niveau d'études que vous avez atteint : primaire, secondaire ou supérieur ?	PRIMAIRE ..... 1 SECONDAIRE 1ER CYCLE ..... 2 SECONDAIRE 2ÈME CYCLE ..... 3 SUPÉRIEUR ..... 4	
109	Quelle est la dernière classe que vous avez achevée à ce niveau ?	CLASSE ..... <input type="text"/> <input type="text"/>	
110	VÉRIFIER 106: 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 NON ..... 2	→ 113

N°	QUESTIONS ET FILTRES	CODS	PASSER À
112	Quelle est la raison principale pour laquelle vous avez arrêté d'aller à l'école ?	EST TOMBÉE ENCEINTE ..... 01 S'EST MARIÉE ..... 02 POUR S'OCCUPER D'ENFANTS PLUS JEUNES ..... 03 FAMILLE AVAIT BESOIN D'AIDE AUX CHAMPS OU AU TRAVAIL . 04 NE POUVAIT PAS PAYER FRAIS ... 05 DEVAIT GAGNER DE L'ARGENT ... 06 SUFFISAMMENT SCOLARISÉE .... 07 ÉCHEC À L'ÉCOLE ..... 08 N'AIMAIT PAS L'ÉCOLE ..... 09 ÉCOLE INACCESSIBLE/TROP LOIN 10  AUTRE _____ 96 (PRÉCISER) NSP ..... 98	
113	VÉRIFIER 108: PRIMAIRE <input type="checkbox"/> SECONDAIRE OU PLUS <input type="checkbox"/>		→115
114	Pouvez-vous lire et comprendre une lettre ou un journal facilement, avec difficulté ou pas du tout ?	FACILEMENT ..... 1 AVEC DIFFICULTÉ ..... 2 PAS DU TOUT ..... 3	→116
115	Avez-vous l'habitude de lire un journal ou un magazine au moins une fois par semaine ?	OUI ..... 1 NON ..... 2	
116	Avez-vous l'habitude d'écouter la radio au moins une fois par jour ?	OUI ..... 1 NON ..... 2	
117	Avez-vous l'habitude de regarder la télévision au moins une fois par semaine ?	OUI ..... 1 NON ..... 2	
118	Quelle est votre religion?	CATHOLIQUE ..... 1 PROTESTANT ..... 2 ISLAM ..... 3 TRADITIONNELLE ..... 4 SANS RELIGION ..... 5 AUTRE ..... 6 (PRÉCISER)	
120	VÉRIFIER Q.4 DANS LE QUESTIONNAIRE MÉNAGE  L'ENQUÊTÉE N'EST PAS RÉSIDENTE HABITUELLE <input type="checkbox"/> L'ENQUÊTÉE EST RÉSIDENTE HABITUELLE <input type="checkbox"/>		→201
121	Maintenant je voudrais vous poser quelques questions sur l'endroit où vous vivez habituellement. Quel est le nom de votre lieu habituel de résidence ?  _____ (NOM DU LIEU DE RÉSIDENCE)	ANTANANARIVO-VILLE ..... 1 CHEF LIEU DE FARITANY ..... 2 CHEF LIEU DE FIVONDRONANA .... 3 CHEF LIEU DE FIRASANA ..... 4 À LA CAMPAGNE ..... 5 À L'ETRANGER ..... 6	→123
122	Dans quelle Faritany se trouve-t-il ? (le lieu habituel)	ANTANANARIVO ..... 1 FIANARANTSOA ..... 2 TOAMASINA ..... 3 MAHAJANGA ..... 4 TOLIARY ..... 5 ANTSIRANANA ..... 6	

N°	QUESTIONS ET FILTRES	CODES	PASSER À
123	Maintenant je voudrais vous poser quelques questions sur le ménage dans lequel vous vivez habituellement.  D'où provient l'eau que boivent les membres de votre ménage ?	EAU DU ROBINET ROBINET DANS LE LOGEMENT/COUR/PARCELLE ... 11 ROBINET EXTÉRIEUR ..... 12 BORNE FONTAINE/ROBINET PUBLIC . 13  EAU DE PUIITS DANS LA COUR/PARCELLE FORAGE ÉQUIPÉ DE POMPE ..... 21 PUIITS AMÉNAGÉ SANS POMPE ..... 22 PUIITS NU/PUISARD ..... 23  EAU DE PUIITS À L'EXTÉRIEUR FORAGE ÉQUIPÉ DE POMPE ..... 24 PUIITS AMÉNAGÉ SANS POMPE ..... 25 PUIITS NU/PUISARD ..... 26  EAU DE SURFACE SOURCE ..... 31 RIVIÈRE/RUISSEAU ..... 32 MARE/LAC/BARRAGE ..... 33  EAU DE PLUIE ..... 41 CAMION CITERNE ..... 51 EAU EN BOUTEILLE ..... 61 AUTRE ..... 96 (PRÉCISER)	→125  

## 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 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 NON ..... 2	→204								
203	Combien de fils vivent avec vous ? Et combien de filles vivent avec vous ? ..... SI AUCUN, NOTER '00'.	FILS À LA MAISON ..... <table border="1" style="display: inline-table; vertical-align: middle;"><tr><td> </td><td> </td></tr><tr><td> </td><td> </td></tr></table> FILLES À LA MAISON ..... <table border="1" style="display: inline-table; vertical-align: middle;"><tr><td> </td><td> </td></tr><tr><td> </td><td> </td></tr></table>									
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 NON ..... 2	→206								
205	Combien de fils sont vivants mais ne vivent pas avec vous ? Et combien de filles sont vivantes mais ne vivent pas avec vous ? SI AUCUN, NOTER '00'.	FILS AILLEURS ..... <table border="1" style="display: inline-table; vertical-align: middle;"><tr><td> </td><td> </td></tr><tr><td> </td><td> </td></tr></table> FILLES AILLEURS ..... <table border="1" style="display: inline-table; vertical-align: middle;"><tr><td> </td><td> </td></tr><tr><td> </td><td> </td></tr></table>									
206	Avez-vous donné naissance à un fils ou à une fille qui est né vivant mais qui est décédé par la suite ?  <b>SI NON, INSISTER</b> Aucun enfant qui a crié ou qui a donné un signe de vie mais qui n'a survécu que quelques heures ou quelques jours ?	OUI ..... 1 NON ..... 2	→208								
207	Combien de vos fils sont décédés ? Et combien de vos filles sont décédées ? SI AUCUN, NOTER '00'.	FILS DÉCÉDÉS ..... <table border="1" style="display: inline-table; vertical-align: middle;"><tr><td> </td><td> </td></tr><tr><td> </td><td> </td></tr></table> FILLES DÉCÉDÉES ..... <table border="1" style="display: inline-table; vertical-align: middle;"><tr><td> </td><td> </td></tr><tr><td> </td><td> </td></tr></table>									
208	FAITES LA SOMME DE 203, 205, ET 207, ET NOTER LE TOTAL. SI AUCUN, NOTER '00'.	TOTAL ..... <table border="1" style="display: inline-table; vertical-align: middle;"><tr><td> </td><td> </td></tr><tr><td> </td><td> </td></tr></table>									
209	<b>VÉRIFIER 208:</b>  Juste pour être sûre d'avoir bien compris : vous avez eu au total ____ naissances durant votre vie. Est-ce-bien exact ?  OUI <input type="checkbox"/> NON <input type="checkbox"/> <b>INSISTER ET CORRIGER 201-208 SI NÉCESSAIRE</b>										
210	<b>VÉRIFIER 208:</b>  AU MOINS UNE NAISSANCE <input type="checkbox"/> AUCUNE NAISSANCE <input type="checkbox"/> <b>→227</b>										

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. NOTER LE NOM DE TOUTES LES NAISSANCES À 212. ENREGISTRER LES JUMEAUX SUR DES LIGNES DIFFÉRENTES									
212	213	214	215	216	217 SI VIVANT:	218 SI VIVANT	219 SI DÉCÉDÉ:	220	221
Quel nom a été donné à votre (premier/suivant) enfant?  (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) ?  INSISTER: Quelle est sa date de naissance ?  OU: En quelle saison est-il/elle né(e) ?	(NOM) est-il/elle toujours en vie ?	Quel âge avait (NOM) à son dernier anniversaire ?  NOTER L'ÂGE EN ANNÉES RÉVOLUES	(NOM) vit-il/elle avec vous ?	Quel âge avait (NOM) quand il/elle est mort(e) ?  SI 1 AN : INSISTER Quel âge avait-il/elle en mois ? 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 MULT 2	GARÇ 1 FILLE 2	MOIS . <input type="text"/> ANNÉE <input type="text"/>	OUI . 1 NON 2 ↓ 219	ÂGE EN ANNÉES <input type="text"/>	OUI ... 1 NON .. 2 (NAIS. SUIVANTE)	JOURS 1 <input type="text"/> MOIS .. 2 <input type="text"/> ANNÉES 3 <input type="text"/>		
02	SIMP 1 MULT 2	GARÇ 1 FILLE 2	MOIS . <input type="text"/> ANNÉE <input type="text"/>	OUI . 1 NON 2 ↓ 219	ÂGE EN ANNÉES <input type="text"/>	OUI ... 1 NON .. 2 (PASSER À 220)	JOURS 1 <input type="text"/> MOIS .. 2 <input type="text"/> ANNÉES 3 <input type="text"/>	OUI ..... 1 NON ..... 2 (NAISSANCE SUIVANTE)	OUI .... 1 NON ... 2
03	SIMP 1 MULT 2	GARÇ 1 FILLE 2	MOIS . <input type="text"/> ANNÉE <input type="text"/>	OUI . 1 NON 2 ↓ 219	ÂGE EN ANNÉES <input type="text"/>	OUI ... 1 NON .. 2 (PASSER À 220)	JOURS 1 <input type="text"/> MOIS .. 2 <input type="text"/> ANNÉES 3 <input type="text"/>	OUI ..... 1 NON ..... 2 (NAISSANCE SUIVANTE)	OUI .... 1 NON ... 2
04	SIMP 1 MULT 2	GARÇ 1 FILLE 2	MOIS . <input type="text"/> ANNÉE <input type="text"/>	OUI . 1 NON 2 ↓ 219	ÂGE EN ANNÉES <input type="text"/>	OUI ... 1 NON .. 2 (PASSER À 220)	JOURS 1 <input type="text"/> MOIS .. 2 <input type="text"/> ANNÉES 3 <input type="text"/>	OUI ..... 1 NON ..... 2 (NAISSANCE SUIVANTE)	OUI .... 1 NON ... 2
05	SIMP 1 MULT 2	GARÇ 1 FILLE 2	MOIS . <input type="text"/> ANNÉE <input type="text"/>	OUI . 1 NON 2 ↓ 219	ÂGE EN ANNÉES <input type="text"/>	OUI ... 1 NON .. 2 (PASSER À 220)	JOURS 1 <input type="text"/> MOIS .. 2 <input type="text"/> ANNÉES 3 <input type="text"/>	OUI ..... 1 NON ..... 2 (NAISSANCE SUIVANTE)	OUI .... 1 NON ... 2
06	SIMP 1 MULT 2	GARÇ 1 FILLE 2	MOIS . <input type="text"/> ANNÉE <input type="text"/>	OUI . 1 NON 2 ↓ 219	ÂGE EN ANNÉES <input type="text"/>	OUI ... 1 NON .. 2 (PASSER À 220)	JOURS 1 <input type="text"/> MOIS .. 2 <input type="text"/> ANNÉES 3 <input type="text"/>	OUI ..... 1 NON ..... 2 (NAISSANCE SUIVANTE)	OUI .... 1 NON ... 2
07	SIMP 1 MULT 2	GARÇ 1 FILLE 2	MOIS . <input type="text"/> ANNÉE <input type="text"/>	OUI . 1 NON 2 ↓ 219	ÂGE EN ANNÉES <input type="text"/>	OUI ... 1 NON .. 2 (PASSER À 220)	JOURS 1 <input type="text"/> MOIS .. 2 <input type="text"/> ANNÉES 3 <input type="text"/>	OUI ..... 1 NON ..... 2 (NAISSANCE SUIVANTE)	OUI .... 1 NON ... 2
08	SIMP 1 MULT 2	GARÇ 1 FILLE 2	MOIS . <input type="text"/> ANNÉE <input type="text"/>	OUI 1 NON 2 ↓ 219	ÂGE EN ANNÉES <input type="text"/>	OUI ... 1 NON .. 2 (PASSER À 220)	JOURS 1 <input type="text"/> MOIS .. 2 <input type="text"/> ANNÉES 3 <input type="text"/>	OUI ..... 1 NON ..... 2 (NAISSANCE SUIVANTE)	OUI .... 1 NON ... 2

