

ENQUÊTE DÉMOGRAPHIQUE ET DE SANTÉ A INDICATEURS MULTIPLES (EDSV-MICS\_2010)  
QUESTIONNAIRE MÉNAGE

**République du Sénégal**  
Ministère de l'Economie et des Finances  
Ministère de la Santé et de la Prévention Médicale

ORC Macro

**IDENTIFICATION**

|  |   |        |       |  |  |         |      |  |  |        |       |  |  |        |       |  |  |             |       |  |  |                   |       |  |  |        |       |  |  |                   |      |  |  |
|--|---|--------|-------|--|--|---------|------|--|--|--------|-------|--|--|--------|-------|--|--|-------------|-------|--|--|-------------------|-------|--|--|--------|-------|--|--|-------------------|------|--|--|
| NOM DE LA LOCALITÉ _____   | <table border="1"> <tr><td>MÉNAGE</td><td>.....</td><td></td><td></td></tr> <tr><td>CONCES.</td><td>....</td><td></td><td></td></tr> <tr><td>GRAPPE</td><td>.....</td><td></td><td></td></tr> <tr><td>RÉGION</td><td>.....</td><td></td><td></td></tr> <tr><td>DEPARTEMENT</td><td>.....</td><td></td><td></td></tr> <tr><td>DISTRICT SANITAIF</td><td>.....</td><td></td><td></td></tr> <tr><td>MILIEU</td><td>.....</td><td></td><td></td></tr> <tr><td>MILIEU (DÉTAILLÉ)</td><td>....</td><td></td><td></td></tr> </table> | MÉNAGE | ..... |  |  | CONCES. | .... |  |  | GRAPPE | ..... |  |  | RÉGION | ..... |  |  | DEPARTEMENT | ..... |  |  | DISTRICT SANITAIF | ..... |  |  | MILIEU | ..... |  |  | MILIEU (DÉTAILLÉ) | .... |  |  |
| MÉNAGE   |   | .....  |       |  |  |         |      |  |  |        |       |  |  |        |       |  |  |             |       |  |  |                   |       |  |  |        |       |  |  |                   |      |  |  |
| CONCES.  |   | ....   |       |  |  |         |      |  |  |        |       |  |  |        |       |  |  |             |       |  |  |                   |       |  |  |        |       |  |  |                   |      |  |  |
| GRAPPE   |   | .....  |       |  |  |         |      |  |  |        |       |  |  |        |       |  |  |             |       |  |  |                   |       |  |  |        |       |  |  |                   |      |  |  |
| RÉGION   |   | .....  |       |  |  |         |      |  |  |        |       |  |  |        |       |  |  |             |       |  |  |                   |       |  |  |        |       |  |  |                   |      |  |  |
| DEPARTEMENT  |   | .....  |       |  |  |         |      |  |  |        |       |  |  |        |       |  |  |             |       |  |  |                   |       |  |  |        |       |  |  |                   |      |  |  |
| DISTRICT SANITAIF  |   | .....  |       |  |  |         |      |  |  |        |       |  |  |        |       |  |  |             |       |  |  |                   |       |  |  |        |       |  |  |                   |      |  |  |
| MILIEU   |   | .....  |       |  |  |         |      |  |  |        |       |  |  |        |       |  |  |             |       |  |  |                   |       |  |  |        |       |  |  |                   |      |  |  |
| MILIEU (DÉTAILLÉ)  | ....  |        |       |  |  |         |      |  |  |        |       |  |  |        |       |  |  |             |       |  |  |                   |       |  |  |        |       |  |  |                   |      |  |  |
| NOM DU CHEF DE MÉNAGE _____ NUMÉRO DU MÉNAGE _____               |   |        |       |  |  |         |      |  |  |        |       |  |  |        |       |  |  |             |       |  |  |                   |       |  |  |        |       |  |  |                   |      |  |  |
| NUMÉRO DE CONCESSION .....                                       |   |        |       |  |  |         |      |  |  |        |       |  |  |        |       |  |  |             |       |  |  |                   |       |  |  |        |       |  |  |                   |      |  |  |
| NUMÉRO DE GRAPPE .....   |   |        |       |  |  |         |      |  |  |        |       |  |  |        |       |  |  |             |       |  |  |                   |       |  |  |        |       |  |  |                   |      |  |  |
| RÉGION _____   |   |        |       |  |  |         |      |  |  |        |       |  |  |        |       |  |  |             |       |  |  |                   |       |  |  |        |       |  |  |                   |      |  |  |
| DEPARTEMENT _____  |   |        |       |  |  |         |      |  |  |        |       |  |  |        |       |  |  |             |       |  |  |                   |       |  |  |        |       |  |  |                   |      |  |  |
| DISTRICT SANITAIRE _____   |   |        |       |  |  |         |      |  |  |        |       |  |  |        |       |  |  |             |       |  |  |                   |       |  |  |        |       |  |  |                   |      |  |  |
| URBAIN/RURAL (URBAIN=1, RURAL=2) .....                           |   |        |       |  |  |         |      |  |  |        |       |  |  |        |       |  |  |             |       |  |  |                   |       |  |  |        |       |  |  |                   |      |  |  |
| DAKAR/CAPITALE RÉGIONALE/AUTRE VILLE/RURAL .....                 |   |        |       |  |  |         |      |  |  |        |       |  |  |        |       |  |  |             |       |  |  |                   |       |  |  |        |       |  |  |                   |      |  |  |
| (DAKAR=1, CAPITALE RÉGIONALE=2, AUTRE VILLE=3, RURAL=4)          |   |        |       |  |  |         |      |  |  |        |       |  |  |        |       |  |  |             |       |  |  |                   |       |  |  |        |       |  |  |                   |      |  |  |
| MÉNAGE SÉLECTIONNÉ DANS UNE ENQUÊTE HOMME ? (OUI=1, NON=2) ..... | ENQUÊTE HOMME .... <input type="checkbox"/>   |        |       |  |  |         |      |  |  |        |       |  |  |        |       |  |  |             |       |  |  |                   |       |  |  |        |       |  |  |                   |      |  |  |

**VISITES D'ENQUÊTES**

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

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |   |  |  |  |  |  |  |
|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|---|--|--|--|--|--|--|
| CONTRÔLEUSE<br>NOM _____ <table border="1"><tr><td></td><td></td></tr></table><br>DATE _____ <table border="1"><tr><td></td><td></td></tr></table> |  |  |  |  | CHEF D'ÉQUIPE<br>NOM _____ <table border="1"><tr><td></td><td></td></tr></table><br>DATE _____ <table border="1"><tr><td></td><td></td></tr></table> |  |  |  |  | CONTRÔLE BUREAU<br><table border="1"><tr><td></td><td></td><td></td></tr></table> |  |  |  | SAISI PAR<br><table border="1"><tr><td></td><td></td></tr></table> |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |   |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |   |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |   |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |   |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |   |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |   |  |  |  |  |  |  |

## PRÉSENTATION ET CONSENTEMENT APRÈS INFORMATION

Bonjour. Je m'appelle \_\_\_\_\_. Je travaille pour l'Agence Nationale de la Statistique et de la Démographie . Nous effectuons une enquête nationale sur la santé de la population du Sénégal. Les informations que nous collectons aideront votre gouvernement à améliorer les services de santé. Votre ménage a été sélectionné pour cette enquête. Nous voudrions vous poser quelques questions sur votre ménage. Les questions prennent habituellement entre 15 et 20 minutes. Toutes les informations que vous nous donnerez sont strictement confidentielles et elles ne seront transmises à personne d'autres que les membres de l'équipe d'enquête. Vous n'êtes pas obligé de participer à cette enquête, mais nous espérons que vous accepterez d'y participer car votre opinion est très importante. S'il arrivait que je pose une question à laquelle vous ne voulez pas répondre, dites-le moi et je passerai à la question suivante ; vous pouvez également interrompre l'interview à n'importe quel moment.

Si vous souhaitez plus d'informations sur l'enquête, vous pouvez contacter les personnes figurant sur cette carte.

## DONNEZ LA CARTE AVEC LES INFORMATIONS POUR CONTACTER CES PERSONNES

Avez-vous des questions à me poser ?  
Puis-je commencer l'interview maintenant ?

SIGNATURE DE  
L'ENQUÊTEUR/ENQUÊTRICE : \_\_\_\_\_ DATE: \_\_\_\_\_

L'ENQUÊTÉ ACCEPTE DE RÉPONDRE . . . . . 1  
↓  
L'ENQUÊTÉ REFUSE DE RÉPONDRE . . . . . 2 → FIN

**TABLEAU MÉNAGE**

| N°<br>LIGNE | RÉSIDENTS HABITUELS<br>ET VISITEURS  | LIEN<br>AVEC LE CHEF<br>DE MÉNAGE   | SEXE  | RÉSIDENCE                                     |   | ÂGE   | SI 15 ANS<br>OU PLUS   | ÉLIGIBILITÉ  |  |   |
|-------------|--|---|---|---|---|---|--|--|--|---|
|             |  |   |   | ÉTAT<br>MATRIMONIAL                           | 9   |   | 10   | 11   |  |   |
| 1           | 2  | 3   | 4   | 5   | 6   | 7   | 8  | 9  | 10   | 11  |
|             | <p>S'il vous plaît, donnez-moi les noms 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.</p> <p>APRÈS AVOIR LISTÉ LES NOMS ET ENREGISTRÉ LE LIEN DE PARENTÉ ET LE SEXE POUR CHAQUE PERSONNE, POSEZ LES QUESTIONS 2A, 2B, 2C POUR VOUS ASSURER QUE LA LISTE EST COMPLÈTE.</p> <p>POSEZ ENSUITE LES QUESTIONS APPROPRIÉES DES COLONNES 5-20 POUR CHAQUE PERSONNE.</p> | <p>Quel est le lien de parenté de (NOM) avec le chef de ménage ?</p> <p>VOIR CODES CI-DESSOUS</p> | <p>(NOM) est-il de sexe masculin ou féminin ?</p> | <p>(NOM) vit-il/elle ici habituellement ?</p> | <p>(NOM) a-t-il/elle passé la nuit dernière ici ?</p> | <p>Quel âge a (NOM) ?</p> <p>SI 95 OU PLUS, INSCRIVEZ '95'.</p> | <p>Quel est l'état matrimonial actuel de (NOM) ?</p> <p>1 = MARIÉ OU VIVANT ENSEMBLE<br/>2 = DIVORCÉ/ SÉPARÉ<br/>3 = VEUF<br/>4 = JAMAIS MARIÉ ET N'A JAMAIS VÉCU AVEC QUELQU'UN</p> | <p>ENCER-CLEZ LE N° DE LIGNE DE TOUTES LES FEMMES DE 15-49 ANS</p> | <p>ENCER-CLEZ LE N° DE LIGNE DE TOUS LES HOMMES DE 15-59 ANS</p> <p>Si le ménage est sélectionné pour le questionnaire homme</p> | <p>ENCER-CLEZ LE N° DE LIGNE DE TOUS LES ENFANTS DE 0 - 5 ANS</p> |
| 01          |  | <input type="text"/>  | M F<br>1 2  | O N<br>1 2                                    | O N<br>1 2  | EN ANNÉES<br><input type="text"/>                               | <input type="text"/>   | 01   | 01   | 01  |
| 02          |  | <input type="text"/>  | 1 2   | 1 2   | 1 2   | <input type="text"/>  | <input type="text"/>   | 02   | 02   | 02  |
| 03          |  | <input type="text"/>  | 1 2   | 1 2   | 1 2   | <input type="text"/>  | <input type="text"/>   | 03   | 03   | 03  |
| 04          |  | <input type="text"/>  | 1 2   | 1 2   | 1 2   | <input type="text"/>  | <input type="text"/>   | 04   | 04   | 04  |
| 05          |  | <input type="text"/>  | 1 2   | 1 2   | 1 2   | <input type="text"/>  | <input type="text"/>   | 05   | 05   | 05  |
| 06          |  | <input type="text"/>  | 1 2   | 1 2   | 1 2   | <input type="text"/>  | <input type="text"/>   | 06   | 06   | 06  |
| 07          |  | <input type="text"/>  | 1 2   | 1 2   | 1 2   | <input type="text"/>  | <input type="text"/>   | 07   | 07   | 07  |
| 08          |  | <input type="text"/>  | 1 2   | 1 2   | 1 2   | <input type="text"/>  | <input type="text"/>   | 08   | 08   | 08  |
| 09          |  | <input type="text"/>  | 1 2   | 1 2   | 1 2   | <input type="text"/>  | <input type="text"/>   | 09   | 09   | 09  |
| 10          |  | <input type="text"/>  | 1 2   | 1 2   | 1 2   | <input type="text"/>  | <input type="text"/>   | 10   | 10   | 10  |

**CODES POUR Q. 3: LIEN DE PARENTÉ AVEC LE CHEF DE MÉNAGE**

|                                 |   |
|---------------------------------|---|
| 01 = CHEF DE MÉNAGE             | 07 = BEAU-PÈRE OU BELLE MÈRE                  |
| 02 = MARI OU FEMME              | 08 = FRÈRE OU SOEUR                           |
| 03 = FILS OU FILLE              | 09=CO-EPOUSE                                  |
| 04 = GENDRE OU BELLE-FILLE      | 10 = AUTRES PARENTS                           |
| 05 = PETIT-FILS OU PETITE FILLE | 11 = ENFANTS ADOPTÉS/EN GARDE/ENF DU CONJOINT |
| 06 = PÈRE OU MÈRE               | 12 = SANS PARENTÉ                             |
|                                 | 98 = NE SAIT PAS                              |

|             | SI ÂGE DE 0-17 ANS                                     |   |                                     |   | SI ÂGE DE 5 ANS OU PLUS                    |  | SI ÂGE DE 5-24 ANS  |  |  |   | SI ÂGE 0-5 ANS  |
|-------------|--|---|-------------------------------------|---|--|--|---|--|--|---|---|
| N°<br>LIGNE | ÉTAT DE SURVIE ET RÉSIDENCE<br>DES PARENTS BIOLOGIQUES |   |                                     |   | A FRÉQUENTÉ<br>L'ÉCOLE                     |  | FRÉQUENTATION<br>SCOLAIRE ACTUELLE<br>OU RÉCENTE  |  | FRÉQUENTATION<br>SCOLAIRE ANNÉE<br>PRÉCÉDENTE  |   | DÉCLARATION<br>DE<br>NAISSANCE  |
|             | 12   | 13  | 14                                  | 15  | 16   | 17   | 18  | 19   | 19A  | 19B   | 20  |
|             | La mère de (NOM) est-elle en vie ?                     | La mère biologique de (NOM) vit-elle habituellement dans ce ménage ou était-elle en visite ici la nuit dernière ? | Le père de (NOM) est-il en vie ?    | Le père biologique de (NOM) vit-il habituellement dans ce ménage ou était-il en visite ici la nuit dernière ? | (NOM) a-t-il/elle déjà fréquenté l'école ? | Quel est le plus haut niveau d'études que (NOM) a atteint ?<br><br>VOIR CODES CI-DESSOUS<br><br>Quelle est la dernière classe que (NOM) a achevée à ce niveau ?<br><br>VOIR CODES CI-DESSOUS | (Nom) a-t-il/elle fréquenté l'école à n'importe quel moment durant l'année scolaire (2009-2010) ? | Au cours de cette année scolaire 2010/2011, à quel niveau et en quelle classe est/était (NOM) ?<br><br>VOIR CODES CI-DESSOUS | Au cours de l'année scolaire précédente 2009/2010, (NOM) a-t-il/elle fréquenté l'école à un certain moment ? | Durant l'année scolaire précédente, à quel niveau et dans quelle classe était (NOM) ? | (NOM) a-t-il/elle un certificat de naissance ?<br><br>SI NON, INSISTEZ: La naissance de (NOM) a-t-elle été déclarée à l'état civil ?<br><br>1 = A UN CERTIFICAT<br>2 = DÉCLARÉE<br>3 = NI L'UN, NI L'AUTRE<br>8 = NE SAIT PAS |
| 01          | O N NSP<br>1 2 8<br>↓<br>ALLEZ À 14                    | <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>   | O N NSP<br>1 2 8<br>↓<br>ALLEZ À 16 | <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>   | O N<br>1 2<br>↓<br>20G                     | NIVEAU CLASSE<br><input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>   | O N<br>1 2<br>↓<br>19A  | NIVEAU CLASSE<br><input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>   | O N<br>1 2<br>↓<br>20G   | NIVEAU CLASSE<br><input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>                    | <input type="checkbox"/>  |
| 02          | 1 2 8<br>↓<br>ALLEZ À 14                               | <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>   | 1 2 8<br>↓<br>ALLEZ À 16            | <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>   | 1 2<br>↓<br>20G                            | <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>  | 1 2<br>↓<br>19A   | <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>  | 1 2<br>↓<br>20G  | <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>                                     | <input type="checkbox"/>  |
| 03          | 1 2 8<br>↓<br>ALLEZ À 14                               | <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>   | 1 2 8<br>↓<br>ALLEZ À 16            | <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>   | 1 2<br>↓<br>20G                            | <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>  | 1 2<br>↓<br>19A   | <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>  | 1 2<br>↓<br>20G  | <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>                                     | <input type="checkbox"/>  |
| 04          | 1 2 8<br>↓<br>ALLEZ À 14                               | <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>   | 1 2 8<br>↓<br>ALLEZ À 16            | <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>   | 1 2<br>↓<br>20G                            | <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>  | 1 2<br>↓<br>19A   | <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>  | 1 2<br>↓<br>20G  | <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>                                     | <input type="checkbox"/>  |
| 05          | 1 2 8<br>↓<br>ALLEZ À 14                               | <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>   | 1 2 8<br>↓<br>ALLEZ À 16            | <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>   | 1 2<br>↓<br>20G                            | <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>  | 1 2<br>↓<br>19A   | <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>  | 1 2<br>↓<br>20G  | <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>                                     | <input type="checkbox"/>  |
| 06          | 1 2 8<br>↓<br>ALLEZ À 14                               | <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>   | 1 2 8<br>↓<br>ALLEZ À 16            | <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>   | 1 2<br>↓<br>20G                            | <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>  | 1 2<br>↓<br>19A   | <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>  | 1 2<br>↓<br>20G  | <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>                                     | <input type="checkbox"/>  |
| 07          | 1 2 8<br>↓<br>ALLEZ À 14                               | <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>   | 1 2 8<br>↓<br>ALLEZ À 16            | <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>   | 1 2<br>↓<br>20G                            | <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>  | 1 2<br>↓<br>19A   | <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>  | 1 2<br>↓<br>20G  | <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>                                     | <input type="checkbox"/>  |
| 08          | 1 2 8<br>↓<br>ALLEZ À 14                               | <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>   | 1 2 8<br>↓<br>ALLEZ À 16            | <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>   | 1 2<br>↓<br>20G                            | <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>  | 1 2<br>↓<br>19A   | <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>  | 1 2<br>↓<br>20G  | <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>                                     | <input type="checkbox"/>  |
| 09          | 1 2 8<br>↓<br>ALLEZ À 14                               | <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>   | 1 2 8<br>↓<br>ALLEZ À 16            | <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>   | 1 2<br>↓<br>20G                            | <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>  | 1 2<br>↓<br>19A   | <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>  | 1 2<br>↓<br>20G  | <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>                                     | <input type="checkbox"/>  |
| 10          | 1 2 8<br>↓<br>ALLEZ À 14                               | <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>   | 1 2 8<br>↓<br>ALLEZ À 16            | <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>   | 1 2<br>↓<br>20G                            | <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>  | 1 2<br>↓<br>19A   | <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>  | 1 2<br>↓<br>20G  | <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>                                     | <input type="checkbox"/>  |

**CODES POUR Qs. 17 ET 19: NIVEAU D'INSTRUCTION**

|                 |   |
|-----------------|---|
| <b>NIVEAU</b>   | <b>CLASSE</b>   |
| 1 = ÉLÉMENTAIRE | 00 = MOINS D'1 ANNÉE ACHÉVÉE  |
| 2 = MOYEN       | (UTILISEZ '00' POUR Q. 17 SEULEMENT. CE CODE N'EST PAS AUTORISÉ À Q. 19). |
| 3 = SECONDAIRE  |   |
| 4 = SUPÉRIEUR   |   |
| 6 = PRÉSCOLAIRE | 98 = NE SAIT PAS  |
| 8 = NE SAIT PAS |   |



| N°<br>LIGNE | RÉSIDENTS HABITUELS<br>ET VISITEURS  | LIEN<br>AVEC LE CHEF<br>DE MÉNAGE   | SEXE  | RÉSIDENCE                                     |   | ÂGE   | SI 15 ANS<br>OU PLUS   | ÉLIGIBILITÉ  |  |   |
|-------------|--|---|---|---|---|---|--|--|--|---|
|             |  |   |   | ÉTAT<br>MATRIMONIAL                           | 9   |   | 10   | 11   |  |   |
| 1           | 2  | 3   | 4   | 5   | 6   | 7   | 8  | 9  | 10   | 11  |
|             | <p>S'il vous plaît, donnez-moi les noms 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.</p> <p>APRÈS AVOIR LISTÉ LES NOMS ET ENREGISTRÉ LE LIEN DE PARENTÉ ET LE SEXE POUR CHAQUE PERSONNE, POSEZ LES QUESTIONS 2A, 2B, 2C POUR VOUS ASSURER QUE LA LISTE EST COMPLÈTE.</p> <p>POSEZ ENSUITE LES QUESTIONS APPROPRIÉES DES COLONNES 5-20 POUR CHAQUE PERSONNE.</p> | <p>Quel est le lien de parenté de (NOM) avec le chef de ménage ?</p> <p>VOIR CODES CI-DESSOUS</p> | <p>(NOM) est-il de sexe masculin ou féminin ?</p> | <p>(NOM) vit-il/elle ici habituellement ?</p> | <p>(NOM) a-t-il/elle passé la nuit dernière ici ?</p> | <p>Quel âge a (NOM) ?</p> <p>SI 95 OU PLUS, INSCRIVEZ '95'.</p> | <p>Quel est l'état matrimonial actuel de (NOM) ?</p> <p>1 = MARIÉ OU VIVANT ENSEMBLE<br/>2 = DIVORCÉ/ SÉPARÉ<br/>3 = VEUF<br/>4 = JAMAIS MARIÉ ET N'A JAMAIS VÉCU AVEC QUELQU'UN</p> | <p>ENCER-CLEZ LE N° DE LIGNE DE TOUTES LES FEMMES DE 15-49 ANS</p> | <p>ENCER-CLEZ LE N° DE LIGNE DE TOUS LES HOMMES DE 15-59 ANS</p> <p>Si le ménage est sélectionné pour le questionnaire homme</p> | <p>ENCER-CLEZ LE N° DE LIGNE DE TOUS LES ENFANTS DE 0 - 5 ANS</p> |
| 11          |  | <input type="text"/>  | M F<br>1 2  | O N<br>1 2                                    | O N<br>1 2  | EN ANNÉE<br><input type="text"/>                                | <input type="text"/>   | 11   | 11   | 11  |
| 12          |  | <input type="text"/>  | 1 2   | 1 2   | 1 2   | <input type="text"/>  | <input type="text"/>   | 12   | 12   | 12  |
| 13          |  | <input type="text"/>  | 1 2   | 1 2   | 1 2   | <input type="text"/>  | <input type="text"/>   | 13   | 13   | 13  |
| 14          |  | <input type="text"/>  | 1 2   | 1 2   | 1 2   | <input type="text"/>  | <input type="text"/>   | 14   | 14   | 14  |
| 15          |  | <input type="text"/>  | 1 2   | 1 2   | 1 2   | <input type="text"/>  | <input type="text"/>   | 15   | 15   | 15  |
| 16          |  | <input type="text"/>  | 1 2   | 1 2   | 1 2   | <input type="text"/>  | <input type="text"/>   | 16   | 16   | 16  |
| 17          |  | <input type="text"/>  | 1 2   | 1 2   | 1 2   | <input type="text"/>  | <input type="text"/>   | 17   | 17   | 17  |
| 18          |  | <input type="text"/>  | 1 2   | 1 2   | 1 2   | <input type="text"/>  | <input type="text"/>   | 18   | 18   | 18  |
| 19          |  | <input type="text"/>  | 1 2   | 1 2   | 1 2   | <input type="text"/>  | <input type="text"/>   | 19   | 19   | 19  |
| 20          |  | <input type="text"/>  | 1 2   | 1 2   | 1 2   | <input type="text"/>  | <input type="text"/>   | 20   | 20   | 20  |

COCHER ICI SI UNE AUTRE FEUILLE EST UTILISÉE ☐

2A) Juste pour être sûr(e) 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 listés?  
2B) Y a-t-il d'autres personnes qui ne sont peut-être pas membres de votre famille, tels que des domestiques, locataires ou amis qui vivent habituellement ici ?  
2C) Avez-vous des 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 listés?

