

REPUBLIQUE DE MADAGASCAR
INSTITUT NATIONAL DE LA STATISTIQUE

DIRECTION DE LA DÉMOGRAPHIE ET DES
STATISTIQUES SOCIALES

VISITES D'ENQUÊTRICES/ENQUÊTEURS																								
	1	2	3	VISITE FINALE																				
DATE				JOUR <table border="1"><tr><td></td><td></td></tr><tr><td></td><td></td></tr></table> MOIS <table border="1"><tr><td></td><td></td></tr><tr><td></td><td></td></tr></table> ANNÉE <table border="1"><tr><td>2</td><td>0</td><td>0</td><td>3</td></tr></table> NOM <table border="1"><tr><td></td><td></td></tr><tr><td></td><td></td></tr></table> RÉSULTAT <table border="1"><tr><td></td><td></td></tr><tr><td></td><td></td></tr></table>									2	0	0	3								
2	0	0	3																					
NOM DE L'ENQUÊTRICE																								
RÉSULTAT*																								
PROCHAINE VISITE :DATE																								
HEURE				NBRE TOTAL DE VISITES <table border="1"><tr><td></td></tr></table>																				
*CODES RÉSULTATS: 1 REMPLI 2 PAS DE MEMBRE DU MÉNAGE À LA MAISON OU PAS D'ENQUÊTÉ COMPÉTENT AU MOMENT DE LA VISITE 3 MÉNAGE TOTALEMENT ABSENT POUR UNE LONGUE PÉRIODE 4 DIFFÉRÉ 5 REFUSÉ 6 LOGEMENT VIDE OU PAS DE LOGEMENT À L'ADRESSE 7 LOGEMENT DÉTRUIT 8 LOGEMENT NON TROUVÉ 9 AUTRE _____ (PRÉCISER)			TOTAL DANS LE MÉNAGE <table border="1"><tr><td></td><td></td></tr></table> TOTAL DE FEMMES ÉLIGIBLES <table border="1"><tr><td></td><td></td></tr></table> TOTAL DES HOMMES ÉLIGIBLES <table border="1"><tr><td></td><td></td></tr></table> N° LIGNE ENQUÊTÉ POUR QUESTION. MÉNAGE <table border="1"><tr><td></td><td></td></tr></table>																					

<p align="center">CONTRÔLEUSE</p> <p>NOM _____</p> <p>DATE _____</p>		<p align="center">CHEF D'ÉQUIPE</p> <p>NOM _____</p> <p>DATE _____</p>		<p align="center">CONTRÔLE BUREAU</p>	<p align="center">SAISI PAR</p>

TABLEAU DE MÉNAGE

Nous voudrions, maintenant, des renseignements sur les personnes qui vivent habituellement dans votre ménage ou qui vivent chez vous actuellement.

N°.LIGNE	RÉSIDENTS HABITUELS ET VISITEURS	LIEN AVEC LE CHEF DE MÉNAGE	SEXE		RÉSIDENCE		ÂGE	ÉLIGIBILITÉ	
			(NOM) est-il de sexe masculin ou féminin?	(NOM) vit-il/elle ici habituellement?	(NOM) a-t-il/elle dormi ici la nuit dernière ?	Quel âge a (NOM)?		ENTOURER LE NUMÉRO DE LIGNE DE TOUTES LES FEMMES ÂGÉES DE 15-49 ANS	ENTOURER LE NUMÉRO DE LIGNE DE TOUS LES ENFANTS DE MOINS DE 6 ANS
(1)	(2)	(3)	(4)	(5)	(6)	(7)	(8)	(9)	
			H F	OUI NON	OUI NON	EN ANNÉES			
01		<input type="text"/>	1 2	1 2	1 2	<input type="text"/>	01	01	
02		<input type="text"/>	1 2	1 2	1 2	<input type="text"/>	02	02	
03		<input type="text"/>	1 2	1 2	1 2	<input type="text"/>	03	03	
04		<input type="text"/>	1 2	1 2	1 2	<input type="text"/>	04	04	
05		<input type="text"/>	1 2	1 2	1 2	<input type="text"/>	05	05	
06		<input type="text"/>	1 2	1 2	1 2	<input type="text"/>	06	06	
07		<input type="text"/>	1 2	1 2	1 2	<input type="text"/>	07	07	
08		<input type="text"/>	1 2	1 2	1 2	<input type="text"/>	08	08	
09		<input type="text"/>	1 2	1 2	1 2	<input type="text"/>	09	09	
10		<input type="text"/>	1 2	1 2	1 2	<input type="text"/>	10	10	

* CODES FOR Q.3: LIENS DE PARENTÉ AVEC LE CHEF DE MÉNAGE :

01 = CHEF DE MÉNAGE
 02 = MARI OU FEMME
 03 = FILS OU FILLE
 04 = GENDRE OU BELLE-FILLE

05 = PETIT-FILS OU PETITE FILLE
 06 = PÈRE OU MÈRE
 07 = BEAU-PÈRE OU BELLE MÈRE
 08 = FRÈRE OU SOEUR

10 = AUTRES PARENTS
 11 = ENFANTS ADOPTÉS/EN GARDE
 12 = SANS PARENTÉ
 98 = NE SAIT PAS

N° LI- GNE	SURVIE ET RÉSIDENCE DES PARENTS POUR PERSONNES DE MOINS DE 15 ANS **				INSTRUCTION	
	Est-ce que la mère biologique de (NOM) est toujours en vie?	SI EN VIE Est-ce que la mère bio- logique de (NOM) vit dans ce ménage? SI OUI: Quel est son nom? INSCRIRE N° DE LIGNE DE LA MÈRE	Est ce que le père biologique de (NOM) est toujours en vie?	SI EN VIE Est-ce que le père bio- logique de (NOM) vit dans ce ménage? SI OUI: Quel est son nom? INSCRIRE N° DE LIGNE DU PÈRE	SI ÂGÉ DE 5 ANS OU PLUS	
	(10)	(11)	(12)	(13)	(14)	(15)
	OUI NON NSP		OUI NON NSP		OUI NON	NIVEAU CLASSE
01	1 2 8	<input type="text"/>	1 2 8	<input type="text"/>	1 2 LIGNE. ↵ SUIVANT.	<input type="text"/> <input type="text"/>
02	1 2 8	<input type="text"/>	1 2 8	<input type="text"/>	1 2 LIGNE. ↵ SUIVANT.	<input type="text"/> <input type="text"/>
03	1 2 8	<input type="text"/>	1 2 8	<input type="text"/>	1 2 LIGNE. ↵ SUIVANT.	<input type="text"/> <input type="text"/>
04	1 2 8	<input type="text"/>	1 2 8	<input type="text"/>	1 2 LIGNE. ↵ SUIVANT.	<input type="text"/> <input type="text"/>
05	1 2 8	<input type="text"/>	1 2 8	<input type="text"/>	1 2 LIGNE. ↵ SUIVANT.	<input type="text"/> <input type="text"/>
06	1 2 8	<input type="text"/>	1 2 8	<input type="text"/>	1 2 LIGNE. ↵ SUIVANT.	<input type="text"/> <input type="text"/>
07	1 2 8	<input type="text"/>	1 2 8	<input type="text"/>	1 2 LIGNE. ↵ SUIVANT.	<input type="text"/> <input type="text"/>
08	1 2 8	<input type="text"/>	1 2 8	<input type="text"/>	1 2 LIGNE. ↵ SUIVANT.	<input type="text"/> <input type="text"/>
09	1 2 8	<input type="text"/>	1 2 8	<input type="text"/>	1 2 LIGNE. ↵ SUIVANT.	<input type="text"/> <input type="text"/>
10	1 2 8	<input type="text"/>	1 2 8	<input type="text"/>	1 2 LIGNE. ↵ SUIVANT.	<input type="text"/> <input type="text"/>

** Q.10 À Q.13

CES QUESTIONS CONCERNENT LES PARENTS
BIOLOGIQUES DE L'ENFANT.
AUX Q.11 ET Q.13, NOTER '00' SI LES PARENTS NE
SONT PAS MEMBRES DU MÉNAGE.

N° LI- GNE	RÉSIDENTS HABITUELS ET VISITEURS	LIEN AVEC LE CHEF DE MÉNAGE	SEXE	RÉSIDENCE		ÂGE	ÉLIGIBILITÉ	
	S' il vous plait, donnez-moi le nom des personnes qui vivent habituellement dans votre ménage et des visiteurs qui ont passé la nuit dernière ici, en commençant par le chef de ménage	Quel est le lien de parenté de (NOM) avec le chef de ménage?*	(NOM) est-il de sexe masculin ou féminin?	(NOM) vit-il/elle ici habituel- lement?	(NOM) a-t-il/elle dormi ici la nuit dernière ?	Quel âge a (NOM)?	ENTOU- RER LE NUMÉRO DE LIGNE DE TOUTES LES FEMMES ÂGÉES DE 15-49 ANS	ENTOU- RER LE NUMÉRO DE LIGNE DE TOUS LES ENFANTS DE MOINS DE 6 ANS
(1)	(2)	(3)	(4)	(5)	(6)	(7)	(8)	(9)
11		<div><div></div><div></div></div>	H F 1 2	OUI NON 1 2	OUI NON 1 2	EN ANNÉES <div><div></div><div></div></div>	11	11
12		<div><div></div><div></div></div>	1 2	1 2	1 2	<div><div></div><div></div></div>	12	12
13		<div><div></div><div></div></div>	1 2	1 2	1 2	<div><div></div><div></div></div>	13	13
14		<div><div></div><div></div></div>	1 2	1 2	1 2	<div><div></div><div></div></div>	14	14
15		<div><div></div><div></div></div>	1 2	1 2	1 2	<div><div></div><div></div></div>	15	15
16		<div><div></div><div></div></div>	1 2	1 2	1 2	<div><div></div><div></div></div>	16	16
17		<div><div></div><div></div></div>	1 2	1 2	1 2	<div><div></div><div></div></div>	17	17
18		<div><div></div><div></div></div>	1 2	1 2	1 2	<div><div></div><div></div></div>	18	18
19		<div><div></div><div></div></div>	1 2	1 2	1 2	<div><div></div><div></div></div>	19	19
20		<div><div></div><div></div></div>	1 2	1 2	1 2	<div><div></div><div></div></div>	20	20

* CODES FOR Q.3: LIENS DE PARENTÉ AVEC LE CHEF DE MÉNAGE :

01 = CHEF DE MÉNAGE

02 = MARI OU FEMME

03 = FILS OU FILLE

04 = GENDRE OU BELLE-FILLE

05 = PETIT-FILS OU PETITE FILLE

06 = PÈRE OU MÈRE

07 = BEAU-PÈRE OU BELLE MÈRE

08 = FRÈRE OU SOEUR

10 = AUTRES PARENTS

11 = ENFANTS ADOPTÉS/EN GARDE

12 = SANS PARENTÉ

98 = NE SAIT PAS

** Q.10 À Q.13

CES QUESTIONS CONCERNENT LES PARENTS
BIOLOGIQUES DE L'ENFANT

AUX Q.11 ET Q.13, NOTER "00" SI LES
PARENTS NE SONT PAS MEMBRES DU
MÉNAGE.

N° LI- GNE	SURVIE ET RÉSIDENCE DES PARENTS POUR PERSONNES DE MOINS DE 15 ANS **				INSTRUCTION	
	Est-ce que la mère biologique de (NOM) est toujours en vie?	SI EN VIE Est-ce que la mère bio- logique de (NOM) vit dans ce ménage? SI OUI: Quel est son nom? INSCRIRE N° DE LIGNE DE LA MÈRE	Est ce que le père biologique de (NOM) est toujours en vie?	SI EN VIE Est-ce que le père bio- logique de (NOM) vit dans ce ménage? SI OUI: Quel est son nom? INSCRIRE N° DE LIGNE DU PÈRE	SI ÂGÉ DE 5 ANS OU PLUS (NOM) a-t-il/elle fré- quenté l'école? Quel est le plus haut niveau d'études que (NOM) a atteint?*** Quelle est la dernière classe que (NOM) a-t- il/elle achevé à ce niveau? ***	
	(10)	(11)	(12)	(13)	(14)	(15)
	OUI NON NSP		OUI NON NSP		OUI NON	NIVEAU CLASSE
11	1 2 8	<input type="text"/>	1 2 8	<input type="text"/>	1 2 LIGNE. ↕ SUIVANT.	<input type="text"/> <input type="text"/>
12	1 2 8	<input type="text"/>	1 2 8	<input type="text"/>	1 2 LIGNE ↕ SUIVANT.	<input type="text"/> <input type="text"/>
13	1 2 8	<input type="text"/>	1 2 8	<input type="text"/>	1 2 LIGNE ↕ SUIVANT.	<input type="text"/> <input type="text"/>
14	1 2 8	<input type="text"/>	1 2 8	<input type="text"/>	1 2 LIGNE ↕ SUIVANT.	<input type="text"/> <input type="text"/>
15	1 2 8	<input type="text"/>	1 2 8	<input type="text"/>	1 2 LIGNE ↕ SUIVANT.	<input type="text"/> <input type="text"/>
16	1 2 8	<input type="text"/>	1 2 8	<input type="text"/>	1 2 LIGNE ↕ SUIVANT.	<input type="text"/> <input type="text"/>
17	1 2 8	<input type="text"/>	1 2 8	<input type="text"/>	1 2 LIGNE ↕ SUIVANT.	<input type="text"/> <input type="text"/>
18	1 2 8	<input type="text"/>	1 2 8	<input type="text"/>	1 2 LIGNE ↕ SUIVANT.	<input type="text"/> <input type="text"/>
19	1 2 8	<input type="text"/>	1 2 8	<input type="text"/>	1 2 LIGNE ↕ SUIVANT.	<input type="text"/> <input type="text"/>
20	1 2 8	<input type="text"/>	1 2 8	<input type="text"/>	1 2 LIGNE ↕ SUIVANT.	<input type="text"/> <input type="text"/>

COCHER ICI SI UNE AUTRE FEUILLE EST UTILISÉE

☐

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

- Y-a-t-il d'autres personnes telles que des petits enfants ou des nourrissons que nous n'avons pas porté sur la liste?
- De plus, y-a-t-il d'autres personnes qui ne sont peut-être pas membres de votre famille tels que des domestiques ,des locataires ou des amis qui vivent habituellement ici?
- Avez-vous de invités ou des visiteurs temporaires qui sont chez vous, ou d'autres personnes qui ont dormi ici la nuit dernière et qui n'ont pas été listées?