212	213	214	215	216	217 SI VIVANT:	218 SI VIVANT	219 SI DÉCÉDÉ:	220	221
Quel nom a été donné à votre (premier/suivant) enfant?  (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) ?  INSISTER: Quelle est sa date de naissance ?  OU: En quelle saison est-il/elle né(e) ?	(NOM) est-il/elle toujours en vie ?	Quel âge avait (NOM) à son dernier anniversaire ?  NOTER L'ÂGE EN ANNÉES RÉVOLUES	(NOM) vit-il/elle avec vous ?	Quel âge avait (NOM) quand il/elle est mort(e) ?  SI 1 AN : INSISTER Quel âge avait-il/elle en mois ? 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) ?
09	SIMP 1 MULT 2	GARÇ 1 FILLE 2	MOIS . <input type="text"/> ANNÉE <input type="text"/>	OUI . 1 NON 2 ↓ 219	ÂGE EN ANNÉES <input type="text"/>	OUI ... 1 NON ... 2 (PASSER À 220)	JOURS 1 <input type="text"/> MOIS . 2 <input type="text"/> ANNÉES 3 <input type="text"/>	OUI ..... 1 NON ..... 2 (NAISSANCE SUIVANTE)	OUI .... 1 NON ... 2
10	SIMP 1 MULT 2	GARÇ 1 FILLE 2	MOIS . <input type="text"/> ANNÉE <input type="text"/>	OUI 1 NON 2 ↓ 219	ÂGE EN ANNÉES <input type="text"/>	OUI ... 1 NON ... 2 (PASSER À 220)	JOURS 1 <input type="text"/> MOIS . 2 <input type="text"/> ANNÉES 3 <input type="text"/>	OUI ..... 1 NON ..... 2 (NAISSANCE SUIVANTE)	OUI .... 1 NON ... 2
11	SIMP 1 MULT 2	GARÇ 1 FILLE 2	MOIS . <input type="text"/> ANNÉE <input type="text"/>	OUI 1 NON 2 ↓ 219	ÂGE EN ANNÉES <input type="text"/>	OUI ... 1 NON ... 2 (PASSER À 220)	JOURS 1 <input type="text"/> MOIS . 2 <input type="text"/> ANNÉES 3 <input type="text"/>	OUI ..... 1 NON ..... 2 (NAISSANCE SUIVANTE)	OUI .... 1 NON ... 2
12	SIMP 1 MULT 2	GARÇ 1 FILLE 2	MOIS . <input type="text"/> ANNÉE <input type="text"/>	OUI 1 NON 2 ↓ 219	ÂGE EN ANNÉES <input type="text"/>	OUI ... 1 NON ... 2 (PASSER À 220)	JOURS 1 <input type="text"/> MOIS . 2 <input type="text"/> ANNÉES 3 <input type="text"/>	OUI ..... 1 NON ..... 2 (NAISSANCE SUIVANTE)	OUI .... 1 NON ... 2
13	SIMP 1 MULT 2	GARÇ 1 FILLE 2	MOIS . <input type="text"/> ANNÉE <input type="text"/>	OUI 1 NON 2 ↓ 219	ÂGE EN ANNÉES <input type="text"/>	OUI ... 1 NON ... 2 (PASSER À 220)	JOURS 1 <input type="text"/> MOIS . 2 <input type="text"/> ANNÉES 3 <input type="text"/>	OUI ..... 1 NON ..... 2 (NAISSANCE SUIVANTE)	OUI .... 1 NON ... 2
222	SOUSTRAIRE L'ANNÉE DE NAISSANCE DU DERNIER ENFANT DE L'ANNÉE DE L'INTERVIEW						OUI ..... 1 → 223		
	LA DIFFÉRENCE EST-ELLE DE 4 ANS OU PLUS ?						NON ..... 2 → 224		
223	Avez-vous eu d'autre naissances vivantes depuis la naissance de (NOM DE LA DERNIÈRE NAISSANCE) ?						OUI ..... 1		
							NON ..... 2		
224	COMPARER 208 AVEC LE NOMBRE DE NAISSANCE ENREGISTRÉ DANS LE TABLEAU CI-DESSUS ET NOTER : LES NOMBRES SONT LES MÊMES <input type="checkbox"/> LES NOMBRES SONT DIFFÉRENTS <input type="checkbox"/> (VÉRIFIER ET CORRIGER) VÉRIFIER: POUR CHAQUE NAISSANCE : L'ANNÉE DE NAISSANCE EST ENREGISTRÉE POUR CHAQUE ENFANT VIVANT : L'ÂGE ACTUEL EST ENREGISTRÉ POUR CHAQUE ENFANT DÉCÉDÉ : L'ÂGE AU DÉCÈS EST ENREGISTRÉ POUR CHAQUE DÉCÈS À 12 MOIS OU 1 AN : DÉTERMINER LE NOMBRE EXACT DE MOIS								
225	VÉRIFIER 215 ET ENTRER LE NOMBRE DE NAISSANCES DEPUIS JANVIER 1994 SI AUCUNE, ENREGISTRER '00'								

N°	QUESTIONS ET FILTRES	CODES	PASSER À																
227	Êtes-vous actuellement enceinte ?	OUI ..... 1 NON ..... 2 N'EST PAS SÛRE ..... 8	→ 236																
228	De combien de mois, êtes-vous enceinte ?  <b>NOTER LE NOMBRE DE MOIS RÉVOLUS.</b>	MOIS ..... <table border="1" style="display: inline-table; vertical-align: middle;"><tr><td> </td><td> </td></tr><tr><td> </td><td> </td></tr></table>																	
229	Au moment où vous êtes tombée enceinte, vouliez-vous tomber enceinte <u>à ce moment</u> , vouliez-vous attendre <u>plus tard</u> , ou vouliez-vous <u>ne pas</u> tomber enceinte ?	À CE MOMENT-LÀ ..... 1 PLUS TARD ..... 2 NE VOULAIT PAS ..... 3																	
230	Avez-vous des difficultés à voir à la tombée du jour ?	OUI ..... 1 NON ..... 2	→ 236																
231	Avez-vous des difficultés à voir pendant la journée aussi ?	OUI ..... 1 NON ..... 2																	
232	Aviez-vous des difficultés à voir à la tombée du jour quand vous n'étiez pas enceinte ?	OUI ..... 1 NON ..... 2																	
236	Quand vos dernières règles ont-elles commencé ?  _____ (INSCRIRE LA DATE, SI ELLE EST DONNÉE)	NOMBRE DE JOURS ..... 1 <table border="1" style="display: inline-table; vertical-align: middle;"><tr><td> </td><td> </td></tr><tr><td> </td><td> </td></tr></table> NOMBRE DE SEMAINES .. 2 <table border="1" style="display: inline-table; vertical-align: middle;"><tr><td> </td><td> </td></tr><tr><td> </td><td> </td></tr></table> NOMBRE DE MOIS ..... 3 <table border="1" style="display: inline-table; vertical-align: middle;"><tr><td> </td><td> </td></tr><tr><td> </td><td> </td></tr></table> NOMBRE D'ANNÉES ..... 4 <table border="1" style="display: inline-table; vertical-align: middle;"><tr><td> </td><td> </td></tr><tr><td> </td><td> </td></tr></table> EN MENOPAUSE ..... 994 AVANT DERNIÈRE NAISSANCE .. 995 JAMAIS EU DE RÈGLES ..... 996																	
237	Entre le premier jour des règles d'une femme et le premier jour de ses règles suivantes, y-a-t-il des moments où elle a plus de chances de tomber enceinte que d'autres ?	OUI ..... 1 NON ..... 2 NSP ..... 8	→ 239																
238	À quel moment de son cycle menstruel, une femme a-t-elle le plus de chances de tomber enceinte ?	PENDANT SES RÈGLES ..... 01 JUSTE APRÈS LA FIN DE SES RÈGLES ..... 02 AU MILIEU DU CYCLE ..... 03 JUSTE AVANT DÉBUT DES RÈGLES 04  AUTRE ..... 96 (PRÉCISER) NSP ..... 98																	
239	Est-ce que vous-avez déjà eu un avortement provoqué ?	OUI ..... 1 NON ..... 2	→ 301																
240	La dernière fois que vous avez eu un avortement provoqué, avez-vous eu des séquelles sur votre santé suite à l'opération ?	OUI ..... 1 NON ..... 2	→ 301																
241	Avez-vous été obligée de demander l'aide d'un médecin ou d'une infirmière à cause des séquelles ?	OUI ..... 1 NON ..... 2																	



### 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. ENCELER 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" ENCELER 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	OUI ..... 1 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	OUI ..... 1 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	OUI ..... 1 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	OUI ..... 1 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	OUI ..... 1 NON ..... 2	
06	CONDOM Les hommes peuvent se mettre une capote en caoutchouc sur le pénis pendant les rapports sexuels.	1	2      3	OUI ..... 1 NON ..... 2	
07	STÉRILISATION FÉMININE Les femmes peuvent subir une opération pour ne plus avoir d'enfants.	1	2      3	Avez-vous eu une opération pour éviter d'avoir d'autres enfants ? OUI ..... 1 NON ..... 2	
08	STÉRILISATION MASCULINE Les hommes peuvent subir une opération pour ne plus avoir d'enfants	1	2      3	Est-ce que votre conjoint/ l'un de vos partenaires a eu une opération pour éviter d'avoir des enfants ? OUI ..... 1 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	OUI ..... 1 NON ..... 2	
10	RETRAIT Les hommes peuvent faire attention et se retirer juste avant l'éjaculation.	1	2      3	OUI ..... 1 NON ..... 2	
11	Avez-vous entendu parler d'autres moyens ou méthodes que les femmes ou les hommes peuvent utiliser pour éviter une grossesse ?	1	3		
		(PRÉCISER)		OUI ..... 1 NON ..... 2	
		(PRÉCISER)		OUI ..... 1 NON ..... 2	
304	<p>VÉRIFIER 303:</p> <p>AUCUN "OUI" <input type="checkbox"/> AU MOINS UN "OUI" <input type="checkbox"/> - PASSER À 309</p> <p>(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 NON ..... 2	→331
307	Qu'avez-vous fait ou utilisé ?  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 ?  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"/> 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 vouliez plus tard, ou était-ce parce que vous ne vouliez plus d'enfant du tout ?	VOULAIT ENFANT PLUS TARD ..... 1 NE VOULAIT PLUS D'ENFANT ..... 2 AUTRE ..... 6 (PRÉCISER)	
311	VÉRIFIER 303: FEMME NON STÉRILISÉE <input type="checkbox"/> FEMME STÉRILISÉE <input type="checkbox"/>		→314A
312	VÉRIFIER 227: 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 NON ..... 2	→331
314	Quelle méthode utilisez-vous ?	PILULE ..... 01 DIU ..... 02 INJECTIONS ..... 03 IMPLANTS ..... 04 DIAPHRAGME/MOUSSE/GELÉE ..... 05 CONDOM ..... 06 STÉRILISATION FÉMININE ..... 07 STÉRILISATION MASCULINE ..... 08 CONTINENCE PÉRIODIQUE ..... 09 RETRAIT ..... 10 AUTRE ..... 96 (PRÉCISER)	→326 →318 →323 →326
314A	ENCERCLER '07' POUR LA STÉRILISATION FÉMININE.		
315	Puis-je voir la boîte de pilule que vous utilisez en ce moment ?  NOTER LE NOM DE LA MARQUE SI LA BOÎTE EST MONTRÉE	BOÎTE VUE ..... 1 MARQUE ..... <input type="text"/> BOÎTE NON VUE ..... 2	→317
316	Connaissez-vous le nom de la marque de pilule que vous utilisez en ce moment ? <sup>2</sup>  NOTER LE NOM DE LA MARQUE	NOM DE LA MARQUE ..... <input type="text"/> NSP ..... 98	
317	Combien vous coûte une boîte (cycle) de pilules ?  ENREGISTREZ EN 1000 FMG	COÛT ..... <input type="text"/> GRATUITE ..... 996 NSP ..... 998	→326
317 A	Combien de plaquettes y-a-t il dans la boîte ?	UNE ..... 1 TROIS ..... 2 NSP ..... 8	