OUI ☐ AJOUTER AU TABLEAU NON ☐

OUI ☐ AJOUTER AU TABLEAU NON ☐

OUI ☐ AJOUTER AU TABLEAU NON ☐

#### CODES POUR Q. 3: LIEN 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 = BEAUX-PARENTS  
08 = BEAU-PÈRE OU BELLE MÈRE  
09 = CO-EPOUSE  
10 = AUTRES PARENTS  
11 = ENFANTS ADOPTÉS/EN GARDE/ENF DU CONJOINT  
12 = SANS PARENTÉ  
98 = NE SAIT PAS

|          | SI ÂGE DE 0-17 ANS                                  |   |                                     |   | SI ÂGE DE 5 ANS OU PLUS                    |  | SI ÂGE DE 5-24 ANS  |  |  |   | SI ÂGE 0-5 ANS   |
|----------|---|---|-------------------------------------|---|--|--|---|--|--|---|--|
| N° LIGNE | ÉTAT DE SURVIE ET RÉSIDENCE DES PARENTS BIOLOGIQUES |   |                                     |   | A FRÉQUENTÉ L'ÉCOLE                        |  | FRÉQUENTATION SCOLAIRE ACTUELLE OU RÉCENTE  |  | FRÉQUENTATION SCOLAIRE ANNÉE PRÉCÉDENTE  |   | DÉCLARATION DE NAISSANCE   |
|          | 12  | 13  | 14                                  | 15  | 16   | 17   | 18  | 19   | 19A  | 19B   | 20   |
|          | La mère de (NOM) est-elle en vie ?                  | La mère biologique de (NOM) vit-elle habituellement dans ce ménage ou était-elle en visite ici la nuit dernière ? | Le père de (NOM) est-il en vie ?    | Le père biologique de (NOM) vit-il habituellement dans ce ménage ou était-il en visite ici la nuit dernière ? | (NOM) a-t-il/elle déjà fréquenté l'école ? | Quel est le plus haut niveau d'études que (NOM) a atteint ?<br><br>VOIR CODES CI-DESSOUS<br><br>Quelle est la dernière classe que (NOM) a achevée à ce niveau ?<br><br>VOIR CODES CI-DESSOUS | (Nom) a-t-il/elle fréquenté l'école à n'importe quel moment durant l'année scolaire (2009-2010) ? | Au cours de cette année scolaire 2010/2011, à quel niveau et en quelle classe est/était (NOM) ?<br><br>VOIR CODES CI-DESSOUS | Au cours de l'année scolaire précédente 2009/2010, NOM a-t-il/elle fréquenté l'école à un certain moment ? | Durant l'année scolaire précédente, à quel niveau et dans quelle classe était (NOM) ? | (NOM) a-t-il/elle un certificat de naissance ?<br><br>SI NON, INSISTEZ:<br>La naissance de (NOM) a-t-elle été déclarée à l'état civil ?<br><br>1 = A UN CERTIFICAT<br>2 = DÉCLARÉE<br>3 = NI L'UN, NI L'AUTRE<br>8 = NE SAIT PAS |
| 11       | 0 N NSP<br>1 2 8<br>↓<br>ALLEZ À 14                 | <input type="text"/> <input type="text"/>   | 0 N NSP<br>1 2 8<br>↓<br>ALLEZ À 16 | <input type="text"/> <input type="text"/>   | 0 N<br>1 2<br>↓<br>20G                     | NIVEAU- CLASSE<br><input type="text"/> <input type="text"/>  | 0 N<br>1 2<br>↓<br>19A  | NIVEAU CLASSE<br><input type="text"/> <input type="text"/>   | 0 N<br>1 2<br>↓<br>20G   | NIVEAU CLASSE<br><input type="text"/> <input type="text"/>                            | <input type="text"/>   |
| 12       | 1 2 8<br>↓<br>ALLEZ À 14                            | <input type="text"/> <input type="text"/>   | 1 2 8<br>↓<br>ALLEZ À 16            | <input type="text"/> <input type="text"/>   | 1 2<br>↓<br>20G                            | <input type="text"/> <input type="text"/>  | 1 2<br>↓<br>19A   | <input type="text"/> <input type="text"/>  | 1 2<br>↓<br>20G  | <input type="text"/> <input type="text"/>   | <input type="text"/>   |
| 13       | 1 2 8<br>↓<br>ALLEZ À 14                            | <input type="text"/> <input type="text"/>   | 1 2 8<br>↓<br>ALLEZ À 16            | <input type="text"/> <input type="text"/>   | 1 2<br>↓<br>20G                            | <input type="text"/> <input type="text"/>  | 1 2<br>↓<br>19A   | <input type="text"/> <input type="text"/>  | 1 2<br>↓<br>20G  | <input type="text"/> <input type="text"/>   | <input type="text"/>   |
| 14       | 1 2 8<br>↓<br>ALLEZ À 14                            | <input type="text"/> <input type="text"/>   | 1 2 8<br>↓<br>ALLEZ À 16            | <input type="text"/> <input type="text"/>   | 1 2<br>↓<br>20G                            | <input type="text"/> <input type="text"/>  | 1 2<br>↓<br>19A   | <input type="text"/> <input type="text"/>  | 1 2<br>↓<br>20G  | <input type="text"/> <input type="text"/>   | <input type="text"/>   |
| 15       | 1 2 8<br>↓<br>ALLEZ À 14                            | <input type="text"/> <input type="text"/>   | 1 2 8<br>↓<br>ALLEZ À 16            | <input type="text"/> <input type="text"/>   | 1 2<br>↓<br>20G                            | <input type="text"/> <input type="text"/>  | 1 2<br>↓<br>19A   | <input type="text"/> <input type="text"/>  | 1 2<br>↓<br>20G  | <input type="text"/> <input type="text"/>   | <input type="text"/>   |
| 16       | 1 2 8<br>↓<br>ALLEZ À 14                            | <input type="text"/> <input type="text"/>   | 1 2 8<br>↓<br>ALLEZ À 16            | <input type="text"/> <input type="text"/>   | 1 2<br>↓<br>20G                            | <input type="text"/> <input type="text"/>  | 1 2<br>↓<br>19A   | <input type="text"/> <input type="text"/>  | 1 2<br>↓<br>20G  | <input type="text"/> <input type="text"/>   | <input type="text"/>   |
| 17       | 1 2 8<br>↓<br>ALLEZ À 14                            | <input type="text"/> <input type="text"/>   | 1 2 8<br>↓<br>ALLEZ À 16            | <input type="text"/> <input type="text"/>   | 1 2<br>↓<br>20G                            | <input type="text"/> <input type="text"/>  | 1 2<br>↓<br>19A   | <input type="text"/> <input type="text"/>  | 1 2<br>↓<br>20G  | <input type="text"/> <input type="text"/>   | <input type="text"/>   |
| 18       | 1 2 8<br>↓<br>ALLEZ À 14                            | <input type="text"/> <input type="text"/>   | 1 2 8<br>↓<br>ALLEZ À 16            | <input type="text"/> <input type="text"/>   | 1 2<br>↓<br>20G                            | <input type="text"/> <input type="text"/>  | 1 2<br>↓<br>19A   | <input type="text"/> <input type="text"/>  | 1 2<br>↓<br>20G  | <input type="text"/> <input type="text"/>   | <input type="text"/>   |
| 19       | 1 2 8<br>↓<br>ALLEZ À 14                            | <input type="text"/> <input type="text"/>   | 1 2 8<br>↓<br>ALLEZ À 16            | <input type="text"/> <input type="text"/>   | 1 2<br>↓<br>20G                            | <input type="text"/> <input type="text"/>  | 1 2<br>↓<br>19A   | <input type="text"/> <input type="text"/>  | 1 2<br>↓<br>20G  | <input type="text"/> <input type="text"/>   | <input type="text"/>   |
| 20       | 1 2 8<br>↓<br>ALLEZ À 14                            | <input type="text"/> <input type="text"/>   | 1 2 8<br>↓<br>ALLEZ À 16            | <input type="text"/> <input type="text"/>   | 1 2<br>↓<br>20G                            | <input type="text"/> <input type="text"/>  | 1 2<br>↓<br>19A   | <input type="text"/> <input type="text"/>  | 1 2<br>↓<br>20G  | <input type="text"/> <input type="text"/>   | <input type="text"/>   |

**CODES POUR Qs. 17 ET 19: NIVEAU D'INSTRUCTION**

|                 |                              |
|-----------------|------------------------------|
| <b>NIVEAU</b>   | <b>CLASSE</b>                |
| 1 = ELEMENTAIRE | 00 = MOINS D'1 ANNÉE ACHÉVÉE |
| 2 = MOYEN       | (UTILISEZ '00' POUR Q. 17    |
| 3 = SECONDAIRE  | SEULEMENT. CE CODE N'EST     |
| 4 = SUPÉRIEUR   | PAS AUTORISÉ À Q. 19).       |
| 6 = PRESCOLAIRE | 98 = NE SAIT PAS             |
| 8 = NE SAIT PAS |                              |



366 • Annexe E

| N°                                       | QUESTIONS ET FILTRES  | CODES  | PASSER À |     |     |                 |                     |   |             |               |   |                  |                    |   |                        |                     |   |                         |               |   |                     |                   |   |                           |                   |   |                       |                         |   |                    |                       |   |  |                            |   |                     |                        |   |                           |                      |   |                  |                     |   |                 |                    |   |                        |                  |   |  |
|--|---|--|----------|-----|-----|-----------------|---------------------|---|-------------|---------------|---|------------------|--------------------|---|------------------------|---------------------|---|-------------------------|---------------|---|---------------------|-------------------|---|---------------------------|-------------------|---|-----------------------|-------------------------|---|--------------------|-----------------------|---|--|----------------------------|---|---------------------|------------------------|---|---------------------------|----------------------|---|------------------|---------------------|---|-----------------|--------------------|---|------------------------|------------------|---|--|
| 107                                      | Quel type de toilettes les membres de votre ménage utilisent-ils habituellement ? | <b>TOILETTE AVEC CHASSE</b><br>CHASSE BRANCHÉE À L'ÉGOÛT ..... 11<br>CHASSE BRANCHÉE À FOSSE ..... 12<br><b>FOSSE/LATRINES</b><br>AMÉLIORÉES/VENTILÉES ..... 21<br>LATRINES A CHASSE MANUELLE ..... 22<br>TOILETTE AVEC FOSSE SANS CHASSE ..... 23<br>AUTRES SYSTÈMES AMÉLIORÉS ..... 24<br>LATRINES TRADITIONNELLES ..... 25<br>PAS DE TOILETTES /NATURE ..... 31<br>AUTRE ..... 96<br>(PRÉCISER)   | → 110    |     |     |                 |                     |   |             |               |   |                  |                    |   |                        |                     |   |                         |               |   |                     |                   |   |                           |                   |   |                       |                         |   |                    |                       |   |  |                            |   |                     |                        |   |                           |                      |   |                  |                     |   |                 |                    |   |                        |                  |   |  |
| 108                                      | Partagez-vous ces toilettes avec d'autres ménages ?                               | OUI ..... 1<br>NON ..... 2   | → 110    |     |     |                 |                     |   |             |               |   |                  |                    |   |                        |                     |   |                         |               |   |                     |                   |   |                           |                   |   |                       |                         |   |                    |                       |   |  |                            |   |                     |                        |   |                           |                      |   |                  |                     |   |                 |                    |   |                        |                  |   |  |
| 109                                      | Combien de ménages utilisent ces toilettes ?                                      | N°. DE MÉNAGES ..... <table border="1" style="display: inline-table; vertical-align: middle;"><tr><td>0</td><td></td></tr></table><br>SI MOINS DE 10 .....<br>10 MÉNAGES OU PLUS ..... 95<br>NE SAIT PAS ..... 98  | 0        |     |     |                 |                     |   |             |               |   |                  |                    |   |                        |                     |   |                         |               |   |                     |                   |   |                           |                   |   |                       |                         |   |                    |                       |   |  |                            |   |                     |                        |   |                           |                      |   |                  |                     |   |                 |                    |   |                        |                  |   |  |
| 0  |   |  |          |     |     |                 |                     |   |             |               |   |                  |                    |   |                        |                     |   |                         |               |   |                     |                   |   |                           |                   |   |                       |                         |   |                    |                       |   |  |                            |   |                     |                        |   |                           |                      |   |                  |                     |   |                 |                    |   |                        |                  |   |  |
| 110                                      | Dans votre ménage, y-a-t-il :   | <table border="0"> <thead> <tr> <th></th> <th>OUI</th> <th>NON</th> </tr> </thead> <tbody> <tr><td>L'électricité ?</td><td>ÉLECTRICITÉ ..... 1</td><td>2</td></tr> <tr><td>Une radio ?</td><td>RADIO ..... 1</td><td>2</td></tr> <tr><td>Une télévision ?</td><td>TÉLÉVISION ..... 1</td><td>2</td></tr> <tr><td>Une antenne MMDS/TV5 ?</td><td>ANTENNE TV5 ..... 1</td><td>2</td></tr> <tr><td>Un abonnement à CANAL ?</td><td>CANAL ..... 1</td><td>2</td></tr> <tr><td>Un téléphone fixe ?</td><td>TÉLÉPHONE ..... 1</td><td>2</td></tr> <tr><td>Un téléphone cellulaire ?</td><td>TÉLÉP-CEL ..... 1</td><td>2</td></tr> <tr><td>Une machine à laver ?</td><td>MACHINE À LAVER ..... 1</td><td>2</td></tr> <tr><td>Un réfrigérateur ?</td><td>RÉFRIGÉRATEUR ..... 1</td><td>2</td></tr> <tr><td>Un réchaud/cuisinière à gaz/électrique ?</td><td>RÉCHAUD/CUISINIÈRE ..... 1</td><td>2</td></tr> <tr><td>Un foyer amélioré ?</td><td>FOYER AMÉLIORÉ ..... 1</td><td>2</td></tr> <tr><td>Un Vidéo/Lecteur CD/DVD ?</td><td>VIDÉO/CD/DVD ..... 1</td><td>2</td></tr> <tr><td>Un climatiseur ?</td><td>CLIMATISEUR ..... 1</td><td>2</td></tr> <tr><td>Un ordinateur ?</td><td>ORDINATEUR ..... 1</td><td>2</td></tr> <tr><td>Internet à la maison ?</td><td>INTERNET ..... 1</td><td>2</td></tr> </tbody> </table> |          | OUI | NON | L'électricité ? | ÉLECTRICITÉ ..... 1 | 2 | Une radio ? | RADIO ..... 1 | 2 | Une télévision ? | TÉLÉVISION ..... 1 | 2 | Une antenne MMDS/TV5 ? | ANTENNE TV5 ..... 1 | 2 | Un abonnement à CANAL ? | CANAL ..... 1 | 2 | Un téléphone fixe ? | TÉLÉPHONE ..... 1 | 2 | Un téléphone cellulaire ? | TÉLÉP-CEL ..... 1 | 2 | Une machine à laver ? | MACHINE À LAVER ..... 1 | 2 | Un réfrigérateur ? | RÉFRIGÉRATEUR ..... 1 | 2 | Un réchaud/cuisinière à gaz/électrique ? | RÉCHAUD/CUISINIÈRE ..... 1 | 2 | Un foyer amélioré ? | FOYER AMÉLIORÉ ..... 1 | 2 | Un Vidéo/Lecteur CD/DVD ? | VIDÉO/CD/DVD ..... 1 | 2 | Un climatiseur ? | CLIMATISEUR ..... 1 | 2 | Un ordinateur ? | ORDINATEUR ..... 1 | 2 | Internet à la maison ? | INTERNET ..... 1 | 2 |  |
|  | OUI   | NON  |          |     |     |                 |                     |   |             |               |   |                  |                    |   |                        |                     |   |                         |               |   |                     |                   |   |                           |                   |   |                       |                         |   |                    |                       |   |  |                            |   |                     |                        |   |                           |                      |   |                  |                     |   |                 |                    |   |                        |                  |   |  |
| L'électricité ?                          | ÉLECTRICITÉ ..... 1   | 2  |          |     |     |                 |                     |   |             |               |   |                  |                    |   |                        |                     |   |                         |               |   |                     |                   |   |                           |                   |   |                       |                         |   |                    |                       |   |  |                            |   |                     |                        |   |                           |                      |   |                  |                     |   |                 |                    |   |                        |                  |   |  |
| Une radio ?                              | RADIO ..... 1   | 2  |          |     |     |                 |                     |   |             |               |   |                  |                    |   |                        |                     |   |                         |               |   |                     |                   |   |                           |                   |   |                       |                         |   |                    |                       |   |  |                            |   |                     |                        |   |                           |                      |   |                  |                     |   |                 |                    |   |                        |                  |   |  |
| Une télévision ?                         | TÉLÉVISION ..... 1  | 2  |          |     |     |                 |                     |   |             |               |   |                  |                    |   |                        |                     |   |                         |               |   |                     |                   |   |                           |                   |   |                       |                         |   |                    |                       |   |  |                            |   |                     |                        |   |                           |                      |   |                  |                     |   |                 |                    |   |                        |                  |   |  |
| Une antenne MMDS/TV5 ?                   | ANTENNE TV5 ..... 1   | 2  |          |     |     |                 |                     |   |             |               |   |                  |                    |   |                        |                     |   |                         |               |   |                     |                   |   |                           |                   |   |                       |                         |   |                    |                       |   |  |                            |   |                     |                        |   |                           |                      |   |                  |                     |   |                 |                    |   |                        |                  |   |  |
| Un abonnement à CANAL ?                  | CANAL ..... 1   | 2  |          |     |     |                 |                     |   |             |               |   |                  |                    |   |                        |                     |   |                         |               |   |                     |                   |   |                           |                   |   |                       |                         |   |                    |                       |   |  |                            |   |                     |                        |   |                           |                      |   |                  |                     |   |                 |                    |   |                        |                  |   |  |
| Un téléphone fixe ?                      | TÉLÉPHONE ..... 1   | 2  |          |     |     |                 |                     |   |             |               |   |                  |                    |   |                        |                     |   |                         |               |   |                     |                   |   |                           |                   |   |                       |                         |   |                    |                       |   |  |                            |   |                     |                        |   |                           |                      |   |                  |                     |   |                 |                    |   |                        |                  |   |  |
| Un téléphone cellulaire ?                | TÉLÉP-CEL ..... 1   | 2  |          |     |     |                 |                     |   |             |               |   |                  |                    |   |                        |                     |   |                         |               |   |                     |                   |   |                           |                   |   |                       |                         |   |                    |                       |   |  |                            |   |                     |                        |   |                           |                      |   |                  |                     |   |                 |                    |   |                        |                  |   |  |
| Une machine à laver ?                    | MACHINE À LAVER ..... 1   | 2  |          |     |     |                 |                     |   |             |               |   |                  |                    |   |                        |                     |   |                         |               |   |                     |                   |   |                           |                   |   |                       |                         |   |                    |                       |   |  |                            |   |                     |                        |   |                           |                      |   |                  |                     |   |                 |                    |   |                        |                  |   |  |
| Un réfrigérateur ?                       | RÉFRIGÉRATEUR ..... 1   | 2  |          |     |     |                 |                     |   |             |               |   |                  |                    |   |                        |                     |   |                         |               |   |                     |                   |   |                           |                   |   |                       |                         |   |                    |                       |   |  |                            |   |                     |                        |   |                           |                      |   |                  |                     |   |                 |                    |   |                        |                  |   |  |
| Un réchaud/cuisinière à gaz/électrique ? | RÉCHAUD/CUISINIÈRE ..... 1  | 2  |          |     |     |                 |                     |   |             |               |   |                  |                    |   |                        |                     |   |                         |               |   |                     |                   |   |                           |                   |   |                       |                         |   |                    |                       |   |  |                            |   |                     |                        |   |                           |                      |   |                  |                     |   |                 |                    |   |                        |                  |   |  |
| Un foyer amélioré ?                      | FOYER AMÉLIORÉ ..... 1  | 2  |          |     |     |                 |                     |   |             |               |   |                  |                    |   |                        |                     |   |                         |               |   |                     |                   |   |                           |                   |   |                       |                         |   |                    |                       |   |  |                            |   |                     |                        |   |                           |                      |   |                  |                     |   |                 |                    |   |                        |                  |   |  |
| Un Vidéo/Lecteur CD/DVD ?                | VIDÉO/CD/DVD ..... 1  | 2  |          |     |     |                 |                     |   |             |               |   |                  |                    |   |                        |                     |   |                         |               |   |                     |                   |   |                           |                   |   |                       |                         |   |                    |                       |   |  |                            |   |                     |                        |   |                           |                      |   |                  |                     |   |                 |                    |   |                        |                  |   |  |
| Un climatiseur ?                         | CLIMATISEUR ..... 1   | 2  |          |     |     |                 |                     |   |             |               |   |                  |                    |   |                        |                     |   |                         |               |   |                     |                   |   |                           |                   |   |                       |                         |   |                    |                       |   |  |                            |   |                     |                        |   |                           |                      |   |                  |                     |   |                 |                    |   |                        |                  |   |  |
| Un ordinateur ?                          | ORDINATEUR ..... 1  | 2  |          |     |     |                 |                     |   |             |               |   |                  |                    |   |                        |                     |   |                         |               |   |                     |                   |   |                           |                   |   |                       |                         |   |                    |                       |   |  |                            |   |                     |                        |   |                           |                      |   |                  |                     |   |                 |                    |   |                        |                  |   |  |
| Internet à la maison ?                   | INTERNET ..... 1  | 2  |          |     |     |                 |                     |   |             |               |   |                  |                    |   |                        |                     |   |                         |               |   |                     |                   |   |                           |                   |   |                       |                         |   |                    |                       |   |  |                            |   |                     |                        |   |                           |                      |   |                  |                     |   |                 |                    |   |                        |                  |   |  |
| 111                                      | Quel type de combustible votre ménage utilise-t-il principalement pour cuisiner ? | ÉLECTRICITÉ ..... 1<br>GAZ EN BOUTEILLE ..... 2<br>CHARBON DE BOIS ..... 3<br>BOIS À BRÛLER, PAILLE ..... 4<br>BOUSE ..... 5<br>AUTRE ..... 6<br>(PRÉCISER)  |          |     |     |                 |                     |   |             |               |   |                  |                    |   |                        |                     |   |                         |               |   |                     |                   |   |                           |                   |   |                       |                         |   |                    |                       |   |  |                            |   |                     |                        |   |                           |                      |   |                  |                     |   |                 |                    |   |                        |                  |   |  |