OUI ☐

INSCRIRE CHACUN (E)
DANS LE TABLEAU

NON ☐

OUI ☐

INSCRIRE CHACUN (E)
DANS LE TABLEAU

NON ☐

OUI ☐

INSCRIRE CHACUN (E)
DANS LE TABLEAU

NON ☐

N°	QUESTIONS ET FILTRES	CODES	ALLER À
21	D'où provient principalement l'eau que boivent les membres de votre ménage?	EAU DU ROBINET DANS LOGEMENT11 DANS COUR/12 FONTAINE PUBLIQUE13 PUIITS OUVERT PUIITS OUVERT DANS LOGEMENT ..21 PUIITS OUVERT COUR/PARCELLE...22 PUIITS PUBLIC OUVERT23 PUIITS COUVERT OU FORAGE PUIITS PROTÉGÉ DANS LE LOGEMENT31 PUIITS PROTÉGÉ COUR/PARCELL. .32 PUIITS PUBLIC PROTÉGÉ33 EAU DE SURFACE SOURCE41 FLEUVE/RIVIÈRE42 MARE/LAC43 BARRAGE44 EAU DE PLUIE51 CAMION CITERNE61 EAU EN BOUTEILLE71 AUTRE96 (PRÉCISER)	—> 22A —> 22A —> 22A —> 22A —> 22A —> 22A —> 22A —> 22A
22	Combien de temps faut-il pour aller là-bas, prendre de l'eau et revenir?	MINUTES <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> SUR PLACE996	
22A	D'où provient principalement l'eau que les membres de votre ménage utilisent pour laver les vaisselles et autres qu'à boire?	EAU DU ROBINET DANS LOGEMENT11 DANS COUR/12 FONTAINE PUBLIQUE13 PUIITS OUVERT PUIITS OUVERT DANS LOGEMENT ..21 PUIITS OUVERT COUR/PARCELLE...22 PUIITS PUBLIC OUVERT23 PUIITS COUVERT OU FORAGE PUIITS PROTÉGÉ DANS LE LOGEMENT31 PUIITS PROTÉGÉ COUR/PARCELL. .32 PUIITS PUBLIC PROTÉGÉ33 EAU DE SURFACE SOURCE41 FLEUVE/RIVIÈRE42 MARE/LAC43 BARRAGE44 EAU DE PLUIE51 CAMION CITERNE61 EAU EN BOUTEILLE71 AUTRE96 (PRÉCISER)	
22B	Avez-vous déjà entendu parler d'un produit de traitement de l'eau "SUR'EAU" ?	OUI1 NON.....2	—> 35

N°	QUESTIONS ET FILTRES	CODES	ALLER À
22C	Où avez-vous entendu parler de SUR'EAU ?	À LA RADIOA À LA TÉLÉVISION.....B SUR DES AFFICHES.....C SUR LES BOUTEILLES EN VENTED T-SHIRT/CASQUETTESE CINÉMOBILEF FILM SUR'EAUF MEDECINS.....G PARENTS.....H AMIS.....I VENDEUR BASE COMMUNAUTAIREJ VENDEUR PSIK VENDEUR POINT DE VENTEL AUTRE _____ X (PRÉCISER)	
22D	Avez-vous déjà utilisé le produit SUR'EAU pour le traitement de l'eau consommée par votre ménage ?	OUI 1 NON.....2	
22E	En ce moment, est-ce que vous utilisez le produit SUR'EAU pour le traitement de l'eau consommée par votre ménage?	OUI 1 NON.....2	
35	DEMANDER À L'ENQUÊTÉE UNE CUILLERÉE DU SEL UTILISÉ POUR LES BESOINS DU MÉNAGE, ENSUITE TESTER LE SEL POUR VÉRIFIER LA PRÉSENCE D'IODE. ENREGISTRER LES PPM (PARTS PAR MILLION). (SI LE SEL N'A PAS ÉTÉ TESTÉ, DONNER LA RAISON _____) →	0 PPM (PAS D'IODE).....1 7 PPM.....2 15 PPM.....3 30 PPM.....4 Pas de sel dans le ménage5 Sel non testé.....6	

MESURES DE LA TAILLE ET DU POIDS

VÉRIFIER LES COLONNES (8) ET (9) : ENREGISTRER LE NUMÉRO DE LIGNE, LE NOM ET L'ÂGE DE TOUTES LES FEMMES DE 15-49 ANS ET DE TOUS LES ENFANTS DE MOINS DE 6 ANS.

FEMMES 15-49				POIDS ET TAILLE DES FEMMES DE 15-49			
N° DE LIGNE DE LA COL.(8)	NOM DE LA COL.(2)	ÂGE DE LA COL.(7)	Quelle est la date de naissance de (NOM)?	POIDS (KILOGRAMMES)	TAILLE (CENTIMÈTRES)	MESURÉ ALLONGÉ OU DEBOUT	RÉSULTAT 1 MESURÉ 2 ABSENT 3 REFUS 6 AUTRE
(36)	(37)	(38)	(39)	(40)	(41)	(42)	(43)
		ANNÉES					
<input type="text"/>		<input type="text"/>		<input type="text"/>	<input type="text"/>		<input type="text"/>
<input type="text"/>		<input type="text"/>		<input type="text"/>	<input type="text"/>		<input type="text"/>
<input type="text"/>		<input type="text"/>		<input type="text"/>	<input type="text"/>		<input type="text"/>
<input type="text"/>		<input type="text"/>		<input type="text"/>	<input type="text"/>		<input type="text"/>
<input type="text"/>		<input type="text"/>		<input type="text"/>	<input type="text"/>		<input type="text"/>

ENFANTS DE MOINS DE 6 ANS				POIDS ET TAILLE DES ENFANTS NÉS EN 1998 OU PLUS TARD			
N° DE LIGNE DE LA COL.(9)	NOM DE LA COL.(2)	ÂGE DE LA COL.(7)	Quel est la date de naissance de (NOM)?	POIDS (KILOGRAMMES)	TAILLE (CENTIMÈTRES)	MESURÉ ALLONGÉ OU DEBOUT	RÉSULTAT 1 MESURÉ 2 ABSENT 3 REFUS 6 AUTRE
			JOUR MOIS ANNÉE			ALLOG.DEBOUT	
<input type="text"/>		<input type="text"/>	<input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	1 2	<input type="text"/>
<input type="text"/>		<input type="text"/>	<input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	1 2	<input type="text"/>
<input type="text"/>		<input type="text"/>	<input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	1 2	<input type="text"/>
<input type="text"/>		<input type="text"/>	<input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	1 2	<input type="text"/>
<input type="text"/>		<input type="text"/>	<input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	1 2	<input type="text"/>
<input type="text"/>		<input type="text"/>	<input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	1 2	<input type="text"/>
<input type="text"/>		<input type="text"/>	<input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	1 2	<input type="text"/>

COCHER ICI SI UNE AUTRE FEUILLE EST UTILISÉE

☐

OBSERVATIONS DE L'ENQUETRICE

À REMPLIR APRÈS AVOIR TERMINÉ L'INTERVIEW
(SI LE QUESTIONNAIRE N'A PAS ÉTÉ REMPLI, EXPLIQUER)

NOM DE L'ENQUETRICE : _____ DATE: _____

OBSERVATIONS DE LA CONTROLEUSE

À REMPLIR APRÈS AVOIR TERMINÉ LA VERIFICATION DU QUESTIONNAIRE

NOM DE LA CONTROLEUSE : _____ DATE: _____

OBSERVATIONS DU CHEF D'EQUIPE

À REMPLIR APRÈS AVOIR TERMINÉ LA VERIFICATION DU QUESTIONNAIRE

NOM DU CHEF D'EQUIPE : _____ DATE: _____

ENQUÊTE DÉMOGRAPHIQUE ET DE SANTÉ 2003-2004
QUESTIONNAIRE INDIVIDUEL FEMME - USAID DISTRICTS

REPUBLIQUE DE MADAGASCAR
 INSTITUT NATIONAL DE LA STATISTIQUE

DIRECTION DE LA DÉMOGRAPHIE ET DES
 STATISTIQUES SOCIALES

IDENTIFICATION																									
NOM DE LA LOCALITÉ _____	<div> <div>GRAPPE</div> <div>MÉNAGE</div> <div>PROVINCE</div> <div>VIL./COM.</div> <div>URBAIN/RURAL</div> <div>RÉSIDENCE</div> </div> <table border="1"> <tr><td></td><td></td><td></td></tr> <tr><td></td><td></td><td></td></tr> <tr><td></td><td></td><td></td></tr> <tr><td></td><td></td><td></td></tr> <tr><td></td><td></td><td></td></tr> <tr><td></td><td></td><td></td></tr> <tr><td></td><td></td><td></td></tr> <tr><td></td><td></td><td></td></tr> </table>																								
NOM DU CHEF DE MÉNAGE _____																									
NUMÉRO DE GRAPPE																									
NUMÉRO DU MÉNAGE.....																									
PROVINCE (FARITANY)																									
COMMUNE																									
URBAIN/RURAL (URBAIN=1, RURAL=2)																									
GRANDE VILLE/ AUTRE- VILLE/ RURAL..... (Antananarivo =1, Autre-Ville =2, , Rural =3)																									
NOM ET NUMERO DE LIGNE DE LA FEMME																									

VISITES D'ENQUÊTRICE																								
	1	2	3	VISITE FINALE																				
DATE	_____	_____	_____	<div> <div>JOUR</div> <div>MOIS</div> <div>ANNÉE</div> <div>NOM</div> <div>RÉSULTAT</div> </div> <table border="1"> <tr><td></td><td></td><td></td><td></td></tr> <tr><td></td><td></td><td></td><td></td></tr> <tr><td>2</td><td>0</td><td>0</td><td>3</td></tr> <tr><td></td><td></td><td></td><td></td></tr> <tr><td></td><td></td><td></td><td></td></tr> </table>									2	0	0	3								
2	0	0	3																					
NOM DE L'ENQUÊTRICE	_____	_____	_____																					
RÉSULTAT*	_____	_____	_____																					
PROCHAINE VISITE :DATE	_____	_____		<div> <div>NBRE.TOTAL DE VISITES</div> <div></div> </div>																				
HEURE	_____	_____																						
*CODES RÉSULTAT: <div> <div>1 REMPLI</div> <div>2 PAS À LA MAISON</div> <div>3 DIFFÉRÉ</div> <div>4 REFUSÉ</div> <div>5 REMPLI PARTIELLEMENT</div> <div>6 INCAPACITÉ</div> <div>7 AUTRE _____ (PRÉCISER)</div> </div>																								
CONTRÔLEUSE	CHEF D'ÉQUIPE		CONTRÔLE BUREAU	SAISI PAR																				
NOM _____	NOM _____																							
DATE _____	DATE _____																							

SECTION 1. CARACTÉRISTIQUES SOCIO-DÉMOGRAPHIQUES DES ENQUÊTÉES

INTRODUCTION ET CONSENTEMENT

CONSENTEMENT APRÈS INFORMATIONS

Bonjour. Mon nom est _____ et je travaille pour la Direction de la Démographie et des Statistiques Sociales (DDSS). Nous sommes en train d'effectuer une enquête nationale sur la santé des femmes et des enfants. Nous souhaiterions que vous participiez à cette enquête. J'aimerais vous poser des questions sur votre santé (et sur la santé de vos enfants) Ces informations seront utiles au gouvernement pour mettre en place des services de santé. L'entretien prend généralement entre 20 et 45 minutes. Les informations que vous nous fournirez resteront strictement confidentielles et ne seront transmises à personne.

La participation à cette enquête est volontaire et vous pouvez refuser de répondre à des questions particulières ou à toutes les questions. Nous espérons cependant que vous accepterez de participer à cette enquête car votre opinion est importante pour nous.

Avez-vous des questions sur l'enquête?
Puis-je commencer l'entretien maintenant?

Signature de l'enquêtrice: _____ Date: _____

L'ENQUÊTÉE ACCEPTE DE RÉPONDRE 1 L'ENQUÊTÉE REFUSE DE RÉPONDRE AUX QUESTIONS 2 —► FIN

N°.	QUESTIONS ET FILTRES	CODES	ALLER À
101	ENREGISTRER L'HEURE.	HEURE MINUTES.....	
105	En quel mois et en quelle année êtes-vous née?	MOIS..... NSP MOIS98 ANNÉE NSP ANNÉE9998	
106	Quel âge aviez-vous à votre dernier anniversaire? COMPARER ET CORRIGER 105 ET/OU 106 SI INCOHÉRENTS.	ÂGE EN ANNÉES RÉVOLUES... ..	
107	Avez-vous fréquenté l'école?	OUI1 NON2	→ 201
108	Quel est le plus haut niveau d'études que vous avez atteint : primaire, secondaire 1, secondaire 2 ou supérieur?	PRIMAIRE1 SECONDAIRE 12 SECONDAIRE 23 SUPÉRIEUR.....4	
109	Quelle est la dernière (classe/ année) que vous avez achevée avec succès à ce niveau?	CLASSE.....	

CODES Q.109

Q.108 : NIVEAU D'EDUCATION				
NIVEAU	PRIMAIRE = 1	SEC. 1 = 2	SEC. 2 = 3	SUPERIEUR = 4
CLASSE	0 = MOINS D'UNE ANNÉE ACHÉVÉE			
	T1 = 1 T2 = 2 T3 = 3 T4 = 4 T5 = 5 NSP = 8	T6 =6 ème = 1 T7 =5 ème = 2 T8 =4 ème = 3 T9 =3 ème = 4 NSP = 8	T10 =2nd = 1 T11 =1ère = 2 T12 =Terminale = 3 NSP = 8	1 ère année = 1 2 ème année = 2 3 ème année = 3 4 ème année = 4 5 ème année ou + = 5 NSP = 8

SECTION 2: REPRODUCTION

N°.	QUESTIONS ET FILTRES	CODES	ALLER À								
201	Maintenant, je voudrais vous poser des questions sur toutes les naissances que vous avez eues au cours de votre vie. Avez-vous donné naissance à des enfants?	OUI 1 NON..... 2	→ 206								
202	Avez-vous des fils ou des filles à qui vous avez donné naissance et qui vivent actuellement avec vous?	OUI 1 NON..... 2	→ 204								
203	Combien de fils vivent avec vous? Combien de filles vivent avec vous? SI AUCUN, ENREGISTRER '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 mais qui ne vivent pas avec vous?	OUI 1 NON..... 2	→ 206								
205	Combien de fils sont en vie mais ne vivent pas avec vous? Combien de filles sont en vie mais ne vivent pas avec vous? SI AUCUN, ENREGISTRER '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 déjà donné naissance à un garçon ou une fille qui est né vivant mais qui est décédé par la suite? SI NON, INSISTER : Aucun enfant qui a crié ou a montré un signe de vie mais qui n'a survécu que quelques heures ou quelques jours?	OUI 1 NON..... 2	→ 208								
207	Combien de garçons sont décédés? Combien de filles sont décédées? SI AUCUN, ENREGISTRER '00'.	GARÇONS 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 DES RÉPONSES À Q. 203, 205, ET 207, ET ENREGISTRER LE TOTAL. SI AUCUN, ENREGISTRER '00'.	TOTAL <table border="1" style="display: inline-table; vertical-align: middle;"><tr><td> </td><td> </td></tr></table>									
209	VÉRIFIER 208: Je voudrais être sûre d'avoir bien compris : vous avez eu au TOTAL _____ naissances au cours de votre vie. Est-ce bien exact? OUI <table border="1" style="display: inline-table; vertical-align: middle;"><tr><td> </td></tr></table> NON <table border="1" style="display: inline-table; vertical-align: middle;"><tr><td> </td></tr></table> → INSISTER ET CORRIGER 201-208 COMME IL SE DOIT.										
210	VÉRIFIER 208: UNE NAISSANCE OU PLUS <table border="1" style="display: inline-table; vertical-align: middle;"><tr><td> </td></tr></table> AUCUNE <table border="1" style="display: inline-table; vertical-align: middle;"><tr><td> </td></tr></table> _____				→ 226						

211 Maintenant je voudrais faire la liste de toutes vos naissances, qu'elles soient encore en vie ou non, en commençant par la 1^{ère} naissance que vous avez eue.
NOTER LE NOM DE TOUTES LES NAISSANCES À Q.212. NOTER LES Jumeaux / TRIPLÉS SUR DES LIGNES SÉPARÉES.