N°	QUESTIONS ET FILTRES	CODES	PASSER À								
318	Où a eu lieu la stérilisation ?  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.  _____ (NOM DE L'ENDROIT)	SECTEUR PUBLIC HÔPITAL ..... 11 CENTRE DE SANTÉ ..... 12 DISPENSAIRE ..... 13 POSTE MÉDICALE ..... 14 AUTRE PUBLIC ..... 16 (PRÉCISER) SECTEUR MÉDICAL PRIVÉ HÔPITAL PRIVÉ/CLINIQUE PRIVÉ .. 21 MÉDECIN PRIVÉ ..... 23 AUTRE PRIVÉ ..... 26 (PRÉCISER) AUTRE ..... 96 (PRÉCISER) NSP ..... 98									
319	Regrettez-vous d'avoir eu (ou votre mari) une opération pour ne plus avoir d'enfants ?	OUI ..... 1 NON ..... 2	→ 321								
320	Pourquoi regrettez-vous l'opération ?	ENQUÊTÉE VEUT AUTRE ENFANT .... 01 MARI/CONJ. VEUT AUTRE ENFANT .... 02 EFFETS SECONDAIRES ..... 03 ENFANT DÉCÉDÉ ..... 04 AUTRE ..... 96 (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>1</td><td>2</td></tr><tr><td>3</td><td>4</td></tr></table> ANNÉE ..... 19 <table border="1" style="display: inline-table; vertical-align: middle;"><tr><td>0</td><td>1</td></tr><tr><td>2</td><td>3</td></tr></table> NSP ANNÉE ..... 9998	1	2	3	4	0	1	2	3	→ 333 A
1	2										
3	4										
0	1										
2	3										
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 BASÉ SUR LA TEMPÉRATURE DU CORPS (MÉTHODE OGINO) ..... 02 BASÉ SUR MUCUS CERVICAL (MÉTHODE BILLINGS) ..... 03 BASÉ SUR LA TEMPÉRATURE DU CORPS ET SUR MUCUS CERVICAL . 04 PAS DE SYSTÈME SPÉCIFIQUE ..... 05 AUTRE ..... 96 (PRÉCISER)									
326	Depuis combien de mois utilisez-vous (MÉTHODE) de façon continue ?  SI MOINS DE 1 MOIS, NOTER '00'.	MOIS ..... <table border="1" style="display: inline-table; vertical-align: middle;"><tr><td>0</td><td>1</td></tr><tr><td>2</td><td>3</td></tr></table> 8 ANNÉES OU PLUS ..... 96	0	1	2	3					
0	1										
2	3										
327	VÉRIFIER 314  ENCERCLER LE CODE DE LA MÉTHODE UTILISÉE:	PILULE ..... 01 DIU ..... 02 INJECTIONS ..... 03 IMPLANTS ..... 04 DIAPHRAGME/MOUSSE/GELÉE ..... 05 CONDOM ..... 06 STÉRILISATION FÉMININE ..... 07 STÉRILISATION MASCULINE ..... 08 CONTINENCE PÉRIODIQUE ..... 09 RETRAIT ..... 10 AUTRE ..... 96	→ 328 A → 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 ENCERCLER 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</p> <p>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	Connaissiez-vous un autre endroit où vous auriez pu vous procurer votre (MÉTHODE) la dernière fois ?	OUI ..... 1	
329A	Au moment de votre stérilisation, connaissiez-vous un autre endroit où vous auriez pu subir cette même opération ?	NON ..... 2	→ 333 A
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</p> <p>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 À
331	Quelle est la principale raison pour laquelle vous n'utilisez pas une méthode pour éviter une grossesse ?	PAS MARIÉE ..... 11  RAISONS LIÉES À LA FÉCONDITÉ PAS DE RAPPORTS SEXUELS ..... 21 RAP. SEX. PEU FRÉQUENTS ..... 22 MÉNOPAUSE/HYSTÉRECTOMIE ... 23 SOUS-FÉCONDE/STÉRILE ..... 24 POST-PARTUM/ALLAITEMENT ..... 25 VEUT (D'AUTRES ) ENFANTS ..... 26 ENCEINTE ..... 27  OPPOSITION À L'UTILISATION ENQUÊTÉE OPPOSÉE ..... 31 CONJOINT OPPOSÉ ..... 32 AUTRES PERSONNES OPPOSÉES . 33 INTERDITS RELIGIEUX ..... 34  MANQUE DE CONNAISSANCE NE CONNAÎT PAS DE MÉTHODE ... 41 NE CONNAÎT PAS DE SOURCE .... 42  RAISONS LIÉES À LA MÉTHODES PROBLÈMES DE SANTÉ ..... 51 PEUR DES EFFETS SECONDAIRES 52 PAS ACCESSIBLE/TROP LOIN .... 53 TROP CHÈRE ..... 54 PAS PRATIQUE À UTILISER ..... 55 INTERFÈRE AVEC LE PROCESSUS NORMAL DU CORPS ..... 56  AUTRE ..... 96 (PRÉCISER) NSP ..... 98	
332	Connaissez-vous un endroit où vous pouvez vous procurer une méthode de contraception ?	OUI ..... 1 NON ..... 2 → 334	
333	Où est-ce?  <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>  _____ (NOM DE L'ENDROIT)	SECTEUR PUBLIC HÔPITAL ..... A CENTRE DE SANTÉ ..... B DISPENSAIRE ..... C POSTE MÉDICALE ..... D AUTRE PUBLIC ..... X (PRÉCISER) SECTEUR MÉDICAL PRIVÉ HÔPITAL PRIVÉ/CLINIQUE PRIVÉ ... E PHARMACIE ..... F MÉDECIN ..... G CENTRE DE PF/FISA ..... H  AUTRE MÉDICAL PRIVÉ ..... Y (PRÉCISER) AUTRE SOURCE BOUTIQUE ..... I CENTRES RELIGIEUX ..... J PARENTS ..... K AMIS ..... L  AUTRE ..... Z (PRÉCISER)	
333A	VÉRIFIER 302/MODALITÉ 06: OUI, ELLE A ENTENDU PARLER DU CONDOM <input type="checkbox"/>	NON, ELLE N'A JAMAIS ENTENDU PARLER DU CONDOM <input type="checkbox"/>	→ 334

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

# SECTION 4A. GROSSESSE ET ALLAITEMENT

401	<b>VÉRIFIER 225:</b> 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'ÉTAT 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. (S'IL Y A PLUS DE 2 NAISSANCES, UTILISER UN QUESTIONNAIRE SUPPLÉMENTAIRE).  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 NUMÉRO DE LIGNE ..... <input type="text"/>	AVANT-DERNIÈRE NAISSANCE NUMÉRO DE LIGNE ..... <input type="text"/>
404	DE Q212  ET Q216	NOM .....  VIVANT <input type="checkbox"/> DÉCÉDÉ <input type="checkbox"/>	NOM .....  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 (PASSER À 407) <..... PLUS TARD ..... 2 NE VOULAIT PLUS ..... 3 (PASSER À 407) <.....	À CE MOMENT ..... 1 (PASSER À 407) <..... PLUS TARD ..... 2 NE VOULAIT PLUS ..... 3 (PASSER À 407) <.....
406	Combien de temps auriez-vous souhaité attendre ?	MOIS ..... 1 <input type="text"/> ANNÉES ..... 2 <input type="text"/> NSP ..... 998	MOIS ..... 1 <input type="text"/> ANNÉES ..... 2 <input type="text"/> NSP ..... 998
407	Quand vous étiez enceinte de (NOM), avez-vous consulté quelqu'un pour des soins prénatals au sujet de cette grossesse ?  SI OUI: Qui avez-vous vu ? Quelqu'un d'autre ?  <b>INSISTER POUR DÉTERMINER LE TYPE DE PERSONNE ET ENREGISTRER TOUTES LES PERSONNES VUES.</b>	<b>PROFESSIONNELS DE SANTÉ</b> MÉDECIN ..... A INFIRMIÈRE ..... B SAGE-FEMME ..... C AUTRE PERSONNE ACCOUCHEUSE TRADITION. .... D AUTRE ..... X (PRÉCISER) PERSONNE ..... Y (PASSER À 410) <.....	<b>PROFESSIONNELS DE SANTÉ</b> MÉDECIN ..... A INFIRMIÈRE ..... B SAGE-FEMME ..... C AUTRE PERSONNE ACCOUCHEUSE TRADITION. .... D AUTRE ..... X (PRÉCISER) PERSONNE ..... Y (PASSER À 410) <.....
408	De combien de mois étiez-vous enceinte lors de votre première consultation prénatale ?	MOIS ..... <input type="text"/> NSP ..... 98	MOIS ..... <input type="text"/> NSP ..... 98
409	Combien de fois êtes-vous allée en consultation prénatale au cours de cette grossesse ?	NOMBRE DE FOIS ..... <input type="text"/> NSP ..... 98	NOMBRE DE FOIS ..... <input type="text"/> 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 NON ..... 2 (PASSER À 412) <..... NSP ..... 8	OUI ..... 1 NON ..... 2 (PASSER À 412) <..... NSP ..... 8
411	Pendant cette grossesse, combien de fois avez-vous reçu cette injection ?	NOMBRE DE FOIS ..... <input type="text"/> NSP ..... 8	NOMBRE DE FOIS ..... <input type="text"/> NSP ..... 8