| N°   | QUESTIONS ET FILTRES  | CODES   | PASSER À   |
|------|---|---|--|
| 111A | Quelle source d'éclairage votre ménage utilise-t-il principalement?                                       | ELECTRICITE (SENELEC) ..... 01<br>GROUPE ELECTROGENE ..... 02<br>SOLAIRE ..... 03<br>LAMPE TORCHE ..... 04<br>LAMPE A GAZ ..... 05<br>LAMPE TEMPETE ..... 06<br>LAMPE A PETROLE ARTISANALE ..... 07<br>BOUGIE ..... 08<br>BOIS ..... 09<br>AUTRE ..... 96<br>(PRÉCISEZ)   |  |
| 112  | Est-ce que la cuisine est faite habituellement dans la maison, dans un bâtiment séparé ou à l'extérieur ? | DANS LA MAISON ..... 1<br>DANS UN BÂTIMENT SÉPARÉ ..... 2<br>À L'EXTÉRIEUR ..... 3<br>AUTRE ..... 6<br>(PRÉCISEZ)   | <div style="border-left: 1px solid black; border-right: 1px solid black; height: 40px; position: relative; width: 20px; margin: 0 auto;"> <div style="position: absolute; top: 0; right: 0; width: 10px; height: 10px; border: 1px solid black; border-radius: 50%;"></div> </div> 114 |
| 113  | Avez-vous une pièce séparée que vous utilisez comme cuisine ?   | OUI ..... 1<br>NON ..... 2  |  |
| 114  | PRINCIPAL MATÉRIAU DU SOL<br><br>ENREGISTREZ L'OBSERVATION.   | MATÉRIAU NATUREL<br>TERRE/SABLE ..... 11<br>BOUSE ..... 12<br>MATÉRIAU RUDIMENTAIRE<br>PLANCHES EN BOIS ..... 21<br>PALMES/BAMBOU ..... 22<br>MATÉRIAU ÉLABORÉ<br>PARQUET OU BOIS CIRÉ ..... 31<br>BANDES DE VINYLE/ASPHALTE ..... 32<br>CARRELAGE ..... 33<br>CIMENT ..... 34<br>MOQUETTE ..... 35<br>AUTRE ..... 96<br>(PRÉCISEZ) |  |

| N°                         | QUESTIONS ET FILTRES   | CODES   | PASSER À |     |     |                  |   |   |                            |   |   |                           |   |   |                      |   |   |                 |   |   |               |   |   |                     |   |   |  |
|----------------------------|--|---|----------|-----|-----|------------------|---|---|----------------------------|---|---|---------------------------|---|---|----------------------|---|---|-----------------|---|---|---------------|---|---|---------------------|---|---|--|
| 115                        | PRINCIPAL MATÉRIAU DU TOIT<br><br>ENREGISTREZ L'OBSERVATION.   | MATÉRIAU NATUREL<br>PAS DE TOIT ..... 11<br>CHAUME/PALMES/FEUILLES ..... 12<br>MOTTES DE TERRE ..... 13<br>MATÉRIAU RUDIMENTAIRE<br>NATTES ... ..... 21<br>PALMES/BAMBOU ..... 22<br>PLANCHES EN BOIS ..... 23<br>CARTON ..... 24<br>MATÉRIAU ÉLABORÉ<br>TÔLE ..... 31<br>BOIS ..... 32<br>ZINC/FIBRE DE CIMENT ..... 33<br>TUILES ..... 34<br>CIMENT ..... 35<br>SHINGLES ..... 36<br><br>AUTRE ..... 96<br>(PRÉCISEZ)   |          |     |     |                  |   |   |                            |   |   |                           |   |   |                      |   |   |                 |   |   |               |   |   |                     |   |   |  |
| 116                        | PRINCIPAL MATÉRIAU DES MURS<br><br>ENREGISTREZ L'OBSERVATION.  | MATÉRIAU NATUREL<br>PAS DE MUR ..... 11<br>BAMBOU/CANE/PALME/TRONC ..... 12<br>TERRE ..... 13<br>MATÉRIAU RUDIMENTAIRE<br>BAMBOU AVEC BOUE ..... 21<br>PIERRES AVEC BOUE ..... 22<br>ADOBE NON RECOUVERT ..... 23<br>CONTRE-PLAQUÉ ..... 24<br>CARTON ..... 25<br>BOIS DE RÉCUPÉRATION ..... 26<br>MATÉRIAU ÉLABORÉ<br>CIMENT ..... 31<br>PIERRES AVEC CHAUX/CIMENT ..... 32<br>BRIQUES ..... 33<br>BLOCS DE CIMENT ..... 34<br>ADOBE RECOUVERT ..... 35<br>PLANCHE EN BOIS/SHINGLES ..... 36<br><br>AUTRE ..... 96<br>(PRÉCISEZ) |          |     |     |                  |   |   |                            |   |   |                           |   |   |                      |   |   |                 |   |   |               |   |   |                     |   |   |  |
| 117                        | Dans ce ménage, combien de pièces utilisez-vous pour dormir ?  | NOMBRE DE PIÈCES ..... <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>  |          |     |     |                  |   |   |                            |   |   |                           |   |   |                      |   |   |                 |   |   |               |   |   |                     |   |   |  |
|                            |  |   |          |     |     |                  |   |   |                            |   |   |                           |   |   |                      |   |   |                 |   |   |               |   |   |                     |   |   |  |
| 118                        | Est-ce qu'un membre de votre ménage possède :<br><br>Bicyclette ?<br>Mobylette ou motocyclette ou Scooter ?<br>Une voiture personnelle ?<br>Voiture ou Camion à titre commercial ?<br>Charrette ?<br>Charrue ?<br>Pirogue/Filet de pêche ? | <table> <tr> <th></th> <th>OUI</th> <th>NON</th> </tr> <tr> <td>BICYCLETTE .....</td> <td>1</td> <td>2</td> </tr> <tr> <td>MOBYLETTE/MOTOCYCLETTE ...</td> <td>1</td> <td>2</td> </tr> <tr> <td>VOITURE PERSONNELLE .....</td> <td>1</td> <td>2</td> </tr> <tr> <td>VOITURE/CAMION .....</td> <td>1</td> <td>2</td> </tr> <tr> <td>CHARRETTE .....</td> <td>1</td> <td>2</td> </tr> <tr> <td>CHARRUE .....</td> <td>1</td> <td>2</td> </tr> <tr> <td>PIROGUE/FILET .....</td> <td>1</td> <td>2</td> </tr> </table>                |          | OUI | NON | BICYCLETTE ..... | 1 | 2 | MOBYLETTE/MOTOCYCLETTE ... | 1 | 2 | VOITURE PERSONNELLE ..... | 1 | 2 | VOITURE/CAMION ..... | 1 | 2 | CHARRETTE ..... | 1 | 2 | CHARRUE ..... | 1 | 2 | PIROGUE/FILET ..... | 1 | 2 |  |
|                            | OUI  | NON   |          |     |     |                  |   |   |                            |   |   |                           |   |   |                      |   |   |                 |   |   |               |   |   |                     |   |   |  |
| BICYCLETTE .....           | 1  | 2   |          |     |     |                  |   |   |                            |   |   |                           |   |   |                      |   |   |                 |   |   |               |   |   |                     |   |   |  |
| MOBYLETTE/MOTOCYCLETTE ... | 1  | 2   |          |     |     |                  |   |   |                            |   |   |                           |   |   |                      |   |   |                 |   |   |               |   |   |                     |   |   |  |
| VOITURE PERSONNELLE .....  | 1  | 2   |          |     |     |                  |   |   |                            |   |   |                           |   |   |                      |   |   |                 |   |   |               |   |   |                     |   |   |  |
| VOITURE/CAMION .....       | 1  | 2   |          |     |     |                  |   |   |                            |   |   |                           |   |   |                      |   |   |                 |   |   |               |   |   |                     |   |   |  |
| CHARRETTE .....            | 1  | 2   |          |     |     |                  |   |   |                            |   |   |                           |   |   |                      |   |   |                 |   |   |               |   |   |                     |   |   |  |
| CHARRUE .....              | 1  | 2   |          |     |     |                  |   |   |                            |   |   |                           |   |   |                      |   |   |                 |   |   |               |   |   |                     |   |   |  |
| PIROGUE/FILET .....        | 1  | 2   |          |     |     |                  |   |   |                            |   |   |                           |   |   |                      |   |   |                 |   |   |               |   |   |                     |   |   |  |

370 • Annexe E



| N°   | QUESTIONS ET FILTRES   | CODES   | PASSER À |  |  |
|------|--|---|----------|--|--|
| 125  | Qui a pulvérisé les murs du logement ?   | EMPLOYÉ/PROGRAMME GOUVERNEMENT A<br>SOCIÉTÉ PRIVÉE ..... B<br>ORGANISATION NON<br>GOUVERNEMENTALE (ONG) ..... C<br><br>AUTRE ..... X<br>(PRÉCISEZ)<br>NE SAIT PAS ..... Y                                       |          |  |  |
| 125A | Les fenêtres des pièces à usage d'habitation sont-elles dotées de grillages pour empêcher aux moustiques d'entrer ?          | OUI ..... 1<br>NON ..... 2<br>NE SAIT PAS ..... 8   |          |  |  |
| 125B | Les portes des pièces à usage d'habitation sont-elles dotées de grillages ou rideaux pour empêcher aux moustiques d'entrer ? | OUI ..... 1<br>NON ..... 2<br>NE SAIT PAS ..... 8   |          |  |  |
| 126  | Est-ce que votre ménage a des moustiquaires qui peuvent être utilisées pour dormir ?   | OUI ..... 1<br>NON ..... 2  | → 127D   |  |  |
| 127  | Combien de moustiquaires votre ménage a-t-il ?<br><br>SI 25 MOUSTIQUAIRES OU PLUS, ENREGISTREZ '25'.                         | NOMBRE DE MOUSTIQUAIRES <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> |          |  |  |
|      |  |   |          |  |  |
| 127A | Utilisez-vous les moustiquaires en dehors des chambres: par exemple dans la cour, sous les arbres ?                          | OUI ..... 1<br>NON ..... 2  |          |  |  |
| 127B | Les membres de votre ménage dorment-ils sous une moustiquaire de façon continue toute l'année ?                              | OUI ..... 1<br>NON ..... 2<br>NSP/NE SE SOUVIENT PAS ..... 8  | → 128    |  |  |
| 127C | Pourquoi les membres de votre ménage ne dorment-ils pas sous une moustiquaire de façon continue toute l'année ?              | PAS BEAUCOUP DE MOUSTIQUES ..... 1<br>À CAUSE DE LA CHALEUR ..... 2<br>N'AIME PAS ..... 3<br>PAR OUBLI/NÉGLIGENCE ..... 4<br>AUTRE ..... 6<br>(PRÉCISER)<br>NSP/NE SE SOUVIENT PAS ..... 8                      | → 128    |  |  |
| 127D | Pour quoi n'y a-t-il pas de moustiquaires qui peuvent être utilisées dans votre ménage?                                      | FAUTE DE MOYENS ..... A<br>PAS NÉCESSAIRE ..... B<br>UTILISE AUTRE CHOSE ..... C<br>N'ONT PAS DE MOUSTIQUES ..... D<br>N'AIMENT PAS ..... E<br>NE SAIT PAS ..... F<br>AUTRE ..... X<br>(PRÉCISER)               | → 137    |  |  |

|      |   |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|------|---|--|--|--|--|--|--|--|--|--|
| 128  | DEMANDER À L'ENQUÊTÉ DE VOUS MONTRER LES MOUSTIQUAIRES. POSEZ LES QUESTIONS SUIVANTES POUR CHAQUE MOUSTIQUAIRE. SI PLUS DE 3 MOUSTIQUAIRES, UTILISER UN QUESTIONNAIRE SUPPLÉMENTAIRE. | MOUSTIQUAIRE 1   | MOUSTIQUAIRE 2   | MOUSTIQUAIRE 3   |  |  |  |  |  |  |
|      |   | VU ..... 1<br>NON VU ..... 2   | VU ..... 1<br>NON VU ..... 2   | VU ..... 1<br>NON VU ..... 2   |  |  |  |  |  |  |
| 128A | OBSERVER OU DEMANDER LA FORME DE LA MOUSTIQUAIRE.   | RECTANGULAIRE ... 1<br>CIRCUL./CONIQUE .... 2<br>AUTRE ..... 6<br>(PRÉCISEZ)   | RECTANGULAIRE ... 1<br>CIRCUL./CONIQUE .... 2<br>AUTRE ..... 6<br>(PRÉCISEZ)   | RECTANGULAIRE ... 1<br>CIRCUL./CONIQUE .... 2<br>AUTRE ..... 6<br>(PRÉCISEZ)   |  |  |  |  |  |  |
| 128B | OBSERVER OU DEMANDER LA TAILLE DE LA MOUSTIQUAIRE.  | 1 PLACE ..... 1<br>2 PLACES ..... 2<br>3 PLACES ..... 3<br>POUR BEBE ..... 4   | 1 PLACE ..... 1<br>2 PLACES ..... 2<br>3 PLACES ..... 3<br>POUR BEBE ..... 4   | 1 PLACE ..... 1<br>2 PLACES ..... 2<br>3 PLACES ..... 3<br>POUR BEBE ..... 4   |  |  |  |  |  |  |
| 129  | Depuis combien de temps votre ménage possède-t-il la moustiquaire ?   | MOIS ..... <table border="1"><tr><td></td><td></td></tr></table><br>37 MOIS OU PLUS ..... 95<br>NSP/PAS SÛR ..... 98   |  |  | MOIS ..... <table border="1"><tr><td></td><td></td></tr></table><br>37 MOIS OU PLUS ..... 95<br>NSP/PAS SÛR ..... 98 |  |  | MOIS ..... <table border="1"><tr><td></td><td></td></tr></table><br>37 MOIS OU PLUS ..... 95<br>NSP/PAS SÛR ..... 98 |  |  |
|      |   |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|      |   |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|      |   |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| 130  | OBSERVER OU DEMANDER LA MARQUE DE LA MOUSTIQUAIRE (1).  | MOUSTIQUAIRE PERMANENTE (MILDA) :<br>PERMANET ..... 11 ←<br>OLYSET-NET ..... 12 ←<br>DAWA PLUS ..... 13 ←<br>ICONLIFE ..... 14 ←<br>AUTRE ..... 16 ←<br>(PRÉCISEZ)<br>(PASSER À 134) ←<br><br>AUTRE MOUST. TRAITÉE<br>K-ONET ..... 21 ←<br>NETTO ..... 22 ←<br>SENTINELLE ..... 23 ←<br>INTERCEPTOR ..... 24 ←<br>AUTRE ..... 26 ←<br>(PRÉCISER)<br>(PASSER À 132) ←<br><br>AUTRE ..... 31<br>(PRÉCISER)<br><br>NSP/PAS SÛR ..... 98 | MOUSTIQUAIRE PERMANENTE (MILDA) :<br>PERMANET ..... 11 ←<br>OLYSET-NET ..... 12 ←<br>DAWA PLUS ..... 13 ←<br>ICONLIFE ..... 14 ←<br>AUTRE ..... 16 ←<br>(PRÉCISEZ)<br>(PASSER À 134) ←<br><br>AUTRE MOUST. TRAITÉE<br>K-ONET ..... 21 ←<br>NETTO ..... 22 ←<br>SENTINELLE ..... 23 ←<br>INTERCEPTOR ..... 24 ←<br>AUTRE ..... 26 ←<br>(PRÉCISER)<br>(PASSER À 132) ←<br><br>AUTRE ..... 31<br>(PRÉCISER)<br><br>NSP/PAS SÛR ..... 98 | MOUSTIQUAIRE PERMANENTE (MILDA) :<br>PERMANET ..... 11 ←<br>OLYSET-NET ..... 12 ←<br>DAWA PLUS ..... 13 ←<br>ICONLIFE ..... 14 ←<br>AUTRE ..... 16 ←<br>(PRÉCISEZ)<br>(PASSER À 134) ←<br><br>AUTRE MOUST. TRAITÉE<br>K-ONET ..... 21 ←<br>NETTO ..... 22 ←<br>SENTINELLE ..... 23 ←<br>INTERCEPTOR ..... 24 ←<br>AUTRE ..... 26 ←<br>(PRÉCISER)<br>(PASSER À 132) ←<br><br>AUTRE ..... 31<br>(PRÉCISER)<br><br>NSP/PAS SÛR ..... 98 |  |  |  |  |  |  |
| 131  | Quand vous avez obtenu cette moustiquaire, était-elle déjà traitée par le fabricant avec un insecticide qui tue ou éloigne les moustiques ?   | OUI ..... 1<br>NON ..... 2<br>PAS SÛR/NSP ..... 8  | OUI ..... 1<br>NON ..... 2<br>PAS SÛR/NSP ..... 8  | OUI ..... 1<br>NON ..... 2<br>PAS SÛR/NSP ..... 8  |  |  |  |  |  |  |
| 132  | Depuis que vous avez cette moustiquaire, a-t-elle été trempée ou plongée dans un liquide qui tue ou éloigne les moustiques ou les insectes ?  | OUI ..... 1<br>NON ..... 2<br>(ALLER À 134) ←<br>PAS SÛR/NSP ..... 8   | OUI ..... 1<br>NON ..... 2<br>(ALLER À 134) ←<br>PAS SÛR/NSP ..... 8   | OUI ..... 1<br>NON ..... 2<br>(ALLER À 134) ←<br>PAS SÛR/NSP ..... 8   |  |  |  |  |  |  |

| 128  | DEMANDER À L'ENQUÊTÉ DE VOUS MONTRER LES   | MOUSTIQUAIRE 1   | MOUSTIQUAIRE 2   | MOUSTIQUAIRE 3   |
|------|--|--|--|--|
| 133  | Combien de temps s'est-il écoulé depuis que la moustiquaire a été trempée ou plongée pour la dernière fois dans un liquide insecticide ?<br>SI MOINS DE 1 MOIS, ENREGISTRER '00'.<br>SI MOINS DE 2 ANS, ENREGISTRER LE NOMBRE DE MOIS. | MOIS ... <input type="text"/> <input type="text"/><br><br>24 MOIS OU + ... 95<br>PAS SÛR/NSP ... 98  | MOIS ... <input type="text"/> <input type="text"/><br><br>24 MOIS OU + ... 95<br>PAS SÛR/NSP ... 98  | MOIS ... <input type="text"/> <input type="text"/><br><br>24 MOIS OU + ... 95<br>PAS SÛR/NSP ... 98  |
| 134  | Est-ce que, la nuit dernière, quelqu'un a dormi sous cette moustiquaire ?  | OUI ..... 1<br><br>NON ..... 2<br>(ALLER À 136A) ←<br>NE SAIT PAS ... 8  | OUI ..... 1<br><br>NON ..... 2<br>(ALLER À 136A) ←<br>NE SAIT PAS ... 8  | OUI ..... 1<br><br>NON ..... 2<br>(ALLER À 136A) ←<br>NE SAIT PAS ... 8  |
| 135  | Qui a dormi sous cette moustiquaire la nuit dernière ?<br><br>REPORTEZ LE NUMÉRO DE LIGNE À PARTIR DU TABLEAU DE MÉNAGE.<br><br>ENREGISTREZ TOUTES LES PERSONNES QUI ONT DORMI SOUS CHAQUE MOUSTIQUAIRE LA NUIT DERNIÈRE.              | NOM _____<br><br>No DE LIGNE ... <input type="text"/> <input type="text"/><br><br>NOM _____<br><br>No DE LIGNE ... <input type="text"/> <input type="text"/><br><br>NOM _____<br><br>No DE LIGNE ... <input type="text"/> <input type="text"/><br><br>NOM _____<br><br>No DE LIGNE ... <input type="text"/> <input type="text"/><br><br>NOM _____<br><br>No DE LIGNE ... <input type="text"/> <input type="text"/> | NOM _____<br><br>No DE LIGNE ... <input type="text"/> <input type="text"/><br><br>NOM _____<br><br>No DE LIGNE ... <input type="text"/> <input type="text"/><br><br>NOM _____<br><br>No DE LIGNE ... <input type="text"/> <input type="text"/><br><br>NOM _____<br><br>No DE LIGNE ... <input type="text"/> <input type="text"/> | NOM _____<br><br>No DE LIGNE ... <input type="text"/> <input type="text"/><br><br>NOM _____<br><br>No DE LIGNE ... <input type="text"/> <input type="text"/><br><br>NOM _____<br><br>No DE LIGNE ... <input type="text"/> <input type="text"/><br><br>NOM _____<br><br>No DE LIGNE ... <input type="text"/> <input type="text"/> |
| 136A | Pendant combien de mois un membre de votre ménage a-t-il dormi sous cette moustiquaire au cours des 12 derniers mois?  | MOIS ... <input type="text"/> <input type="text"/><br><br>PAS SÛR/NSP ... 98   | MOIS ... <input type="text"/> <input type="text"/><br><br>PAS SÛR/NSP ... 98   | MOIS ... <input type="text"/> <input type="text"/><br><br>PAS SÛR/NSP ... 98   |
| 136B | Cette moustiquaire a-t-elle été fabriquée en usine ou bien a-t-elle été confectionnée par un tailleur ?  | FAB. USINE ..... 1<br>TAILLEUR ..... 2<br>AUTRE ..... 6<br>(PRÉCISEZ)<br>NSP ..... 8   | FAB. USINE ..... 1<br>TAILLEUR ..... 2<br>AUTRE ..... 6<br>(PRÉCISEZ)<br>NSP ..... 8   | FAB. USINE ..... 1<br>TAILLEUR ..... 2<br>AUTRE ..... 6<br>(PRÉCISEZ)<br>NSP ..... 8   |
| 136C | VERIFIEZ 134:  | OUI ..... 1<br>(ALLER À 136E) ←<br>NON/NSP ..... 2   | OUI ..... 1<br>(ALLER À 136E) ←<br>NON/NSP ..... 2   | OUI ..... 1<br>(ALLER À 136E) ←<br>NON/NSP ..... 2   |