212	213	214	215	216	217: SI EN VIE:	218 SI EN VIE	219 SI EN VIE:	220 SI DÉCÉDÉ:	221
Quel nom a été donné à votre (premier/ suivant) enfant? (NOM)	Parmi ces naissances, y-avait-il des jumeaux ?	(NOM) est-ce un garçon ou une fille?	En quel mois et quelle année est né(e) (NOM)? INSISTER : Quelle est sa date de naissance?	(NOM) est-il/elle toujours en vie?	Quel âge avait (NOM) à son dernier anniversaire? NOTER ÂGE EN ANNÉES RÉVOLUES.	(NOM) vit-il/elle avec vous?	NOTER N° DE LIGNE DE L'ENFANT DANS LA FEUILLE MÉNAGE (NOTER '00' SI ENFANT N'EST PAS LISTÉ DANS LE MÉNAGE)	Quel âge avait (NOM) quand il/elle est décédé(e)? SI '1 AN', INSISTER: Quel âge avait (NOM) en mois? NOTER EN JOURS SI MOINS D'1 MOIS; EN MOIS SI MOINS DE 2 ANS; OU EN ANNÉES.	Y-a-t-il eu d'autres naissances vivantes entre (NOM DE LA NAISSANCE PRÉCÉDENTE) et (NOM)?
01	SIMP...1 MULT...2	GAR...1 FILLE 2	MOIS ... <input type="text"/> ANNÉE <input type="text"/>	OUI1 NON....2 ↓ 220	ÂGE EN ANNÉES <input type="text"/>	OUI.....1 NON.....2	N° DE LIGNE <input type="text"/> ↓ (NAISS. SUIV.)	JOURS....1 MOIS.....2 ANNÉES .3	
02	SIMP...1 MULT...2	GAR...1 FILLE 2	MOIS ... <input type="text"/> ANNÉE <input type="text"/>	OUI1 NON....2 ↓ 220	ÂGE EN ANNÉES <input type="text"/>	OUI.....1 NON.....2	N° DE LIGNE <input type="text"/> ↓ (ALLER À 221)	JOURS....1 MOIS.....2 ANNÉES .3	OUI.....1 NON2
03	SIMP...1 MULT...2	GAR...1 FILLE 2	MOIS ... <input type="text"/> ANNÉE <input type="text"/>	OUI1 NON....2 ↓ 220	ÂGE EN ANNÉES <input type="text"/>	OUI.....1 NON.....2	N° DE LIGNE <input type="text"/> ↓ (ALLER À 221)	JOURS....1 MOIS.....2 ANNÉES .3	OUI.....1 NON2
04	SIMP...1 MULT...2	GAR...1 FILLE 2	MOIS ... <input type="text"/> ANNÉE <input type="text"/>	OUI1 NON....2 ↓ 220	ÂGE EN ANNÉES <input type="text"/>	OUI.....1 NON.....2	N° DE LIGNE <input type="text"/> ↓ (ALLER À 221)	JOURS....1 MOIS.....2 ANNÉES .3	OUI.....1 NON2
05	SIMP...1 MULT...2	GAR...1 FILLE 2	MOIS ... <input type="text"/> ANNÉE <input type="text"/>	OUI1 NON....2 ↓ 220	ÂGE EN ANNÉES <input type="text"/>	OUI.....1 NON.....2	N° DE LIGNE <input type="text"/> ↓ (ALLER À 221)	JOURS....1 MOIS.....2 ANNÉES .3	OUI.....1 NON2
06	SIMP...1 MULT...2	GAR...1 FILLE 2	MOIS ... <input type="text"/> ANNÉE <input type="text"/>	OUI1 NON....2 ↓ 220	ÂGE EN ANNÉES <input type="text"/>	OUI.....1 NON.....2	N° DE LIGNE <input type="text"/> ↓ (ALLER À 221)	JOURS....1 MOIS.....2 ANNÉES .3	OUI.....1 NON2
07	SIMP...1 MULT...2	GAR...1 FILLE 2	MOIS ... <input type="text"/> ANNÉE <input type="text"/>	OUI1 NON....2 ↓ 220	ÂGE EN ANNÉES <input type="text"/>	OUI.....1 NON.....2	N° DE LIGNE <input type="text"/> ↓ (ALLER À 221)	JOURS....1 MOIS.....2 ANNÉES .3	OUI.....1 NON2
08	SIMP...1 MULT...2	GAR...1 FILLE 2	MOIS ... <input type="text"/> ANNÉE <input type="text"/>	OUI1 NON....2 ↓ 220	ÂGE EN ANNÉES <input type="text"/>	OUI.....1 NON.....2	N° DE LIGNE <input type="text"/> ↓ (ALLER À 221)	JOURS....1 MOIS.....2 ANNÉES .3	OUI.....1 NON2

212	213	214	215	216	217: SI EN VIE:	218 SI EN VIE	219 SI EN VIE:	220 SI DÉCÉDÉ:	221
Quel nom a été donné à votre (premier/suivant) enfant? (NOM)	Parmi ces naissances, y-avait-il des jumeaux ?	(NOM) est-ce un garçon ou une fille?	En quel mois et quelle année est né(e) (NOM)? INSISTER : Quelle est sa date de naissance?	(NOM) est-il/elle toujours en vie?	Quel âge avait (NOM) à son dernier anniversaire? NOTER ÂGE EN ANNÉES RÉVOLUES.	(NOM) vit-il/elle avec vous?	NOTER N° DE LIGNE DE L'ENFANT DANS LA FEUILLE MÉNAGE (NOTER '00' SI ENFANT N'EST PAS LISTÉ DANS LE MÉNAGE)	Quel âge avait (NOM) quand il/elle est décédé(e)? SI '1 AN', INSISTER: Quel âge avait (NOM) en mois? NOTER EN JOURS SI MOINS D'1 MOIS; EN MOIS SI MOINS DE 2 ANS; OU EN ANS.	Y-a-t-il eu d'autres naissances vivantes entre (NOM DE LA NAISSANCE PRÉCÉDENTE) et (NOM)?
09	SIMP...1 MULT...2	GAR...1 FILLE 2	MOIS ... <input type="text"/> ANNÉE <input type="text"/>	OUI 1 NON.....2 ↓ 220	ÂGE EN ANNÉES <input type="text"/>	OUI..... 1 NON.....2	N° DE LIGNE <input type="text"/> ↓ (ALLER À 221)	JOURS... 1 <input type="text"/> MOIS..... 2 <input type="text"/> ANNÉES . 3 <input type="text"/>	OUI..... 1 NON2
10	SIMP...1 MULT...2	GAR...1 FILLE 2	MOIS ... <input type="text"/> ANNÉE <input type="text"/>	OUI 1 NON.....2 ↓ 220	ÂGE EN ANNÉES <input type="text"/>	OUI..... 1 NON.....2	N° DE LIGNE <input type="text"/> ↓ (ALLER À 221)	JOURS... 1 <input type="text"/> MOIS..... 2 <input type="text"/> ANNÉES . 3 <input type="text"/>	OUI..... 1 NON2
11	SIMP...1 MULT...2	GAR...1 FILLE 2	MOIS ... <input type="text"/> ANNÉE <input type="text"/>	OUI 1 NON.....2 ↓ 220	ÂGE EN ANNÉES <input type="text"/>	OUI..... 1 NON.....2	N° DE LIGNE <input type="text"/> ↓ (ALLER À 221)	JOURS... 1 <input type="text"/> MOIS..... 2 <input type="text"/> ANNÉES . 3 <input type="text"/>	OUI..... 1 NON2
12	SIMP...1 MULT...2	GAR...1 FILLE 2	MOIS ... <input type="text"/> ANNÉE <input type="text"/>	OUI 1 NON.....2 ↓ 220	ÂGE EN ANNÉES <input type="text"/>	OUI..... 1 NON.....2	N° DE LIGNE <input type="text"/> ↓ (ALLER À 221)	JOURS... 1 <input type="text"/> MOIS..... 2 <input type="text"/> ANNÉES . 3 <input type="text"/>	OUI..... 1 NON2

222	Avez-vous eu d'autres naissances vivantes depuis la naissance de (NOM DE LA DERNIÈRE NAISSANCE)?	OUI 1 NON2
223	<p>COMPARER 208 AVEC NOMBRE DE NAISSANCES ENREGISTRÉES DANS LE TABLEAU CI-DESSUS ET COCHER:</p> <p>NOMBRES SONT ÉGAUX <input type="checkbox"/> NOMBRES SONT DIFFÉRENTS <input type="checkbox"/> → (INSISTER ET CORRIGER)</p> <p>↓ VÉRIFIER :</p> <p>POUR CHAQUE NAISSANCE : L'ANNÉE DE NAISSANCE EST ENREGISTRÉE.</p> <p>POUR CHAQUE ENFANT VIVANT : L'ÂGE ACTUEL EST ENREGISTRÉ.</p> <p>POUR CHAQUE ENFANT DÉCÉDÉ : L'ÂGE AU DÉCÈS EST ENREGISTRÉ.</p> <p>POUR L'ÂGE AU DÉCÈS 12 MOIS OU 1 AN : INSISTER POUR DÉTERMINER LE NOMBRE EXACT DE MOIS.</p>	
224	VÉRIFIER 215 ET ENREGISTRER LE NOMBRE DE NAISSANCES VIVANTES DEPUIS JANVIER 1998. SI AUCUNE, ENREGISTRER '0'.	<input type="text"/>

N°.	QUESTIONS ET FILTRES	CODES	ALLER À
226	Êtes-vous enceinte en ce moment?	OUI 1 NON 2 PAS SÛRE 8	<div> <div></div> <div>► 301</div> </div>
226A	Depuis que vous-êtes tombée enceinte, mangez-vous plus que d'habitude, comme d'habitude ou moins que d'habitude?	PLUS QUE D'HABITUDE 1 COMME D'HABITUDE 2 MOINS QUE D'HABITUDE 3 NE SAIT PAS 8	
227	De combien de mois êtes-vous enceinte?	MOIS <div><div></div><div></div></div>	

SECTION 3. CONTRACEPTION

Maintenant je voudrais vous poser des questions sur la planification familiale – les différents moyens ou méthodes qu'un couple peut utiliser pour retarder ou éviter une grossesse.
ENCERCLER CODE 1 À 301 POUR CHAQUE MÉTHODE CITÉE DE FAÇON SPONTANÉ. PUIS CONTINUER À LA COLONNE 301 EN DESCENDANT, EN LISANT LE NOM ET LA DESCRIPTION DE CHAQUE MÉTHODE NON CITÉE SPONTANÉMENT. ENCERCLER LE CODE 2 SI LA MÉTHODE EST RECONNUE ET LE CODE 3 SI ELLE N'EST PAS RECONNUE. PUIS, POUR CHAQUE MÉTHODE AVEC CODE 1 OU 2 ENCERCLÉ À 301, POSER 302.

301	De quels moyens ou méthodes avez-vous entendu parler? POUR LES MÉTHODES NON CITÉES SPONTANÉMENT, DEMANDER : Avez-vous déjà entendu parler de (MÉTHODE)?	302	Avez-vous déjà utilisé (MÉTHODE)?
01	STÉRILISATION FÉMININE Les femmes peuvent subir une petite opération pour éviter d'avoir d'autres enfants.	OUI SPONTANÉ 1 OUI DESCRIPTION 2 NON 3 ↘	Avez-vous eu une opération pour éviter d'avoir d'autres enfants? OUI 1 NON 2
02	STÉRILISATION MASCULINE Les hommes peuvent subir une opération pour éviter d'avoir d'autres enfants.	OUI SPONTANÉ 1 OUI DESCRIPTION 2 NON 3 ↘	Avez-vous eu un partenaire qui avait eu une opération pour éviter d'avoir d'autres enfants? OUI 1 NON 2
03	PILULE Les femmes peuvent prendre une pilule chaque jour	OUI SPONTANÉ 1 OUI DESCRIPTION 2 NON 3 ↘	OUI 1 NON 2
04	DIU Les femmes peuvent avoir un stérilet que le médecin ou l'infirmière leur place dans l'utérus qui les empêche de tomber enceinte pendant une année ou plus.	OUI SPONTANÉ 1 OUI DESCRIPTION 2 NON 3 ↘	OUI 1 NON 2
05	INJECTIONS Les femmes peuvent avoir une injection faite par du personnel de santé pour éviter de tomber enceinte pendant un mois ou plus.	OUI SPONTANÉ 1 OUI DESCRIPTION 2 NON 3 ↘	OUI 1 NON 2
06	IMPLANTS Les femmes peuvent se faire insérer sous la peau de la face interne du bras plusieurs petits bâtonnets qui les empêchent de tomber enceinte pendant une année ou plus.	OUI SPONTANÉ 1 OUI DESCRIPTION 2 NON 3 ↘	OUI 1 NON 2
07	CONDOM Les hommes peuvent se mettre une capote en caoutchouc ou en latex au pénis pendant les rapports sexuels.	OUI SPONTANÉ 1 OUI DESCRIPTION 2 NON 3 ↘	OUI 1 NON 2
08	CONDOM FÉMININ Les femmes peuvent se placer un étui en latex dans leur vagin avant les rapports sexuels.	OUI SPONTANÉ 1 OUI DESCRIPTION 2 NON 3 ↘	OUI 1 NON 2
09	DIAPHRAGME Les femmes peuvent se placer un diaphragme dans leur vagin avant les rapports sexuels.	OUI SPONTANÉ 1 OUI DESCRIPTION 2 NON 3 ↘	OUI 1 NON 2
10	MOUSSE OU GELÉE Les femmes peuvent s'insérer un suppositoire, se mettre de la gelée ou de la crème dans leur vagin avant les rapports sexuels.	OUI SPONTANÉ 1 OUI DESCRIPTION 2 NON 3 ↘	OUI 1 NON 2
11	MÉTHODE DE L'ALLAITEMENT MATERNEL ET DE L'AMÉNORRÉE (MAMA) Jusqu'à 6 mois après une naissance, une femme peut utiliser une méthode qui nécessite d'allaiter souvent, jour et nuit, et que ses règles ne soient pas revenues.	OUI SPONTANÉ 1 OUI DESCRIPTION 2 NON 3 ↘	OUI 1 NON 2
12	RHYTHME/CONTINENCE PÉRIODIQUE Chaque mois qu'une femme est sexuellement active, elle peut éviter une grossesse en évitant les rapports sexuels les jours du mois où elle a plus de chances de tomber enceinte.	OUI SPONTANÉ 1 OUI DESCRIPTION 2 NON 3 ↘	OUI 1 NON 2
13	RETRAIT Les hommes peuvent faire attention et se retirer avant l'éjaculation.	OUI SPONTANÉ 1 OUI DESCRIPTION 2 NON 3 ↘	OUI 1 NON 2
14	PILULE DU LENDEMAIN Les femmes peuvent prendre une pilule les jours après les rapports sexuels, jusqu'au troisième jour après, pour éviter de tomber enceinte.	OUI SPONTANÉ 1 OUI DESCRIPTION 2 NON 3 ↘	OUI 1 NON 2

15	Avez-vous entendu parler d'autres moyens ou méthodes que les femmes ou les hommes peuvent utiliser pour éviter une grossesse?	OUI 1 (PRÉCISER) _____ (PRÉCISER) _____ NON 2	OUI 1 NON 2 OUI 1 NON 2
303	VÉRIFIER 302: PAS UN SEUL 'OUI' <input type="checkbox"/> AU MOINS UN 'OUI' <input type="checkbox"/> (N'A JAMAIS UTILISÉ) (A DÉJÀ UTILISÉ)		→ 307

N°.	QUESTIONS ET FILTRES	CODES	ALLER À
304	Avez-vous déjà utilisé un moyen quelconque ou essayé quelque chose pour retarder une grossesse ou éviter de tomber enceinte?	OUI 1 NON 2	→ 329
306	Qu'avez-vous fait ou utilisé? CORRIGER 302 ET 303 (ET 301 SI NÉCESSAIRE).		
307	Maintenant, je voudrais vous poser des questions sur le 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, ENREGISTRER "00".	NOMBRE D'ENFANTS <input type="text"/> <input type="text"/>	
308	VÉRIFIER 302 (01): FEMME NON STÉRILISÉE <input type="checkbox"/> FEMME STÉRILISÉE <input type="checkbox"/>		→ 311A
309	VÉRIFIER 226: NON ENCEINTE OU PAS SÛRE <input type="checkbox"/> ENCEINTE <input type="checkbox"/>		→ 329
310	En ce moment, faites-vous quelque chose ou utilisez-vous une méthode pour éviter de tomber enceinte?	OUI 1 NON 2	→ 329
311	Quelle méthode utilisez-vous?	STÉRILISATION FÉMININE A STÉRILISATION MASCULINE B PILULE C DIU/STÉRILET D INJECTIONS E IMPLANTS F CONDOM G FÉMIDON (CONDOM FÉMININ) H DIAPHRAGME I MOUSSE/GELÉE J MAMA K CONTINENCE PÉRIODIQUE L RETRAIT M AUTRE X (PRÉCISER) _____	→ 316 → 316A → 312D → 316A
311A	ENCERCLEZ 'A' POUR LA STÉRILISATION FÉMININE. ENCERCLEZ 'B' POUR LA STÉRILISATION MASCULINE SI PLUS D'UNE MÉTHODE MENTIONNÉE, SUIVEZ LES INSTRUCTIONS DE PASSAGE CORRESPONDANT À LA PREMIÈRE MÉTHODE DE LA LISTE.		