		DERNIÈRE NAISSANCE NOM _____	AVANT-DERNIÈRE NAISSANCE NOM _____																
412	Où avez-vous accouché de (NOM)?	<b>DOMICILE</b> PROPRE DOMICILE ..... 11 AUTRE DOMICILE ..... 12 <b>SECTEUR PUBLIC</b> HÔPITAL ..... 21 CENTRE DE SANTÉ ..... 22 POSTE DE SANTÉ ..... 23 AUTRE PUBLIC ..... 26 _____ (PRÉCISER) <b>SECTEUR MÉDICAL PRIVÉ</b> HÔPITAL PRIVÉ/CLINIQUE .... 31 AUTRE MÉDICAL PRIVÉ ..... 36 _____ (PRÉCISER) AUTRE ..... 96 _____ (PRÉCISER)	<b>DOMICILE</b> PROPRE DOMICILE ..... 11 AUTRE DOMICILE ..... 12 <b>SECTEUR PUBLIC</b> HÔPITAL ..... 21 CENTRE DE SANTÉ ..... 22 POSTE DE SANTÉ ..... 23 AUTRE PUBLIC ..... 26 _____ (PRÉCISER) <b>SECTEUR MÉDICAL PRIVÉ</b> HÔPITAL PRIVÉ/CLINIQUE .... 31 AUTRE MÉDICAL PRIVÉ ..... 36 _____ (PRÉCISER) AUTRE ..... 96 _____ (PRÉCISER)																
413	Qui vous a aidé lors de l'accouchement de (NOM)?  Quelqu'un d'autre ?  <b>INSISTER POUR DÉTERMINER LE TYPE DE PERSONNE ET ENREGISTRER TOUTES LES PERSONNES CITÉES</b>	<b>PROFESSIONNELS DE SANTÉ</b> MÉDECIN ..... A INFIRMIÈRE ..... B SAGE-FEMME ..... C <b>AUTRE PERSONNE</b> ACCOUCHEUSE TRADITION. .... D PARENT/AMI(E) ..... E  AUTRE ..... X _____ (PRÉCISER) PERSONNE ..... Y	<b>PROFESSIONNELS DE SANTÉ</b> MÉDECIN ..... A INFIRMIÈRE ..... B SAGE-FEMME ..... C <b>AUTRE PERSONNE</b> ACCOUCHEUSE TRADITION. .... D PARENT/AMI(E) ..... E  AUTRE ..... X _____ (PRÉCISER) PERSONNE ..... Y																
414	Au moment de la naissance de (NOM), avez-vous eu un des problèmes suivants :  Un long travail, c'est-à-dire des contractions régulières qui ont duré plus de 12 heures ?  Des saignements tellement importants que vous avez pensé que votre vie était en danger  Une forte fièvre accompagnée de pertes vaginales malodorantes ?  Des convulsions non causées par de la fièvre ?	<div style="text-align: right;">OUI NON</div> LONG TRAVAIL ..... 1 2  SAIGNEMENTS IMPORTANTS .. 1 2  FORTE FIÈVRE AVEC PERTES VAGINALES ..... 1 2  CONVULSIONS ..... 1 2	<div style="text-align: right;">OUI NON</div> LONG TRAVAIL ..... 1 2  SAIGNEMENTS IMPORTANTS .. 1 2  FORTE FIÈVRE AVEC PERTES VAGINALES ..... 1 2  CONVULSIONS ..... 1 2																
415	Avez-vous accouché de (NOM) par césarienne ?	OUI ..... 1 NON ..... 2	OUI ..... 1 NON ..... 2																
416	Quand (NOM) est né(e), était-il/elle : très gros, plus gros que la moyenne moyen, plus petit que la moyenne, ou très petit ?	TRÈS GROS ..... 1 PLUS GROS QUE MOYENNE ..... 2 MOYEN ..... 3 PLUS PETIT QUE MOYENNE ..... 4 TRÈS PETIT ..... 5 NSP ..... 8	TRÈS GROS ..... 1 PLUS GROS QUE MOYENNE ..... 2 MOYEN ..... 3 PLUS PETIT QUE MOYENNE ..... 4 TRÈS PETIT ..... 5 NSP ..... 8																
417	Est-ce-que (NOM) a été pesé à la naissance ?	OUI ..... 1 NON ..... 2 (PASSER À 419)←	OUI ..... 1 NON ..... 2 (PASSER À 420)←																
418	Combien pesait (NOM) ?  <b>ENREGISTRER LE POIDS PORTÉ SUR LE CARNET DE SANTÉ, SI DISPONIBLE.</b>	GRAMMES DU CARNET ..... 1 <table border="1" style="display: inline-table; vertical-align: middle;"><tr><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td></tr></table> GRAMMES DE MÉMOIRE ..... 2 <table border="1" style="display: inline-table; vertical-align: middle;"><tr><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td></tr></table> NSP ..... 99998									GRAMMES DU CARNET ..... 1 <table border="1" style="display: inline-table; vertical-align: middle;"><tr><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td></tr></table> GRAMMES DE MÉMOIRE ..... 2 <table border="1" style="display: inline-table; vertical-align: middle;"><tr><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td></tr></table> NSP ..... 99998								
419	Est-ce-que vos règles sont revenues depuis la naissance de (NOM) ?	OUI ..... 1 (PASSER À 421)← NON ..... 2 (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 (PASSER À 424) ←
421	Pendant combien de mois après la naissance de (NOM), n'avez-vous pas eu de règles?	MOIS ..... <input type="text"/> NSP ..... 98	MOIS ..... <input type="text"/> NSP ..... 98
422	VÉRIFIER 227: ENQUÊTÉE ENCEINTE ?	PAS EN-CEINTE <input type="checkbox"/> ENCEINTE OU PAS SÛRE <input type="checkbox"/> (PASSER À 424) ←	
423	Avez-vous repris les rapports sexuels depuis la naissance de (NOM) ?	OUI ..... 1 NON ..... 2 (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"/> NSP ..... 98	MOIS ..... <input type="text"/> NSP ..... 98
425	Avez-vous allaité (NOM)?	OUI ..... 1 NON ..... 2 (PASSER À 431) ←	OUI ..... 1 NON ..... 2 (PASSER À 431) ←
426	Combien de temps après la naissance avez-vous mis (NOM) au sein ?  SI MOINS D'1 HEURE, ENREGISTRER '00' HEURES SI MOINS DE 24 HEURES, ENREGISTRER EN HEURES AUTREMENT, ENREGISTRER EN JOURS	IMMÉDIATEMENT ..... 000 HEURES ..... 1 <input type="text"/> JOURS ..... 2 <input type="text"/>	IMMÉDIATEMENT ..... 000 HEURES ..... 1 <input type="text"/> JOURS ..... 2 <input type="text"/>
427	VÉRIFIER 404: ENFANT VIVANT ?	VIVANT <input type="checkbox"/> DÉCÉDÉ <input type="checkbox"/> (PASSER À 429) ←	VIVANT <input type="checkbox"/> DÉCÉDÉ <input type="checkbox"/> (PASSER À 429) ←
428	Allaitiez-vous encore (NOM)?	OUI ..... 1 NON ..... 2 (PASSER À 432) ←	OUI ..... 1 NON ..... 2 (PASSER À 432) ←
429	Pendant combien de mois avez-vous allaité (NOM)?	MOIS ..... <input type="text"/> NSP ..... 98	MOIS ..... <input type="text"/> 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 ..... 09 A COMMENCÉ À UTILISER CONTRACEPTION ..... 10 AUTRE ..... 96 (PRÉCISER)	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 ..... 09 A COMMENCÉ À UTILISER CONTRACEPTION ..... 10 AUTRE ..... 96 (PRÉCISER)
431	VÉRIFIER 404: ENFANT VIVANT?	VIVANT <input type="checkbox"/> DÉCÉDÉ <input type="checkbox"/> (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"/> (PASSER À 434)      (RETOURNER À 405 DANS COLONNE SUIVANTE OU SI PLUS DE NAISSANCE, PASSER À 440)