|      |   | MOUSTIQUAIRE 1   | MOUSTIQUAIRE 2   | MOUSTIQUAIRE 3  |   |  |   |   |  |  |  |  |  |  |  |  |
|------|---|--|--|---|---|--|---|---|--|--|--|--|--|--|--|--|
| 128  | DEMANDER À L'ENQUÊTÉ DE VOUS MONTRER LES  |  |  |   |   |  |   |   |  |  |  |  |  |  |  |  |
| 136D | <p>Pourquoi, la nuit dernière, personne n'a dormi sous cette moustiquaire ?</p> <p>SI PLUSIEURS RAISONS SONT MENTIONNÉES, DEMANDER ET ENREGISTRER LA PRINCIPALE.</p>  | PAS MOUSTIQUES .... 1<br>CHALEUR ..... 2<br>DECHIRE ..... 3<br>N'EST PLUS EFFICACE 4<br>AUTRE ..... 6<br>(PRÉCISEZ)<br>NE SAIT PAS ..... 8   | PAS MOUSTIQUES ... 1<br>CHALEUR ..... 2<br>DECHIRE ..... 3<br>N'EST PLUS EFFICACE 4<br>AUTRE ..... 6<br>(PRÉCISEZ)<br>NE SAIT PAS ..... 8  | PAS MOUSTIQUES ... 1<br>CHALEUR ..... 2<br>DECHIRE ..... 3<br>N'EST PLUS EFFICACE 4<br>AUTRE ..... 6<br>(PRÉCISEZ)<br>NE SAIT PAS ..... 8   |   |  |   |   |  |  |  |  |  |  |  |  |
| 136E | Où cette moustiquaire a-t-elle été obtenue ?  | STRUCTURE DE SANTE .. 1<br>PHARMACIE PRIVÉE .... 2<br>AUTRES COMMERCEs .. 3<br>OCB/ASSOCIAT ..... 4<br>AUTRE NON-COMMER .. 5<br>POINT DIST. CAMPAGNE 6<br>AUTRE ..... 7<br>(PRÉCISEZ)<br>NE SAIT PAS ..... 8 | STRUCTURE DE SANTE . 1<br>PHARMACIE PRIVÉE ... 2<br>AUTRES COMMERCEs . 3<br>OCB/ASSOCIAT ..... 4<br>AUTRE NON-COMMER . 5<br>POINT DIST. CAMPAGNE 6<br>AUTRE ..... 7<br>(PRÉCISEZ)<br>NE SAIT PAS ..... 8 | STRUCTURE DE SANTE . 1<br>PHARMACIE PRIVÉE .... 2<br>AUTRES COMMERCEs . 3<br>OCB/ASSOCIAT ..... 4<br>AUTRE NON-COMMER . 5<br>POINT DIST. CAMPAGNE 6<br>AUTRE ..... 7<br>(PRÉCISEZ)<br>NE SAIT PAS ..... 8 |   |  |   |   |  |  |  |  |  |  |  |  |
| 136F | Comment cette moustiquaire a-t-elle été acquise ?   | ACHAT SANS COUPON .. 1<br>ACHAT AVEC COUPON .. 2<br>GRATUITEMENT ..... 3<br>(ALLER À 135H) ←<br>AUTRE ..... 6<br>(PRÉCISEZ)<br>NE SAIT PAS ..... 8   | ACHAT SANS COUPON . 1<br>ACHAT AVEC COUPON . 2<br>GRATUITEMENT ..... 3<br>(ALLER À 135H) ←<br>AUTRE ..... 6<br>(PRÉCISEZ)<br>NE SAIT PAS ..... 8   | ACHAT SANS COUPON . 1<br>ACHAT AVEC COUPON . 2<br>GRATUITEMENT ..... 3<br>(ALLER À 135H) ←<br>AUTRE ..... 6<br>(PRÉCISEZ)<br>NE SAIT PAS ..... 8  |   |  |   |   |  |  |  |  |  |  |  |  |
| 136G | Combien d'argent avez-vous effectivement payé pour acquérir la moustiquaire ? NOTER EN FRANCS CFA.  | PRIX . <table border="1" style="display: inline-table; vertical-align: middle;"><tr><td></td><td></td><td></td><td></td></tr></table><br>NE SAIT PAS ..... 9998  |  |   |   |  | PRIX ..... <table border="1" style="display: inline-table; vertical-align: middle;"><tr><td></td><td></td><td></td><td></td></tr></table><br>NE SAIT PAS ..... 9998 |   |  |  |  | PRIX .... <table border="1" style="display: inline-table; vertical-align: middle;"><tr><td></td><td></td><td></td><td></td></tr></table><br>NE SAIT PAS ..... 9998 |  |  |  |  |
|      |   |  |  |   |   |  |   |   |  |  |  |  |  |  |  |  |
|      |   |  |  |   |   |  |   |   |  |  |  |  |  |  |  |  |
|      |   |  |  |   |   |  |   |   |  |  |  |  |  |  |  |  |
| 136H | VÉRIFIEZ 130 ET 132:<br><br>MILDA OU AUTRES TYPES DE MOUSTIQUAIRES.   | Q130 : MILDA :<br>(ALLER À 136I a-) ←<br><br>Q132 : CODE 1 :<br>(ALLER À 136I b-) ←<br><br>Q132 : CODES 2 OU 8 :<br>(ALLER À 136I a-) ←  | Q130 : MILDA :<br>(ALLER À 136I a-) →<br><br>Q132 : CODE 1 :<br>(ALLER À 136I b-) ←<br><br>Q132 : CODES 2 OU 8 :<br>(ALLER À 136I a-) ←  | Q130 : MILDA :<br>(ALLER À 136I a-) ←<br><br>Q132 : CODE 1 :<br>(ALLER À 136I b-) ←<br><br>Q132 : CODES 2 OU 8 :<br>(ALLER À 136I a-) ←   |   |  |   |   |  |  |  |  |  |  |  |  |
| 136I | a- Cette moustiquaire a-t-elle été lavée depuis que vous l'avez acquise ?<br>b- Cette moustiquaire a-t-elle été lavée depuis qu'elle a été trempée la dernière fois ? | OUI ..... 1<br>NON ..... 2<br>(ALLER À 136) ←<br>PAS SÛR/NSP ..... 8   | OUI ..... 1<br>NON ..... 2<br>(ALLER À 136) ←<br>PAS SÛR/NSP ..... 8   | OUI ..... 1<br>NON ..... 2<br>(ALLER À 136) ←<br>PAS SÛR/NSP ..... 8  |   |  |   |   |  |  |  |  |  |  |  |  |
| 136J | Combien de fois cette moustiquaire a-t-elle été lavée au cours des 12 derniers mois ?   | N. LAVAGES ... <table border="1" style="display: inline-table; vertical-align: middle;"><tr><td></td><td></td></tr></table><br>NSP/PAS SÛR ..... 98  |  |   | N. LAVAGES ... <table border="1" style="display: inline-table; vertical-align: middle;"><tr><td></td><td></td></tr></table><br>NSP/PAS SÛR ..... 98 |  |   | N. LAVAGES ... <table border="1" style="display: inline-table; vertical-align: middle;"><tr><td></td><td></td></tr></table><br>NSP/PAS SÛR ..... 98 |  |  |  |  |  |  |  |  |
|      |   |  |  |   |   |  |   |   |  |  |  |  |  |  |  |  |
|      |   |  |  |   |   |  |   |   |  |  |  |  |  |  |  |  |
|      |   |  |  |   |   |  |   |   |  |  |  |  |  |  |  |  |
| 136K | A combien de mois remonte le dernier lavage de la moustiquaire?<br>SI 12 MOIS OU PLUS, ENREGISTRER "12".  | NBRE MOIS ... <table border="1" style="display: inline-table; vertical-align: middle;"><tr><td></td><td></td></tr></table><br>NSP/PAS SÛR ..... 98   |  |   | NBRE MOIS ... <table border="1" style="display: inline-table; vertical-align: middle;"><tr><td></td><td></td></tr></table><br>NSP/PAS SÛR ..... 98  |  |   | NBRE MOIS ... <table border="1" style="display: inline-table; vertical-align: middle;"><tr><td></td><td></td></tr></table><br>NSP/PAS SÛR ..... 98  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|      |   |  |  |   |   |  |   |   |  |  |  |  |  |  |  |  |
|      |   |  |  |   |   |  |   |   |  |  |  |  |  |  |  |  |
|      |   |  |  |   |   |  |   |   |  |  |  |  |  |  |  |  |

| 128  | DEMANDER À L'ENQUÊTÉ DE VOUS MONTRER LES   | MOUSTIQUAIRE 1   | MOUSTIQUAIRE 2  | MOUSTIQUAIRE 3  |
|------|--|--|---|---|
| 136  |  | RETOURNER À 128 POUR LA MOUSTIQUAIRE SUIVANTE ; OU, SI PLUS DE MOUSTIQUAIRE DANS LE MÉNAGE:<br><b>PASSER À 137</b> | RETOURNER À 128 POUR LA MOUSTIQUAIRE SUIVANTE ; OU, SI PLUS DE MOUSTIQUAIRE DANS LE MÉNAGE:<br><b>PASSER À 137</b>  | RETOURNER À 128 DANS PREMIÈRE COLONNE DU NOUVEAU QUESTIONNAIRE ; OU, SI PLUS DE MOUSTIQUAIRE DANS LE MÉNAGE:<br><b>PASSER À 137</b> |
| 137  | Montrez-moi, s'il vous plait, où les membres du ménage se lavent le plus souvent les mains.  |  | OBSERVÉ ..... 1<br>NON OBSERVÉ,<br>PAS DANS LOGEMENT/COUR/PARCELLE ..... 2<br>NON OBSERVÉ,<br>PAS DE PERMISSION POUR VÉRIFIER ..... 3<br>NON OBSERVÉ, AUTRE RAISON ..... 4<br>(PASSER À 140) ←  |   |
| 138  | OBSERVATION SEULEMENT :<br><br>OBSERVEZ LA DISPONIBILITÉ D'EAU À L'ENDROIT OÙ LES MEMBRES DU MÉNAGE SE LAVENT LES MAINS.                               |  | EAU DISPONIBLE ..... 1<br>EAU NON DISPONIBLE ..... 2  |   |
| 139  | OBSERVATION SEULEMENT :<br>OBSERVEZ LA PRÉSENCE DE SAVON. DÉTERGENT OU AUTRE PRODUIT POUR SE LAVER.  |  | SAVON OU DÉTERGENT<br>(EN MORCEAU, LIQUIDE, POUDRE, PÂTE) ..... A<br>CENDRE, BOUE, SABLE ..... B<br>AUCUN ..... C   |   |
| 140  | DEMANDER À L'ENQUÊTÉ UNE PETITE CUILLÈRE DE SEL POUR LA CUISINE.<br><br>TEST DU SEL POUR LA TENEUR EN IODE<br>ENREGISTRER LES PPM (PARTS PAR MILLION). |  | 0 PPM (PAS D'IODE) ..... 1<br>MOINS DE 15 PPM ..... 2<br>15 PPM OU PLUS ..... 3<br>PAS DE SEL DANS LE MÉNAGE ..... 4<br>SEL NON TESTÉ ..... 6<br>(PRÉCISEZ LA RAISON)   |   |
| 140A | Au cours des trois dernières années, est-il survenu dans votre ménage un quelconque choc ?   |  | OUI ..... 1<br>NON ..... 2<br>(PASSEZ À 201) ←  |   |
| 140B | Quel a été le principal choc subi par votre ménage ?   |  | MALADIE ..... 01<br>DÉCÈS ..... 02<br>PERTE D'EMPLOI/CHÔMAGE ..... 03<br>BAISSE DE REVENU/TRANSFERTS REÇUS ..... 04<br>INONDATIONS/SÉCHERESSE/PERTE DE RÉCOLTE ..... 05<br>CONFLIT/INSÉCURITÉ/VOL OU PERTE DE BÉTAIL ..... 06<br>INCENDIE ..... 07<br>PERTE D'ARGENT ..... 08<br>AUTRE ..... 96<br>(PRÉCISEZ) |   |

| POIDS ET TAILLE, TESTS D'ANÉMIE ET DE PARASITÉMIE CHEZ LES ENFANTS DE 0-5 ANS |  |   |   |   |
|---|--|---|---|---|
| 201   | VÉRIFIEZ LA COLONNE 11 DU TABLEAU MÉNAGE. INSCRIVEZ LE NUMÉRO DE LIGNE ET LE NOM DE TOUS LES ENFANTS ÉLIGIBLES DE 0-5 ANS À Q.202. S'IL Y A PLUS DE 6 ENFANTS, UTILISEZ UN/DES QUESTIONNAIRES SUPPLÉMENTAIRES. |   |   |   |
|   |  | ENFANT 1  | ENFANT 2  | ENFANT 3  |
| 202   | NUMÉRO DE LIGNE À LA COLONNE 10<br>NOM À LA COLONNE 2  | NUMÉRO DE LIGNE .....<br>NOM .....  | NUMÉRO DE LIGNE .....<br>NOM .....  | NUMÉRO DE LIGNE .....<br>NOM .....  |
| 203   | SI MÈRE ENQUÊTÉE, COPIER MOIS ET ANNÉE DE NAISSANCE DE L'HISTORIQUE DES NAISSANCE ET DEMANDER LE JOUR; SI MÈRE NON ENQUÊTÉE, DEMANDER: Quelle est la date de naissance de (NOM)?                               | JOUR .....<br>MOIS .....<br>AN .....  | JOUR .....<br>MOIS .....<br>AN .....  | JOUR .....<br>MOIS .....<br>AN .....  |
| 204   | VÉRIFIER 203:<br>ENFANT NÉ EN JANVIER 2005 OU PLUS TARD ?  | OUI ..... 1<br>NON ..... 2<br>(ALLER À 203 ENFANT SUIVANT OU, SI NON ALLER À 214)   | OUI ..... 1<br>NON ..... 2<br>(ALLER À 203 ENFANT SUIVANT OU, SI NON ALLER À 214)                         | OUI ..... 1<br>NON ..... 2<br>(ALLER À 203 ENFANT SUIVANT OU, SI NON ALLER À 214)                         |
| 205   | POIDS EN KILOGRAMMES   | KG. ....<br>ABSENT ..... 99.94<br>REFUS ..... 99.95<br>AUTRE ..... 99.96  | KG. ....<br>ABSENT ..... 99.94<br>REFUS ..... 99.95<br>AUTRE ..... 99.96                                  | KG. ....<br>ABSENT ..... 99.94<br>REFUS ..... 99.95<br>AUTRE ..... 99.96                                  |
| 206   | TAILLE EN CENTIMÈTRES  | CM. ....<br>ABSENT ..... 999.4<br>REFUS ..... 999.5<br>AUTRE ..... 999.6  | CM. ....<br>ABSENT ..... 99.94<br>REFUS ..... 99.95<br>AUTRE ..... 99.96                                  | CM. ....<br>ABSENT ..... 99.94<br>REFUS ..... 99.95<br>AUTRE ..... 99.96                                  |
| 207   | MESURÉ ALLONGÉ OU DEBOUT ?   | ALLONGÉ ..... 1<br>DEBOUT ..... 2<br>PAS MESURÉ ..... 3   | ALLONGÉ ..... 1<br>DEBOUT ..... 2<br>PAS MESURÉ ..... 3   | ALLONGÉ ..... 1<br>DEBOUT ..... 2<br>PAS MESURE ..... 3   |
| 208   | VÉRIFIEZ 203:<br>EST-CE QUE L'ENFANT A 0-5 MOIS, C'EST-À-DIRE QU'IL EST NÉ AU COURS DU MOIS DE L'ENQUÊTE OU DANS LES 5 MOIS PRÉCÉDENTS ?   | 0-5 MOIS ..... 1<br>(ALLEZ À 203 POUR ENFANT SUIVANT OU SI PLUS D'ENFANT ALLEZ À 214)<br>PLUS ÂGÉ ..... 2   | 0-5 MOIS ..... 1<br>(ALLEZ À 203 POUR ENFANT SUIVANT OU SI PLUS D'ENFANT ALLEZ À 214)<br>PLUS ÂGÉ ..... 2 | 0-5 MOIS ..... 1<br>(ALLEZ À 203 POUR ENFANT SUIVANT OU SI PLUS D'ENFANT ALLEZ À 214)<br>PLUS ÂGÉ ..... 2 |
| 209   | N° DE LIGNE DU PARENT/AUTRE ADULTE RESPONSABLE DE L'ENFANT (DE LA COLONNE 1 DU TABLEAU MÉNAGE). INSCRIVEZ '00' SI NON LISTÉ.   | NUMÉRO DE LIGNE .....<br>.....  | NUMÉRO DE LIGNE .....<br>.....  | NUMÉRO DE LIGNE .....<br>.....  |
| 210   | DEMANDEZ LE CONSENTEMENT POUR LE TEST D'ANÉMIE AU PARENT/AUTRE ADULTE IDENTIFIÉ À 209 COMME RESPONSABLE DE L'ENFANT.   | <p>Dans cette enquête, nous demandons à des gens dans tout le pays de participer au test d'anémie. L'anémie est un problème de santé sérieux qui résulte généralement d'une alimentation pauvre, d'infections ou de maladies chroniques. Les résultats de cette enquête permettront d'aider le gouvernement à développer des programmes pour prévenir et traiter l'anémie.</p> <p>Nous demandons que tous les enfants nés en 2005 ou plus tard participent au test d'anémie inclus dans cette enquête en donnant quelques gouttes de sang d'un doigt ou du talon. Pour ce test, on utilise un équipement propre et sans risque. Il n'a jamais été utilisé auparavant et il sera jeté après chaque test.</p> <p>Le sang sera testé pour l'anémie immédiatement et les résultats vous seront communiqués tout de suite. Les résultats sont strictement confidentiels et ne seront transmis à personne en dehors de l'équipe de l'enquête.</p> <p>Vous pouvez dire 'oui' pour le test ou vous pouvez dire 'non'. C'est votre décision.<br/>Autorisez-vous (NOM DE L'ENFANT/NOMS DES ENFANTS) à participer au test d'anémie ?</p> |   |   |
| 211   | ENCERCLEZ LE CODE APPROPRIÉ POUR LE CONSENTEMENT AU TEST D'ANÉMIE ET APOSEZ VOTRE SIGNATURE.   | ACCORDÉE ..... 1<br>(SIGNATURE) .....<br>REFUSÉE ..... 2  | ACCORDÉE ..... 1<br>(SIGNATURE) .....<br>REFUSÉE ..... 2  | ACCORDÉE ..... 1<br>(SIGNATURE) .....<br>REFUSÉE ..... 2  |

|  |  |   |  |  |
|--|--|---|--|--|
| 211A   | <p>DEMANDEZ LE CONSENTEMENT POUR LE TEST DE PARASITEMIE</p> <p>AU PARENT/AUTRE ADULTE</p> <p>IDENTIFIÉ À 209 COMME RESPONSABLE DE L'ENFANT.</p>  | <p>Dans cette enquête, nous demandons que les enfants de moins de 6 ans dans tout le pays prennent un test pour voir s'ils ont le paludisme. Le paludisme est une maladie grave causée par un parasite transmis par les piqûres des moustiques. Les résultats de cette enquête permettront d'aider le gouvernement à mettre en place des programmes pour prévenir et traiter le paludisme.</p> <p>Nous demandons que tous les enfants nés en 2005 ou après participent au test du paludisme en donnant quelques de sang d'un doigt (ou le talon si l'enfant a moins de 6 mois).</p> <p>Pour prélever ces gouttes, on utilisera des instruments propres et totalement sûrs qui n'ont jamais été utilisés auparavant et qui seront jetés après chaque prélèvement.</p> <p>Le sang sera testé pour le diagnostic du paludisme et le résultat vous sera communiqué immédiatement. Une partie de ces gouttes de sang sera acheminée au Laboratoire pour confirmation. Le résultat sera gardé confidentiel.</p> <p>Avez-vous des questions sur le test du paludisme ?</p> <p>Vous pouvez dire oui au test ou vous pouvez dire non. C'est à vous de décider. Acceptez-vous que (NOM DES ENFANTS) participent au test pour le diagnostic du paludisme ?</p> |  |  |
| 211B   | <p>ENCERCLEZ LE CODE APPROPRIÉ POUR LE CONSENTEMENT AU TEST DE PARASITEMIE ET APOSEZ VOTRE SIGNATURE.</p>  | <p>ACCORDÉE ..... 1</p> <p>(SIGNATURE) ←</p> <p>REFUSÉE ..... 2</p>   | <p>ACCORDÉE ..... 1</p> <p>(SIGNATURE) ←</p> <p>REFUSÉE ..... 2</p>  | <p>ACCORDÉE ..... 1</p> <p>(SIGNATURE) ←</p> <p>REFUSÉE ..... 2</p>  |
| EFFECTUEZ CHAQUE TEST POUR CHAQUE ENFANT POUR LEQUEL LE CONSENTEMENT EST OBTENU A 211 ET 211B. |  |   |  |  |
| 212  | <p>INSCRIVEZ LE NIVEAU D'HÉMOGLOBINE ICI ET DANS LA BROCHURE ANÉMIE.</p>   | <p>G/DL <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/></p> <p>ABSENT .....99.4</p> <p>REFUS .....99.5</p> <p>AUTRE .....99.6</p>  | <p>G/DL <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/></p> <p>ABSENT .....99.4</p> <p>REFUS .....99.5</p> <p>AUTRE .....99.6</p> | <p>G/DL <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/></p> <p>ABSENT .....99.4</p> <p>REFUS .....99.5</p> <p>AUTRE .....99.6</p> |
| 212A   | <p>ENREGISTREZ SI L'ENFANT A ÉTÉ TESTÉ A LA PARASITEMIE PALUSTRE (TDR)</p>   | <p>TESTE ..... 1</p> <p>PAS PRÉSENT ..... 2</p> <p>REFUS ..... 3</p> <p>AUTRE ..... 6</p> <p>(ALLER À 213) ←</p>  | <p>TESTE ..... 1</p> <p>PAS PRÉSENT ..... 2</p> <p>REFUS ..... 3</p> <p>AUTRE ..... 6</p> <p>(ALLER À 213) ←</p>                                 | <p>TESTE ..... 1</p> <p>PAS PRÉSENT ..... 2</p> <p>REFUS ..... 3</p> <p>AUTRE ..... 6</p> <p>(ALLER À 213) ←</p>                                 |
| 212B   | <p>ENREGISTREZ LE CODE RÉSULTAT DU TEST DU PALUDISME (TDR)</p>   | <p>POSITIF ..... 1</p> <p>NÉGATIF ..... 2</p> <p>(ALLER À 212D) ←</p> <p>AUTRE ..... 6</p>  | <p>POSITIF ..... 1</p> <p>NÉGATIF ..... 2</p> <p>(ALLER À 212D) ←</p> <p>AUTRE ..... 6</p>   | <p>POSITIF ..... 1</p> <p>NÉGATIF ..... 2</p> <p>(ALLER À 212D) ←</p> <p>AUTRE ..... 6</p>   |
| 212C   | <p>LISEZ L'INFORMATION POUR LE TRAITEMENT DU PALUDISME ET LE CONSENTEMENT AU PARENT OU AUTRE ADULTE RESPONSABLE DE L'ENFANT. ENCERCLEZ UN CODE ET SIGNEZ.</p>  | <p>ACCORDÉ ..... 1</p> <p>(SIGNER) ←</p> <p>REFUSÉ ..... 2</p> <p>NON ÉLIGIBLE ..... 3</p> <p>AUTRE ..... 6</p>   | <p>ACCORDÉ ..... 1</p> <p>(SIGNER) ←</p> <p>REFUSÉ ..... 2</p> <p>NON ÉLIGIBLE ..... 3</p> <p>AUTRE ..... 6</p>                                  | <p>ACCORDÉ ..... 1</p> <p>(SIGNER) ←</p> <p>REFUSÉ ..... 2</p> <p>NON ÉLIGIBLE ..... 3</p> <p>AUTRE ..... 6</p>                                  |
| 212D   | <p><b>ÉTIQUETTES CODES À BARRES</b></p> <p>* COLLEZ LA 1ÈRE ÉTIQUETTE ICI.</p> <p>* COLLEZ UNE ÉTIQUETTE SUR CHACUNE DES 2 LAMES.</p> <p>* COLLEZ UNE SUR LE TDR.</p> <p>* COLLEZ LA 5ÈME SUR LA FICHE DE TRANSMISSION DES PRÉLÈVEMENTS.</p> | <p>COLLEZ LA</p> <p>1ÈRE ÉTIQUETTE ICI</p>  | <p>COLLEZ LA</p> <p>1ÈRE ÉTIQUETTE ICI</p>   | <p>COLLEZ LA</p> <p>1ÈRE ÉTIQUETTE ICI</p>   |
| 213  | <p>RETOURNEZ À 202 DANS LA COLONNE SUIVANTE DE CE QUESTIONNAIRE OU DANS LA PREMIÈRE COLONNE DU/DES QUESTIONNAIRE/S ADDITIONNELS; S'IL N'Y A PLUS D'ENFANTS, ALLEZ À 214.</p>   |   |  |  |