N°.	QUESTIONS ET FILTRES	CODES	ALLER À
312A	Puis-je voir la boîte de pilule que vous utilisez en ce moment? SI LA BOÎTE EST MONTRÉE, ENCERCLER LE CODE CORRESPONDANT À LA MARQUE	PILPLAN..... 1 LOFEMENAL..... 2 MICROGYNON..... 3 OVRETTE..... 4 AUTRE 6 (PRÉCISER) BOÎTE NON MONTRÉE 8	→312C
312B	Connaissez-vous le nom de la marque de pilules que vous utilisez en ce moment? SI OUI: Quel est ce nom?	PILPLAN..... 1 LOFEMENAL..... 2 MICROGYNON..... 3 OVRETTE..... 4 AUTRE 6 (PRÉCISER) NE CONNAÎT PAS LE NOM..... 8	
312C	Combien vous coûte une boîte de pilules? NOTER LE PRIX POUR 1 CYCLE/MOIS EN FMG.	PRIX EN FRANCS MG..... <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> GRATUIT 996 NE SAIT PAS..... 998	→316A
312D	Connaissez-vous le nom commercial d'injection que vous avez eu la dernière fois? SI OUI: Quel est ce nom?	CONFIANCE..... 1 DEPOPROVERA..... 2 AUTRE 6 (PRÉCISER) NE CONNAÎT PAS LE NOM..... 8	→316A
316	En quel mois et en quelle année la stérilisation a-t-elle été effectuée?	MOIS..... <input type="text"/> <input type="text"/> ANNÉE <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>	
316A	En quel mois et en quelle année avez-vous commencé à utiliser (1 ^{ère} MÉTHODE DE Q.311) de façon continue? INSISTER: En quel mois et en quelle année avez-vous commencé à utiliser (1 ^{ère} MÉTHODE DE Q.311) de façon continue?	MOIS..... <input type="text"/> <input type="text"/> ANNÉE <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>	
316B	VÉRIFIER 316/316A, 215: S'IL Y'A EU À 215 UNE NAISSANCE OU À 230 UNE GROSSESSE TERMINEÉ PAR UNE FAUSSE-COUCHE, UN UN AVORTEMENT OU UN MORT-NÉ APRÈS LE MOIS ET L'ANNEÉ DU DÉBUT DE L'UTILISATION DE LA CONTRACEPTION À 316/316A SI OUI: RETOURNER À 316/316A POUR CORRIGER, INSISTER POUR ENREGISTRER LE MOIS ET L'ANNEÉ AU DÉBUT DE L'UTILISATION CONTINUE DE LA MÉTHODE ACTUELLE (DATE DOIT ÊTRE APRÈS CELLE DE LA DERNIÈRE NAISSANCE OU DERNIÈRE GROSSESSE).	OUI <input type="checkbox"/> NON <input type="checkbox"/>	
317	VÉRIFIER 316/316A: L'ANNÉE EST 1998 OU PLUS TARD <input type="checkbox"/> L'ANNEÉ EST 1997 OU AVANT <input type="checkbox"/>		→327

N°.	QUESTIONS ET FILTRES	CODES	ALLER À
319	<p>VÉRIFIER 311/311A:</p> <p>ENCERCLER LE CODE DE LA MÉTHODE:</p> <p>SI PLUS D'UN CODE ENCECLÉ À 311/311A, ENCECLER LE CODE POUR LA PREMIÈRE MÉTHODE DE LA LISTE.</p>	<p>STÉRILISATION FÉMININE..... 01</p> <p>STÉRILISATION MASCULINE..... 02</p> <p>PILULE 03</p> <p>DIU/STÉRILET 04</p> <p>INJECTIONS 05</p> <p>IMPLANTS 06</p> <p>CONDOM 07</p> <p>CONDOM FÉMININ..... 08</p> <p>DIAPHRAGME..... 09</p> <p>MOUSSE/GELÉE 10</p> <p>MAMA 11</p> <p>CONTINENCE PÉRIODIQUE 12</p> <p>RETRAIT 13</p> <p>AUTRE MÉTHODE..... 96</p>	<p>→ 322</p> <p>→ 331</p> <p>→ 320A</p> <p>→ 331</p>
320	<p>Où avez-vous obtenu (MÉTHODE ACTUELLE DE Q.317A) quand vous avez commencé à l'utiliser?</p> <p>SI LA SOURCE EST L'HÔPITAL, UN CENTRE DE SANTÉ OU UNE CLINIQUE, ÉCRIRE LE NOM DE L'ÉTABLISSEMENT. INSISTER POUR DÉTERMINER LE TYPE DE SECTEUR ET ENCECLER LE CODE APPROPRIÉ.</p> <p>_____</p> <p>(NOM DE L'ÉTABLISSEMENT)</p>	<p>SECTEUR PUBLIC</p> <p>CENTRE HOSPITALIER II (CHD II).... 11</p> <p>CENTRE HOSPITALIER I (CHD I)..... 12</p> <p>CENTRE DE SANTÉ DE BASE II 13</p> <p>CENTRE DE SANTÉ DE BASE I 14</p> <p>SECTEUR MÉDICAL PRIVÉ</p> <p>CLINIQUE/HÔPITAL PRIVÉ 21</p> <p>CENTRE DE SANTÉ PRIVÉ 22</p> <p>PHARMACIE/DÉPÔT DE MÉDICA- MENTS 23</p> <p>MÉDECIN PRIVÉ 24</p> <p>CENTRE DE PF/FISA 25</p> <p>AUTRE SOURCE</p> <p>AGENT VBC..... 31</p> <p>BOUTIQUE..... 32</p> <p>KIOSQUE 33</p> <p>ÉGLISE..... 34</p> <p>PARENTS/AMIS..... 35</p> <p>AUTRE 96</p> <p>(PRÉCISER)</p>	
320AA	<p>Avez-vous obtenu la (MÉTHODE ACTUELLE) sur prescription (une ordonnance), la dernière fois que vous l'aviez eu?</p>	<p>OUI 1</p> <p>NON 2</p>	<p>→ 320B</p>
320A	<p>Où avez-vous appris à utiliser la méthode de l'allaitement maternel et de l'aménorrhée (MAMA)?</p> <p>SI LA SOURCE EST L'HÔPITAL, UN CENTRE DE SANTÉ OU UNE CLINIQUE, ÉCRIRE LE NOM DE L'ÉTABLISSEMENT. INSISTER POUR DÉTERMINER LE TYPE DE SECTEUR ET ENCECLER LE CODE APPROPRIÉ.</p> <p>_____</p> <p>(NOM DE L'ÉTABLISSEMENT)</p>	<p>SECTEUR PUBLIC</p> <p>CENTRE HOSPITALIER II (CHD II).... 11</p> <p>CENTRE HOSPITALIER I (CHD I)..... 12</p> <p>CENTRE DE SANTÉ DE BASE II 13</p> <p>CENTRE DE SANTÉ DE BASE I 14</p> <p>SECTEUR MÉDICAL PRIVÉ</p> <p>CLINIQUE/HÔPITAL PRIVÉ 21</p> <p>CENTRE DE SANTÉ PRIVÉ 22</p> <p>MÉDECIN PRIVÉ 24</p> <p>CENTRE DE PF/FISA 25</p> <p>AUTRE SOURCE</p> <p>AGENT VBC..... 31</p> <p>MEDIA SPOTS..... 32</p> <p>BOUTIQUE..... 33</p> <p>KIOSQUE 34</p> <p>ÉGLISE..... 35</p> <p>PARENTS/AMIS..... 36</p> <p>AUTRE 96</p> <p>(PRÉCISER)</p>	

N°.	QUESTIONS ET FILTRES	CODES	ALLER À
320B	Pour quelles raisons avez-vous choisi la méthode que vous utilisez actuellement ?	DISPONIBLEA ABORDABLEB QUALITE SUPERIEURE C EFFET DE PUBLICITE D ATTRAYANTE CONSEIL DES AMIS.....F CONSEIL DU MEDECIN G FACILE A UTILISER..... H MOINS D'EFFETS SECONDAIRES..... I CONFIDENTIALITE J EFFICACITEK AUTREX (PRÉCISER)	
321	VÉRIFIER 311/311A: ENCERCLER LE CODE DE LA MÉTHODE: SI PLUS D'UN CODE ENCECLÉ POUR UNE MÉTHODE À 311/311A, ENCECLEZ LE CODE POUR LA PREMIÈRE DES MÉTHODES ENCECLÉES À 311/311A.	PILULE03 DIU04 INJECTIONS05 IMPLANTS06 CONDOM07 CONDOM FÉMININ08 DIAPHRAGME09 MOUSSE/GELÉE10 MAMA11	→ 328 → 325
322	Vous avez obtenu votre (MÉTHODE ACTUELLE) à (SOURCE DE LA MÉTHODE AUX Q. 313 OU 320). À ce moment-là, vous- a -t-on parlé d'effets secondaires ou de problèmes qui pourraient survenir à cause de l'utilisation de la méthode?	OUI 1 NON 2	→ 324
323	Vous a-t-il jamais été parlé par le personnel de la santé ou un agent de la planification familiale d'effets secondaires ou de problèmes qui pourraient survenir à cause de l'utilisation de la méthode?	OUI 1 NON 2	→ 325
324	Vous a-t-on dit ce que vous deviez faire si vous ressentiez des effets secondaires ou si vous aviez des problèmes?	OUI 1 NON 2	
325	VÉRIFIER 322: CODE '1' ENCECLÉ CODE '1' NON ENCECLÉ Quand vous avez obtenu (MÉTHODE ACTUELLE) à (SOURCE DE LA MÉTHODE AUX Q. 313 OU 320). À ce moment-là, vous- a-t-on parlé d'autres méthodes que vous pouviez utiliser?	OUI 1 NON 2	→ 327
326	Vous a-t-il jamais été parlé par le personnel de la santé ou un agent de la planification familiale d'autres méthodes de contraception que vous pouviez utiliser?	OUI 1 NON 2	

N°.	QUESTIONS ET FILTRES	CODES	ALLER À
327	VÉRIFIER 311/311A: ENCERCLER LE CODE DE LA MÉTHODE:	STÉRILISATION FÉMININE..... 01 STÉRILISATION MASCULINE..... 02 PILULE 03 DIU/STÉRILET 04 INJECTIONS 05 IMPLANTS 06 CONDOM 07 CONDOM FÉMININ..... 08 DIAPHRAGME..... 09 MOUSSE/GELÉE 10 MAMA 11 CONTINENCE PÉRIODIQUE 12 RETRAIT 13 AUTRE MÉTHODE..... 96	—► 331 —► 331 —► 331 —► 331 —► 331 —► 331
328	Où avez-vous obtenu (MÉTHODE ACTUELLE) la dernière fois? S'IL S'AGIT D'UN 'HÔPITAL, D'UN CENTRE DE SANTÉ OU D'UNE CLINIQUE, ÉCRIRE LE NOM DE L'ÉTABLISSEMENT. INSISTER POUR DÉTERMINER LE TYPE DE SECTEUR ET ENCELER LE CODE APPROPRIÉ. _____ (NOM DE L'ÉTABLISSEMENT)	SECTEUR PUBLIC CENTRE HOSPITALIER II (CHD II).... 11 CENTRE HOSPITALIER I (CHD I)..... 12 CENTRE DE SANTÉ DE BASE II 13 CENTRE DE SANTÉ DE BASE I 14 SECTEUR MÉDICAL PRIVÉ CLINIQUE/HÔPITAL PRIVÉ 21 CENTRE DE SANTÉ PRIVÉ 22 PHARMACIE/DÉPÔT DE MÉDICA- MENTS 23 MÉDECIN PRIVÉ 24 CENTRE DE PF/FISA 25 AUTRE SOURCE AGENT VBC 31 BOUTIQUE 32 KIOSQUE 33 ÉGLISE..... 34 PARENTS/AMIS 35 AUTRE 96 (PRÉCISER)	—► 331
329	Connaissez-vous un endroit où vous pouvez vous procurer une méthode de planification familiale?	OUI 1 NON 2	—► 331
330	Quel est cet endroit? S'IL S'AGIT D'UN 'HÔPITAL, D'UN CENTRE DE SANTÉ OU D'UNE CLINIQUE, ÉCRIRE LE NOM DE L'ÉTABLISSEMENT. INSISTER POUR DÉTERMINER LE TYPE DE SECTEUR ET ENCELER LE CODE APPROPRIÉ. _____ (NOM DE L'ÉTABLISSEMENT)	SECTEUR PUBLIC CENTRE HOSPITALIER II (CHD II).....A CENTRE HOSPITALIER I (CHD I).....B CENTRE DE SANTÉ DE BASE II C CENTRE DE SANTÉ DE BASE I D SECTEUR MÉDICAL PRIVÉ CLINIQUE/HÔPITAL PRIVÉE CENTRE DE SANTÉ PRIVÉF PHARMACIE/DÉPÔT DE MÉDICA- MENTS G MÉDECIN PRIVÉ H CENTRE DE PF/FISA I AUTRE SOURCE AGENT VBC J BOUTIQUEK KIOSQUE L ÉGLISE..... M PARENTS/AMIS N AUTRE X (PRÉCISER)	
331	Au cours des 12 derniers mois, avez-vous reçu la visite d'un agent communautaire qui vous a parlé de planification familiale?	OUI 1 NON 2	

N°.	QUESTIONS ET FILTRES	CODES	ALLER À					
331B	Etes-vous membre d'un groupement d'animation communautaire pour la santé?	OUI 1 NON 2						
331B1	Participez-vous au programme de SEECALINE?	OUI 1 NON 2	—► 331C					
331B2	Depuis combien de temps participez-vous au programme de SEECALINE? SI MOINS D'UN MOIS, ENREGISTRER '00'	NOMBRE DE MOIS <table border="1" style="display: inline-table; vertical-align: middle;"><tr><td style="width: 20px; height: 20px;"></td><td style="width: 20px; height: 20px;"></td></tr></table> PLUS D'UN AN 96 NE SAIT PAS 98						
331B3	L'animateur de ce programme de SEECALINE, était-il ACN SEECALINE, ANIMATEUR NAC, ANIMATEUR JSI, ou AUTRE?	ACN SEECALINE 1 ANIMATEUR NAC 2 ANIMATEUR JSI 3 AUTRE 6 (PRÉCISER)						
331C	Connaissez-vous quelqu'un qui soit membre d'un groupement d'animation communautaire pour la santé?	OUI 1 NON 2						
332	Au cours des 12 derniers mois, êtes-vous allée dans un centre de santé pour recevoir des soins pour vous (ou pour vos enfants)?	OUI 1 NON 2	—► 401					
333	Est-ce que quelqu'un du centre de santé vous a parlé de méthodes de planification familiale?	OUI 1 NON 2	—► 333B					
333A	Est-ce que cette personne vous a expliqué succinctement les différentes méthodes existantes pour vous permettre de faire un choix?	OUI 1 NON 2						
333B	Au cours des 6 derniers mois, êtes-vous allée dans un CSB pour recevoir des soins pour vous (ou pour vos enfants)?	OUI 1 NON 2	—► 401					
333C	La dernière fois, quand vous ou vos enfants, vous êtes allée au CSB, est-ce que vous avez trouvé les médicaments prescrits?	ENTIÈREMENT 1 PARTIELLEMENT 2 AUCUN 3						
333D	La dernière fois, quand vous ou vos enfants, vous êtes allée au CSB, comment avez-vous trouvé le prix des médicaments, cher, moyen ou bon marché?	CHER 1 MOYEN 2 ABORDABLE/BON MARCHÉ 3						
333E	La dernière fois, quand vous ou vos enfants, vous êtes allée au CSB, combien aviez-vous payé pour les médicaments (PRIX EN FMG)?	FRANCS MG <table border="1" style="display: inline-table; vertical-align: middle;"><tr><td style="width: 20px; height: 20px;"></td><td style="width: 20px; height: 20px;"></td><td style="width: 20px; height: 20px;"></td><td style="width: 20px; height: 20px;"></td><td style="width: 20px; height: 20px;"></td></tr></table> FMG 99995 OU PLUS 99995 NE SAIT PAS 99998						
333F	La dernière fois, quand vous ou vos enfants, vous êtes allée au CSB, avez-vous pu payer vous-même les médicaments sans emprunter à un parent, ami ou voisin?	OUI 1 NON 2						