		DERNIÈRE NAISSANCE NOM _____	AVANT-DERNIÈRE NAISSANCE NOM _____
432	Combien de fois avez-vous allaité (NOM) la nuit dernière, entre le coucher et le lever du soleil ?  SI RÉPONSE NON NUMÉRIQUE, INSISTER POUR AVOIR UN NOMBRE APPROXIMATIF.	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 ?  SI RÉPONSE NON NUMÉRIQUE, INSISTER POUR AVOIR UN NOMBRE APPROXIMATIF.	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 NON ..... 2 NSP ..... 8	OUI ..... 1 NON ..... 2 NSP ..... 8
435	Est-ce que (NOM) a reçu, à n'importe quel moment, hier ou la nuit dernière, une des choses suivantes? Eau? Eau sucrée? Jus? Tisane? Aliment pour bébé? Lait en boîte ou en poudre? Lait frais? N'importe quel autre liquide? Aliment à base de blé ou du riz? Aliment à base de manioc? Feuilles vertes/brèdes? Fruits ou légumes jaunes? Oeufs, poissons ou volaille? Viande? Autres aliments solides ou semi-solides?	<div style="text-align: center;">OUI NON NSP</div> 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	<div style="text-align: center;">OUI NON NSP</div> 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 NON ..... 2 NSP ..... 8	OUI ..... 1 NON ..... 2 NSP ..... 8
436	VÉRIFIER 435:  NOURRITURE OU LIQUIDE DONNÉ HIER	"OUI" <input type="checkbox"/> POUR UN OU PLUS "NON/NSP" <input type="checkbox"/> POUR TOUS (PASSER À 438)	"OUI" <input type="checkbox"/> POUR UN OU PLUS "NON/NSP" <input type="checkbox"/> POUR TOUS (PASSER À 438)
437	(À part le lait maternel) combien de fois (NOM) a-t-elle mangé hier, y compris les repas et les encas ?  SI 7 FOIS OU PLUS, ENREGISTRER '7'.	NOMBRE DE FOIS ..... <input type="text"/> NSP ..... 8	NOMBRE DE FOIS ..... <input type="text"/> NSP ..... 8
438	Combien de jours sur les 7 derniers jours (NOM) a-t-il reçu un des liquides ou aliments suivants:  Eau ? Lait (autre que le lait maternel) ? Liquides autres que l'eau ou le lait ? Aliments à base de riz ? Aliments à base de manioc ? Feuilles vertes/brèdes ? Fruits ou légumes jaunes ? Oeufs, poisson, volaille ? Viande ? Autres aliments solides ou semi-solides ?  SI NSP, ENREGISTRER '8'.	ENREGISTRER LE NOMBRE DE JOURS EAU ..... <input type="text"/> LAIT ..... <input type="text"/> AUTRE LIQUIDES ..... <input type="text"/> ALIMENT À BASE DE RIZ ..... <input type="text"/> ALIMENT À BASE DE MANIOC ... <input type="text"/> FEUILLES VERTES/BRÈDES .... <input type="text"/> FRUITS OU LÉGUMES JAUNES .. <input type="text"/> OEUF/POISS/VOLAILLE ..... <input type="text"/> VIANDE ..... <input type="text"/> AUTRES SOLIDES/SEMI-SOLIDES <input type="text"/>	ENREGISTRER LE NOMBRE DE JOURS EAU ..... <input type="text"/> LAIT ..... <input type="text"/> AUTRE LIQUIDES ..... <input type="text"/> ALIMENT À BASE DE RIZ ..... <input type="text"/> ALIMENT À BASE DE MANIOC ... <input type="text"/> FEUILLES VERTES/BRÈDES .... <input type="text"/> FRUITS OU LÉGUMES JAUNES .. <input type="text"/> OEUF/POISS/VOLAILLE ..... <input type="text"/> VIANDE ..... <input type="text"/> 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. POSER LES QUESTIONS POUR CHAQUE NAISSANCE EN COMMENÇANT PAR LA DERNIÈRE NAISSANCE. (SI IL Y A PLUS DE 2 NAISSANCES, UTILISER UN QUESTIONNAIRE SUPPLÉMENTAIRE).		
441	NUMÉRO DE LIGNE DE 212	DERNIÈRE NAISSANCE NUMÉRO DE LIGNE	AVANT-DERNIÈRE NAISSANCE NUMÉRO DE LIGNE
442	DE 212  ET 216	NOM  VIVANT <input type="checkbox"/>  DÉCÉDÉ <input type="checkbox"/>  (PASSER À 442 DANS LA COL. SUIVANTE; OU SI PLUS DE NAISSANCE PASSER À 465.)	NOM  VIVANT <input type="checkbox"/>  DÉCÉDÉ <input type="checkbox"/>  (PASSER À 442 DANS LA COL. SUIVANTE; OU SI PLUS DE NAISSANCE PASSER À 465.)
443	Avez-vous une carte où les vaccinations de (NOM) sont inscrites ?  SI OUI: Puis-je la voir ?	OUI, VUE ..... 1 (PASSER À 445) ← OUI, NON VUE ..... 2 (PASSER À 447) ← PAS DE CARTE ..... 3	OUI, VUE ..... 1 (PASSER À 445) ← OUI, NON VUE ..... 2 (PASSER À 447) ← PAS DE CARTE ..... 3
444	Avez-vous déjà eu une carte de vaccination pour (NOM) ?	OUI ..... 1 (PASSER À 447) ← NON ..... 2	OUI ..... 1 (PASSER À 447) ← NON ..... 2
445	(1) COPIER CHAQUE DATE DE CHAQUE VACCIN À PARTIR DE LA CARTE.  (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.  BCG Polio 0 Polio 1 Polio 2 Polio 3 DTC0q 1 DTC0q 2 DTC0q 3 Rougeole	JOUR MOIS ANNÉE BCG ... P0 ... P1 ... P2 ... P3 ... DTC1 ... DTC2 ... DTC3 ... ROUG. ...	JOUR MOIS ANNÉE BCG ... P0 ... P1 ... P2 ... P3 ... DTC1 ... DTC2 ... DTC3 ... ROUG. ...
446	Est-ce-que (NOM) a reçu des vaccinations qui ne sont pas inscrites sur la carte ?  ENREGISTRER 'OUI' SEULEMENT SI L'ENQUÊTÉE MENTIONNE LE BCG, LA POLIO 1-3, LE DTC0q 1-3, ET/OU LA ROUGEOLE.	OUI ..... 1 (INSISTER POUR VACCIN ET ÉCRIRE '66' DANS LA COL. CORRESPONDANT AU JOUR DANS 445) (PASSER À 449) ← NON ..... 2 (PASSER À 449) ← NSP ..... 8	OUI ..... 1 (INSISTER POUR VACCIN ET ÉCRIRE '66' DANS LA COL. CORRESPONDANT AU JOUR DANS 445) (PASSER À 449) ← NON ..... 2 (PASSER À 449) ← 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 NON ..... 2 (PASSER À 449) ← NSP ..... 8	OUI ..... 1 NON ..... 2 (PASSER À 449) ← 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 NON ..... 2 NSP ..... 8	OUI ..... 1 NON ..... 2 NSP ..... 8
448B	Le vaccin contre la Polio, c'est-à-dire des gouttes dans la bouche ?	OUI ..... 1 NON ..... 2 (PASSER À 448E) ← NSP ..... 8	OUI ..... 1 NON ..... 2 (PASSER À 448E) ← NSP ..... 8
448C	Combien de fois ?	NOMBRE DE FOIS ..... <input type="text"/>	NOMBRE DE FOIS ..... <input type="text"/>
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 PLUS TARD ..... 2	JUSTE APRÈS LA NAISSANCE ..... 1 PLUS TARD ..... 2
448E	Le vaccin du DTCog, c'est-à-dire une injection faite en même temps que sont données les gouttes contre la Polio ?	OUI ..... 1 NON ..... 2 (PASSER À 448G) ← NSP ..... 8	OUI ..... 1 NON ..... 2 (PASSER À 448G) ← NSP ..... 8
448F	Combien de fois ?	NOMBRE DE FOIS ..... <input type="text"/>	NOMBRE DE FOIS ..... <input type="text"/>
448G	Le vaccin contre la rougeole ?	OUI ..... 1 NON ..... 2 NSP ..... 8	OUI ..... 1 NON ..... 2 NSP ..... 8
449	Est-ce-que (NOM) a eu de la fièvre, à un moment quelconque, les 2 dernières semaines ?	OUI ..... 1 NON ..... 2 NSP ..... 8	OUI ..... 1 NON ..... 2 NSP ..... 8
450	Est-ce-que (NOM) a souffert de la toux, à un moment quelconque, les 2 dernières semaines ?	OUI ..... 1 NON ..... 2 (PASSER À 453 A) ← NSP ..... 8	OUI ..... 1 NON ..... 2 (PASSER À 453 A) ← 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 NON ..... 2 NSP ..... 8	OUI ..... 1 NON ..... 2 NSP ..... 8
452	Avez-vous demandé des conseils ou des traitements pour la toux ?	OUI ..... 1 NON ..... 2 (PASSER À 453 A) ←	OUI ..... 1 NON ..... 2 (PASSER À 453 A) ←
453	Où avez-vous demandé des conseil ou un traitement ?  Quelque part ailleurs ?  <b>ENREGISTRER TOUT CE QUI EST MENTIONNÉ</b>	SECTEUR PUBLIC HÔPITAL ..... A CENTRE DE SANTÉ ..... B DISPENSARE ..... C POSTE DE SANTÉ ..... D AUTRE PUBLIC ..... E (PRÉCISER)  SECTEUR MÉDICAL PRIVÉ HÔPITAL PRIVÉ/CLINIQUE ..... G PHARMACIE ..... H MÉDECIN ..... I AUTRE MÉDICAL PRIVÉ ..... L (PRÉCISER)  AUTRE SOURCE BOUTIQUE ..... M MÉDECIN TRADITIONNEL ..... N  AUTRE ..... X (PRÉCISER)	SECTEUR PUBLIC HÔPITAL ..... A CENTRE DE SANTÉ ..... B DISPENSARE ..... C POSTE DE SANTÉ ..... D AUTRE PUBLIC ..... E (PRÉCISER)  SECTEUR MÉDICAL PRIVÉ HÔPITAL PRIVÉ/CLINIQUE ..... G PHARMACIE ..... H MÉDECIN ..... I AUTRE MÉDICAL PRIVÉ ..... L (PRÉCISER)  AUTRE SOURCE BOUTIQUE ..... M MÉDECIN TRADITIONNEL ..... N  AUTRE ..... X (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 NON ..... 2 (PASSER À 453 C) ← NSP ..... 8	OUI ..... 1 NON ..... 2 (PASSER À 453 C) ← NSP ..... 8
453B	(NOM) a-t-il/elle des difficultés à voir pendant la journée aussi?	OUI ..... 1 NON ..... 2 NSP ..... 8	OUI ..... 1 NON ..... 2 NSP ..... 8
453C	(NOM) a-t-il/elle jamais reçu un comprimé de Vitamine A semblable à celui-ci? <b>MONTREZ LE COMPRIMÉ DE VITAMINE A</b>	OUI ..... 1 NON ..... 2 (PASSER À 454) ← NSP ..... 8	OUI ..... 1 NON ..... 2 (PASSER À 454) ← 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 .....	MOIS .....
454	Est-ce-que (NOM) a eu la diarrhée dans les 2 dernières semaines ?	OUI ..... 1 NON ..... 2 (PASSER À 464) ← NSP ..... 8	OUI ..... 1 NON ..... 2 (PASSER À 464) ← NSP ..... 8
455	Y avait-il du sang dans les selles ?	OUI ..... 1 NON ..... 2 NSP ..... 8	OUI ..... 1 NON ..... 2 NSP ..... 8
456	Le pire jour de la diarrhée, combien de selles (NOM) a-t-il eu ?	NOMBRE DE SELLES ..... NSP ..... 98	NOMBRE DE SELLES ..... NSP ..... 98
457	(NOM) a-t-il reçu la même quantité de liquide qu'avant la diarrhée, plus ou moins ?	PAREIL ..... 1 PLUS ..... 2 MOINS ..... 3 NSP ..... 8	PAREIL ..... 1 PLUS ..... 2 MOINS ..... 3 NSP ..... 8
458	(NOM) a-t-il reçu la même quantité de nourriture avant la diarrhée, plus ou moins ?	PAREIL ..... 1 PLUS ..... 2 MOINS ..... 3 NSP ..... 8	PAREIL ..... 1 PLUS ..... 2 MOINS ..... 3 NSP ..... 8
458A		VÉRIFIEZ 427: ENCORE ALLAITÉ N'EST PLUS ALLAITÉ (PASSER À 459)	VÉRIFIEZ 427: ENCORE ALLAITÉ N'EST PLUS ALLAITÉ (PASSER À 459)
458B	L'avez-vous allaité la même quantité des fois qu'avant la diarrhée, plus ou moins?	MÊME ..... 1 PLUS ..... 2 MOINS ..... 3	MÊME ..... 1 PLUS ..... 2 MOINS ..... 3
459	Quand (NOM) avait la diarrhée, lui a-t-on donné à boire, une des choses suivantes: Un liquide préparé à partir d'un sachet spécial appelé SRO/ODIVA ? Une bouillie légère faite à partir de [RIZ OU AUTRE GRAIN, TUBERCULE, PLANTAIN]? Soupe ? Solution maison sel-sucre-eau (SSS)? Boisson gazeuse autre que le Coca Cola? Lait ou préparation pour bébé ? Coca-Cola., rano-paoma? Eau ? N'importe quel autre liquide ?	OUI NON NSP LIQUIDE DE SACHET ..... 1 2 8 BOUILLIE LÉGÈRE ..... 1 2 8 SOUPE ..... 1 2 8 SOL. SUCRÉE-SALÉE. .... 1 2 8 LIQUIDE INNACCEPTABLE ... 1 2 8 LAIT/PRÉPA. BÉBÉ ..... 1 2 8 LIQUIDE ACCEPTABLE ..... 1 2 8 EAU ..... 1 2 8 AUTRES LIQUIDES ..... 1 2 8	OUI NON NSP LIQUIDE DE SACHET ..... 1 2 8 BOUILLIE LÉGÈRE ..... 1 2 8 SOUPE ..... 1 2 8 SOL. SUCRÉE-SALÉE. .... 1 2 8 LIQUIDE INACCEPTABLE .... 1 2 8 LAIT/PRÉPA. BÉBÉ ..... 1 2 8 LIQUIDE ACCEPTABLE ..... 1 2 8 EAU ..... 1 2 8 AUTRES LIQUIDES ..... 1 2 8
460	Est-ce-que quelque chose d'autre a été donné à (NOM) pour traiter sa diarrhée ?	OUI ..... 1 NON ..... 2 (PASSER À 462) ← NSP ..... 8	OUI ..... 1 NON ..... 2 (PASSER À 462) ← NSP ..... 8

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

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 ENVIRON LA MÊME QUANTITÉ ..... 2 PLUS À BOIRE ..... 3 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 ENVIRON LA MÊME QUANTITÉ ..... 2 PLUS À MANGER ..... 3 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 ?  <b>ENREGISTRER TOUT CE QUI EST MENTIONNÉ</b>	SELLES LIQUIDES RÉPÉTÉES ..... A DES SELLES LIQUIDES ..... B VOMISSEMENTS RÉPÉTÉS ..... C DES VOMISSEMENTS ..... D SANG DANS LES SELLES ..... E FIÈVRE ..... F SOIF PRONONCÉE ..... G NE MANGE/NE BOIT PAS BIEN ..... H DEVIENT PLUS MALADE/TRÈS MAL ..... I NE VA PAS MIEUX ..... J  AUTRE ..... X (PRÉCISER) 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 ?  <b>ENREGISTRER TOUT CE QUI EST MENTIONNÉ</b>	RESPIRATION RAPIDE ..... A DIFFICULTÉ À RESPIRER ..... B RESPIRATION BRUYANTE ..... C FIÈVRE ..... D INCAPABLE DE BOIRE ..... E NE MANGE/NE BOIT PAS BIEN ..... H DEVIENT PLUS MALADE/TRÈS MAL ..... I NE VA PAS MIEUX ..... J  AUTRE ..... X (PRÉCISER) NSP ..... Z	
469	<b>VÉRIFIER 469, TOUTES LES COLONNES</b>  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 NON ..... 2	