| <p align="center"><b>TRAITEMENT DES ENFANTS AVEC UN TEST DE PARASITÉMIE PALUSTRE POSITIF</b></p> <p><b>SI LE TEST DE PARASITÉMIE PALUSTRE EST POSITIF:</b> Le test pour le diagnostic du paludisme montre que votre enfant a le paludisme.</p> <p>Nous pouvons vous offrir des médicaments gratuits. Ces médicaments sont appelés ACT.</p> <p>ACT est très efficace et devra en quelques jours le/la débarrasser de la fièvre et d'autres symptômes.</p> <p>ACT est également très sûr. Cependant, avec chaque médicament, il y a des effets secondaires, et ce médicament peut en avoir.</p> <p>Les effets secondaires les plus communs sont le vertige, la fatigue, le manque d'appétit, les palpitations. ACT ne devra pas être pris par des personnes qui ont un problème de cœur grave ou un paludisme sévère (par ex. cérébral) ou des problèmes régulant les sels du corps.</p> <p>DEMANDER SI L'ENFANT SOUFFRE D'UN DE CES PROBLÈMES, DONT LA MÈRE EST CONSCIENTE; SI OUI, IL NE FAUT PAS OFFRIR L'ACT.</p> <p>EXPLIQUER LES RISQUES DU PALUDISME, ET RÉFÉRER L'ENFANT À L'ÉTABLISSEMENT SANITAIRE LE PLUS PROCHE.</p> <p>Vous n'avez pas à donner le médicament à l'enfant. C'est à vous de décider. Dites-moi SVP si vous acceptez le médicament ou non?</p> |  |  |  |                                  |          |  |  |  |                       |                       |                       |                                  |  |  |  |                          |  |  |  |
|--|--|--|--|----------------------------------|----------|--|--|--|-----------------------|-----------------------|-----------------------|----------------------------------|--|--|--|--------------------------|--|--|--|
| <p align="center"><b>TRAITEMENT AVEC ACT (Falcimon)</b></p> <p align="center"><b>Artésunate (comprimé dosé à 50 mg) + Amodiaquine (comprimé dosé à 153 mg base)</b></p> <table border="1"> <tr> <th>Poids (en Kg) - Age approximatif</th> <th colspan="3">Dosage *</th> </tr> <tr> <th></th> <th>Jour 1 (en une prise)</th> <th>Jour 2 (en une prise)</th> <th>Jour 3 (en une prise)</th> </tr> <tr> <td>Moins de 10 kgs. (moins de 1 an)</td> <td>1/2 comprimé Artésunate<br/>+<br/>1/2 comprimé Amodiaquine</td> <td>1/2 comprimé Artésunate<br/>+<br/>1/2 comprimé Amodiaquine</td> <td>1/2 comprimé Artésunate<br/>+<br/>1/2 comprimé Amodiaquine</td> </tr> <tr> <td>10 - 20 kgs. (1 à 7 ans)</td> <td>1 comprimé Artésunate<br/>+<br/>1 comprimé Amodiaquine</td> <td>1 comprimé Artésunate<br/>+<br/>1 comprimé Amodiaquine</td> <td>1 comprimé Artésunate<br/>+<br/>1 comprimé Amodiaquine</td> </tr> </table>   |  |  |  | Poids (en Kg) - Age approximatif | Dosage * |  |  |  | Jour 1 (en une prise) | Jour 2 (en une prise) | Jour 3 (en une prise) | Moins de 10 kgs. (moins de 1 an) | 1/2 comprimé Artésunate<br>+<br>1/2 comprimé Amodiaquine | 1/2 comprimé Artésunate<br>+<br>1/2 comprimé Amodiaquine | 1/2 comprimé Artésunate<br>+<br>1/2 comprimé Amodiaquine | 10 - 20 kgs. (1 à 7 ans) | 1 comprimé Artésunate<br>+<br>1 comprimé Amodiaquine | 1 comprimé Artésunate<br>+<br>1 comprimé Amodiaquine | 1 comprimé Artésunate<br>+<br>1 comprimé Amodiaquine |
| Poids (en Kg) - Age approximatif   | Dosage *   |  |  |                                  |          |  |  |  |                       |                       |                       |                                  |  |  |  |                          |  |  |  |
|  | Jour 1 (en une prise)                                    | Jour 2 (en une prise)                                    | Jour 3 (en une prise)                                    |                                  |          |  |  |  |                       |                       |                       |                                  |  |  |  |                          |  |  |  |
| Moins de 10 kgs. (moins de 1 an)   | 1/2 comprimé Artésunate<br>+<br>1/2 comprimé Amodiaquine | 1/2 comprimé Artésunate<br>+<br>1/2 comprimé Amodiaquine | 1/2 comprimé Artésunate<br>+<br>1/2 comprimé Amodiaquine |                                  |          |  |  |  |                       |                       |                       |                                  |  |  |  |                          |  |  |  |
| 10 - 20 kgs. (1 à 7 ans)   | 1 comprimé Artésunate<br>+<br>1 comprimé Amodiaquine     | 1 comprimé Artésunate<br>+<br>1 comprimé Amodiaquine     | 1 comprimé Artésunate<br>+<br>1 comprimé Amodiaquine     |                                  |          |  |  |  |                       |                       |                       |                                  |  |  |  |                          |  |  |  |
| <p><b>IL FAUT ÉGALEMENT DIRE AU PARENT/RESPONSABLE ADULTE DE L'ENFANT :</b></p> <p>Si [NOM DE L'ENFANT] a un des symptômes suivants, vous devez le/la prendre immédiatement à un professionnel de la santé pour recevoir des soins:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>-- Haute fièvre</li> <li>-- Convulsions, coma</li> <li>-- Respiration rapide ou difficulté de respirer</li> <li>-- N'est pas capable de boire ou de têter</li> <li>-- Devient plus malade ou ne s'améliore pas dans 2 jours</li> </ul>  |  |  |  |                                  |          |  |  |  |                       |                       |                       |                                  |  |  |  |                          |  |  |  |

|      |  | ENFANT 4  | ENFANT 5  | ENFANT 6  |
|------|--|---|---|---|
| 202  | NUMÉRO DE LIGNE À LA COLONNE 10<br>NOM À LA COLONNE 2  | NUMÉRO DE LIGNE .....<br>NOM .....  | NUMÉRO DE LIGNE .....<br>NOM .....  | NUMÉRO DE LIGNE .....<br>NOM .....  |
| 203  | SI MÈRE ENQUÊTÉE, COPIER MOIS ET ANNÉE DE NAISSANCE DE L'HISTORIQUE DES NAISSANCE ET DEMANDER LE JOUR; SI MÈRE NON ENQUÊTÉE, DEMANDER: Quelle est la date de naissance de (NOM)? | JOUR .....<br>MOIS .....<br>AN .....  | JOUR .....<br>MOIS .....<br>AN .....  | JOUR .....<br>MOIS .....<br>AN .....  |
| 204  | VÉRIFIER 203: ENFANT NÉ EN JANVIER 2005 OU PLUS TARD ?   | OUI ..... 1<br>NON ..... 2<br>(ALLER À 203 ENFANT SUIVANT OU, SI NON ALLER À 214)   | OUI ..... 1<br>NON ..... 2<br>(ALLER À 203 ENFANT SUIVANT OU, SI NON ALLER À 214)                         | OUI ..... 1<br>NON ..... 2<br>(ALLER À 203 ENFANT SUIVANT OU, SI NON ALLER À 214)                         |
| 205  | POIDS EN KILOGRAMMES   | KG. ....<br>ABSENT ..... 99.94<br>REFUS ..... 99.95<br>AUTRE ..... 99.96  | KG. ....<br>ABSENT ..... 99.94<br>REFUS ..... 99.95<br>AUTRE ..... 99.96                                  | KG. ....<br>ABSENT ..... 99.94<br>REFUS ..... 99.95<br>AUTRE ..... 99.96                                  |
| 206  | TAILLE EN CENTIMÈTRES  | CM. ....<br>ABSENT ..... 999.4<br>REFUS ..... 999.5<br>AUTRE ..... 999.6  | CM. ....<br>ABSENT ..... 999.4<br>REFUS ..... 999.5<br>AUTRE ..... 999.6                                  | CM. ....<br>ABSENT ..... 999.4<br>REFUS ..... 999.5<br>AUTRE ..... 999.6                                  |
| 207  | MESURÉ ALLONGÉ OU DEBOUT ?   | ALLONGÉ ..... 1<br>DEBOUT ..... 2<br>PAS MESURÉ ..... 3   | ALLONGÉ ..... 1<br>DEBOUT ..... 2<br>PAS MESURÉ ..... 3   | ALLONGÉ ..... 1<br>DEBOUT ..... 2<br>PAS MESURÉ ..... 3   |
| 208  | VÉRIFIEZ 203: EST-CE QUE L'ENFANT A 0-5 MOIS, C'EST-A-DIRE QU'IL EST NÉ AU COURS DU MOIS DE L'ENQUÊTE OU DANS LES 5 MOIS PRÉCÉDENTS ?  | 0-5 MOIS ..... 1<br>(ALLEZ À 203 POUR ENFANT SUIVANT OU SI PLUS D'ENFANT ALLEZ À 214)<br>PLUS ÂGÉ ..... 2   | 0-5 MOIS ..... 1<br>(ALLEZ À 203 POUR ENFANT SUIVANT OU SI PLUS D'ENFANT ALLEZ À 214)<br>PLUS ÂGÉ ..... 2 | 0-5 MOIS ..... 1<br>(ALLEZ À 203 POUR ENFANT SUIVANT OU SI PLUS D'ENFANT ALLEZ À 214)<br>PLUS ÂGÉ ..... 2 |
| 209  | N° DE LIGNE DU PARENT/AUTRE ADULTE RESPONSABLE DE L'ENFANT (DE LA COLONNE 1 DU TABLEAU MÉNAGE). INSCRIVEZ '00' SI NON LISTÉ.   | NUMÉRO DE LIGNE .....<br>NOM .....  | NUMÉRO DE LIGNE .....<br>NOM .....  | NUMÉRO DE LIGNE .....<br>NOM .....  |
| 210  | DEMANDEZ LE CONSENTEMENT POUR LE TEST D'ANÉMIE AU PARENT/AUTRE ADULTE IDENTIFIÉ À 209 COMME RESPONSABLE DE L'ENFANT.   | <p>Dans cette enquête, nous demandons à des gens dans tout le pays de participer au test d'anémie. L'anémie est un problème de santé sérieux qui résulte généralement d'une alimentation pauvre, d'infections ou de maladies chroniques. Les résultats de cette enquête permettront d'aider le gouvernement à développer des programmes pour prévenir et traiter l'anémie.</p> <p>Nous demandons que tous les enfants nés en 2005 ou plus tard participent au test d'anémie inclus dans cette enquête en donnant quelques gouttes de sang d'un doigt ou du talon. Pour ce test, on utilise un équipement propre et sans risque. Il n'a jamais été utilisé auparavant et il sera jeté après chaque test.</p> <p>Le sang sera testé pour l'anémie immédiatement et les résultats vous seront communiqués tout de suite. Les résultats sont strictement confidentiels et ne seront transmis à personne en dehors de l'équipe de l'enquête.</p> <p>Vous pouvez dire 'oui' pour le test ou vous pouvez dire 'non'. C'est votre décision.<br/>Autorisez-vous (NOM DE L'ENFANT/NOMS DES ENFANTS) à participer au test d'anémie ?</p>   |   |   |
| 211  | ENCERCLEZ LE CODE APPROPRIÉ POUR LE CONSENTEMENT AU TEST D'ANÉMIE ET APOSEZ VOTRE SIGNATURE.   | ACCORDÉE ..... 1<br>(SIGNATURE) .....<br>REFUSÉE ..... 2  | ACCORDÉE ..... 1<br>(SIGNATURE) .....<br>REFUSÉE ..... 2  | ACCORDÉE ..... 1<br>(SIGNATURE) .....<br>REFUSÉE ..... 2  |
| 211A | DEMANDEZ LE CONSENTEMENT POUR LE TEST DE PARASITÉMIE AU PARENT/AUTRE ADULTE IDENTIFIÉ À 209 COMME RESPONSABLE DE L'ENFANT.   | <p>Dans cette enquête, nous demandons que les enfants de moins de 6 ans dans tout le pays prennent un test pour voir s'ils ont le paludisme. Le paludisme est une maladie grave causée par un parasite transmis par les piqûres des moustiques. Les résultats de cette enquête permettront d'aider le gouvernement à mettre en place des programmes pour prévenir et traiter le paludisme.</p> <p>Nous demandons que tous les enfants nés en 2005 ou après participent au test du paludisme en donnant quelques gouttes de sang d'un doigt (ou le talon si l'enfant a moins de 6 mois).</p> <p>Pour prélever ces gouttes, on utilisera des instruments propres et totalement sûrs qui n'ont jamais été utilisés auparavant et qui seront jetés après chaque prélèvement.</p> <p>Le sang sera testé pour le diagnostic du paludisme et le résultat vous sera communiqué immédiatement. Une partie de ces gouttes de sang sera acheminée au Laboratoire pour confirmation. Le résultat sera gardé confidentiel.</p> <p>Avez-vous des questions sur le test du paludisme ?</p> <p>Vous pouvez dire oui au test ou vous pouvez dire non. C'est à vous de décider.<br/>Acceptez-vous que (NOM DES ENFANTS) participent au test pour le diagnostic du paludisme ?</p> |   |   |



|  |   |   |   |   |
|--|---|---|---|---|
| 211B   | ENCERCLEZ LE CODE APPROPRIÉ POUR LE CONSENTEMENT AU TEST DE PARASITÉMIE ET APOSEZ VOTRE SIGNATURE.  | ACCORDÉE ..... 1<br>(SIGNATURE) ←<br>REFUSÉE ..... 2  | ACCORDÉE ..... 1<br>(SIGNATURE) ←<br>REFUSÉE ..... 2  | ACCORDÉE ..... 1<br>(SIGNATURE) ←<br>REFUSÉE ..... 2  |
| EFFECTUEZ CHAQUE TEST POUR CHAQUE ENFANT POUR LEQUEL LE CONSENTEMENT EST OBTENU A 211 ET 211B. |   |   |   |   |
| 212  | INSCRIVEZ LE NIVEAU D'HÉMOGLOBINE ICI ET DANS LA BROCHURE ANÉMIE (11).  | G/DL <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/><br>ABSENT .....99.4<br>REFUS .....99.5<br>AUTRE .....99.6 | G/DL <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/><br>ABSENT .....99.4<br>REFUS .....99.5<br>AUTRE .....99.6 | G/DL <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/><br>ABSENT .....99.4<br>REFUS .....99.5<br>AUTRE .....99.6 |
| 212A   | ENREGISTREZ SI L'ENFANT A ÉTÉ TESTÉ A LA PARASITÉMIE PALUSTRE (TDR)   | TESTE ..... 1<br>PAS PRÉSENT ..... 2<br>REFUS ..... 3<br>AUTRE ..... 6<br>(ALLER À 212E) ←                                    | TESTE ..... 1<br>PAS PRÉSENT ..... 2<br>REFUS ..... 3<br>AUTRE ..... 6<br>(ALLER À 212E) ←                                    | TESTE ..... 1<br>PAS PRÉSENT ..... 2<br>REFUS ..... 3<br>AUTRE ..... 6<br>(ALLER À 212E) ←                                    |
| 212B   | ENREGISTREZ LE CODE RÉSULTAT DU TEST DU PALUDISME (TDR)   | POSITIF ..... 1<br>NÉGATIF ..... 2<br>(ALLER À 212D) ←<br>AUTRE ..... 6   | POSITIF ..... 1<br>NÉGATIF ..... 2<br>(ALLER À 212D) ←<br>AUTRE ..... 6   | POSITIF ..... 1<br>NÉGATIF ..... 2<br>(ALLER À 212D) ←<br>AUTRE ..... 6   |
| 212C   | LISEZ L'INFORMATION POUR LE TRAITEMENT DU PALUDISME ET LE CONSENTEMENT AU PARENT OU AUTRE ADULTE RESPONSABLE DE L'ENFANT. ENCERCLEZ UN CODE ET SIGNEZ.  | ACCORDÉ ..... 1<br>(SIGNER) ←<br>REFUSÉ ..... 2<br>NON ÉLIGIBLE ..... 3<br>AUTRE ..... 6                                      | ACCORDÉ ..... 1<br>(SIGNER) ←<br>REFUSÉ ..... 2<br>NON ÉLIGIBLE ..... 3<br>AUTRE ..... 6                                      | ACCORDÉ ..... 1<br>(SIGNER) ←<br>REFUSÉ ..... 2<br>NON ÉLIGIBLE ..... 3<br>AUTRE ..... 6                                      |
| 212D   | <b>ÉTIQUETTES CODES À BARRES</b><br>* COLLEZ LA 1ÈRE ÉTIQUETTE ICI.<br>* COLLEZ UNE ÉTIQUETTE SUR CHACUNE DES 2 LAMES.<br>* COLLEZ UNE SUR LE TDR.<br>* COLLEZ LA 5ÈME SUR LA FICHE DE TRANSMISSION DES PRÉLÈVEMENTS. | COLLEZ LA<br>1ÈRE ÉTIQUETTE ICI   | COLLEZ LA<br>1ÈRE ÉTIQUETTE ICI   | COLLEZ LA<br>1ÈRE ÉTIQUETTE ICI   |
| 213  | RETOURNEZ A 202 DANS LA COLONNE SUIVANTE DE CE QUESTIONNAIRE OU DANS LA PREMIÈRE COLONNE DU/DES QUESTIONNAIRE/S ADDITIONNELS; S'IL N'Y A PLUS D'ENFANTS, ALLEZ À 214.   |   |   |   |