SECTION 4A. GROSSESSE, SOINS POSTNATALS ET ALLAITEMENT

401	VÉRIFIER 224: UNE OU PLUSIEURS NAISSANCES <input type="checkbox"/> PAS DE NAISSANCE <input type="checkbox"/> DEPUIS JANVIER 1998 DEPUIS JANVIER 1998		→ 487
402	INSCRIRE LE NUMÉRO DE LIGNE, LE NOM ET L'ÉTAT DE SURVIE DE CHAQUE NAISSANCE DEPUIS 1998. POSER LES QUESTIONS POUR TOUTES CES NAISSANCES. COMMENCER PAR LA DERNIÈRE NAISSANCE. (S'IL Y A PLUS DE 2 NAISSANCES, UTILISER LA DERNIÈRE COLONNE DES QUESTIONNAIRES SUPPLÉMENTAIRES). Maintenant, je voudrais vous poser des questions sur la santé de tous vos enfants nés dans les 5 dernières années. (Nous parlerons d'un enfant à la fois)		
403	NUMÉRO DE LIGNE DE Q 212	DERNIÈRE NAISSANCE NUMÉRO DE LIGNE <input type="text"/>	AVANT-DERNIÈRE NAISSANCE NUMÉRO DE LIGNE <input type="text"/>
404	SELON Q. 212 ET Q. 216	NOM <input type="text"/> VIVANT <input type="checkbox"/> MORT <input type="checkbox"/>	NOM <input type="text"/> VIVANT <input type="checkbox"/> MORT <input type="checkbox"/>
405	Au moment où vous êtes tombée enceinte de (NOM), vouliez-vous tomber enceinte à <u>ce moment-là</u> , vouliez-vous <u>attendre</u> plus tard, Ou vouliez-vous <u>ne plus avoir</u> d'enfant du tout?	À CE MOMENT..... 1 (PASSER À 407) ◀ PLUS TARD..... 2 NE VOULAIT PLUS..... 3 (PASSER À 407) ◀	À CE MOMENT..... 1 (PASSER À 423) ◀ PLUS TARD..... 2 NE VOULAIT PLUS..... 3 (PASSER À 423) ◀
406	Combien de temps auriez-vous souhaité attendre?	MOIS..... 1 <input type="text"/> ANNÉES..... 2 <input type="text"/> NE SAIT PAS..... 998	MOIS..... 1 <input type="text"/> ANNÉES..... 2 <input type="text"/> NE SAIT PAS..... 998
407	Pour cette grossesse, avez-vous reçu des soins prénatals? SI OUI: Qui avez-vous consulté? Quelqu'un d'autre? INSISTER POUR OBTENIR LE TYPE DE PERSONNE ET ENREGISTRER TOUTES LES PERSONNES VUES.	PROFESSIONNELS DE LA SANTÉ MÉDECIN..... A INFIRMIÈRE/SAGE-FEMME/ASSISTANT MEDICAL..... B AUTRE PERSONNE ACCOUCHEUSE TRADIT. FORMÉE..... C ACCOUCHEUSE TRADIT. NON FORMÉE..... D AUTRE..... X (PRÉCISER) PERSONNE..... Y (PASSER À 415) ◀	
408	De combien de mois étiez-vous enceinte lors de votre première consultation prénatale?	MOIS..... <input type="text"/> NE SAIT PAS..... 98	
409	Combien de fois avez-vous été en consultation durant cette grossesse?	NOMBRE DE FOIS..... <input type="text"/> NE SAIT PAS..... 98	
410	VÉRIFIER 409: NOMBRE DE CONSULTATIONS PRÉNATALES REÇUES	UNE FOIS <input type="checkbox"/> PLUS D'UNE FOIS OU NSP <input type="checkbox"/> (PASSER À 412)	

		DERNIÈRE NAISSANCE	AVANT-DERNIÈRE NAISSANCE
		NOM _____	NOM _____
411	De combien de mois étiez-vous enceinte la dernière fois que vous avez passé une visite prénatale?	MOIS <input type="text"/> <input type="text"/> NE SAIT PAS 98	
412	Durant cette grossesse, avez-vous eu les examens suivants, au moins une fois? Avez-vous été pesée? Vous-a-t-on mesurée? Vous-a-t-on pris la tension? Avez-vous donné un échantillon d'urine? Avez-vous donné du sang?	<div style="text-align: right;">OUI NON</div> POIDS 1 2 TAILLE 1 2 TENSION 1 2 URINE 1 2 SANG 1 2	
413	Vous-a-t-on parlé des signes de complications de la grossesse?	OUI 1 NON 2 (PASSER À 415) ◀ NE SAIT PAS 8	
414	Vous-a-t-on dit où aller si vous aviez ces complications?	OUI 1 NON 2 NE SAIT PAS 8	
415	Durant cette grossesse, avez-vous reçu une injection dans le bras pour éviter au bébé d'avoir le tétanos, c'est-à-dire une injection qui évite des convulsions après la naissance?	OUI 1 NON 2 (PASSER À 417) ◀ NE SAIT PAS 8	
416	Durant cette grossesse, combien de fois avez-vous eu cette injection?	NOMBRE DE FOIS <input type="text"/> NE SAIT PAS 8	
417	Durant cette grossesse, vous-a-t-on donné ou avez-vous acheté des comprimés de fer ou du sirop contenant du fer? MONTRER COMPRIMÉ/SIROP.	OUI 1 NON 2 (PASSER À 421) ◀ NE SAIT PAS 8	
418	Durant toute la grossesse, pendant combien de jours avez-vous pris du fer, en comprimés ou en sirop? SI LA RÉPONSE N'EST PAS NUMÉRIQUE, INSISTER POUR OBTENIR UN NOMBRE APPROXIMATIF DE JOURS.	NOMBRE DE JOURS <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> NE SAIT PAS 998	
421	Durant cette grossesse, avez-vous pris des médicaments pour éviter le paludisme?	OUI 1 NON 2 (PASSER À 426) ◀ NE SAIT PAS 8	
422	Quel était ce médicament? ENREGISTRER TOUT CE QUI EST MENTIONNÉ.	CHLOROQUINE A FANSIDAR B QUININE C MÉDICAMENT INCONNU D AUTRE X (PRÉCISER)	

		DERNIÈRE NAISSANCE NOM _____	AVANT-DERNIÈRE NAISSANCE NOM _____
426	<p>Qui vous a assisté pendant l'accouchement de (NOM)?</p> <p>Quelqu'un d'autre?</p> <p>INSISTER POUR OBTENIR LE TYPE DE PERSONNE. ENREGISTRER TOUTES LES PERSONNES CITÉES.</p> <p>SI L'ENQUÊTÉE DIT QUE "PERSONNE" NE L'A ASSISTÉ, INSISTER: Si une personne adulte était présente à l'accouchement.</p>	<p>PROFESSIONNELS DE LA SANTÉ</p> <p>MÉDECIN A</p> <p>INFIRMIÈRE/SAGE-FEMME/ASSISTANT MEDICAL B</p> <p>AUTRE PERSONNE</p> <p>ACCOUCHEUSE TRADIT. FORMÉE C</p> <p>ACCOUCHEUSE TRADIT. NON FORMÉE D</p> <p>PARENTS/AMIS E</p> <p>AUTRE X (PRÉCISER)</p> <p>PERSONNE Y</p>	<p>PROFESSIONNELS DE LA SANTÉ</p> <p>MÉDECIN A</p> <p>INFIRMIÈRE/SAGE-FEMME/ASSISTANT MEDICAL B</p> <p>AUTRE PERSONNE</p> <p>ACCOUCHEUSE TRADIT. FORMÉE C</p> <p>ACCOUCHEUSE TRADIT. NON FORMÉE D</p> <p>PARENTS/AMIS E</p> <p>AUTRE X (PRÉCISER)</p> <p>PERSONNE Y</p>
427	<p>Où avez-vous accouché de (NOM)?</p> <p>S'IL S'AGIT D'UN HÔPITAL PUBLIC, D'UN CENTRE DE SANTÉ PUBLIC, D'UNE CLINIQUE PRIVÉE, ÉCRIRE LE NOM DE L'ÉTABLISSEMENT. INSISTER POUR DÉTERMINER LE TYPE DE SECTEUR ET ENCERCLER LE CODE APPROPRIÉ.</p> <p>_____ (NOM DE L'ÉTABLISSEMENT)</p>	<p>DOMICILE</p> <p>VOTRE DOMICILE 11 (PASSER À 429) ◀</p> <p>AUTRE DOMICILE 12</p> <p>SECTEUR PUBLIC</p> <p>CENTRE HÔPITALIER 21</p> <p>CENTRE DE SANTÉ DE BASE 22</p> <p>AUTRE PUBLIC 26 (PRÉCISER)</p> <p>SECTEUR MÉDICAL PRIVÉ</p> <p>HÔPITAL/CLINIQUE PRIVÉ 31</p> <p>AUTRE PRIVÉ MÉDICAL 36 (PRÉCISER)</p> <p>AUTRE 96 (PRÉCISER) (PASSER À 429) ◀</p>	<p>DOMICILE</p> <p>VOTRE DOMICILE 11 (PASSER À 429) ◀</p> <p>AUTRE DOMICILE 12</p> <p>SECTEUR PUBLIC</p> <p>CENTRE HÔPITALIER 21</p> <p>CENTRE DE SANTÉ DE BASE 22</p> <p>AUTRE PUBLIC 26 (PRÉCISER)</p> <p>SECTEUR MÉDICAL PRIVÉ</p> <p>HÔPITAL/CLINIQUE PRIVÉ 31</p> <p>AUTRE PRIVÉ MÉDICAL 36 (PRÉCISER)</p> <p>AUTRE 96 (PRÉCISER) (PASSER À 429) ◀</p>
428	Avez-vous accouché de (NOM) par césarienne?	<p>OUI 1 (PASSER À 433) ◀</p> <p>NON 2</p>	<p>OUI 1 (PASSER À 435) ◀</p> <p>NON 2</p>
429	Après la naissance de (NOM), est-ce qu'un professionnel de la santé ou une sage-femme traditionnelle vous a examinée ?	<p>OUI 1</p> <p>NON 2 (PASSER À 433) ◀</p>	<p>OUI 1 (PASSER À 435) ◀</p> <p>NON 2</p>
430	<p>Après combien de jours ou de semaines après l'accouchement avez-vous eu votre premier examen de santé</p> <p>ENREGISTRER "00" SI MÊME JOUR.</p>	<p>JOURS APRÈS ACC. 1</p> <p>SEMAINES APRÈS ACC 2</p> <p>NE SAIT PAS 998</p>	
431	<p>Qui vous a examinée à ce moment-là?</p> <p>INSISTER POUR LA PERSONNE LA PLUS QUALIFIÉE.</p>	<p>PROFESSIONNELS DE LA SANTÉ</p> <p>MÉDECIN 11</p> <p>INFIRMIÈRE/SAGE-FEMME/ASSISTANT MEDICAL 12</p> <p>AUTRE PERSONNE</p> <p>ACCOUCHEUSE TRADIT. FORMÉE 21</p> <p>ACCOUCHEUSE TRADIT. NON FORMÉE 31</p> <p>AUTRE 96 (PRÉCISER)</p>	

		DERNIÈRE NAISSANCE NOM _____	AVANT-DERNIÈRE NAISSANCE NOM _____
432	Où a eu lieu ce premier examen de santé?	DOMICILE VOTRE DOMICILE 11 AUTRE DOMICILE..... 12 SECTEUR PUBLIC CENTRE HÔPITALIER 21 CENTRE DE SANTÉ DE BASE II .22 CENTRE DE SANTÉ DE BASE I.23 AUTRE PUBLIC 26 (PRÉCISER) SECTEUR MÉDICAL PRIVÉ HÔPITAL/CLINIQUE PRIVÉ 31 AUTRE PRIVÉ. MÉDICAL 36 (PRÉCISER) AUTRE 96 (PRÉCISER)	
433	Dans les deux premiers mois qui ont suivi l'accouchement, avez-vous reçu une dose de vitamine A comme celle-ci? MONTRER 'AMPOULE/GÉLULES/SIROP.	OUI 1 NON 2	
434	Est-ce que vos règles sont revenues depuis la naissance de (NOM)?	OUI 1 (PASSER À 436) ◀ NON 2 (PASSER À 437) ◀	
435	Est-ce que vos règles sont revenues entre la naissance de (NOM AVANT DERNIERE NAISSANCE) et votre grossesse suivante?		OUI 1 NON 2 (PASSER À 439) ◀
436	Pendant combien de mois après la naissance de (NOM) n'avez-vous pas eu vos règles?	MOIS <input type="text"/> <input type="text"/> NE SAIT PAS 98	MOIS <input type="text"/> <input type="text"/> NE SAIT PAS 98
437	VÉRIFIER 226: ENQUÊTÉE ENCEINTE?	NON <input type="checkbox"/> ENCEINTE <input type="checkbox"/> EN- <input type="checkbox"/> OU PAS SÛRE <input type="checkbox"/> CEINTE ▼ (PASSER À 439) ◀	
438	Avez-vous repris les rapports sexuels depuis la naissance de (NOM)?	OUI 1 NON 2 (PASSER À 440) ◀	
439	Pendant combien de temps après la naissance de (NOM) n'avez-vous pas eu de rapports sexuels?	JOURS 1 <input type="text"/> <input type="text"/> SEMAINES..... 2 <input type="text"/> <input type="text"/> MOIS 3 <input type="text"/> <input type="text"/> NE SAIT PAS 998	JOURS 1 <input type="text"/> <input type="text"/> SEMAINES..... 2 <input type="text"/> <input type="text"/> MOIS 3 <input type="text"/> <input type="text"/> NE SAIT PAS 998
440	Avez-vous allaité (NOM)?	OUI 1 NON 2 (PASSER À 447) ◀	OUI 1 NON 2 (PASSER À 447) ◀

		DERNIÈRE NAISSANCE NOM _____	AVANT-DERNIÈRE NAISSANCE NOM _____
441	Combien de temps après la naissance avez-vous mis (NOM) au sein pour la première fois? SI MOINS D'1 HEURE, NOTER '00' HEURE. SI MOINS DE 24 HEURES, NOTER EN HEURES. AUTREMENT, NOTER EN JOURS.	IMMÉDIATEMENT 000 HEURES 1 <input type="text"/> <input type="text"/> JOURS 2 <input type="text"/> <input type="text"/>	IMMÉDIATEMENT 000 HEURES 1 <input type="text"/> <input type="text"/> JOURS 2 <input type="text"/> <input type="text"/>
442	Dans les 3 jours qui ont suivi la naissance et avant que les seins de la mère commencent à produire du lait régulièrement, est-ce que (NOM) a bu quelque chose autre que le lait maternel?	OUI 1 NON 2 (PASSER À 444) ◀	OUI 1 NON 2 (PASSER À 444) ◀
443	Qu'est-ce qu'il avait été donné à boire à (NOM) avant que les seins de la mère commencent à produire du lait régulièrement ?	LAIT (AUTRE QUE LE LAIT MATERNEL) A EAU B EAU SUCRÉE OU AU GLUCOSE... C INFUSIONS CALMANTES POUR COLIQUES D SOLUTION D'EAU SALÉE-SUCRÉE E JUS DE FRUIT F PRÉPARATION ARTIFICIELLE POUR BÉBÉ G THÉ/INFUSIONS H MIEL I AUTRE X (SPÉCIFIER)	LAIT (AUTRE QUE LE LAIT MATERNEL) A EAU B EAU SUCRÉE OU AU GLUCOSE... C INFUSIONS CALMANTES POUR COLIQUES D SOLUTION D'EAU SALÉE-SUCRÉE E JUS DE FRUIT F PRÉPARATION ARTIFICIELLE POUR BÉBÉ G THÉ/INFUSIONS H MIEL I AUTRE X (SPÉCIFIER)
444	VÉRIFIER 404: ENFANT VIVANT?	EN VIE <input type="checkbox"/> DÉCÉDÉ <input type="checkbox"/> ▼ (PASSER À 446) ◀	EN VIE <input type="checkbox"/> DÉCÉDÉ <input type="checkbox"/> ▼ (PASSER À 446) ◀
445	Allaitez-vous encore (NOM)?	OUI 1 (PASSER À 448) ◀ NON 2	OUI 1 (PASSER À 448) ◀ NON 2
446	Pendant combien de mois avez-vous allaité (NOM) ?	MOIS <input type="text"/> <input type="text"/> NE SAIT PAS 98	MOIS <input type="text"/> <input type="text"/> NE SAIT PAS 98
447	VÉRIFIER 404: ENFANT EN VIE?	EN VIE <input type="checkbox"/> DÉCÉDÉ <input type="checkbox"/> ▼ (PASSER À 450) (RETOURNER À 405, COLONNE SUIVANTE, OU SI PLUS DE NAISSANCE, PASSER À 454)	EN VIE <input type="checkbox"/> DÉCÉDÉ <input type="checkbox"/> ▼ (PASSER À 450) (RETOURNER À 405, DERNIÈRE COLONNE DU NOUV. QUESTIONNAIRE, OU SI PLUS DE NAISSANCE, PASSER À 454)
448	Combien de fois avez-vous allaité la nuit dernière, entre le coucher et le lever du soleil? SI RÉPONSE NON NUMÉRIQUE, INSISTER POUR OBTENIR UN NOMBRE APPROXIMATIF	NOMBRE ALLAITEMENTS DE NUIT .. <input type="text"/> <input type="text"/>	NOMBRE ALLAITEMENTS DE NUIT .. <input type="text"/> <input type="text"/>



		DERNIÈRE NAISSANCE NOM _____	AVANT-DERNIÈRE NAISSANCE NOM _____
449	Hier, combien de fois avez-vous allaité pendant la journée? SI RÉPONSE NON NUMÉRIQUE, INSISTER POUR OBTENIR UN NOMBRE APPROXIMATIF.	NOMBRE ALLAITEMENTS DE JOUR <input type="text"/> <input type="text"/>	NOMBRE ALLAITEMENTS DE JOUR <input type="text"/> <input type="text"/>
449A	Maintenant, je voudrais savoir quelle quantité de nourriture vous mangez depuis que vous avez commencé à allaiter (NOM). Mangez-vous plus que d'habitude, comme d'habitude ou moins que d'habitude?	PLUS QUE D'HABITUDE 1 COMME D'HABITUDE 2 MOINS QUE D'HABITUDE 3 NE SAIT PAS 8	PLUS QUE D'HABITUDE 1 COMME D'HABITUDE 2 MOINS QUE D'HABITUDE 3 NE SAIT PAS 8
450	Est-ce que (NOM) a bu quelque chose au biberon hier ou la nuit dernière?	OUI 1 NON 2 NE SAIT PAS 8	OUI 1 NON 2 NE SAIT PAS 8
451	Est-ce que du sucre a été ajouté à n'importe quel aliment ou liquide donné à (NOM), hier?	OUI 1 NON 2 NE SAIT PAS 8	OUI 1 NON 2 NE SAIT PAS 8
452	Hier, durant le jour ou la nuit, combien de fois (NOM) a-t-il/elle été nourri (e) de purées ou d'aliments solides ou semi-solides? SI 7 FOIS OU PLUS, NOTER '7'.	NOMBRE DE FOIS <input type="text"/> NE SAIT PAS 8	NOMBRE DE FOIS <input type="text"/> NE SAIT PAS 8
453		RETOURNER À 405 DANS LA PROCHAINE COLONNE; OU, SI PLUS AUCUNE NAISSANCE, ALLER À 454.	RETOURNER À 405 DANS DER-NIÈRE COLONNE DU NOUVEAU QUESTIONNAIRE OU, SI PLUS AUCUNE NAISSANCE, ALLER À 454.