### SECTION 5. MARIAGE

N°.	QUESTIONS ET FILTRES	CODES	PASSER
501	PRÉSENCE D'AUTRES PERSONNES À CE MOMENT.	<div style="text-align: right; margin-right: 20px;">OUI    NON</div> 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 ?	OUI, ACTUELLEMENT MARIÉE ..... 1 OUI, VIT AVEC UN HOMME ..... 2 NON, PAS EN UNION ..... 3	→ 507
503	Avez-vous actuellement un partenaire sexuel régulier, un partenaire sexuel occasionnel ou pas de partenaire sexuel du tout ?	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 ?	OUI, A ÉTÉ MARIÉE ..... 1 OUI, A VÉCU AVEC UN HOMME . . . 2 NON ..... 3	→ 511 → 515
506	Quelle est votre situation matrimoniale actuelle : êtes-vous veuve, divorcée ou séparée ?	VEUVE ..... 1 DIVORCÉE ..... 2 SÉPARÉE ..... 3	→ 511
507	Est-ce-que votre mar/conjoint vit avec vous ou vit-il ailleurs ?	VIT AVEC ELLE ..... 1 VIT AILLEURS ..... 2	
508	Est-ce-que votre mari/conjoint a d'autre épouses en plus de vous-même ?	OUI ..... 1 NON ..... 2	→ 511
509	Combien d'autres femmes a-t-il ?	NOMBRE ..... <input style="width: 40px; border: 1px solid black;" type="text"/> NSP ..... 98	→ 511
510	Êtes-vous la première, la seconde .... épouse ?	RANG ..... <input style="width: 40px; border: 1px solid black;" type="text"/>	
511	Avez-vous été mariée ou avez-vous vécu en union avec un homme, une fois ou plus d'une fois ?	UNE SEULE FOIS ..... 1 PLUS D'UNE FOIS ..... 2	
512	<b>VÉRIFIER 511:</b>  <div style="display: flex; justify-content: space-around;"> <div style="text-align: center;"> <b>MARIÉE/A VÉCU AVEC UN HOMME SEULEMENT UNE FOIS</b>  <input type="checkbox"/> </div> <div style="text-align: center;"> <b>MARIÉE/A VÉCU AVEC UN HOMME PLUS D'UNE FOIS</b>  <input type="checkbox"/> </div> </div> <div style="display: flex; justify-content: space-around; margin-top: 10px;"> <div style="text-align: center;">           En quel mois et quelle année avez-vous commencé à vivre avec votre mari/conjoint ?         </div> <div style="text-align: center;">           Maintenant, nous allons parler de votre premier mari/conjoint. En quel mois et quelle année avez-vous commencé à vivre avec lui ?         </div> </div>	MOIS ..... <input style="width: 40px; border: 1px solid black;" type="text"/> NSP MOIS ..... 98 ANNÉE ..... 19 <input style="width: 40px; border: 1px solid black;" type="text"/> NSP ANNÉE ..... 9998	→ 515
513	Quel âge aviez-vous quand vous avez commencé à vivre avec lui ?	ÂGE ..... <input style="width: 40px; border: 1px solid black;" type="text"/>	
515	Maintenant, je voudrais vous poser quelques questions sur votre activité sexuelle afin de mieux comprendre certains problèmes en rapport avec la planification familiale.  Il y a combien de temps que vous avez eu votre dernier rapport sexuel (si vous en avez déjà eu) ?	JAMAIS ..... 000 NOMBRE DE JOURS ..... 1 <input style="width: 40px; border: 1px solid black;" type="text"/> NOMBRE DE SEMAINES . . 2 <input style="width: 40px; border: 1px solid black;" type="text"/> NOMBRE DE MOIS ..... 3 <input style="width: 40px; border: 1px solid black;" type="text"/> NOMBRE D'ANNÉES ..... 4 <input style="width: 40px; border: 1px solid black;" type="text"/> AVANT LA DERNIÈRE NAISSANCE 996	→ 608





# SECTION 6. PRÉFÉRENCES EN MATIÈRE DE FÉCONDITÉ

N°N.	QUESTIONS ET FILTRES	CODES	PASSER À
601	VÉRIFIER 314: NI LUI NI ELLE STÉRILISÉ <input type="checkbox"/> LUI OU ELLE STÉRILISÉ <input type="checkbox"/>		→ 612
602	VÉRIFIER 227:  PAS ENCEINTE OU PAS SÛRE <input type="checkbox"/> ENCEINTE <input type="checkbox"/>  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 ?  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 PAS D'AUTRE/AUCUN ..... 2 DIT NE PEUT PAS ÊTRE ENCEINTE .. 3 INDÉCISE/NSP ..... 8	→ 604 → 606 → 604
603	VÉRIFIER 227:  PAS ENCEINTE OU PAS SÛRE <input type="checkbox"/> ENCEINTE <input type="checkbox"/>  Combien de temps voudriez-vous attendre avant la naissance d'un (autre) enfant ?  Après l'enfant que vous attendez, combien de temps voudriez-vous attendre avant la naissance d'un autre enfant ?	MOIS ..... 1 ANNÉES ..... 2 BIENTÔT/MAINTENANT ..... 993 DIT NE PEUT PAS ÊTRE ENCEINTE 994 APRÈS L E MARIAGE ..... 995 AUTRE ..... 996 (PRÉCISER) NSP ..... 998	→ 606
604	VÉRIFIER 227: PAS ENCEINTE OU PAS SÛRE <input type="checkbox"/> ENCEINTE <input type="checkbox"/>		→ 607
605	Si vous tombiez enceinte dans les prochaines semaines, seriez-vous contente, pas contente ou cela vous serait-il égal ?	CONTENTE ..... 1 PAS CONTENTE ..... 2 ÉGAL ..... 3	
606	VÉRIFIER 313: UTILISE UNE MÉTHODE ? 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 NON ..... 2 NSP ..... 8	→ 609
608	Pensez-vous que vous utiliserez une méthode pour éviter ou retarder une grossesse dans le futur ?	OUI ..... 1 NON ..... 2 NSP ..... 8	→ 610
609	Quelle méthode préféreriez-vous utiliser ?	PILULE ..... 01 DIU ..... 02 INJECTION ..... 03 IMPLANT ..... 04 DIAPHRAGME/MOUSSE/GELÉE ..... 05 CONDOM ..... 06 STÉRILISATION FÉMININE ..... 07 STÉRILISATION MASCULINE ..... 08 CONTINENCE PÉRIODIQUE ..... 09 RETRAIT ..... 10  AUTRE ..... 96 (PRÉCISER) 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 RAISONS LIÉES À LA FÉCONDITÉ PAS DE RAPPORTS SEXUELS ... 21 RAP. SEX. PEU FRÉQUENTS ... 22 MENOPAUSE/HYSTÉRECTOMIE ... 23 SOUS-FÉCONDE/STÉRILE ..... 24 POST-PARTUM/ALLAITEMENT ... 25 VEUT (D'AUTRES ) ENFANTS ... 26 OPPOSITION À L'UTILISATION ENQUÊTÉE OPPOSÉE ..... 31 CONJOINT OPPOSÉ ..... 32 AUTRES PERSONNES OPPOSÉES 33 INTERDITS RELIGIEUX ..... 34 MANQUE DE CONNAISSANCE NE CONNAÎT PAS DE MÉTHODE . 41 NE CONNAÎT PAS DE SOURCE ... 42 RAISONS LIÉES À LA MÉTHODES PROBLÈMES DE SANTÉ ..... 51 PEUR DES EFFETS SECONDAIRES 52 PAS ACCESSIBLE/TROP LOIN ... 53 TROP CHÈRE ..... 54 PAS PRATIQUE À UTILISER ..... 55 INTERFÈRE AVEC LE PROCESSUS NORMAL DU CORPS ..... 56 AUTRE ..... 96 (PRÉCISER) NSP ..... 98	→612
611	Utiliserez-vous une méthode si vous étiez mariée ?	OUI ..... 1 NON ..... 2 NSP ..... 8	
612	<b>VÉRIFIER 216:</b> <div style="display: flex; justify-content: space-around;"> <div style="text-align: center;"> <b>A DES ENFANTS VIVANTS</b> <input type="checkbox"/> </div> <div style="text-align: center;"> <b>N'A PAS D'ENFANT VIVANTS</b> <input type="checkbox"/> </div> </div> <div style="display: flex; justify-content: space-around;"> <p>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 ?</p> <p>Si vous pouviez choisir exactement le nombre d'enfant à avoir dans toute votre vie, combien voudriez-vous en avoir ?</p> </div> <b>INSISTER POUR OBTENIR UNE RÉPONSE NUMÉRIQUE</b>	NOMBRE ..... <input type="text"/> <input type="text"/> AUTRE ..... 96 (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 ?	<div style="text-align: right;"><b>GARÇONS</b></div> NOMBRE ..... <input type="text"/> <input type="text"/> AUTRE ..... 96 (PRÉCISER) <div style="text-align: right;"><b>FILLES</b></div> NOMBRE ..... <input type="text"/> <input type="text"/> AUTRE ..... 96 (PRÉCISER) <div style="text-align: right;"><b>N'IMPORTE</b></div> NOMBRE ..... <input type="text"/> <input type="text"/> AUTRE ..... 96 (PRÉCISER)	
614	En général, approuvez-vous ou désapprouvez-vous les couples qui utilisent une méthode pour éviter une grossesse ?	APPROUVE ..... 1 DÉSAPPROUVE ..... 2 SANS OPINION ..... 3	
615	Trouvez-vous acceptable ou pas acceptable que des informations sur la planification familiale soient données : À la radio? À la télévision ?	<div style="display: flex; justify-content: space-around;"> <div> <b>ACCEPT- ABLE</b>            RADIO ..... 1            TÉLÉVISION .... 1         </div> <div> <b>PAS ACCEPT- ABLE</b>            ..... 2            ..... 2         </div> <div> <b>NSP</b>            ..... 8            ..... 8         </div> </div>	