**POIDS, TAILLE, NIVEAU D'HÉMOGLOBINE ET TEST DU VIH POUR LES FEMMES DE 15-49 ANS**

|     |  |  |  |  |  |  |
|-----|--|--|--|--|--|--|
| 214 | VERIFIER LA COLONNE 9 DU TABLEAU MENAGE. ENREGISTRER LE NUMERO DE LIGNE ET LE NOM DE TOUTES LES FEMMES ELIGIBLES A LA QUESTION 215. (S'IL Y A PLUS DE 3 FEMMES, UTILISEZ UN/DES QUESTIONNAIRES SUPPLEMENTAIRES). |  |  |  |  |  |
|     |  | FEMME 1  |  | FEMME 2  |  | FEMME 3  |
| 215 | N° DE LIGNE DE LA COLONNE 9<br>NOM DE LA COLONNE 2   | N° LIGNE.....<br>NOM .....   |  | N° LIGNE.....<br>NOM .....   |  | N° LIGNE.....<br>NOM .....   |
| 216 | POIDS EN KILOGRAMMES   | KG. ....<br>ABSENTE..... 999.94<br>REFUS ..... 999.95<br>AUTRE ..... 999.96  |  | KG. ....<br>ABSENTE..... 999.94<br>REFUS ..... 999.95<br>AUTRE ..... 999.96  |  | KG. ....<br>ABSENTE..... 999.94<br>REFUS ..... 999.95<br>AUTRE ..... 999.96  |
| 217 | TAILLE EN CENTIMETRES  | CM. ....<br>ABSENTE..... 999.4<br>REFUS ..... 999.5<br>AUTRE ..... 999.6   |  | CM. ....<br>ABSENTE..... 999.4<br>REFUS ..... 999.5<br>AUTRE ..... 999.6   |  | CM. ....<br>ABSENTE..... 999.4<br>REFUS ..... 999.5<br>AUTRE ..... 999.6   |
| 218 | AGE: VERIFIEZ COLONNE 7.   | 15-17 ANS ..... 1<br>18-49 ANS ..... 2<br>(ALLEZ A 223) ↙  |  | 15-17 ANS ..... 1<br>18-49 ANS ..... 2<br>(ALLEZ A 223) ↙  |  | 15-17 ANS ..... 1<br>18-49 ANS ..... 2<br>(ALLEZ A 223) ↙  |
| 219 | ETAT MATRIMONIAL : VERIFIEZ COLONNE 8.   | CODE 4 (JAMAIS EN UNION) ..... 1<br>AUTRE ..... 2<br>(ALLEZ A 223) ↙   |  | CODE 4 (JAMAIS EN UNION) ..... 1<br>AUTRE ..... 2<br>(ALLEZ A 223) ↙   |  | CODE 4 (JAMAIS EN UNION) ..... 1<br>AUTRE ..... 2<br>(ALLEZ A 223) ↙   |
| 220 | INSCRIVEZ LE N° DE LIGNE DU PARENT/AUTRE ADULTE RESPONSABLE DE L'ADOLESCENTE. INSCRIVEZ '00' SI NON LISTE.   | N° DE LIGNE DU PARENT OU AUTRE ADULTE RESPONSABLE<br>.....   |  | N° DE LIGNE DU PARENT OU AUTRE ADULTE RESPONSABLE<br>.....   |  | N° DE LIGNE DU PARENT OU AUTRE ADULTE RESPONSABLE<br>.....   |
| 221 | DEMANDEZ LE CONSENTEMENT POUR LE TEST D'ANÉMIE AU PARENT/AUTRE ADULTE IDENTIFIÉ A Q.220 COMME RESPONSABLE POUR LES FEMMES DE 15-17 ANS QUI N'ONT JAMAIS ETE EN UNION.  | <p>Dans cette enquête, nous demandons à des gens dans tout le pays de participer au test d'anémie. L'anémie est un problème de santé sérieux qui résulte généralement d'une alimentation pauvre, d'infections ou de maladies chroniques. Les résultats de cette enquête permettront d'aider le gouvernement à développer des programmes pour prévenir et traiter l'anémie.</p> <p>Pour le test d'anémie, nous avons besoin de gouttes de sang d'un doigt. Pour ce test, on utilise un équipement propre et sans risque. Il n'a jamais été utilisé auparavant et sera jeté après chaque test.</p> <p>Le sang sera testé pour l'anémie immédiatement et les résultats vous seront communiqués, à vous et à (NOM DE L'ADOLESCENTE), tout de suite. Les résultats sont strictement confidentiels et ne seront transmis à personne en dehors de l'équipe de l'enquête.</p> <p>Avez-vous des questions à me poser ?<br/>Vous pouvez dire 'Oui' ou vous pouvez dire 'Non' pour le test de (NOM DE L'ADOLESCENTE). C'est votre décision.<br/>Autorisez-vous (NOM DE L'ADOLESCENTE) à participer au test d'anémie ?</p> |  |  |  |  |
| 222 | ENCERCLEZ LE CODE APPROPRIÉ ET APOSEZ VOTRE SIGNATURE  | ACCORDÉE ..... 1<br>REFUSEE PAR PARENT/AUTRE ADULTE RESPONSABLE ..... 2<br>_____<br>(SIGNATURE)<br>(SI REFUSEE, ALLEZ A 228)   |  | ACCORDÉE ..... 1<br>REFUSEE PAR PARENT/AUTRE ADULTE RESPONSABLE ..... 2<br>_____<br>(SIGNATURE)<br>(SI REFUSEE, ALLEZ A 228) |  | ACCORDÉE ..... 1<br>REFUSEE PAR PARENT/AUTRE ADULTE RESPONSABLE ..... 2<br>_____<br>(SIGNATURE)<br>(SI REFUSEE, ALLEZ A 228) |

|     |   | FEMME 1  | FEMME 2  | FEMME 3  |
|-----|---|--|--|--|
|     | N° DE LIGNE DE LA COLONNE 9<br>NOM DE LA COLONNE 2  | N° LIGNE ..... <input type="text"/> <input type="text"/><br>NOM .....  | N° LIGNE ..... <input type="text"/> <input type="text"/><br>NOM .....  | N° LIGNE ..... <input type="text"/> <input type="text"/><br>NOM .....  |
| 223 | DEMANDEZ LE CONSENTEMENT DE L'ENQUETEE POUR LE TEST D'ANEMIE  | <p>Dans cette enquête, nous demandons à des gens dans tout le pays de participer au test d'anémie. L'anémie est un problème de santé sérieux qui résulte généralement d'une alimentation pauvre, d'infections ou de maladies chroniques. Les résultats de cette enquête permettront d'aider le gouvernement à développer des programmes pour prévenir et traiter l'anémie.</p> <p>Pour le test d'anémie, nous avons besoin de gouttes de sang d'un doigt. Pour ce test, on utilise un équipement propre et sans risque. Il n'a jamais été utilisé auparavant et sera jeté après chaque test. Le sang sera testé pour l'anémie immédiatement et les résultats vous seront communiqués tout de suite. Les résultats sont strictement confidentiels et ne seront transmis à personne en dehors de l'équipe de l'enquête.</p> <p>Avez-vous des questions à me poser ?<br/>Vous pouvez dire 'Oui' ou vous pouvez dire 'Non' pour le test. C'est votre décision.<br/>Êtes-vous d'accord pour participer au test d'anémie ?</p>   |  |  |
| 224 | ENCERCLEZ LE CODE APPROPRIÉ ET APOSEZ VOTRE SIGNATURE   | ENQUETEE ACCEPTE ..... 1<br>ENQUETEE REFUSE ..... 2<br><br>_____<br>(SIGNATURE)<br>(SI REFUS, ALLEZ A 226)   | ENQUETEE ACCEPTE ..... 1<br>ENQUETEE REFUSE ..... 2<br><br>_____<br>(SIGNATURE)<br>(SI REFUS, ALLEZ A 226)                       | ENQUETEE ACCEPTE ..... 1<br>ENQUETEE REFUSE ..... 2<br><br>_____<br>(SIGNATURE)<br>(SI REFUS, ALLEZ A 226)                       |
| 225 | GROSSESSE : VERIFIEZ A 226 DANS QUESTIONNAIRE FEMME OU DEMANDEZ: Êtes-vous enceinte ?   | OUI ..... 1<br>NON ..... 2<br>NSP ..... 8  | OUI ..... 1<br>NON ..... 2<br>NSP ..... 8  | OUI ..... 1<br>NON ..... 2<br>NSP ..... 8  |
| 226 | AGE: VERIFIEZ COLONNE 7.  | 15-17 ANS ..... 1<br>18-49 ANS ..... 2<br>(ALLEZ A 230) ← 2  | 15-17 ANS ..... 1<br>18-49 ANS ..... 2<br>(ALLEZ A 230) ← 2  | 15-17 ANS ..... 1<br>18-49 ANS ..... 2<br>(ALLEZ A 230) ← 2  |
| 227 | ETAT MATRIMONIAL : VERIFIEZ COLONNE 8.  | CODE 4 (JAMAIS EN UNION) ..... 1<br>AUTRE ..... 2<br>(ALLEZ A 230) ← 2   | CODE 4 (JAMAIS EN UNION) ..... 1<br>AUTRE ..... 2<br>(ALLEZ A 230) ← 2   | CODE 4 (JAMAIS EN UNION) ..... 1<br>AUTRE ..... 2<br>(ALLEZ A 230) ← 2   |
| 228 | DEMANDEZ LE CONSENTEMENT POUR LA COLLECTE DE DBS AU PARENT/AUTRE ADULTE IDENTIFIÉ A 220 COMME RESPONSABLE POUR LES FEMMES DE 15-17 ANS QUI N'ONT JAMAIS ETE EN UNION. | <p>Dans cette enquête, nous demandons à des gens dans tout le pays de participer au test du VIH. Le VIH est le virus qui cause le sida. Le sida est une maladie très grave. Le test du VIH est effectué dans cette enquête pour connaître l'importance du problème du sida au Sénégal.</p> <p>Pour le test du VIH, nous avons besoin de gouttes de sang d'un doigt. Pour ce test, on utilise un équipement propre et sans risque. Il n'a jamais été utilisé auparavant et sera jeté après chaque test. Aucun nom ne sera lié au prélèvement de sang et nous ne pourrions donc pas vous donner les résultats du test. Personne d'autre ne pourra, non plus, connaître les résultats de (NOM DE L'ADOLESCENTE). Si (NOM DE L'ADOLESCENTE) voulait savoir si elle a ou non le VIH, je peux lui fournir la liste des centres [les plus proches] qui offrent des services de test et de conseils pour le VIH. Je lui donnerai également un coupon pour bénéficier de services gratuits dans ces centres.</p> <p>Avez-vous des questions à me poser ?<br/>Vous pouvez dire 'Oui' ou vous pouvez dire 'Non' pour le test. C'est votre décision.<br/>Autorisez-vous (NOM DE L'ADOLESCENTE) à participer au test du VIH ?</p> |  |  |
| 229 | ENCERCLEZ LE CODE APPROPRIÉ ET APOSEZ VOTRE SIGNATURE   | ACCORDEE ..... 1<br>REFUSEE PAR PARENT/AUTRE ADULTE RESPONSABLE ..... 2<br><br>_____<br>(SIGNATURE)<br>(SI REFUSEE, ALLEZ A 239)   | ACCORDEE ..... 1<br>REFUSEE PAR PARENT/AUTRE ADULTE RESPONSABLE ..... 2<br><br>_____<br>(SIGNATURE)<br>(SI REFUSEE, ALLEZ A 239) | ACCORDEE ..... 1<br>REFUSEE PAR PARENT/AUTRE ADULTE RESPONSABLE ..... 2<br><br>_____<br>(SIGNATURE)<br>(SI REFUSEE, ALLEZ A 239) |

|     |  | FEMME 1   | FEMME 2  | FEMME 3  |
|-----|--|---|--|--|
|     | N° DE LIGNE DE LA COLONNE 9<br>NOM DE LA COLONNE 2   | N° LIGNE.....<br>NOM .....  | N° LIGNE.....<br>NOM .....   | N° LIGNE.....<br>NOM .....   |
| 230 | DEMANDEZ LE CONSENTEMENT<br>À L'ENQUÊTÉE POUR LA COLLECTE DE DBS.  | <p>Dans cette enquête, nous demandons à des gens dans tout le pays de participer au test du VIH. Le VIH est le virus qui cause le sida. Le sida est une maladie très grave. Le test du VIH est effectué dans cette enquête pour connaître l'importance du problème du sida au (PAYS).</p> <p>Pour le test du VIH, nous avons besoin de gouttes de sang d'un doigt. Pour ce test, on utilise un équipement propre et sans risque. Il n'a jamais été utilisé auparavant et sera jeté après chaque test. Aucun nom ne sera lié au prélèvement de sang et nous ne pourrions donc pas vous donner les résultats du test. Personne d'autre ne pourra, non plus, connaître les résultats. Si vous voulez savoir si vous avez ou non le VIH, je peux vous fournir la liste des centres [les plus proches] qui offrent des services de test et de conseils pour le VIH. Je vous donnerai également un coupon pour bénéficier, vous (et votre partenaire si vous le souhaitez), de services gratuits dans ces centres.</p> <p>Avez-vous des questions à me poser ?<br/>Vous pouvez dire 'Oui' ou vous pouvez dire 'Non' pour le test. C'est votre décision.<br/>Êtes-vous d'accord pour participer au test du VIH ?</p> |  |  |
| 231 | ENCERCLEZ LE CODE APPROPRIÉ, APOSEZ VOTRE SIGNATURE ET INSCRIVEZ VOTRE CODE D'ENQUÊTEUR.   | ENQUÊTÉE ACCEPTÉE ..... 1<br>ENQUÊTÉE REFUSÉE ..... 2<br><br>_____<br>(SIGNATURE)<br><br>_____<br>(SI REFUS, ALLEZ A 239)   | ENQUÊTÉE ACCEPTÉE ..... 1<br>ENQUÊTÉE REFUSÉE ..... 2<br><br>_____<br>(SIGNATURE)<br><br>_____<br>(SI REFUS, ALLEZ A 239)          | ENQUÊTÉE ACCEPTÉE ..... 1<br>ENQUÊTÉE REFUSÉE ..... 2<br><br>_____<br>(SIGNATURE)<br><br>_____<br>(SI REFUS, ALLEZ A 239)          |
| 232 | AGE: VERIFIEZ COLONNE 7.   | 15-17 ANS ..... 1<br>18-49 ANS ..... 2<br>(ALLEZ À 236)   | 15-17 ANS ..... 1<br>18-49 ANS ..... 2<br>(ALLEZ À 236)  | 15-17 ANS ..... 1<br>18-49 ANS ..... 2<br>(ALLEZ À 236)  |
| 233 | ETAT MATRIMONIAL: VERIFIEZ COLONNE 8.  | CODE 4 (JAMAIS EN UN..... 1<br>AUTRE ..... 2<br>(ALLEZ À 236)   | CODE 4 (JAMAIS EN UNI..... 1<br>AUTRE ..... 2<br>(ALLEZ À 236)   | CODE 4 (JAMAIS EN UN..... 1<br>AUTRE ..... 2<br>(ALLEZ À 236)  |
| 234 | DEMANDEZ LE CONSENTEMENT POUR DES TESTS SUPPLÉMENTAIRES AU PARENT/AUTRE ADULTE IDENTIFIÉ A 220 COMME RESPONSABLE POUR LES FEMMES DE 15-17 ANS JAMAIS EN UNION. | <p>Nous vous demandons d'autoriser [ORGANISME D'EXÉCUTION/MINISTÈRE DE LA SANTÉ] à conserver au laboratoire une partie des échantillons sanguins pour des tests ou recherches supplémentaires. Nous ne savons pas exactement quels test pourront être effectués.</p> <p>L'échantillon de sang ne sera lié à aucun nom ni à aucune autre donnée qui pourrait permettre d'identifier (NOM DE L'ADOLESCENTE). Vous n'êtes pas obligé d'accepter. Si vous ne voulez pas qu'un échantillon de sang soit conservé pour une utilisation future, (NOM DE L'ADOLESCENTE) peut quand même participer au test du VIH dans le cadre de cette enquête. Est-ce que vous nous donnez l'autorisation de conserver un échantillon de sang pour des recherches ou tests supplémentaires ?</p>   |  |  |
| 235 | ENCERCLEZ LE CODE APPROPRIÉ, ET APOSEZ VOTRE SIGNATURE   | ACCORDEE ..... 1<br>REFUSEE PAR PARENT/AUTRE ADULTE RESPONSABLE ..... 2<br><br>_____<br>(SIGNATURE)<br><br>(SI REFUS, ALLEZ A 238)  | ACCORDEE ..... 1<br>REFUSEE PAR PARENT/AUTRE ADULTE RESPONSABLE ..... 2<br><br>_____<br>(SIGNATURE)<br><br>(SI REFUS, ALLEZ A 238) | ACCORDEE ..... 1<br>REFUSEE PAR PARENT/AUTRE ADULTE RESPONSABLE ..... 2<br><br>_____<br>(SIGNATURE)<br><br>(SI REFUS, ALLEZ A 238) |
| 236 | DEMANDEZ LE CONSENTEMENT A L'ENQUÊTÉE POUR DES TESTS SUPPLÉMENTAIRES.  | <p>Nous vous demandons d'autoriser [ORGANISME D'EXÉCUTION/MINISTÈRE DE LA SANTÉ] à conserver au laboratoire une partie des échantillons sanguins pour des tests ou recherches supplémentaires. Nous ne savons pas exactement quels test pourront être effectués.</p> <p>L'échantillon de sang ne sera lié à aucun nom ni à aucune autre donnée qui pourrait permettre de vous identifier. Vous n'êtes pas obligée d'accepter. Si vous ne voulez pas qu'un échantillon de sang soit conservé pour une utilisation future, vous pouvez quand même participer au test du VIH dans le cadre de cette enquête. Est-ce que vous nous donnez l'autorisation de conserver un échantillon de sang pour des recherches ou tests supplémentaires ?</p>   |  |  |

|     |  | FEMME 1   | FEMME 2   | FEMME 3   |
|-----|--|---|---|---|
|     | N° DE LIGNE DE LA COLONNE 9<br>NOM DE LA COLONNE 2   | N° LIGNE.....<br>NOM .....  | N° LIGNE.....<br>NOM .....  | N° LIGNE.....<br>NOM .....  |
| 237 | ENCERCLEZ LE CODE APPROPRIÉ, ET APOSEZ VOTRE SIGNATURE   | ENQUETEE ACCEPTE ..... 1<br>ENQUETEE REFUSE ..... 2<br><br>(SIGNATURE)<br>(SI ACCEPTE, ALLEZ A 239)   | ENQUETEE ACCEPTE ..... 1<br>ENQUETEE REFUSE ..... 2<br><br>(SIGNATURE)<br>(SI ACCEPTE, ALLEZ A 239)   | ENQUETEE ACCEPTE ..... 1<br>ENQUETEE REFUSE ..... 2<br><br>(SIGNATURE)<br>(SI ACCEPTE, ALLEZ A 239)   |
| 238 | TESTS SUPPLEMENTAIRES  | VERIFIEZ 235 ET 237 :<br>SI LE CONSENTEMENT N'A PAS ETE DONNE, INSCRIVEZ "PAS DE TESTS SUPPLEMENTAIRES" SUR LE PAPIER FILTRE.   | VERIFIEZ 235 ET 237 :<br>SI LE CONSENTEMENT N'A PAS ETE DONNE, INSCRIVEZ "PAS DE TESTS SUPPLEMENTAIRES" SUR LE PAPIER FILTRE.   | VERIFIEZ 235 ET 237 :<br>SI LE CONSENTEMENT N'A PAS ETE DONNE, INSCRIVEZ "PAS DE TESTS SUPPLEMENTAIRES" SUR LE PAPIER FILTRE.   |
| 239 | PREPAREZ L'EQUIPEMENT ET LES FOURNITURES SEULEMENT POUR LE/LES TEST(S) POUR LEQUELS/LESQUELS LE CONSENTEMENT A ETE OBTENU ET CONTINUEZ AVEC LE/LES TEST(S).          |   |   |   |
| 240 | INSCRIVEZ LE NIVEAU D'HEMOGLOBINE ICI ET DANS LA BROCHURE ANEMIE.  | G/DL .....<br>ABSENTE..... 99.4<br>REFUS ..... 99.5<br>AUTRE ..... 99.6   | G/DL .....<br>ABSENTE..... 99.4<br>REFUS ..... 99.5<br>AUTRE ..... 99.6   | G/DL .....<br>ABSENTE..... 99.4<br>REFUS ..... 99.5<br>AUTRE ..... 99.6   |
| 241 | ETIQUETTE CODE BARRE   | COLLEZ LA 1 <sup>re</sup> ETIQUETTE CODE BARRE ICI<br><br>ABSENTE..... 99994<br>REFUS ..... 99995<br>AUTRE ..... 99996<br>COLLEZ LA 2 <sup>e</sup> ETIQUETTE CODE BARRE SUR LE PAPIER FILTRE DE L'ENQUETEE ET LA 3 <sup>e</sup> SUR LA FICHE DE TRANSMISSION. | COLLEZ LA 1 <sup>re</sup> ETIQUETTE CODE BARRE ICI<br><br>ABSENTE..... 99994<br>REFUS ..... 99995<br>AUTRE ..... 99996<br>COLLEZ LA 2 <sup>e</sup> ETIQUETTE CODE BARRE SUR LE PAPIER FILTRE DE L'ENQUETEE ET LA 3 <sup>e</sup> SUR LA FICHE DE TRANSMISSION. | COLLEZ LA 1 <sup>re</sup> ETIQUETTE CODE BARRE ICI<br><br>ABSENTE..... 99994<br>REFUS ..... 99995<br>AUTRE ..... 99996<br>COLLEZ LA 2 <sup>e</sup> ETIQUETTE CODE BARRE SUR LE PAPIER FILTRE DE L'ENQUETEE ET LA 3 <sup>e</sup> SUR LA FICHE DE TRANSMISSION. |
| 242 | RETOURNEZ A 216 A LA COLONNE SUIVANTE DE CE QUESTIONNAIRE OU AUX PREMIERES COLONNES DU/DES QUESTIONNAIRE(S) SUPPLEMENTAIRES; S'IL N'Y A PLUS DE FEMMES, ALLEZ A 243. |   |   |   |