SECTION 4B. VACCINATION ET SANTÉ

454	INSCRIRE LE NUMÉRO DE LIGNE, LE NOM, L'ÉTAT DE SURVIE DE CHAQUE NAISSANCE SURVENUE DEPUIS JANVIER 1998. (S'IL Y A PLUS DE 2 NAISSANCES, UTILISER LA DERNIÈRE COLONNE DES QUESTIONNAIRES SUPPLÉMENTAIRES).					
455	NUMÉRO DE LIGNE DE Q.212		DERNIÈRE NAISSANCE NUMÉRO DE LIGNE..... <div style="display: inline-block; width: 20px; height: 20px; border: 1px solid black;"></div> <div style="display: inline-block; width: 20px; height: 20px; border: 1px solid black;"></div>		AVANT-DERNIÈRE NAISSANCE NUMÉRO DE LIGNE..... <div style="display: inline-block; width: 20px; height: 20px; border: 1px solid black;"></div> <div style="display: inline-block; width: 20px; height: 20px; border: 1px solid black;"></div>	
456	SELON Q.212 ET Q.216		NOM _____		NOM _____	
			<div style="display: flex; justify-content: space-around;"> <div>VIVANT <div style="width: 20px; height: 20px; border: 1px solid black; display: inline-block;"></div></div> <div>DÉCÉDÉ <div style="width: 20px; height: 20px; border: 1px solid black; display: inline-block;"></div></div> </div> <div style="text-align: center; margin-top: 10px;"> (ALLER À 456, COLONNE SUIVANTE OU, SI PLUS DE NAISSANCE ALLER À 484) </div>		<div style="display: flex; justify-content: space-around;"> <div>VIVANT <div style="width: 20px; height: 20px; border: 1px solid black; display: inline-block;"></div></div> <div>DÉCÉDÉ <div style="width: 20px; height: 20px; border: 1px solid black; display: inline-block;"></div></div> </div> <div style="text-align: center; margin-top: 10px;"> (ALLER À 456, DERNIÈRE CO-LONNE DU NOUVEAU QUESTION-NAIRE OU SI PLUS DE NAISSANCES ALLER À 484) </div>	
457	Est-ce que (NOM) a reçu une dose de vitamine A, comme cela, au cours des 6 derniers mois? MONTRER L'AMPOULE/GÉLULE/SIROP.		OUI 1 NON..... 2 NE SAIT PAS 8		OUI 1 NON..... 2 NE SAIT PAS 8	
458	Avez-vous un carnet de vaccination où les vaccinations de (NOM) sont inscrites SI OUI: Puis-je le voir, s'il vous plaît? (SI LE CARNET EST VU, NOTER S'IL EST DE CARNET ZAZASALAMA OU D'UN AUTRE TYPE DE CARNET ET ENCERCLER LE CODE CORRESPONDANT)		OUI, VU/ZAZASALAMA 1 (PASSER À 460) ◀ OUI, VU/MAIS AUTRE CARNET 2 (PASSER À 460) ◀ OUI, MAIS CARNET PAS VU 3 (PASSER À 462A) ◀ PAS DE CARNET..... 4		OUI, VU/ZAZASALAMA 1 (PASSER À 460) ◀ OUI, VU/MAIS AUTRE CARNET 2 (PASSER À 460) ◀ OUI, MAIS CARNET PAS VU 3 (PASSER À 462A) ◀ PAS DE CARNET..... 4	
459	Avez-vous déjà eu un carnet de vaccination pour (NOM)? SI OUI: Était-il un carnet ZAZASALAMA? (MONTRER UN CARNET ZAZASALAMA)		OUI/C'ÉTAIT ZAZASALAMA 1 (PASSER À 462) ◀ OUI/ MAIS CARNET N'ÉTAIT PAS ZAZASALAMA 2 (PASSER À 462) ◀ NON/PAS EU DE CARNET..... 3		OUI/C'ÉTAIT ZAZASALAMA 1 (PASSER À 462) ◀ OUI/ MAIS CARNET N'ÉTAIT PAS ZAZASALAMA 2 (PASSER À 462) ◀ NON/PAS EU DE CARNET..... 3	
460	(1) COPIER LES DATES DE VACCINATION POUR CHAQUE VACCIN, À PARTIR DU CARNET.					
	(2) NOTER '44' DANS LA COLONNE 'JOUR' SI LE CARNET INDIQUE QU'UN VACCIN A ÉTÉ FAIT MAIS QUE LA DATE N'A PAS ÉTÉ REPORTÉE.					
	BCG		JOUR MOIS ANNÉE		JOUR MOIS ANNÉE	
	POLIO 0 (à la naissance)					
	POLIO 1					
	POLIO 2					
	POLIO 3					
	DTcoq 1					
	DTcoq 2					
	DTcoq 3					
	Rougeole					
	Hépatite - B					
	VITAMINE A (LA PLUS RÉCENTE)					

		DERNIÈRE NAISSANCE NOM _____	AVANT-DERNIÈRE-NAISSANCE NOM _____
461	Est-ce que (NOM) a reçu des vaccinations qui ne sont pas inscrites sur ce carnet, y compris les vaccinations faites le jour d'une campagne nationale de vaccination? ENREGISTRER 'OUI' SEULEMENT SI L'ENQUÊTÉE MENTIONNE BCG, POLIO 0-3, DTCoq 1-3, ET/OU ROUGEOLE.	OUI 1 (INSISTER SUR LE TYPE DE VACCIN ET ÉCRIRE '66' DANS LA COL. CORRESPONDANT AU JOUR EN 460) (PASSER À 464) NON 2 (PASSER À 464) NE SAIT PAS 8	OUI 1 (INSISTER SUR LE TYPE DE VACCIN ET ÉCRIRE '66' DANS LA COL. CORRESPONDANT AU JOUR EN 460) (PASSER À 464) NON 2 (PASSER À 464) NE SAIT PAS 8
462A	Est-ce que le carnet de vaccination que (NOM) possède est un carnet ZAZASALAMA?	OUI 1 NON 2 NE SAIT PAS 8	OUI 1 NON 2 NE SAIT PAS 8
462	Est-ce que (NOM) a reçu des vaccinations pour lui éviter de contracter des maladies, y compris les vaccinations reçues le jour d'une campagne nationale de vaccination?	OUI 1 NON 2 (PASSER À 466A) NE SAIT PAS 8	OUI 1 NON 2 (PASSER À 466A) NE SAIT PAS 8
463	Dites-moi, s'il vous plaît, si (NOM) a reçu l'une des vaccinations suivantes:		
463A	La vaccination du BCG contre la tuberculose, c'est-à-dire une injection dans le bras ou à l'épaule qui laisse, généralement, une cicatrice? ³	OUI 1 NON 2 NE SAIT PAS 8	OUI 1 NON 2 NE SAIT PAS 8
463B	Le vaccin de la polio, c'est-à-dire des gouttes dans la bouche?	OUI 1 NON 2 (PASSER À 463E) NE SAIT PAS 8	OUI 1 NON 2 (PASSER À 463E) NE SAIT PAS 8
463C	Quand 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
463D	Combien de fois le vaccin de la polio a-t-il été donné?	NOMBRE DE FOIS <input type="text"/>	NOMBRE DE FOIS <input type="text"/>
463 ^E	La vaccination du DTCoq, c'est-à-dire une injection faite à la cuisse ou à la fesse donnée généralement en même temps que les gouttes contre la polio?	OUI 1 NON 2 (PASSER À 463G) NE SAIT PAS 8	OUI 1 NON 2 (PASSER À 463G) NE SAIT PAS 8
463F	Combien de fois?	NOMBRE DE FOIS <input type="text"/>	NOMBRE DE FOIS <input type="text"/>
463G	Une injection contre la rougeole?	OUI 1 NON 2 NE SAIT PAS 8	OUI 1 NON 2 NE SAIT PAS 8
464	Est-ce que (NOM) a reçu certaines de ces vaccinations pendant ces deux dernières années au cours d'une journée nationale de vaccination?	OUI 1 NON 2 (PASSER À 466A) PAS DE VACCIN. DANS 2 DERNIÈRES ANNÉES 3 (PASSER À 466A) NE SAIT PAS 8	OUI 1 NON 2 (PASSER À 466A) PAS DE VACCIN. DANS 2 DERNIÈRES ANNÉES 3 (PASSER À 466A) NE SAIT PAS 8
465	Au cours de quelle journée nationale de vaccination, (NOM) a-t-il reçu ces vaccinations? NOTER TOUT CE QUI EST MENTIONNÉ.	CAMPAGNE/ (TYPE/DATE) 1 A 2 B 3 C 4 D	CAMPAGNE/ (TYPE/DATE) 1 A 2 B 3 C 4 D

466A	Avez-vous entendu parler du diplôme de vaccination pour les enfants (MONTRER LE DIPLÔME)? SI OUI: Est-ce que l'enfant (NOM) possède un brevet/diplôme de vaccination? (PUIS-JE LE VOIR?) SI NON (FEMME N'A PAS ENTENDU PARLER DU DIPLÔME) →	OUI, DIPLÔME VU 1 OUI, MAIS DIPLÔME NON VU 2 NON (PAS DE DIPLÔME)..... 3 NE CONNAÎT PAS LE DIPLÔME ... 4	OUI, DIPLÔME VU 1 OUI, MAIS DIPLÔME NON VU 2 NON (PAS DE DIPLÔME)..... 3 NE CONNAÎT PAS LE DIPLÔME ... 4
466	Est-ce que (NOM) a eu de la fièvre, à un moment quelconque, dans les deux dernières semaines ?	OUI 1 NON 2 NE SAIT PAS 8	OUI 1 NON 2 NE SAIT PAS 8
467	Est-ce que (NOM) a souffert de la toux, à un moment quelconque, au cours des deux dernières semaines	OUI 1 NON 2 (PASSER À 469) ◀ NE SAIT PAS 8	OUI 1 NON 2 (PASSER À 469) ◀ NE SAIT PAS 8
468	Quand (NOM) souffrait de la toux, respirait-il/elle plus vite que d'habitude avec un souffle court et rapide?	OUI 1 NON 2 NE SAIT PAS 8	OUI 1 NON 2 NE SAIT PAS 8
469	VÉRIFIER 466 ET 467: FIÈVRE OU TOUX?	"OUI" À 466 OU 467 AUTRE (PASSER À 475)	"OUI" À 466 OU 467 AUTRE (PASSER À 475)
470	Avez-vous demandé des conseils ou recherché un traitement pour la fièvre/toux?	OUI 1 NON 2 (PASSER À 472) ◀	OUI 1 NON 2 (PASSER À 472) ◀
471	Où avez-vous recherché des conseils ou un traitement? Quelque part ailleurs? NOTER TOUT CE QUI EST MENTIONNÉ.	SECTEUR PUBLIC CENTRE HÔPITALIER II..... A CENTRE HÔPITALIER I..... B CENTRE DE SANTÉ DE BASE II C CENTRE DE SANTÉ DE BASE I .D AUTRE PUBLIC _____ E (PRÉCISER) SECTEUR MÉDICAL PRIVÉ HÔPITAL/CLINIQUE PRIVÉ F CENTRE DE SANTÉ PRIVÉ..... G PHARMACIE/DÉPÔT DE MÉDICAMENTS..... H MÉDECIN PRIVÉ I CENTRE PF/FISA..... J AUTRE PRIVÉ. MEDICAL _____ K (PRÉCISER) AUTRE SOURCE AGENT VBC L BOUTIQUE M KIOSQUE N GUÉRISSEUR TRADITIONNEL .. O AUTRE _____ X (PRÉCISER)	SECTEUR PUBLIC CENTRE HÔPITALIER II..... A CENTRE HÔPITALIER I..... B CENTRE DE SANTÉ DE BASE II C CENTRE DE SANTÉ DE BASE I .D AUTRE PUBLIC _____ E (PRÉCISER) SECTEUR MÉDICAL PRIVÉ HÔPITAL/CLINIQUE PRIVÉ F CENTRE DE SANTÉ PRIVÉ..... G PHARMACIE/DÉPÔT DE MÉDICAMENTS..... H MÉDECIN PRIVÉ I CENTRE PF/FISA..... J AUTRE PRIVÉ. MEDICAL _____ K (PRÉCISER) AUTRE SOURCE AGENT VBC L BOUTIQUE M KIOSQUE N GUÉRISSEUR TRADITIONNEL .. O AUTRE _____ X (PRÉCISER)
472	VÉRIFIER 466: A EU DE LA FIÈVRE?	"OUI" À 466 "NON"/"NSP" À 466 (PASSER À 475)	"OUI" À 466 "NON"/"NSP" À 466 (PASSER À 475)