N°N.	QUESTIONS ET FILTRES	CODES	PASSER À
616	Durant les derniers mois, avez-vous entendu ou lu des messages sur la planification familiale :  À la radio? À la télévision? Dans un journal ou un magazine? Sur une affiche? Sur des prospectus ou une brochure ?	<div style="text-align: right;">OUI    NON</div> 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> ?	OUI ..... 1 NON ..... 2	→618
617A	Combien des fois avez-vous écouté ce programme durant les douze derniers mois?	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 ?	OUI ..... 1 NON ..... 2	→620
619	Avec qui en avez-vous discuté ?  Quelqu'un d'autre ?  <b>ENREGISTRER TOUTES LES PERSONNES MENTIONNÉES</b>	MARI/CONJOINT ..... A MÈRE ..... B PÈRE ..... C SOEUR(S) ..... D FRÈRE(S) ..... E FILLE ..... F BELLE-MÈRE ..... G AMI(ES)/VOISINS ..... H  AUTRE _____ X <div style="text-align: center;">(PRÉCISER)</div>	
620	<b>VÉRIFIER 502:</b>  OUI, ACTUEL- <input type="checkbox"/> OUI, <input type="checkbox"/> NON, <input type="checkbox"/> LEMENT VIT AVEC PAS EN MARIÉE * UN HOMME * UNION		→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.  Pense-vous que votre mari/conjoint approuve ou désapprouve les couples qui utilisent une méthode pour éviter une grossesse ?	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 ?	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 ?	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> 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 → 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 NON ..... 2	→ 706
704	Quel est le plus haut niveau d'études qu'il a atteint : primaire, secondaire ou supérieur ?	PRIMAIRE ..... 1 SECONDAIRE 1ER CYCLE ..... 2 SECONDAIRE 2ÈME CYCLE ..... 3 SUPÉRIEUR ..... 4	→ 706
705	Quelle est la dernière classe qu'il a achevé avec succès à ce niveau ?	CLASSE ..... <input type="text"/> 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"/> <input type="text"/> <input type="text"/>	
707	<b>VÉRIFIER 706 :</b> 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 TERRE FAMILIALE ..... 2 TERRE LOUÉE ..... 3 TERRE DE QUELQU'UN D'AUTRE ..... 4	
709	En dehors de votre travail domestique, est-ce que vous travaillez actuellement ?	OUI ..... 1 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 NON ..... 2	→ 712
711	Avez-vous travaillé durant les 12 derniers mois ?	OUI ..... 1 NON ..... 2	→ 801
712	Quelle est votre occupation, c'est-à-dire quel genre de travail faites-vous ?	<input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>	
713	<b>VÉRIFIER 712 :</b> 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 TERRE FAMILIALE ..... 2 TERRE LOUÉE ..... 3 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 POUR QUELQU'UN D'AUTRE ..... 2 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 TRAVAIL SAISONNIER ..... 2 DE TEMPS EN TEMPS ..... 3	→718 →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 ?  <b>INSISTER:</b> Gagnez-vous de l'argent pour ce travail ?	OUI ..... 1 NON ..... 2	→723
721	Combien gagnez-vous habituellement pour ce travail ?  <b>INSISTER:</b> Est-ce par jour, par semaine ou par mois ?  ENREGISTRER EN FMG X 1.000	PAR HEURE ... 1 <input type="text"/> PAR JOUR .... 2 <input type="text"/> PAR SEMAINE . 3 <input type="text"/> PAR MOIS .... 4 <input type="text"/> PAR ANNÉE ... 5 <input type="text"/>  AUTRE _____ 999996 (PRÉCISER)	
722	<b>VÉRIFIER 502:</b> <b>OUI, ACTUELLEMENT MARIÉE OU VIVANT AVEC UN HOMME</b> <input type="checkbox"/> 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  <b>NON, PAS N UNION</b> <input type="checkbox"/> 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 MARI/CONJOINT DÉCIDE ..... 2 ENQUÊTÉE DÉCIDE AVEC MARI/CONJOINT ..... 3 QUELQU'UN D'AUTRE DÉCIDE .... 4 ENQ. AVEC QUELQU'UN D'AUTRE . 5	
723	Travaillez-vous habituellement à la maison ou en dehors de la maison ?	À LA MAISON ..... 1 EN DEHORS ..... 2	
724	<b>VÉRIFIER 217 ET 218: A UN ENFANT DE MOINS DE 6 ANS VIVANT AVEC ELLE ?</b>  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 MARI/CONJOINT ..... 02 ENFANT-FILLE PLUS ÂGÉE ..... 03 ENFANT-GARÇON PLUS ÂGÉ ..... 04 AUTRES PARENTS ..... 05 VOISINS ..... 06 AMIS ..... 07 DOMESTIQUE/PERSONNE ENGAGÉE ..... 08 ENFANT VA À L'ÉCOLE ..... 09 GARDERIE/JARDIN D'ENFANT .... 10 N'A PAS TRAVAILLÉ DEPUIS LA DERNIÈRE NAISSANCE ..... 95  AUTRE _____ 96 (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 NON ..... 2	→ 801L
801B	Quelles maladies connaissez-vous?  <b>ENREGISTRER TOUT CE QUI EST MENTIONNÉ</b>	SYPHILIS/VÉROLE ..... A GONORRÉE/BLENNORRAGIE/ CHAUDE-PISSE/ ECOULEMENT GÉNITAL ..... B SIDA ..... C CONDYLOME/TUMEUR GÉNITALE/ CRÊTE-DE-COQ ..... D AUTRE ..... W (PRÉCISER) AUTRE ..... X (PRÉCISER) NSP ..... Z	
801C	<b>VÉRIFIER 515 :</b> <div style="display: flex; justify-content: space-around; align-items: center;"> <div style="text-align: center;"> <b>A EU DES RAPPORTS SEXUELS</b> <input type="checkbox"/> </div> <div style="text-align: center;"> <b>N'A JAMAIS EU DES RAPPORTS SEXUELS</b> <input type="checkbox"/> </div> </div>		
801D	Au cours des 12 derniers mois, avez-vous eu une de ces maladies?	OUI ..... 1 NON ..... 2 NSP ..... 8	→ 801F
801E	Quelles maladies avez-vous eues?  <b>ENREGISTRER TOUT CE QUI EST MENTIONNÉ</b>	SYPHILIS/VÉROLE ..... A GONORRÉE/BLENNORRAGIE/ CHAUDE-PISSE/ ECOULEMENT GÉNITAL ..... B SIDA ..... C CONDYLOME/TUMEUR GÉNITAL/ CRÊTE-DE-COQ ..... D AUTRE ..... W (PRÉCISER) AUTRE ..... X (PRÉCISER) NSP ..... Z	
801F	Au cours des 12 derniers mois, avez-vous eu des libérations dans la région vaginal ou anale?	OUI ..... 1 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 S'EST SOIGNÉE ELLE MÊME ..... 2 N'A RIEN FAIT ..... 3	→ 801I
801H	Où avez vous recherché des conseils ou un traitement?  <b>ENREGISTRER TOUT CE QUI EST MENTIONNÉ</b>	SECTEUR PUBLIC HÔPITAL ..... A CENTRE DE SANTÉ ..... B DISPENSAIRE ..... C POSTE MÉDICALE ..... D AUTRE PUBLIC ..... X (PRÉCISER) SECTEUR MÉDICAL PRIVÉ HÔPITAL PRIVÉ/CLINIQUE ..... E PHARMACIE ..... F MÉDECIN ..... G AUTRE MÉDICAL PRIVÉ ..... Y (PRÉCISER) AUTRE SOURCE BOUTIQUE ..... I CENTRES RELIGIEUX ..... J PARENTS ..... K AMIS ..... L GUÉRISSEUR ..... M AUTRE ..... Z (PRÉCISER)	
801I	Quand vous avez eu la (les) (MALADIE OU MALADIES DE 801E) avez-vous averti votre partenaire (vos partenaires)?	OUI ..... 1 NON ..... 2	
801J	Quand vous avez eu la (les) (MALADIE OU MALADIES DE 801E) avez vous fait quelque chose pour éviter d'infecter votre partenaire (vos partenaires)?	OUI ..... 1 NON ..... 2 PARTENAIRE DÉJÀ INFECTÉ ..... 8	→ 801L

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



N°	QUESTIONS ET FILTRES	CODES	PASSER A
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 PARFOIS ..... 2 PRESQUE TOUJOURS ..... 3 NSP ..... 8	
808A	Pensez-vous qu'on peut guérir du SIDA?	OUI ..... 1 NON ..... 2 NSP ..... 8	
808B	Le SIDA peut-il être transmis de la mère à l'enfant?	OUI ..... 1 NON ..... 2 NSP ..... 8	
808C	Connaissez-vous personnellement quelqu'un qui a le SIDA ou qui est mort du SIDA?	OUI ..... 1 NON ..... 2 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 MOYENS ..... 2 IMPORTANTS ..... 3 NE COURT AUCUN RISQUE ..... 4 A LE SIDA ..... 5 NSP ..... 6	→ 809B → 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> <li>Aucune autre raison?</li> </ul> <p><b>ENREGISTRER TOUT CE QUI EST MENTIONNÉ</b></p>	N'A PAS DES RAPPORTS SEXUELS ..... A UTILISE DES CONDOMS ..... B N'A QU'UN SEUL PARTENAIRE ..... C A UN NOMBRE RÉDUIT DE PARTENAIRES ..... D CONJOINT N'A PAS D'AUTRES PARTENAIRES ..... E N'A PAS DE TRANSFUSION DE SANG ..... G N'A PAS D'INJECTIONS ..... H AUTRE ..... X 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> <li>Aucune autre raison?</li> </ul> <p><b>ENREGISTRER TOUT CE QUI EST MENTIONNÉ</b></p>	N'UTILISE PAS CONDOMS ..... B A PLUS D'UN PARTENAIRE ..... C A DES NOMBREUX PARTENAIRES ..... D CONJOINT A D'AUTRES PARTENAIRES ..... E N'A PAS DE TRANSFUSION DE SANG ..... G N'A PAS D'INJECTIONS ..... H AUTRE ..... X PRÉCISER	
811A	Depuis que vous avez entendu parler du SIDA, avez-vous changé votre comportement pour éviter d'attraper cette maladie?  <b>SI OUI, INSISTER:</b>  Qu'avez vous fait? Quelque chose d'autre?  <b>ENREGISTRER TOUT CE QUI EST MENTIONNÉ</b>	N'A JAMAIS EU RAP. SEXUELS ..... A A ARRÊTÉ RAPPORTS SEXUELS ..... B A COMMENCÉ UTILISER CONDOMS ..... C A UN SEUL PARTENAIRE ..... D RÉDUIT NOMBRE DE PARTENAIRES ..... E AUTRE ..... X (PRÉCISER) N'A RIEN CHANGÉ AU COMP. SEX ..... Y 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 NON ..... 2	→ 901
811C	<b>VÉRIFIER 515 :</b>  <div style="display: flex; justify-content: space-around;"> <div> <b>A EU DES RAPPORTS SEXUELS</b> <input type="checkbox"/> </div> <div> <b>N'A JAMAIS EU DES RAPPORTS SEXUELS</b> <input type="checkbox"/> → 901           </div> </div>		
811D	Avez-vous déjà utilisé une capote pour se protéger des maladies comme le SIDA ?	OUI ..... 1 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 ...</p> <div style="border: 1px solid black; width: 40px; height: 20px; margin-left: 10px;"></div>	
902	<p><b>VÉRIFIER 901:</b></p> <div style="display: flex; justify-content: space-around; align-items: center;"> <div style="text-align: center;"> <p>DEUX NAISSANCES OU PLUS</p> <div style="border: 1px solid black; width: 30px; height: 20px; margin: 0 auto;"></div> </div> <div style="text-align: center;"> <p>SEULEMENT UNE NAISSANCE (L'ENQUÊTÉE SEULEMENT)</p> <div style="border: 1px solid black; width: 30px; height: 20px; margin: 0 auto;"></div> </div> </div>	<div style="border: 1px solid black; width: 40px; height: 20px; margin-left: 10px;"></div>	→ 916
903	<p>Combien de ces naissances votre mère a-t-elle eues avant votre propre naissance?</p>	<p>NOMBRE DE NAISSANCES PRÉCÉDENTES .....</p> <div style="border: 1px solid black; width: 40px; height: 20px; margin-left: 10px;"></div>	