**POIDS, TAILLE, NIVEAU D'HÉMOGLOBINE ET TEST DU VIH POUR LES HOMMES DE 15-59 ANS**

|     |   |   |   |   |
|-----|---|---|---|---|
| 243 | VÉRIFIER LA COLONNE 10 DU TABLEAU MÉNAGE. ENREGISTRER LE NUMÉRO DE LIGNE ET LE NOM DE TOUS LES HOMMES ÉLIGIBLES À Q.244. S'IL Y A PLUS DE TROIS HOMMES, UTILISEZ UN/DES QUESTIONNAIRE(S) SUPPLÉMENTAIRE(S). |   |   |   |
|     |   | HOMME 1   | HOMME 2   | HOMME 3   |
| 244 | N° DE LIGNE DE COLONNE 10<br><br>NOM DE LA COLONNE 2  | N° LIGNE <input type="text"/><br><br>NOM <input type="text"/>   | N° LIGNE <input type="text"/><br><br>NOM <input type="text"/>   | N° LIGNE <input type="text"/><br><br>NOM <input type="text"/>   |
| 245 | POIDS EN KILOGRAMMES  | KG. <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/><br>ABSENT ..... 999.94<br>REFUS ..... 999.95<br>AUTRE ..... 999.96   | KG. <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/><br>ABSENT ..... 999.94<br>REFUS ..... 999.95<br>AUTRE ..... 999.96 | KG. <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/><br>ABSENT ..... 999.94<br>REFUS ..... 999.95<br>AUTRE ..... 999.96 |
| 246 | TAILLE EN CENTIMÈTRES   | CM. <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/><br>ABSENT ..... 999.4<br>REFUS ..... 999.5<br>AUTRE ..... 999.6  | CM. <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/><br>ABSENT ..... 999.4<br>REFUS ..... 999.5<br>AUTRE ..... 999.6    | CM. <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/><br>ABSENT ..... 999.4<br>REFUS ..... 999.5<br>AUTRE ..... 999.6    |
| 247 | ÂGE: VÉRIFIEZ COLONNE 7.  | 15-17 ANS ..... 1<br>18-49 ANS ..... 2<br>(ALLEZ À 252) ←   | 15-17 ANS ..... 1<br>18-49 ANS ..... 2<br>(ALLEZ À 252) ←   | 15-17 ANS ..... 1<br>18-49 ANS ..... 2<br>(ALLEZ À 252) ←   |
| 248 | ÉTAT MATRIMONIAL : VÉRIFIEZ COLONNE 8.  | CODE 4 (JAMAIS EN UNION) ... 1<br>AUTRE ..... 2<br>(ALLEZ À 252) ←  | CODE 4 (JAMAIS EN UNION) ... 1<br>AUTRE ..... 2<br>(ALLEZ À 252) ←  | CODE 4 (JAMAIS EN UNION) ... 1<br>AUTRE ..... 2<br>(ALLEZ À 252) ←  |
| 249 | INSCRIVEZ LE N° DE LIGNE DU PARENT/AUTRE ADULTE RESPONSABLE POUR L'ADOLESCENT. INSCRIVEZ '00' SI NON LISTÉ.   | N° DE LIGNE DU PARENT OU AUTRE ADULTE RESPONSABLE <input type="text"/>  | N° DE LIGNE DU PARENT OU AUTRE ADULTE RESPONSABLE <input type="text"/>  | N° DE LIGNE DU PARENT OU AUTRE ADULTE RESPONSABLE <input type="text"/>  |
| 250 | DEMANDEZ LE CONSENTEMENT POUR LE TEST D'ANÉMIE AU PARENT/AUTRE ADULTE IDENTIFIÉ À Q.249 COMME RESPONSABLE POUR LES HOMMES DE 15-17 ANS QUI N'ONT JAMAIS ÉTÉ EN UNION.                                       | <p>Dans cette enquête, nous demandons à des gens dans tout le pays de participer au test d'anémie. L'anémie est un problème de santé sérieux qui résulte généralement d'une alimentation pauvre, d'infections ou de maladies chroniques. Les résultats de cette enquête permettront d'aider le gouvernement à développer des programmes pour prévenir et traiter l'anémie.</p> <p>Pour le test d'anémie, nous avons besoin de gouttes de sang d'un doigt. Pour ce test, on utilise un équipement propre et sans risque. Il n'a jamais été utilisé auparavant et sera jeté après chaque test.</p> <p>Le sang sera testé pour l'anémie immédiatement et les résultats vous seront communiqués, à vous et à (NOM DE L'ADOLESCENT), tout de suite. Les résultats sont strictement confidentiels et ne seront transmis à personne en dehors de l'équipe de l'enquête.</p> <p>Avez-vous des questions à me poser ?</p> <p>Vous pouvez dire 'Oui' ou vous pouvez dire 'Non' pour le test de (NOM DE L'ADOLESCENT). C'est votre décision.</p> <p>Autorisez-vous (NOM DE L'ADOLESCENT) à participer au test d'anémie ?</p> |   |   |
| 251 | ENCERCLEZ LE CODE APPROPRIÉ ET APPOSEZ VOTRE SIGNATURE  | ACCORDÉE ..... 1<br>REFUSÉE PAR PARENT/AUTRE ADULTE RESPONSABLE ..... 2<br>_____<br>(SIGNATURE)<br>(SI REFUS, ALLEZ À 256)  | ACCORDÉE ..... 1<br>REFUSÉE PAR PARENT/AUTRE ADULTE RESPONSABLE ..... 2<br>_____<br>(SIGNATURE)<br>(SI REFUS, ALLEZ À 256)            | ACCORDÉE ..... 1<br>REFUSÉE PAR PARENT/AUTRE ADULTE RESPONSABLE ..... 2<br>_____<br>(SIGNATURE)<br>(SI REFUS, ALLEZ À 256)            |

|     |   | HOMME 1  | HOMME 2  | HOMME 3  |
|-----|---|--|--|--|
|     | N° DE LIGNE DE LA COLONNE 10<br>NOM DE LA COLONNE 2   | N° LIGNE ..... <input type="text"/> <input type="text"/><br>NOM .....  | N° LIGNE ..... <input type="text"/> <input type="text"/><br>NOM .....  | N° LIGNE ..... <input type="text"/> <input type="text"/><br>NOM .....  |
| 252 | DEMANDEZ LE CONSENTEMENT DE L'ENQUÊTÉ POUR LE TEST D'ANÉMIE.  | <p>Dans cette enquête, nous demandons à des gens dans tout le pays de participer au test d'anémie. L'anémie est un problème de santé sérieux qui résulte généralement d'une alimentation pauvre, d'infections ou de maladies chroniques. Les résultats de cette enquête permettront d'aider le gouvernement à développer des programmes pour prévenir et traiter l'anémie.</p> <p>Pour le test d'anémie, nous avons besoin de gouttes de sang d'un doigt. Pour ce test, on utilise un équipement propre et sans risque. Il n'a jamais été utilisé auparavant et sera jeté après chaque test.</p> <p>Le sang sera testé pour l'anémie immédiatement et les résultats vous seront communiqués tout de suite. Les résultats sont strictement confidentiels et ne seront transmis à personne en dehors de l'équipe de l'enquête.</p> <p>Avez-vous des questions à me poser ?<br/>Vous pouvez dire 'Oui' ou vous pouvez dire 'Non' pour le test. C'est votre décision.<br/>Êtes-vous d'accord pour participer au test d'anémie ?</p>  |  |  |
| 253 | ENCERCLEZ LE CODE APPROPRIÉ ET APOSEZ VOTRE SIGNATURE   | ENQUÊTÉ ACCEPTE ..... 1<br>ENQUÊTÉ REFUSE ..... 2<br><br>_____<br>(SIGNATURE)  | ENQUÊTÉ ACCEPTE ..... 1<br>ENQUÊTÉ REFUSE ..... 2<br><br>_____<br>(SIGNATURE)  | ENQUÊTÉ ACCEPTE ..... 1<br>ENQUÊTÉ REFUSE ..... 2<br><br>_____<br>(SIGNATURE)  |
| 254 | ÂGE: VÉRIFIEZ COLONNE 7.  | 15-17 ANS ..... 1<br>18-49 ANS ..... 2<br>(ALLEZ À 258) ←  | 15-17 ANS ..... 1<br>18-49 ANS ..... 2<br>(ALLEZ À 258) ←  | 15-17 ANS ..... 1<br>18-49 ANS ..... 2<br>(ALLEZ À 258) ←  |
| 255 | ÉTAT MATRIMONIAL: VÉRIFIEZ COLONNE 8.   | CODE 4 (JAMAIS EN UNION) ... 1<br>AUTRE ..... 2<br>(ALLEZ À 258) ←   | CODE 4 (JAMAIS EN UNION) ... 1<br>AUTRE ..... 2<br>(ALLEZ À 258) ←   | CODE 4 (JAMAIS EN UNION) ... 1<br>AUTRE ..... 2<br>(ALLEZ À 258) ←   |
| 256 | DEMANDEZ LE CONSENTEMENT POUR LA COLLECTE DE DBS AU PARENT/AUTRE ADULTE IDENTIFIÉ À 249 COMME RESPONSABLE POUR LES HOMMES DE 15-17 ANS QUI N'ONT JAMAIS ÉTÉ EN UNION. | <p>Dans cette enquête, nous demandons à des gens dans tout le pays de participer au test du VIH. Le VIH est le virus qui cause le sida. Le sida est une maladie très grave. Le test du VIH est effectué dans cette enquête pour connaître l'importance du problème du sida au SENEGAL</p> <p>Pour le test du VIH, nous avons besoin de gouttes de sang d'un doigt. Pour ce test, on utilise un équipement propre et sans risque. Il n'a jamais été utilisé auparavant et sera jeté après chaque test. Aucun nom ne sera lié au prélèvement de sang et nous ne pourrions donc pas vous donner les résultats du test. Personne d'autre ne pourra, non plus, connaître les résultats de (NOM DE L'ADOLESCENT). Si (NOM DE L'ADOLESCENT) voulait savoir s'il a ou non le VIH, je peux lui fournir la liste des centres [les plus proches] qui offrent des services de test et de conseils pour le VIH. Je lui donnerai également un coupon pour bénéficier de services gratuits dans ces centres.</p> <p>Avez-vous des questions à me poser ?<br/>Vous pouvez dire 'Oui' ou vous pouvez dire 'Non' pour le test de (NOM DE L'ADOLESCENT). C'est votre décision.<br/>Autorisez-vous (NOM DE L'ADOLESCENT) à participer au test du VIH ?</p> |  |  |
| 257 | ENCERCLEZ LE CODE APPROPRIÉ ET APOSEZ VOTRE SIGNATURE   | ACCORDÉE ..... 1<br>REFUSÉE PAR PARENT/AUTRE ADULTE RESPONSABLE ..... 2<br><br>_____<br>(SIGNATURE)<br>(SI REFUS, ALLEZ À 267)   | ACCORDÉE ..... 1<br>REFUSÉE PAR PARENT/AUTRE ADULTE RESPONSABLE ..... 2<br><br>_____<br>(SIGNATURE)<br>(SI REFUS, ALLEZ À 267) | ACCORDÉE ..... 1<br>REFUSÉE PAR PARENT/AUTRE ADULTE RESPONSABLE ..... 2<br><br>_____<br>(SIGNATURE)<br>(SI REFUS, ALLEZ À 267) |

|     |   | HOMME 1   | HOMME 2  | HOMME 3  |
|-----|---|---|--|--|
|     | N° DE LIGNE DE LA COLONNE 10<br>NOM DE LA COLONNE 2   | N° LIGNE ..... <input type="text"/> <input type="text"/><br>NOM .....   | N° LIGNE ..... <input type="text"/> <input type="text"/><br>NOM .....  | N° LIGNE ..... <input type="text"/> <input type="text"/><br>NOM .....  |
| 258 | DEMANDEZ LE CONSENTEMENT À L'ENQUÊTE POUR LA COLLECTE DE DBS.   | <p>Dans cette enquête, nous demandons à des gens dans tout le pays de participer au test du VIH. Le VIH est le virus qui cause le sida. Le sida est une maladie très grave. Le test du VIH est effectué dans cette enquête pour connaître l'importance du problème du sida au (PAYS).</p> <p>Pour le test du VIH, nous avons besoin de gouttes de sang d'un doigt. Pour ce test, on utilise un équipement propre et sans risque. Il n'a jamais été utilisé auparavant et sera jeté après chaque test. Aucun nom ne sera lié au prélèvement de sang et nous ne pourrions donc pas vous donner les résultats du test. Personne d'autre ne pourra, non plus, connaître les résultats. Si vous voulez savoir si vous avez ou non le VIH, je peux vous fournir la liste des centres [les plus proches] qui offrent des services de test et de conseils pour le VIH. Je vous donnerai également un coupon pour bénéficier, vous (et votre partenaire si vous le souhaitez), de services gratuits dans ces centres.</p> <p>Avez-vous des questions à me poser ?<br/>Vous pouvez dire 'Oui' ou vous pouvez dire 'Non' pour le test. C'est votre décision.<br/>Êtes-vous d'accord pour participer au test du VIH ?</p> |  |  |
| 259 | ENCERCLEZ LE CODE APPROPRIÉ, APOSEZ VOTRE SIGNATURE ET INSCRIVEZ VOTRE CODE D'ENQUÊTEUR.  | ENQUÊTÉ ACCEPTE ..... 1<br>ENQUÊTÉ REFUSE ..... 2<br><br>_____<br>(SIGNATURE)<br><br><input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/><br><br>(SI REFUS, ALLEZ À 267)  | ENQUÊTÉ ACCEPTE ..... 1<br>ENQUÊTÉ REFUSE ..... 2<br><br>_____<br>(SIGNATURE)<br><br><input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/><br><br>(SI REFUS, ALLEZ À 267) | ENQUÊTÉ ACCEPTE ..... 1<br>ENQUÊTÉ REFUSE ..... 2<br><br>_____<br>(SIGNATURE)<br><br><input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/><br><br>(SI REFUS, ALLEZ À 267) |
| 260 | ÂGE: VÉRIFIEZ À 247   | 15-17 ANS ..... 1<br>18-49 ANS ..... 2<br>(ALLEZ À 264) ←   | 15-17 ANS ..... 1<br>18-49 ANS ..... 2<br>(ALLEZ À 264) ←  | 15-17 ANS ..... 1<br>18-49 ANS ..... 2<br>(ALLEZ À 264) ←  |
| 261 | ÉTAT MATRIMONIAL VÉRIFIEZ LA À 248  | CODE 4 (JAMAIS EN UNION) ... 1<br>AUTRE ..... 2<br>(ALLEZ À 264) ←  | CODE 4 (JAMAIS EN UNION) ... 1<br>AUTRE ..... 2<br>(ALLEZ À 264) ←   | CODE 4 (JAMAIS EN UNION) ... 1<br>AUTRE ..... 2<br>(ALLEZ À 264) ←   |
| 262 | DEMANDEZ LE CONSENTEMENT POUR DES TESTS SUPPLÉMENTAIRES AU PARENT/AUTRE ADULTE IDENTIFIÉ À 249 COMME RESPONSABLE POUR LES HOMMES 15-17 ANS JAMAIS EN UNION. | <p>Nous vous demandons d'autoriser [ORGANISME D'EXÉCUTION/MINISTÈRE DE LA SANTÉ] à conserver au laboratoire une partie des échantillons sanguins pour des tests ou recherches supplémentaires. Nous ne savons pas exactement quels test pourront être effectués.</p> <p>L'échantillon de sang ne sera lié à aucun nom ni à aucune autre donnée qui pourrait permettre d'identifier (NOM DE L'ADOLESCENT). Vous n'êtes pas obligé d'accepter. Si vous ne voulez pas qu'un échantillon de sang soit conservé pour une utilisation future, (NOM DE L'ADOLESCENT) peut quand même participer au test du VIH dans le cadre de cette enquête. Est-ce que vous nous donnez l'autorisation de conserver un échantillon de sang pour des recherches ou tests supplémentaires ?</p>   |  |  |
| 263 | ENCERCLEZ LE CODE APPROPRIÉ, ET APOSEZ VOTRE SIGNATURE  | ACCORDÉE ..... 1<br>REFUSÉE PAR PARENT/AUTRE ADULTE RESPONSABLE ..... 2<br><br>_____<br>(SIGNATURE)<br><br>(SI REFUS, ALLEZ À 266)  | ACCORDÉE ..... 1<br>REFUSÉE PAR PARENT/AUTRE ADULTE RESPONSABLE ..... 2<br><br>_____<br>(SIGNATURE)<br><br>(SI REFUS, ALLEZ À 266)   | ACCORDÉE ..... 1<br>REFUSÉE PAR PARENT/AUTRE ADULTE RESPONSABLE ..... 2—<br><br>_____<br>(SIGNATURE)<br><br>(SI REFUS, ALLEZ À 266)  |



|     |  | HOMME 1  | HOMME 2  | HOMME 3  |
|-----|--|--|--|--|
|     | N° DE LIGNE DE LA COLONNE 10<br>NOM DE LA COLONNE 2  | N° LIGNE ..... <input type="text"/> <input type="text"/><br>NOM .....  | N° LIGNE ..... <input type="text"/> <input type="text"/><br>NOM .....  | N° LIGNE ..... <input type="text"/> <input type="text"/><br>NOM .....  |
| 264 | DEMANDEZ LE CONSENTEMENT À L'ENQUÊTÉ POUR DES TESTS SUPPLÉMENTAIRES.   | <p>Nous vous demandons d'autoriser [ORGANISME D'EXÉCUTION/MINISTÈRE DE LA SANTÉ] à conserver au laboratoire une partie des échantillons sanguins pour des tests ou recherches supplémentaires. Nous ne savons pas exactement quels test pourront être effectués.</p> <p>L'échantillon de sang ne sera lié à aucun nom ni à aucune autre donnée qui pourrait permettre de vous identifier. Vous n'êtes pas obligé d'accepter. Si vous ne voulez pas qu'un échantillon de sang soit conservé pour une utilisation future, vous pouvez quand même participer au test du VIH dans le cadre de cette enquête. Est-ce que vous nous donnez l'autorisation de conserver un échantillon de sang pour des recherches ou tests supplémentaires ?</p> |  |  |
| 265 | ENCERCLEZ LE CODE APPROPRIÉ, ET APOSEZ VOTRE SIGNATURE   | ENQUÊTÉ ACCEPTE ..... 1<br>ENQUÊTE REFUSE ..... 2<br><br>_____<br>(SIGNATURE)<br>(SI ACCEPTE, ALLEZ À 267)   | ENQUÊTÉ ACCEPTE ..... 1<br>ENQUÊTÉ REFUSE ..... 2<br><br>_____<br>(SIGNATURE)<br>(SI ACCEPTE, ALLEZ À 267)   | ENQUÊTÉ ACCEPTE ..... 1<br>ENQUÊTÉ REFUSE ..... 2<br><br>_____<br>(SIGNATURE)<br>(SI ACCEPTE, ALLEZ À 267)   |
| 266 | TESTS SUPPLÉMENTAIRES  | VÉRIFIEZ 263 ET 265 :<br>SI LE CONSENTEMENT N'A PAS ÉTÉ DONNÉ, INSCRIVEZ "PAS DE TESTS SUPPLÉMENTAIRES" SUR LE PAPIER FILTRE.  | VÉRIFIEZ 263 ET 265 :<br>SI LE CONSENTEMENT N'A PAS ÉTÉ DONNÉ, INSCRIVEZ "PAS DE TESTS SUPPLÉMENTAIRES" SUR LE PAPIER FILTRE.  | VÉRIFIEZ 263 ET 265 :<br>SI LE CONSENTEMENT N'A PAS ÉTÉ DONNÉ, INSCRIVEZ "PAS DE TESTS SUPPLÉMENTAIRES" SUR LE PAPIER FILTRE.  |
| 267 | PRÉPAREZ L'ÉQUIPEMENT ET LES FOURNITURES SEULEMENT POUR LE/LES TEST(S) POUR LEQUELS/LESQUELS LE CONSENTEMENT A ÉTÉ OBTENU ET CONTINUEZ AVEC LE/LES TEST(S).                  |  |  |  |
| 268 | INSCRIVEZ LE NIVEAU D'HÉMOGLOBINE ICI ET DANS LA BROCHURE ANÉMIE.  | G/DL ..... <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/><br>ABSENT ..... 99.4<br>REFUS ..... 99.5<br>AUTRE ..... 99.6   | G/DL ..... <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/><br>ABSENT ..... 99.4<br>REFUS ..... 99.5<br>AUTRE ..... 99.6   | G/DL ..... <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/><br>ABSENT ..... 99.4<br>REFUS ..... 99.5<br>AUTRE ..... 99.6   |
| 269 | ÉTIQUETTE CODE BARRE   | <div style="border: 1px dashed black; padding: 10px; text-align: center;">COLLEZ LA 1<sup>re</sup> ÉTIQUETTE CODE BARRE ICI</div><br>ABSENT ..... 99994<br>REFUS ..... 99995<br>AUTRE ..... 99996<br>COLLEZ LA 2 <sup>e</sup> ÉTIQUETTE CODE BARRE SUR LE PAPIER FILTRE DE L'ENQUÊTÉE ET LA 3 <sup>e</sup> SUR LA FICHE DE TRANSMISSION.   | <div style="border: 1px dashed black; padding: 10px; text-align: center;">COLLEZ LA 1<sup>re</sup> ÉTIQUETTE CODE BARRE ICI</div><br>ABSENT ..... 99994<br>REFUS ..... 99995<br>AUTRE ..... 99996<br>COLLEZ LA 2 <sup>e</sup> ÉTIQUETTE CODE BARRE SUR LE PAPIER FILTRE DE L'ENQUÊTÉE ET LA 3 <sup>e</sup> SUR LA FICHE DE TRANSMISSION. | <div style="border: 1px dashed black; padding: 10px; text-align: center;">COLLEZ LA 1<sup>re</sup> ÉTIQUETTE CODE BARRE ICI</div><br>ABSENT ..... 99994<br>REFUS ..... 99995<br>AUTRE ..... 99996<br>COLLEZ LA 2 <sup>e</sup> ÉTIQUETTE CODE BARRE SUR LE PAPIER FILTRE DE L'ENQUÊTÉE ET LA 3 <sup>e</sup> SUR LA FICHE DE TRANSMISSION. |
| 270 | RETOURNEZ À 245 À LA COLONNE SUIVANTE DE CE QUESTIONNAIRE OU AUX PREMIÈRES COLONNES DU/DES QUESTIONNAIRE(S) SUPPLÉMENTAIRES; S'IL N'Y A PLUS D'HOMMES, TERMINEZ L'INTERVIEW. |  |  |  |



ENQUÊTE DÉMOGRAPHIQUE ET DE SANTÉ A INDICATEURS MULTIPLES (EDSV-MICS\_2010)  
QUESTIONNAIRE FEMME

République du Sénégal

Ministère de l'Economie et des Finances

Ministère de la Santé et de la Prévention Médicale

ICF Macro

**IDENTIFICATION**

NOM DE LA LOCALITÉ \_\_\_\_\_

NOM DU CHEF DE MÉNAGE \_\_\_\_\_ NUMÉRO DU MÉNAGE \_\_\_\_\_

NUMÉRO DE CONCESSION.....

NUMÉRO DE GRAPPE .....

RÉGION \_\_\_\_\_

DEPARTEMENT \_\_\_\_\_

DISTRICT SANITAIRE \_\_\_\_\_

URBAIN/RURAL (URBAIN=1, RURAL=2) .....

DAKAR/CAPITALE RÉGIONALE/AUTRE VILLE/RURAL .....

(DAKAR=1, CAPITALE RÉGIONALE=2, AUTRE VILLE=3, RURAL=4)

NOM ET NUMÉRO DE LIGNE DE LA FEMME \_\_\_\_\_

MÉNAGE . . . . .

CONCES. . . . .

GRAPPE . . . . .

RÉGION . . . . .

DEPARTEMENT . . . . .

DISTRICT.....

MILIEU . . . . .

MILIEU (DÉTAILLÉ) . . . . .

N° DE LIGNE . . . . .

**VISITES D'ENQUÊTRICE**

|                       | 1 | 2 | 3 | VISITE FINALE                   |
|-----------------------|---|---|---|---------------------------------|
| DATE                  |   |   |   | JOUR . . . . .                  |
|                       |   |   |   | MOIS . . . . .                  |
|                       |   |   |   | ANNÉE . 2 0 1                   |
| NOM DE L'ENQUÊTRICE   |   |   |   | CODE ENQUÊT. . . . .            |
| RÉSULTAT*             |   |   |   | CODE RÉSULTAT. . . . .          |
| PROCHAINE DATE VISITE |   |   |   | NBRE TOTAL DE VISITES . . . . . |
|                       |   |   |   |                                 |

\*CODES RÉSULTAT :

1 REMPLI                      4 REFUSÉ

2 PAS À LA MAISON        5 REMPLI PARTIELLEMENT        7 AUTRE \_\_\_\_\_

3 DIFFÉRÉ                    6 INCAPACITÉ                      (PRÉCISER)

LANGUE DE QUESTIONNAIRE\*\* 1 LANGUE DE L'INTERVIEW\*\* INTERPRÊTE (OUI=1, NON=2)

\*\*CODES LANGUE : 1 FRANÇAIS 4 SERER 8 AUTRES

2 WOLOF 5 MANDINGUE

3 POULAR 6 DJOLA

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

## PRÉSENTATION ET CONSENTEMENT INFORMÉ

Bonjour. Je m'appelle \_\_\_\_\_ et je travaille pour l'ANSO . Nous effectuons une enquête nationale sur la santé au SENEAL. Les informations que nous collectons aideront votre gouvernement à améliorer les services de santé. Votre ménage a été sélectionné pour cette enquête. Les questions prennent habituellement entre 30 et 60 minutes. Toutes les informations que vous nous donnez sont strictement confidentielles et elles ne seront transmises à personne d'autre que les membres de l'équipe d'enquête. Vous n'êtes pas obligée de participer à cette enquête mais nous espérons que vous accepterez d'y participer car votre opinion est très importante. S'il arrivait que je pose une question à laquelle vous ne voulez pas répondre, dites-le moi et je passerai à la question suivante ; vous pouvez également interrompre l'interview à n'importe quel moment.