473	Est-ce-que (NOM) a pris des médicaments contre la fièvre?	OUI 1 NON 2 (PASSER À 475) ◀ NE SAIT PAS 8	OUI 1 NON 2 (PASSER À 475) ◀ NE SAIT PAS 8
474	Quel médicament (NOM) a-t-il pris ? NOTER TOUT CE QUI EST MENTIONNÉ. DEMANDER À VOIR LE MÉDICAMENT SI LE TYPE DE MÉDICAMENT N'EST PAS CONNU. SI LE TYPE DE MÉDICAMENT NE PEUT ÊTRE DÉTERMINÉ, MONTRER UN ANTIPALUDÉEN TYPIQUE À L'ENQUÊTÉE.	FANSIDAR A CHLOROQUINE B ASPIRINE C IBUPROFEN/ACETAMINOPHEN D AUTRE X (PRÉCISER) NE SAIT PAS Z	FANSIDAR A CHLOROQUINE B ASPIRINE C IBUPROFEN/ACETAMINOPHEN D AUTRE X (PRÉCISER) NE SAIT PAS Z
475	Est-ce-que (NOM) a eu la diarrhée au cours des deux dernières semaines?	OUI 1 NON 2 (PASSER À 483) ◀ NE SAIT PAS 8	OUI 1 NON 2 (PASSER À 483) ◀ NE SAIT PAS 8
475A	VÉRIFIER 445: DERNIER ENFANT ENCORE ALLAITÉ?	"OUI" À 445  "NON" À 445  (PASSER À 476)	
475B	Quand (NOM) a eu la diarrhée au cours des deux dernières semaines, avez-vous changé le nombre d'allaitement/ de tétées?	OUI 1 NON 2 (PASSER À 476) ◀	
475C	Pendant la diarrhée que (NOM) a eu au cours des deux dernières semaines, lui avez-vous augmenté ou réduit le nombre d'allaitement/ tétées, ou avez-vous arrêté complètement de l'allaiter ?	AUGMENTÉ 1 RÉDUIT 2 ARRÊTÉ COMPLÈTEMENT 3	
476	Maintenant, je voudrais savoir quelle quantité de liquide (NOM) a reçu durant sa diarrhée. Lui avez-vous donné à boire moins que d'habitude, environ la même quantité ou plus que d'habitude ? SI MOINS, INSISTER: Lui avez-vous donné à boire beaucoup moins que d'habitude ou un peu moins que d'habitude ?	BEAUCOUP MOINS 1 UN PEU MOINS 2 ENVIRON LA MÊME QUANTITÉ 3 PLUS 4 RIEN À BOIRE 5 NE SAIT PAS 8	BEAUCOUP MOINS 1 UN PEU MOINS 2 ENVIRON LA MÊME QUANTITÉ 3 PLUS 4 RIEN À BOIRE 5 NE SAIT PAS 8
477	Quand (NOM) a eu la diarrhée, lui avez-vous donné moins à manger que d'habitude, environ la même quantité, plus que d'habitude ou rien à manger du tout? SI MOINS, INSISTER: Lui avez-vous donné à manger beaucoup moins que d'habitude ou un peu moins que d'habitude?	BEAUCOUP MOINS 1 UN PEU MOINS 2 ENVIRON LA MÊME QUANTITÉ 3 PLUS 4 A STOPPÉ NOURRITURE 5 N'A JAMAIS DONNÉ À MANGER 6 NE SAIT PAS 8	BEAUCOUP MOINS 1 UN PEU MOINS 2 ENVIRON LA MÊME QUANTITÉ 3 PLUS 4 A STOPPÉ NOURRITURE 5 N'A JAMAIS DONNÉ À MANGER 6 NE SAIT PAS 8
478	Lui avez-vous donné l'une des choses suivantes à boire? a Un liquide préparé à partir d'un sachet [NOM LOCAL] ? b Un liquide maison recommandé par le gouvernement?	<div style="text-align: right;">OUI NON NSP</div> LIQUIDE SACHET SRO 1 2 8 LIQUIDE MAISON 1 2 8	<div style="text-align: right;">OUI NON</div> NSP LIQUIDE SACHET SRO 1 2 8 LIQUIDE MAISON 1 2 8
479	Est-ce que quelque chose d'autre a été donné pour traiter la diarrhée?	OUI 1 NON 2 (PASSER À 481) ◀ NE SAIT PAS 8	OUI 1 NON 2 (PASSER À 481) ◀ NE SAIT PAS 8

480	<p>Qu'a-t-on donné pour traiter la diarrhée?</p> <p>Quelque chose d'autre?</p> <p>ENREGISTRER TOUT CE QUI EST MENTIONNÉ.</p>	<p>COMPRIMÉ OU SIROPA</p> <p>INJECTIONB</p> <p>(I.V.) INTRAVEINEUSEC</p> <p>REMÈDES MAISON/PLANTESD</p> <p>AUTREX (PRÉCISER)</p>	<p>COMPRIMÉ OU SIROPA</p> <p>INJECTIONB</p> <p>(I.V.) INTRAVEINEUSEC</p> <p>REMÈDES MAISON/PLANTESD</p> <p>AUTREX (PRÉCISER)</p>
481	<p>Avez-vous recherché des conseils ou un traitement pour la diarrhée?</p>	<p>OUI 1</p> <p>NON 2 (PASSER À 483) ◀</p>	<p>OUI 1</p> <p>NON 2 (PASSER À 483) ◀</p>
482	<p>Où avez-vous demandé un conseil ou recherché un traitement?</p> <p>Quelque part ailleurs?</p> <p>ENREGISTRER TOUT CE QUI EST MENTIONNÉ.</p>	<p>SECTEUR PUBLIC</p> <p>CENTRE HÔPITALIER IIA</p> <p>CENTRE HÔPITALIER IB</p> <p>CENTRE DE SANTÉ DE BASE II C</p> <p>CENTRE DE SANTÉ DE BASE I .D</p> <p>AUTRE PUBLICE (PRÉCISER)</p> <p>SECTEUR MÉDICAL PRIVÉ</p> <p>HÔPITAL/CLINIQUE PRIVÉ F</p> <p>CENTRE DE SANTÉ PRIVÉG</p> <p>PHARMACIE/DÉPÔT DE MÉDICAMENTSH</p> <p>MÉDECIN PRIVÉ I</p> <p>CENTRE PF/FISAJ</p> <p>AUTRE PRIVÉ. MEDICALK (PRÉCISER)</p> <p>AUTRE SOURCE</p> <p>AGENT VBC L</p> <p>BOUTIQUE M</p> <p>KIOSQUEN</p> <p>GUÉRISSEUR TRADITIONNEL ..O</p> <p>AUTREX (PRÉCISER)</p>	<p>SECTEUR PUBLIC</p> <p>CENTRE HÔPITALIER IIA</p> <p>CENTRE HÔPITALIER IB</p> <p>CENTRE DE SANTÉ DE BASE II C</p> <p>CENTRE DE SANTÉ DE BASE I .D</p> <p>AUTRE PUBLICE (PRÉCISER)</p> <p>SECTEUR MÉDICAL PRIVÉ</p> <p>HÔPITAL/CLINIQUE PRIVÉ F</p> <p>CENTRE DE SANTÉ PRIVÉG</p> <p>PHARMACIE/DÉPÔT DE MÉDICAMENTSH</p> <p>MÉDECIN PRIVÉ I</p> <p>CENTRE PF/FISAJ</p> <p>AUTRE PRIVÉ. MEDICALK (PRÉCISER)</p> <p>AUTRE SOURCE</p> <p>AGENT VBC L</p> <p>BOUTIQUE M</p> <p>KIOSQUEN</p> <p>GUÉRISSEUR TRADITIONNEL ..O</p> <p>AUTREX (PRÉCISER)</p>
483		<p>RETOURNER À 456 DANS COLONNE SUIVANTE OU, SI PLUS DE NAISSANCES, ALLER À 484.</p>	<p>RETOURNER À 456 DANS LA DERNIÈRE COLONNE DU NOUVEAU QUESTIONNAIRE OU, SI PLUS DE NAISSANCES, ALLER À 484.</p>

NO.	QUESTIONS ET FILTRES	CODES	ALLER
486	VÉRIFIER 478a TOUTES LES COLONNES: <div style="display: flex; justify-content: space-around; align-items: center;"> <div style="text-align: center;">AUCUN ENFANT N'A REÇU DE SACHET SRO</div> <div style="text-align: center;"> <input type="checkbox"/> ▼ </div> <div style="text-align: center;">UN ENFANT A REÇU DES SACHETS SRO</div> <div style="text-align: center;"> <input type="checkbox"/> _____ </div> </div>		→ 490A
487	Avez-vous déjà entendu parler d'un produit spécial appelé [NOM LOCAL] que l'on peut obtenir pour traiter la diarrhée?	OUI1 NON2	
490A	VÉRIFIER 215: <div style="display: flex; justify-content: space-around; align-items: center;"> <div style="text-align: center;">AU MOINS UNE NAISSANCE EN 2001</div> <div style="text-align: center;"> <input type="checkbox"/> ▼ </div> <div style="text-align: center;">PAS DE NAISSANCE EN 2001</div> <div style="text-align: center;"> <input type="checkbox"/> _____ </div> </div>		→ 491
490B	Avez-vous une carte (ou un carnet) de santé ou un autre document où sont inscrites vos vaccinations? SI OUI : PUIS-JE LE VOIR ?	OUI (CARTE VUE).....1 OUI (MAIS CARTE PAS VUE).....2 NON3 NE SAIT PAS8	
490C	VÉRIFIER 416: NOMBRE D'INJECTIONS REÇUES CONTRE LE TÉTANOS SI: MOINS DE AU MOINS 2 INJECTIONS 2 INJECTIONS <input type="checkbox"/> _____ ▼		→ 494
490D	Maintenant, je voudrais que vous-vous rappeliez des injections que vous auriez reçu contre le tétanos avant que vous deveniez enceinte de votre dernière naissance (NOM). Avez-vous reçu une injection (vaccination) dans le bras pour éviter le tétanos, n'importe quand avant que vous deveniez enceinte de votre dernière naissance (NOM) ? Vous pouvez avoir reçu cette injection au cours d'une grossesse précédente, entre les grossesses ou même avant votre première grossesse.	OUI1 NON2 NE SAIT PAS8	→ 494 → 494
490E	SI OUI : Combien de fois avez-vous reçu ces injections contre le tétanos avant que vous deveniez enceinte la dernière fois?	NOMBRE DE FOIS <input type="text"/> NE SAIT PAS 8	
490F	Maintenant, je voudrais que vous vous rappeliez quand vous avez reçu ces injections contre le tétanos la dernière fois, avant la dernière grossesse. Quand avez-vous reçu la dernière de ces injections? OU, SI DATE INCONNUE : Depuis combien d'années avez-vous reçu la dernière de ces injections?	MOIS <input type="text"/> <input type="text"/> NE SAIT PAS LE MOIS 98 ANNÉE <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> NE SAIT PAS L'ANNÉE 9998	
494	Avez-vous dormi sous une moustiquaire la nuit dernière?	OUI1 NON2	→ 494F
494A	Pour quelles raisons avez-vous utilisé une moustiquaire ?	ÉVITER PIQURES DE MOUSTIQUES A ÉVITER LE PALUDISME B ÉVITER LES INSECTES C JE SUIS ENCEINTE D N'UTILISE PAS E AUTRE F (PRÉCISER)	

NO.	QUESTIONS ET FILTRES	CODES	ALLER
494B	Est-ce que la moustiquaire sous laquelle vous avez dormi la nuit dernière a été achetée au marché ou reçue gratuitement ?	ACHETÉE AU MARCHÉ.....1 REÇU D'UNE ONG OU D'UNE ORGANISATION.....2 AUTRE6 (PRÉCISER) NE SAIT PAS8	
494C	Depuis combien de temps avez-vous acheté ou reçu cette moustiquaire ? SI PLUS DE 84 MOIS, CODER 95	NOMBRE DE MOIS <input type="text"/> <input type="text"/> NE SAIT PAS98	
494D	Est-ce que la moustiquaire a été imprégnée d'insecticide ou non depuis que vous l'avez eue ?	OUI.....1 NON2 NE SAIT PAS8	<input type="checkbox"/> ► 494F
494E	Depuis combien de temps la moustiquaire a-t-elle été imprégnée d'insecticide la dernière fois ? SI PLUS DE 84 MOIS, CODER 95	NOMBRE DE MOIS <input type="text"/> <input type="text"/> NE SAIT PAS98	
494F	Avez-vous déjà entendu parler d'une marque de moustiquaire qui s'appelle SUPERMOUSTIQUAIRE ?	OUI.....1 NON2	→ 498A
494G	Où avez-vous entendu parler de moustiquaire de marque SUPERMOUSTIQUAIRE ?	À LA RADIOA A LA TELEB SUR DES AFFICHESC SUR LES PAQUETS EN VENTE.....D PARENTSE AMISF MEDECINSG CINEMOBILEH T-SHIRT/CASQUETTESI AUTREX (PRÉCISER)	
494H	Est-ce que la moustiquaire sous laquelle vous dormez habituellement est de marque SUPERMOUSTIQUAIRE ?	OUI.....1 NON2	
498A	Avez-vous déjà entendu des chansons sur l'allaitement?	OUI1 NON2	→ 501
498B	Avez-vous entendu chanter sur l'allaitement dans la musique de POOPY, les chansons populaires de vos communautés ou autres?	POOPY1 COMMUNAUTÉS2 AUTRE MUSIQUE3	

SECTION 5. MARIAGE

N°.	QUESTIONS ET FILTRES	CODES	ALLER À
501	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	 914
502	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	→ 914
504	Quelle est votre situation matrimoniale actuelle : êtes-vous veuve, divorcée ou séparée?	VEUVE 1 DIVORCÉE 2 SÉPARÉE 3	
914	ENREGISTRER L'HEURE. <div style="text-align: right;"> HEURES <input type="text"/> <input type="text"/> MINUTES <input type="text"/> <input type="text"/> </div>		

ENQUÊTE DÉMOGRAPHIQUE ET DE SANTÉ 2003-2004
QUESTIONNAIRE INDIVIDUEL HOMME - USAID DISTRICTS

REPUBLIQUE DE MADAGASCAR
 INSTITUT NATIONAL DE LA STATISTIQUE

DIRECTION DE LA DÉMOGRAPHIE ET DES
 STATISTIQUES SOCIALES

IDENTIFICATION																			
NOM DE LA LOCALITÉ _____	<table border="1" style="border-collapse: collapse; margin: auto;"> <tr><td></td><td></td></tr> <tr><td></td><td></td></tr> <tr><td></td><td></td></tr> <tr><td></td><td></td></tr> <tr><td></td><td></td></tr> <tr><td></td><td></td></tr> <tr><td></td><td></td></tr> <tr><td></td><td></td></tr> <tr><td></td><td></td></tr> </table>																		
NOM DU CHEF DE MÉNAGE _____																			
POVINCE (FARITANY)																			
COMMUNE																			
SECTEUR																			
CELLULE																			
NUMÉRO DU MÉNAGE.....																			
URBAIN/RURAL (URBAIN=1, RURAL=2)																			
GRANDE VILLE/ AUTRE - VILLE/ RURAL..... (Antananarivo =1, Autre - Ville =2, Rural =3)																			
NOM ET NUMERO DE LIGNE DE L'HOMME																			

VISITES D'ENQUÊTEUR										
	1	2	3	VISITE FINALE						
DATE				JOUR MOIS ANNÉE <table border="1" style="display: inline-table; border-collapse: collapse;"> <tr><td>2</td><td>0</td><td>0</td><td>3</td></tr> </table>	2	0	0	3		
2	0	0	3							
NOM DE L'ENQUÊTEUR				NOM						
RÉSULTAT*				RÉSULTAT						
PROCHAINE VISITE : DATE				NBRE. TOTAL DE VISITES <table border="1" style="display: inline-table; border-collapse: collapse; width: 30px; height: 20px;"></table>						
HEURE										
*CODES RÉSULTAT: <div style="display: flex; justify-content: space-between;"> <div> 1 REMPLI 2 PAS À LA MAISON 3 DIFFÉRÉ </div> <div> 4 REFUSÉ 5 REMPLI PARTIELLEMENT 6 INCAPACITÉ </div> <div> 7 AUTRE _____ (PRÉCISER) </div> </div>										
LANGUE DE L'INTERVIEW MALAGASSI.....1 AUTRE LANGUE _____2 (PRÉCISER) INTERPRETE OUI1 NON2				<table border="1" style="border-collapse: collapse; width: 30px; height: 30px; margin: 0 auto;"> <tr><td></td></tr> <tr><td></td></tr> <tr><td></td></tr> </table> <table border="1" style="border-collapse: collapse; width: 30px; height: 30px; margin: 0 auto;"> <tr><td></td></tr> <tr><td></td></tr> <tr><td></td></tr> </table>						
CHEF D'ÉQUIPE	CONTRÔLEUSE		CONTRÔLE BUREAU	SAISI PAR						
NOM _____	NOM _____									
DATE _____	DATE _____									

SECTION 1. CARACTÉRISTIQUES SOCIO-DÉMOGRAPHIQUES DES ENQUÊTÉS

INTRODUCTION ET CONSENTEMENT

CONSENTEMENT APRÈS INFORMATIONS

Bonjour. Mon nom est _____ et je travaille pour la Direction de la Démographie et des Statistiques Sociales (DDSS). Nous sommes en train d'effectuer une enquête nationale sur la santé des hommes, des femmes et des enfants. Nous souhaiterions que vous participiez à cette enquête. J'aimerais vous poser des questions sur votre santé et sur votre famille. Ces informations seront utiles au gouvernement pour mettre en place des services de santé. L'entretien prend entre 10 et 20 minutes. Les informations que vous nous fournirez resteront strictement confidentielles et ne seront transmises à personne.

La participation à cette enquête est volontaire et vous pouvez refuser de répondre à des questions particulières ou à toutes les questions. Nous espérons cependant que vous accepterez de participer à cette enquête car votre opinion est importante pour nous.

Avez-vous des questions sur l'enquête?

Puis-je commencer l'entretien maintenant?