904 Quel nom a été donné à votre soeur ou frère le plus âgé/ (au suivant)?	1 _____	2 _____	3 _____	4 _____	5 _____	6 _____
905 (NOM) est-ce un homme ou une femme?	HOMME ..... 1 FEMME ..... 2	HOMME ..... 1 FEMME ..... 2	HOMME ..... 1 FEMME ..... 2	HOMME ..... 1 FEMME ..... 2	HOMME ..... 1 FEMME ..... 2	HOMME ..... 1 FEMME ..... 2
906 Est-ce que (NOM) est toujours en vie?	OUI ..... 1 NON ..... 2 PASSER À 908 ← NSP ..... 8 PASSER À [2] ←	OUI ..... 1 NON ..... 2 PASSER À 908 ← NSP ..... 8 PASSER À [3] ←	OUI ..... 1 NON ..... 2 PASSER À 908 ← NSP ..... 8 PASSER À [4] ←	OUI ..... 1 NON ..... 2 PASSER À 908 ← NSP ..... 8 PASSER À [5] ←	OUI ..... 1 NON ..... 2 PASSER À 908 ← NSP ..... 8 PASSER À [6] ←	OUI ..... 1 NON ..... 2 PASSER À 908 ← NSP ..... 8 PASSER À [7] ←
907 Quel âge a (NOM)?	 PASSER À [2]	 PASSER À [3]	 PASSER À [4]	 PASSER À [5]	 PASSER À [6]	 PASSER À [7]
908 En quelle année (NOM) est-il/elle décédée?	19 PASSER À 910 ← NSP ..... 9998	19 PASSER À 910 ← NSP ..... 9998	19 PASSER À 910 ← NSP ..... 9998	19 PASSER À 910 ← NSP ..... 9998	19 PASSER À 910 ← NSP ..... 9998	19 PASSER À 910 ← 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)?	 SI ETAIT HOMME OU SI ETAIT FEMME DÉCÉDÉE AVANT 12 ANS PASSER À [2]	 SI ETAIT HOMME OU SI ETAIT FEMME DÉCÉDÉE AVANT 12 ANS PASSER À [3]	 SI ETAIT HOMME OU SI ETAIT FEMME DÉCÉDÉE AVANT 12 ANS PASSER À [4]	 SI ETAIT HOMME OU SI ETAIT FEMME DÉCÉDÉE AVANT 12 ANS PASSER À [5]	 SI ETAIT HOMME OU SI ETAIT FEMME DÉCÉDÉE AVANT 12 ANS PASSER À [6]	 SI ETAIT HOMME OU SI ETAIT FEMME DÉCÉDÉE AVANT 12 ANS PASSER À [7]
911 Est-ce que (NOM) était enceinte quand elle est morte?	OUI ..... 1 PASSER À 914 ← NON ..... 2 NSP ..... 8	OUI ..... 1 PASSER À 914 ← NON ..... 2 NSP ..... 8	OUI ..... 1 PASSER À 914 ← NON ..... 2 NSP ..... 8	OUI ..... 1 PASSER À 914 ← NON ..... 2 NSP ..... 8	OUI ..... 1 PASSER À 914 ← NON ..... 2 NSP ..... 8	OUI ..... 1 PASSER À 914 ← NON ..... 2 NSP ..... 8
912 Est-ce que (NOM) est morte au cours d'un accouchement?	OUI ..... 1 PASSER À 915 ← NON ..... 2 NSP ..... 8	OUI ..... 1 PASSER À 915 ← NON ..... 2 NSP ..... 8	OUI ..... 1 PASSER À 915 ← NON ..... 2 NSP ..... 8	OUI ..... 1 PASSER À 915 ← NON ..... 2 NSP ..... 8	OUI ..... 1 PASSER À 915 ← NON ..... 2 NSP ..... 8	OUI ..... 1 PASSER À 915 ← NON ..... 2 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 PASSER À 915 ← NON ..... 2 NSP ..... 8	OUI ..... 1 PASSER À 915 ← NON ..... 2 NSP ..... 8	OUI ..... 1 PASSER À 915 ← NON ..... 2 NSP ..... 8	OUI ..... 1 PASSER À 915 ← NON ..... 2 NSP ..... 8	OUI ..... 1 PASSER À 915 ← NON ..... 2 NSP ..... 8	OUI ..... 1 PASSER À 915 ← NON ..... 2 NSP ..... 8
914 Est-ce que le décès était dû à des complications de grossesse ou à l'accouchement?	OUI ..... 1 NON ..... 2 NSP ..... 8	OUI ..... 1 NON ..... 2 NSP ..... 8	OUI ..... 1 NON ..... 2 NSP ..... 8	OUI ..... 1 NON ..... 2 NSP ..... 8	OUI ..... 1 NON ..... 2 NSP ..... 8	OUI ..... 1 NON ..... 2 NSP ..... 8
915 À combien d'enfants (NOM) a-t-elle donné naissance?	 PASSER À [2]	 PASSER À [3]	 PASSER À [4]	 PASSER À [5]	 PASSER À [6]	 PASSER À [7]
S'IL N'Y A PLUS DE FRÈRE OU DE SOEUR, PASSER À 916						

	7	8	9	10	11	12
904 Quel nom a été donné à votre soeur ou frère suivant?	_____	_____	_____	_____	_____	_____
905 (NOM) est-ce un homme ou une femme?	HOMME ..... 1 FEMME ..... 2	HOMME ..... 1 FEMME ..... 2	HOMME ..... 1 FEMME ..... 2	HOMME ..... 1 FEMME ..... 2	HOMME ..... 1 FEMME ..... 2	HOMME ..... 1 FEMME ..... 2
906 Est-ce que (NOM) est toujours en vie?	OUI ..... 1 NON ..... 2 PASSER À 908 ↙ NSP ..... 8 PASSER À [8] ↙	OUI ..... 1 NON ..... 2 PASSER À 908 ↙ NSP ..... 8 PASSER À [9] ↙	OUI ..... 1 NON ..... 2 PASSER À 908 ↙ NSP ..... 8 PASSER À [10] ↙	OUI ..... 1 NON ..... 2 PASSER À 908 ↙ NSP ..... 8 PASSER À [11] ↙	OUI ..... 1 NON ..... 2 PASSER À 908 ↙ NSP ..... 8 PASSER À [12] ↙	OUI ..... 1 NON ..... 2 PASSER À 908 ↙ NSP ..... 8 PASSER À [13] ↙
907 Quel âge a (NOM)?	 PASSER À [8]	 PASSER À [9]	 PASSER À [10]	 PASSER À [11]	 PASSER À [12]	 PASSER À [13]
908 En quelle année (NOM) est-il/elle décédée?	19 PASSER À 910 ↙ NSP ..... 9998	19 PASSER À 910 ↙ NSP ..... 9998	19 PASSER À 910 ↙ NSP ..... 9998	19 PASSER À 910 ↙ NSP ..... 9998	19 PASSER À 910 ↙ NSP ..... 9998	19 PASSER À 910 ↙ 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)?	 SI ETAIT HOMME OU SI ETAIT FEMME DÉCÉDÉE AVANT 12 ANS PASSER À [8]	 SI ETAIT HOMME OU SI ETAIT FEMME DÉCÉDÉE AVANT 12 ANS PASSER À [9]	 SI ETAIT HOMME OU SI ETAIT FEMME DÉCÉDÉE AVANT 12 ANS PASSER À [10]	 SI ETAIT HOMME OU SI ETAIT FEMME DÉCÉDÉE AVANT 12 ANS PASSER À [11]	 SI ETAIT HOMME OU SI ETAIT FEMME DÉCÉDÉE AVANT 12 ANS PASSER À [12]	 SI ETAIT HOMME OU SI ETAIT FEMME DÉCÉDÉE AVANT 12 ANS PASSER À [13]
911 Est-ce que (NOM) était enceinte quand elle est morte?	OUI ..... 1 PASSER À 914 ↙ NON ..... 2 NSP ..... 8	OUI ..... 1 PASSER À 914 ↙ NON ..... 2 NSP ..... 8	OUI ..... 1 PASSER À 914 ↙ NON ..... 2 NSP ..... 8	OUI ..... 1 PASSER À 914 ↙ NON ..... 2 NSP ..... 8	OUI ..... 1 PASSER À 914 ↙ NON ..... 2 NSP ..... 8	OUI ..... 1 PASSER À 914 ↙ NON ..... 2 NSP ..... 8
912 Est-ce que (NOM) est morte au cours d'un accouchement?	OUI ..... 1 PASSER À 915 ↙ NON ..... 2 NSP ..... 8	OUI ..... 1 PASSER À 915 ↙ NON ..... 2 NSP ..... 8	OUI ..... 1 PASSER À 915 ↙ NON ..... 2 NSP ..... 8	OUI ..... 1 PASSER À 915 ↙ NON ..... 2 NSP ..... 8	OUI ..... 1 PASSER À 915 ↙ NON ..... 2 NSP ..... 8	OUI ..... 1 PASSER À 915 ↙ NON ..... 2 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 PASSER À 915 ↙ NON ..... 2 NSP ..... 8	OUI ..... 1 PASSER À 915 ↙ NON ..... 2 NSP ..... 8	OUI ..... 1 PASSER À 915 ↙ NON ..... 2 NSP ..... 8	OUI ..... 1 PASSER À 915 ↙ NON ..... 2 NSP ..... 8	OUI ..... 1 PASSER À 915 ↙ NON ..... 2 NSP ..... 8	OUI ..... 1 PASSER À 915 ↙ NON ..... 2 NSP ..... 8
914 Est-ce que le décès était dû à des complications de grossesse ou à l'accouchement?	OUI ..... 1 NON ..... 2 NSP ..... 8	OUI ..... 1 NON ..... 2 NSP ..... 8	OUI ..... 1 NON ..... 2 NSP ..... 8	OUI ..... 1 NON ..... 2 NSP ..... 8	OUI ..... 1 NON ..... 2 NSP ..... 8	OUI ..... 1 NON ..... 2 NSP ..... 8
915 À combien d'enfants (NOM) a-t-elle donné naissance?	 PASSER À [8]	 PASSER À [9]	 PASSER À [10]	 PASSER À [11]	 PASSER À [12]	 PASSER À [13]
<b>S'IL N'Y A PLUS DE FRÈRE OU DE SOEUR, PASSER À 916</b>						
916	ENREGISTRER L'HEURE			HEURES ..... MINUTES .....		

# SECTION 10: TAILLE ET POIDS

1001	VÉRIFIER 215: UNE OU PLUSIEURS NAISSANCES DEPUIS JANVIER 1994	<input type="checkbox"/>	AUCUNE NAISSANCE DEPUIS 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	<input type="text"/>	<input type="text"/>
1003	NOM SELON LA Q. 212 POUR LES ENFANTS	(NOM)	(NOM)
1004	DATE DE NAISSANCE SELON LA Q. 215, DEMANDER LE JOUR DE NAISSANCE	JOUR ..... MOIS ..... ANNÉE .....	JOUR ..... MOIS ..... ANNÉE .....
1005	CICATRICE DU BCG EN HAUT DE L'ÉPAULE GAUCHE	CICATRICE VUE .... 1 PAS DE CICATRICE .. 2	CICATRICE VUE .... 1 PAS DE CICATRICE .. 2
1006	TAILLE (EN CENTIMÈTRES)	<input type="text"/>	<input type="text"/>
1007	L'ENFANT A-T-IL ÉTÉ MESURÉ COUCHÉ OU DÉBOUT?	COUCHÉ ..... 1 DÉBOUT ..... 2	COUCHÉ ..... 1 DÉBOUT ..... 2
1008	POIDS (EN KILOGRAMMES)	<input type="text"/>	<input type="text"/>
1008A	SUIVANT LES INSTRUCTIONS DU MANUEL, INFORMER À LA FEMME SUR LA PROCÉDURE DE PRISE DE SANG QUE VOUS ALLEZ FAIRE, QU'ELLE A LE DROIT DE REFUSER SI ELLE NE VEUT PAS ÊTRE SOUMISE À CETTE PROCÉDURE		
1008B	INDICE MONTRÉ PAR L'HÉMOGLOBINOMÈTRE (EN GRAMMES PAR DÉCILITRE)	<input type="text"/>	<input type="text"/>
1009	DATE DE MESURE ET DE PESÉE	JOUR ..... MOIS ..... ANNÉE ... 19 .....	JOUR ..... MOIS ..... ANNÉE ... 19 .....
1010	RÉSULTAT	MESURÉE ..... 1 ABSENTE ..... 3 REFUS ..... 4 AUTRE ..... 6 (PRÉCISER)	ENFANT MESURÉ ... 1 ENFANT MALADE ... 2 ENFANT ABSENT ... 3 ENFANT REFUSÉ ... 4 MÈRE REFUSÉ ... 5 AUTRE ..... 6 (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: \_\_\_\_\_