Signature de l'enquêteur: _____ Date: _____

L'ENQUÊTÉ ACCEPTE DE RÉPONDRE 1 L'ENQUÊTÉ REFUSE DE RÉPONDRE AUX QUESTIONS 2 —► FIN

N°.	QUESTIONS ET FILTRES	CODES	ALLER À
101	ENREGISTRER L'HEURE.	HEURE <table border="1" style="display: inline-table; width: 40px; height: 20px; vertical-align: middle;"></table> MINUTES <table border="1" style="display: inline-table; width: 40px; height: 20px; vertical-align: middle;"></table>	
102	Pour commencer, je voudrais vous poser des questions sur vous-même et sur votre ménage. Jusqu'à l'âge de 12 ans, avez-vous vécu la plupart du temps dans la CAPITALE ANTANANARIVO, dans une autre ville ou en milieu rural?	CAPITALE 1 AUTRES VILLES 2 RURAL 3	
103	Depuis combien de temps habitez-vous (de façon continue) à (NOM DU LIEU ACTUEL DE RÉSIDENCE)? SI MOINS D'UNE ANNÉE, INSCRIRE '00' ANNÉE.	ANNÉES <table border="1" style="display: inline-table; width: 40px; height: 20px; vertical-align: middle;"></table> TOUJOURS 95 VISITEUR 96	} → 105 —< 107
104	Juste avant de vous installer ici, viviez-vous dans la CAPITALE ANTANANARIVO dans une autre ville ou en milieu rural?	CAPITALE 1 AUTRES VILLES 2 RURAL 3	
105	Au cours des 12 derniers mois, combien de fois vous est-il arrivé de voyager et de dormir en dehors de votre communauté?	NOMBRE DE VOYAGES <table border="1" style="display: inline-table; width: 40px; height: 20px; vertical-align: middle;"></table> N'A PAS VOYAGÉ 00	—< 107
106	Au cours des 12 derniers mois, avez-vous été éloigné de votre communauté pour plus d'un mois à la fois?	OUI 1 NON 2	
107	En quel mois et en quelle année êtes-vous née?	MOIS <table border="1" style="display: inline-table; width: 40px; height: 20px; vertical-align: middle;"></table> NSP MOIS 98 ANNÉE <table border="1" style="display: inline-table; width: 60px; height: 20px; vertical-align: middle;"></table> NSP ANNÉE 9998	
108	Quel âge aviez-vous à votre dernier anniversaire? COMPARER ET CORRIGER 107 ET/OU 108 SI INCOHÉRENTS.	ÂGE EN ANNÉES RÉVOLUES.... <table border="1" style="display: inline-table; width: 40px; height: 20px; vertical-align: middle;"></table>	

N°.	QUESTIONS ET FILTRES	CODES	ALLER À
109	Avez-vous fréquenté l'école?	OUI1 NON.....2	→ 201
110	Quel est le plus haut niveau d'études que vous avez atteint : primaire, secondaire 1, secondaire 2 ou supérieur?	PRIMAIRE1 SECONDAIRE 12 SECONDAIRE 23 SUPÉRIEUR.....4	
111	Quelle est la dernière (classe/ année) que vous avez achevée avec succès à ce niveau?	CLASSE..... <input type="text"/>	

CODES Q.111

Q.110 : NIVEAU D'EDUCATION				
NIVEAU	PRIMAIRE = 1	SEC. 1 = 2	SEC. 2 = 3	SUPERIEUR = 4
CLASSE	0 = MOINS D'UNE ANNÉE ACHEVÉE			
	T1 = 1 T2 = 2 T3 = 3 T4 = 4 T5 = 5 NSP = 8	T6 =6 ème = 1 T7 =5 ème = 2 T8 =4 ème = 3 T9 =3 ème = 4 NSP = 8	T10 =2nd = 1 T11 =1ère = 2 T12 =Terminale = 3 NSP = 8	1 ère année = 1 2 ème année = 2 3 ème année = 3 4 ème année = 4 5 ème année ou + = 5 NSP = 8

SECTION 2: REPRODUCTION

N°.	QUESTIONS ET FILTRES	CODES	ALLER À
201	Maintenant, je voudrais vous poser des questions sur vos enfants. Je m'intéresse seulement aux enfants dont vous êtes le père biologique. Avez-vous ou avez-vous eu des enfants?	OUI 1 NON..... 2	—► 206
202	Avez-vous des fils ou filles dont vous êtes le père et qui vivent actuellement avec vous?	OUI 1 NON..... 2	—► 204
203	Combien de fils vivent avec vous? Combien de filles vivent avec vous? SI AUCUN, ENREGISTRER '00'.	FILS À LA MAISON <table border="1" style="display: inline-table; width: 40px; height: 20px; vertical-align: middle;"></table> FILLES À LA MAISON..... <table border="1" style="display: inline-table; width: 40px; height: 20px; vertical-align: middle;"></table>	
204	Avez-vous des fils ou filles dont vous êtes le père, qui sont toujours en vie mais qui ne vivent pas avec vous?	OUI 1 NON..... 2	—► 206
205	Combien de fils sont en vie mais ne vivent pas avec vous? Combien de filles sont en vie mais ne vivent pas avec vous? SI AUCUN, ENREGISTRER '00'.	FILS AILLEURS..... <table border="1" style="display: inline-table; width: 40px; height: 20px; vertical-align: middle;"></table> FILLES AILLEURS <table border="1" style="display: inline-table; width: 40px; height: 20px; vertical-align: middle;"></table>	
206	Avez-vous eu un fils ou une fille qui est né vivant mais qui est décédé par la suite? ON, INSISTER : Aucun enfant qui a crié ou a montré un signe de vie mais qui n'a survécu que quelques heures ou quelques jours?	OUI 1 NON..... 2	—► 208
207	Combien de garçons sont décédés? Combien de filles sont décédées? SI AUCUN, ENREGISTRER '00'.	GARÇONS DÉCÉDÉS <table border="1" style="display: inline-table; width: 40px; height: 20px; vertical-align: middle;"></table> FILLES DÉCÉDÉES..... <table border="1" style="display: inline-table; width: 40px; height: 20px; vertical-align: middle;"></table>	
208	FAITES LA SOMME DE Q. 203, 205, ET 207, ET NOTER LE TOTAL. SI AUCUN, ENREGISTRER '00'.	TOTAL <table border="1" style="display: inline-table; width: 40px; height: 20px; vertical-align: middle;"></table>	
209	VÉRIFIER 208: Je voudrais être sûr d'avoir bien compris : au cours de votre vie, vous avez eu, au TOTAL _____, enfants dont vous êtes le père. Est-ce bien exact? OUI <table border="1" style="display: inline-table; width: 30px; height: 20px; vertical-align: middle;"></table> NON <table border="1" style="display: inline-table; width: 30px; height: 20px; vertical-align: middle;"></table> INSISTER ET CORRIGER 201-208 COMME IL SE DOIT.		
210	VÉRIFIER 208 : A EU PLUS D'UN ENFANT <table border="1" style="display: inline-table; width: 30px; height: 20px; vertical-align: middle;"></table> N'A EU QU'UN SEUL ENFANT <table border="1" style="display: inline-table; width: 30px; height: 20px; vertical-align: middle;"></table> N'A EU AUCUN ENFANT <table border="1" style="display: inline-table; width: 30px; height: 20px; vertical-align: middle;"></table> ▼ 213		—► 301
211	Est-ce que les enfants dont vous êtes le père ont tous la même mère biologique?	OUI 1 NON..... 2	—► 213
212	En tout, avec combien de femmes avez-vous eu des enfants	NOMBRE DE FEMMES <table border="1" style="display: inline-table; width: 40px; height: 20px; vertical-align: middle;"></table>	
213	En quel mois et quelle année est né votre premier enfant?	MOIS <table border="1" style="display: inline-table; width: 40px; height: 20px; vertical-align: middle;"></table> ANNÉE <table border="1" style="display: inline-table; width: 80px; height: 20px; vertical-align: middle;"></table>	

SECTION 3. CONTRACEPTION

Maintenant je voudrais vous poser des questions sur la planification familiale – les différents moyens ou méthodes qu'un couple peut utiliser pour retarder ou éviter une grossesse.
ENCERCLER CODE 1 À 301 POUR CHAQUE MÉTHODE CITÉE DE FAÇON SPONTANÉ. PUIS CONTINUER A LA COLONNE 301 EN DESCENDANT, 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 AVEC CODE 1 OU 2 ENCELER À 301, POSER 302.



301	De quels moyens ou méthodes avez-vous entendu parler? POUR LES MÉTHODES NON CITÉES SPONTANÉMENT, DEMANDER : Avez-vous déjà entendu parler de (MÉTHODE)?		302 Avez-vous déjà utilisé (MÉTHODE)?
01	STÉRILISATION FÉMININE Les femmes peuvent subir une petite opération pour éviter d'avoir d'autres enfants.	OUI SPONTANÉ.....1 OUI DESCRIPTION.....2 NON3 ↘	Avez-vous eu un partenaire qui avait eu une opération pour éviter d'avoir d'autres enfants? OUI1 NON2
02	STÉRILISATION MASCULINE Les hommes peuvent subir une opération pour éviter d'avoir d'autres enfants.	OUI SPONTANÉ.....1 OUI DESCRIPTION.....2 NON3 ↘	Avez-vous eu une opération pour éviter d'avoir d'autres enfants? OUI1 NON2
03	PILULE Les femmes peuvent prendre une pilule chaque jour	OUI SPONTANÉ.....1 OUI DESCRIPTION.....2 NON3 ↘	OUI1 NON2
04	DIU Les femmes peuvent avoir un stérilet que le médecin ou l'infirmière leur place dans l'utérus qui les empêche de tomber enceinte pendant une année ou plus.	OUI SPONTANÉ.....1 OUI DESCRIPTION.....2 NON3 ↘	OUI1 NON2
05	INJECTIONS Les femmes peuvent avoir une injection faite par du personnel de santé pour éviter de tomber enceinte pendant un mois ou plus.	OUI SPONTANÉ.....1 OUI DESCRIPTION.....2 NON3 ↘	OUI1 NON2
06	IMPLANTS Les femmes peuvent se faire insérer sous la peau de la face interne du bras plusieurs petits bâtonnets qui les empêchent de tomber enceinte pendant une année ou plus.	OUI SPONTANÉ.....1 OUI DESCRIPTION.....2 NON3 ↘	OUI1 NON2
07	CONDOM Les hommes peuvent se mettre une capote en caoutchouc ou en latex au pénis pendant les rapports sexuels.	OUI SPONTANÉ.....1 OUI DESCRIPTION.....2 NON3 ↘	OUI1 NON2
08	CONDOM FÉMININ Les femmes peuvent se placer un étui en latex dans leur vagin avant les rapports sexuels.	OUI SPONTANÉ.....1 OUI DESCRIPTION.....2 NON3 ↘	OUI1 NON2
09	DIAPHRAGME Les femmes peuvent se placer un diaphragme dans leur vagin avant les rapports sexuels.	OUI SPONTANÉ.....1 OUI DESCRIPTION.....2 NON3 ↘	OUI1 NON2
10	MOUSSE OU GELÉE Les femmes peuvent s'insérer un suppositoire, se mettre de la gelée ou de la crème dans leur vagin avant les rapports sexuels.	OUI SPONTANÉ.....1 OUI DESCRIPTION.....2 NON3 ↘	OUI1 NON2
11	MÉTHODE DE L'ALLAITEMENT MATERNEL ET DE L'AMÉNORRHÉE (MAMA) Jusqu'à 6 mois après une naissance, une femme peut utiliser une méthode qui nécessite d'allaiter souvent, jour et nuit, et que ses règles ne soient pas revenues.	OUI SPONTANÉ.....1 OUI DESCRIPTION.....2 NON3 ↘	OUI1 NON2
12	RHYTHME/CONTINENCE PÉRIODIQUE Chaque mois qu'une femme est sexuellement active, elle peut éviter une grossesse en évitant les rapports sexuels les jours du mois où elle a plus de chances de tomber enceinte.	OUI SPONTANÉ.....1 OUI DESCRIPTION.....2 NON3 ↘	OUI1 NON2
13	RETRAIT Les hommes peuvent faire attention et se retirer avant l'éjaculation.	OUI SPONTANÉ.....1 OUI DESCRIPTION.....2 NON3 ↘	OUI1 NON2

14	PILULE DU LENDEMAIN Les femmes peuvent prendre une pilule les jours après les rapports sexuels, jusqu'au troisième jour après, pour éviter de tomber enceinte.	OUI SPONTANÉ.....1 OUI DESCRIPTION.....2 NON3 ↘	OUI1 NON2
15	Avez-vous entendu parler d'autres moyens ou méthodes que les femmes ou les hommes peuvent utiliser pour éviter une grossesse?	OUI1 (PRÉCISER) _____ (PRÉCISER) _____ NON2 ↘	OUI1 NON2 OUI1 NON2
303	VÉRIFIER 302: PAS UN SEUL 'OUI' <input type="checkbox"/> AU MOINS UN 'OUI' <input type="checkbox"/> (N'A JAMAIS UTILISÉ) ▼ (A DÉJÀ UTILISÉ)	→ 308	

N°.	QUESTIONS ET FILTRES	CODES	ALLER À
304	Avez-vous, vous même ou n'importe quelle de vos partenaires sexuelles, déjà utilisé un moyen quelconque ou essayé quelque chose pour retarder une grossesse ou éviter de tomber enceinte?	OUI1 NON2	→ 310
306	Qu'avez-vous fait ou utilisé? CORRIGER 302 ET 303 (ET 301 SI NÉCESSAIRE).		
307	VÉRIFIER 302 (02): HOMME NON STÉRILISÉ : <input type="checkbox"/> ↓	HOMME STÉRILISÉ : <input type="checkbox"/>	→ 309A
308	En ce moment, faites-vous quelque chose ou utilisez-vous une méthode pour retarder ou éviter une grossesse?	OUI.....1 NON2	→ 310
309	Quelle méthode utilisez-vous?	STÉRILISATION FÉMININE.....A STÉRILISATION MASCULINE.....B PILULE.....C DIU/STÉRILET.....D INJECTIONS.....E IMPLANTS.....F CONDOM.....G CONDOM FÉMININ.....H DIAPHRAGME.....I MOUSSE/GELÉE.....J MAMA.....K CONTINENCE PÉRIODIQUE.....L RETRAIT.....M AUTREX (PRÉCISER)	
309A	ENCERCLER 'B' POUR LA STÉRILISATION MASCULINE.		
310	Maintenant je voudrais vous poser des questions sur les risques de grossesse. Entre la période des règles et les règles suivantes, y-a-t-il un moment où une femme a plus de chances de tomber enceinte que d'autres si elle a des rapports sexuels?	OUI.....1 NON2 NE SAIT PAS.....8	↙ 312

311	Est-ce que ce moment se situe juste avant que les règles ne commencent, pendant la période des règles, juste après que les règles finissent ou au milieu, entre deux périodes de règles?	JUSTE AVANT DÉBUT DES RÈGLES1 PENDANT LES RÈGLES2 JUSTE APRÈS LA FIN DES RÈGLES3 AU MILIEU ENTRE 2 PÉRIODES DE RÈGLES4 AUTRE 6 (PRÉCISER) NE SAIT PAS8			
312	À votre avis, est-ce qu'une femme qui allaite son bébé peut-elle tomber enceinte?	OUI.....1 NON.....2 ÇA DÉPEND3 NE SAIT PAS8			
313	Maintenant, je voudrais vous lire certaines déclarations sur la contraception. Pourriez-vous me dire si vous êtes d'accord ou non avec chacune de ces déclarations? a) La contraception est une affaire de femmes à laquelle un homme ne devrait pas s'intéresser. b) Une femme qui utilise la contraception peut être considérée de mœurs légères. c) La femme est la personne qui tombe enceinte, si bien que elle est celle qui devrait utiliser la contraception.	D'ACCORD 1 1 1	PAS D'ACCORD 2 2 2	NE SAIT PAS/SANS OPINION 3 3 3	

SECTION 4. MARIAGE

N°.	QUESTIONS ET FILTRES	CODES	ALLER À
401	Êtes-vous actuellement marié ou vivez-vous actuellement avec une femme?	OUI, ACTUELLEMENT MARIÉ 1 OUI, VIT AVEC UNE FEMME 2 NON, PAS EN UNION..... 3	 405
402	Avez-vous déjà été marié ou avez-vous déjà vécu avec une femme?	OUI, A ÉTÉ MARIÉ 1 OUI, A VÉCU AVEC UNE FEMME 2 NON..... 3	 405
404	Quelle est votre situation matrimoniale actuelle : êtes-vous veuf, divorcé ou séparé?	VEUF 1 DIVORCÉ 2 SÉPARÉ 3	
405	ENREGISTRER L'HEURE.	HEURES MINUTES.....	<div><div></div><div></div></div> <div><div></div><div></div></div>