Avez-vous des questions ? Puis-je commencer l'interview maintenant ?

SIGNATURE DE L'ENQUÊTRICE : \_\_\_\_\_ DATE: \_\_\_\_\_

L'ENQUÊTÉE ACCEPTE D'ÊTRE INTERVIEWÉE ... 1    L'ENQUÊTÉE REFUSE D'ÊTRE INTERVIEWÉE ..... 2 → FIN

390 • Annexe E

| N°   | QUESTIONS ET FILTRES  | CODES   | PASSEZ A |
|------|---|---|----------|
| 108  | Je voudrais maintenant que vous me lisiez cette phrase,<br><br>MONTREZ LA CARTE À L'ENQUÊTÉE.<br><br>SI L'ENQUÊTÉE NE PEUT LIRE TOUTE LA PHRASE,<br>INSISTEZ:<br>Pouvez-vous lire une partie de la phrase ? | NE PEUT PAS LIRE DU TOUT..... 1<br>PEUT SEULEMENT LIRE DES PARTIES<br>DE LA PHRASE ..... 2<br>PEUT LIRE TOUTE LA PHRASE ..... 3<br>PAS DE CARTE DANS<br>LA LANGUE DE<br>L'ENQUÊTÉE ..... 4<br>(PRÉCISEZ LA LANGUE)<br>AVEUGLE/PROBLÈMES DE VUE..... 5 |          |
| 108A | Avez-vous déjà participé à un programme d'alphabétisation ou à un autre programme qui comprenait l'apprentissage de la lecture et de l'écriture (non compris l'école primaire) ?                            | OUI ..... 1<br>NON..... 2   | → 109    |
| 108B | Dans quelles langues étaient donnés les programmes d'alphabétisation auxquels vous avez participé ?<br><br>INSISTER :<br>Aucun autre ?<br><br>ENREGISTRER TOUT CE QUI EST MENTIONNÉ.                        | ARABE/MEDERSA ..... A<br>WOLOF ..... B<br>POULAR ..... C<br>SEREF ..... D<br>DIOLA ..... E<br>MANDINGUE ..... F<br>SONINKE ..... G<br>AUTRE ..... X<br>(PRÉCISER LANGUE)  |          |
| 109  | VÉRIFIEZ 108:<br><br>CODE '2', '3' <input type="checkbox"/> CODE '1' OU '5' <input type="checkbox"/><br>OU '4' <input type="checkbox"/><br>ENCERCLÉ ↓   |   | → 111    |
| 110  | Lisez-vous un journal, l'internet ou un magazine au moins une fois par semaine, moins d'une fois par semaine ou pas du tout ?   | AU MOINS UNE FOIS PAR SEMAINE 1<br>MOINS D'UNE FOIS PAR SEMAINE... 2<br>PAS DU TOUT ..... 3   |          |
| 111  | Écoutez-vous la radio au moins une fois par semaine, moins d'une fois par semaine ou pas du tout ?  | AU MOINS UNE FOIS PAR SEMAINE 1<br>MOINS D'UNE FOIS PAR SEMAINE... 2<br>PAS DU TOUT ..... 3   |          |
| 112  | Regardez-vous la télévision au moins une fois par semaine, moins d'une fois par semaine ou pas du tout ?  | AU MOINS UNE FOIS PAR SEMAINE 1<br>MOINS D'UNE FOIS PAR SEMAINE... 2<br>PAS DU TOUT ..... 3   |          |
| 113  | Quelle est votre religion?  | MUSULMAN..... 1<br>CHRÉTIEN ..... 2<br>ANIMISTE ..... 3<br>SANS RELIGION ..... 4<br>AUTRE ..... 6<br>(PRÉCISER)   |          |
| 114A | Etes-vous sénégalaise ?   | OUI ..... 1<br>NON ..... 2  | → 115    |
| 114  | Quelle est votre ethnie?  | WOLOF ..... 01<br>POULAR ..... 02<br>SERER ..... 03<br>MANDINGUE ..... 04<br>DIOLA ..... 05<br>SONINKÉ..... 06<br>AUTRE ..... 96<br>(PRÉCISER)  |          |
| 115  | Au cours des 12 derniers mois, combien de fois avez-vous dormi ailleurs que chez vous pour une ou plusieurs nuits ?   | NOMBRE DE FOIS ..... <input type="text"/> <input type="text"/><br>AUCUNE ..... 00   | → 201    |
| 116  | Au cours des 12 derniers mois, avez-vous été absent de chez vous pendant plus d'un mois d'affilée ?   | OUI ..... 1<br>NON ..... 2  |          |

## SECTION 2. REPRODUCTION

| N°  | QUESTIONS ET FILTRES  | CODES   | PASSEZ À |
|-----|---|---|----------|
| 201 | Je voudrais maintenant vous poser des questions sur toutes les naissances que vous avez eues durant votre vie. Avez-vous déjà donné naissance à des enfants ?   | OUI ..... 1<br>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<br>NON ..... 2  | → 204    |
| 203 | Combien de fils vivent avec vous ?<br><br>Et combien de filles vivent avec vous ?<br><br>SI AUCUN, INSCRIVEZ '00'.  | FILS À LA MAISON .....<br><br>FILLES À LA MAISON .....<br><div><div></div><div></div><div></div><div></div></div> |          |
| 204 | Avez-vous des fils ou filles à qui vous avez donné naissance qui sont toujours en vie mais qui ne vivent pas avec vous ?  | OUI ..... 1<br>NON ..... 2  | → 206    |
| 205 | Combien de fils sont vivants mais qui ne vivent pas avec vous ?<br><br>Combien de filles sont vivantes mais qui ne vivent pas avec vous ?<br><br>SI AUCUN, INSCRIVEZ '00'.  | FILS AILLEURS .....<br><br>FILLES AILLEURS .....<br><div><div></div><div></div><div></div><div></div></div>       |          |
| 206 | Avez-vous déjà donné naissance à un garçon ou à une fille qui est né vivant mais qui est décédé par la suite ?<br><br>SI NON INSISTEZ : Aucun bébé qui a crié ou montré un signe de vie mais qui n'a pas survécu ?  | OUI ..... 1<br>NON ..... 2  | → 208    |
| 207 | Combien de garçons sont décédés ?<br><br>Combien de filles sont décédés ?<br><br>SI AUCUN, INSCRIVEZ '00'.  | GARÇONS DÉCÉDÉS .....<br><br>FILLES DÉCÉDÉES .....<br><div><div></div><div></div><div></div><div></div></div>     |          |
| 208 | FAITES LA SOMME DES RÉPONSES À 203, 205, ET 207, ET INSCRIVEZ LE TOTAL.<br>SI AUCUNE, INSCRIVEZ '00'.   | TOTAL DES NAISSANCES .....<br><div><div></div><div></div></div>   |          |
| 209 | VÉRIFIEZ 208:<br><br>Je voudrais être sûre d'avoir bien compris : vous avez eu au TOTAL ____ naissances durant votre vie. Est-ce bien exact ?<br><br>OUI <input type="checkbox"/> NON <input type="checkbox"/><br>INSISTEZ ET CORRIGEZ 201 À 208 COMME IL SE DOIT |   |          |
| 210 | VÉRIFIEZ 208:<br><br>UNE NAISSANCE OU PLUS <input type="checkbox"/> AUCUNE <input type="checkbox"/><br>→ 226  |   |          |

|   |  |   |  |  |   |                                      |  |   |  |
|---|--|---|--|--|---|--------------------------------------|--|---|--|
| <p>211 Je voudrais maintenant faire la liste de toutes vos naissances, qu'elles soient encore en vie ou non, en commençant par la 1<sup>re</sup>.<br/> <b>INSCRIVEZ LE NOM DE TOUTES LES NAISSANCES À 212. INSCRIVEZ LES Jumeaux/Triplés sur des lignes séparées.</b><br/> <b>(S'il y a plus de 12 naissances, utilisez un questionnaire supplémentaire, en commençant à la seconde ligne).</b></p> |  |   |  |  |   |                                      |  |   |  |
| 212   | 213  | 214   | 215  | 216                                      | 217   | 218                                  | 219  | 220   | 221  |
| <p>Quel nom a été donné à votre (premier enfant/ enfant suivant) ?</p> <p>INSCRIVEZ LE NOM.</p> <p>N° DE L'HISTORIQUE DES NAISSANCES</p>  | <p>(NOM) est-il un garçon ou une fille ?</p> | <p>Parmi ces naissances, y avait-il des jumeaux ?</p> | <p>En quel mois et quelle année (NOM) est-il/elle né ?</p> <p>INSISTEZ : Quelle est sa date de naissance ?</p> | <p>(NOM) est-il/elle encore en vie ?</p> | <p>Quel âge avait (NOM) à son dernier anniversaire ?</p> <p>INSCRIVEZ L'ÂGE EN ANNÉES RÉVOLUES.</p> | <p>(NOM) vit-il/elle avec vous ?</p> | <p>INSCRIVEZ LE N° DE LIGNE DE L'ENFANT DU TABLEAU MÉNAGE. (INSCRIVEZ 00° SI L'ENFANT N'EST PAS LISTÉ DANS LE MÉNAGE).</p> | <p>Quel âge avait (NOM) quand il/elle est décédé ?</p> <p>SI '1 AN', INSISTEZ : Combien de mois avait (NOM) ?</p> <p>INSCRIVEZ EN JOURS SI MOINS D'1 MOIS ; EN MOIS SI MOINS DE 2 ANS ; OU EN ANNÉES.</p> | <p>Y a-t-il eu d'autres naissances vivantes entre (NOM DE LA NAISSANCE PRÉCÉDENTE) et (NOM), y compris des enfants qui sont décédés après la naissance ?</p> |
| 01  | GAR. 1<br>FILLE 2                            | SIMP. 1<br>MULT. 2                                    | MOIS <input type="text"/><br>ANNÉE <input type="text"/>  | OUI 1<br>NON 2<br>↓<br>220               | ÂGE EN ANNÉES <input type="text"/>  | OUI .. 1<br>NON 2                    | N° LIGNE <input type="text"/><br>(NAISSANCE, SUIVANTE)   | JOURS 1<br>MOIS 2<br>ANNÉES 3   |  |
| 02  | GAR. 1<br>FILLE 2                            | SIMP. 1<br>MULT. 2                                    | MOIS <input type="text"/><br>ANNÉE <input type="text"/>  | OUI 1<br>NON 2<br>↓<br>220               | ÂGE EN ANNÉES <input type="text"/>  | OUI .. 1<br>NON 2                    | N° LIGNE DE MÉNAGE <input type="text"/><br>(ALLEZ À 221)   | JOURS 1<br>MOIS 2<br>ANNÉES 3   | OUI .... 1 AJOUTEZ NAISS.<br>NON .... 2 NAISS.<br>SUIVANTE   |
| 03  | GAR. 1<br>FILLE 2                            | SIMP. 1<br>MULT. 2                                    | MOIS <input type="text"/><br>ANNÉE <input type="text"/>  | OUI 1<br>NON 2<br>↓<br>220               | ÂGE EN ANNÉES <input type="text"/>  | OUI .. 1<br>NON 2                    | N° LIGNE DE MÉNAGE <input type="text"/><br>(ALLEZ À 221)   | JOURS 1<br>MOIS 2<br>ANNÉES 3   | OUI .... 1 AJOUTEZ NAISS.<br>NON .... 2 NAISS.<br>SUIVANTE   |
| 04  | GAR. 1<br>FILLE 2                            | SIMP. 1<br>MULT. 2                                    | MOIS <input type="text"/><br>ANNÉE <input type="text"/>  | OUI 1<br>NON 2<br>↓<br>220               | ÂGE EN ANNÉES <input type="text"/>  | OUI .. 1<br>NON 2                    | N° LIGNE DE MÉNAGE <input type="text"/><br>(ALLEZ À 221)   | JOURS 1<br>MOIS 2<br>ANNÉES 3   | OUI .... 1 AJOUTEZ NAISS.<br>NON .... 2 NAISS.<br>SUIVANTE   |
| 05  | GAR. 1<br>FILLE 2                            | SIMP. 1<br>MULT. 2                                    | MOIS <input type="text"/><br>ANNÉE <input type="text"/>  | OUI 1<br>NON 2<br>↓<br>220               | ÂGE EN ANNÉES <input type="text"/>  | OUI .. 1<br>NON 2                    | N° LIGNE DE MÉNAGE <input type="text"/><br>(ALLEZ À 221)   | JOURS 1<br>MOIS 2<br>ANNÉES 3   | OUI .... 1 AJOUTEZ NAISS.<br>NON .... 2 NAISS.<br>SUIVANTE   |
| 06  | GAR. 1<br>FILLE 2                            | SIMP. 1<br>MULT. 2                                    | MOIS <input type="text"/><br>ANNÉE <input type="text"/>  | OUI 1<br>NON 2<br>↓<br>220               | ÂGE EN ANNÉES <input type="text"/>  | OUI .. 1<br>NON 2                    | N° LIGNE DE MÉNAGE <input type="text"/><br>(ALLEZ À 221)   | JOURS 1<br>MOIS 2<br>ANNÉES 3   | OUI .... 1 AJOUTEZ NAISS.<br>NON .... 2 NAISS.<br>SUIVANTE   |
| 07  | GAR. 1<br>FILLE 2                            | SIMP. 1<br>MULT. 2                                    | MOIS <input type="text"/><br>ANNÉE <input type="text"/>  | OUI 1<br>NON 2<br>↓<br>220               | ÂGE EN ANNÉES <input type="text"/>  | OUI .. 1<br>NON 2                    | N° LIGNE DE MÉNAGE <input type="text"/><br>(ALLEZ À 221)   | JOURS 1<br>MOIS 2<br>ANNÉES 3   | OUI .... 1 AJOUTEZ NAISS.<br>NON .... 2 NAISS.<br>SUIVANTE   |

|   |   |  |   |                                   |  |   |   |   |   |
|---|---|--|---|-----------------------------------|--|---|---|---|---|
| 212   | 213   | 214  | 215   | 216                               | 217  | 218   | 219   | 220   | 221   |
| Quel nom a été donné à votre enfant suivant ?<br><br>INSCRIVEZ LE NOM.<br><br>N° DE L'HISTORIQUE DES NAISSANCES | (NOM) est-il un garçon ou une fille ?   | Parmi ces naissances, y avait-il des jumeaux ? | En quel mois et quelle année est né (NOM) ?<br><br>INSISTEZ : Quelle est sa date de naissance ?                                 | (NOM) est-il/elle encore en vie ? | Quel âge avait (NOM) à son dernier anniversaire ?<br><br>INSCRIVEZ L'ÂGE EN ANNÉES RÉVOLUES. | (NOM) vit-elle avec vous ?  | INSCRIVEZ LE N° DE LIGNE DE L'ENFANT DU TABLEAU MÉNAGE. (INSCRIVEZ 00' SI L'ENFANT N'EST PAS LISTÉ DANS LE MÉNAGE). | Quel âge avait (NOM) quand il/elle est décédé ?<br><br>SI '1 AN', INSISTEZ : Combien de mois avait (NOM) ? INSCRIVEZ 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), y compris des enfants qui sont décédés après la naissance ? |
| 08  | GAR. 1<br>FILLE 2   | SIMP. 1<br>MULT. 2                             | MOIS <input type="text"/><br>ANNÉE <input type="text"/><br><input type="text"/><br><input type="text"/><br><input type="text"/> | OUI 1<br>NON 2<br>↓<br>220        | ÂGE EN ANNÉES <input type="text"/><br><input type="text"/>                                   | OUI .. 1<br>NON 2   | N° LIGNE DE MÉNAGE <input type="text"/><br>↓<br>(ALLEZ À 221)   | JOURS 1 <input type="text"/><br>MOIS 2 <input type="text"/><br>ANNÉES 3 <input type="text"/>  | OUI .... 1<br>AJOUTEZ NAISS. ↓<br>NON .... 2<br>NAISS. ↓<br>SUIVANTE  |
| 09  | GAR. 1<br>FILLE 2   | SIMP. 1<br>MULT. 2                             | MOIS <input type="text"/><br>ANNÉE <input type="text"/><br><input type="text"/><br><input type="text"/><br><input type="text"/> | OUI 1<br>NON 2<br>↓<br>220        | ÂGE EN ANNÉES <input type="text"/><br><input type="text"/>                                   | OUI .. 1<br>NON 2   | N° LIGNE DE MÉNAGE <input type="text"/><br>↓<br>(ALLEZ À 221)   | JOURS 1 <input type="text"/><br>MOIS 2 <input type="text"/><br>ANNÉES 3 <input type="text"/>  | OUI .... 1<br>AJOUTEZ NAISS. ↓<br>NON .... 2<br>NAISS. ↓<br>SUIVANTE  |
| 10  | GAR. 1<br>FILLE 2   | SIMP. 1<br>MULT. 2                             | MOIS <input type="text"/><br>ANNÉE <input type="text"/><br><input type="text"/><br><input type="text"/><br><input type="text"/> | OUI 1<br>NON 2<br>↓<br>220        | ÂGE EN ANNÉES <input type="text"/><br><input type="text"/>                                   | OUI .. 1<br>NON 2   | N° LIGNE DE MÉNAGE <input type="text"/><br>↓<br>(ALLEZ À 221)   | JOURS 1 <input type="text"/><br>MOIS 2 <input type="text"/><br>ANNÉES 3 <input type="text"/>  | OUI .... 1<br>AJOUTEZ NAISS. ↓<br>NON .... 2<br>NAISS. ↓<br>SUIVANTE  |
| 11  | GAR. 1<br>FILLE 2   | SIMP. 1<br>MULT. 2                             | MOIS <input type="text"/><br>ANNÉE <input type="text"/><br><input type="text"/><br><input type="text"/><br><input type="text"/> | OUI 1<br>NON 2<br>↓<br>220        | ÂGE EN ANNÉES <input type="text"/><br><input type="text"/>                                   | OUI .. 1<br>NON 2   | N° LIGNE DE MÉNAGE <input type="text"/><br>↓<br>(ALLEZ À 221)   | JOURS 1 <input type="text"/><br>MOIS 2 <input type="text"/><br>ANNÉES 3 <input type="text"/>  | OUI .... 1<br>AJOUTEZ NAISS. ↓<br>NON .... 2<br>NAISS. ↓<br>SUIVANTE  |
| 12  | GAR. 1<br>FILLE 2   | SIMP. 1<br>MULT. 2                             | MOIS <input type="text"/><br>ANNÉE <input type="text"/><br><input type="text"/><br><input type="text"/><br><input type="text"/> | OUI 1<br>NON 2<br>↓<br>220        | ÂGE EN ANNÉES <input type="text"/><br><input type="text"/>                                   | OUI .. 1<br>NON 2   | N° LIGNE DE MÉNAGE <input type="text"/><br>↓<br>(ALLEZ À 221)   | JOURS 1 <input type="text"/><br>MOIS 2 <input type="text"/><br>ANNÉES 3 <input type="text"/>  | OUI .... 1<br>AJOUTEZ NAISS. ↓<br>NON .... 2<br>NAISS. ↓<br>SUIVANTE  |
| 222   | Avez-vous eu d'autres naissances vivantes depuis la naissance de (NOM DE LA DERNIÈRE NAISSANCE) ? SI OUI, INSCRIVEZ LA/LES NAISSANCE DANS LE TABLEAU.   |  |   |                                   |  | OUI ..... 1<br>NON ..... 2<br>↓   |   |   |   |
| 223   | COMPAREZ 208 AVEC LE NOMBRE DE NAISSANCES ENREGISTRÉES DANS LE TABLEAU CI-DESSUS ET COCHEZ :<br><br>NOMBRES SONT ÉGAUX <input type="checkbox"/> NOMBRES SONT DIFFÉRENTS <input type="checkbox"/> → (INSISTEZ ET CORRIGEZ)         |  |   |                                   |  |   |   |   |   |
| 224   | VÉRIFIEZ 215 :<br><br>INSCRIVEZ LE NOMBRE DE NAISSANCES EN 2005 OU PLUS TARD.   |  |   |                                   |  | NOMBRE DE NAISSANCES ..... <input type="text"/><br>AUCUNE ..... 0 → 225 |   |   |   |
| 224A  | VÉRIFIEZ 217 : AGE ACTUEL<br><br>SI AGE ACTUEL DU <input type="text"/> PLUS JEUNE ENFANT ALLANT DE 3 A 5 ANS :<br>IDENTIFIEZ CET ENFANT, INSCRIVEZ SON NOM (A Q212):<br><br>(SI DES Jumeaux, PRENEZ CELUI ENREGISTRÉ EN DERNIER). |  |   |                                   |  |   |   |   | → 225   |



|      |   |   |  |
|------|---|---|--|
| 224B | Qui participe le plus souvent à l'encadrement de (NOM A 224A) par l'animation d'activités d'éveil ? | PÈRE ..... 1<br>MÈRE ..... 2<br>AUTRE MEMBRE DU MENAGE ..... 3<br>AUCUN MEMBRE DU MENAGE ..... 4<br>NE SAIT PAS ..... 8   | <div style="border: 1px solid black; width: 15px; height: 15px; margin: 0 auto;"></div> →225 |
| 224C | En quoi consistent ces activités d'éveil ?  | LIRE DES LIVRES OU REGARDER<br>DES LIVRES ILLUSTRÉS ..... A<br>RACONTER DES HISTOIRES ..... B<br>CHANTER DES CHANSONS<br>Y COMPRIS DES BERCEUSES ..... C<br>AMENER EN PROMENADE ..... D<br>JOUER AVEC LUI ..... E<br>PASSER DU TEMPS À COMPTER/<br>DESSINER/NOMMER DES OBJETS ... F<br>AUTRE ..... X<br><div style="text-align: center;">(PRÉCISEZ)</div> |  |

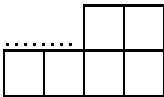
| N°  | QUESTIONS ET FILTRES  | CODES  | PASSEZ À |
|-----|---|--|----------|
| 225 | <p><b>C</b> POUR CHAQUE NAISSANCE DEPUIS JANVIER 2005, INSCRIVEZ 'N' AU MOIS DE NAISSANCE DU CALENDRIER. INSCRIVEZ LE NOM DE L'ENFANT À GAUCHE DU CODE 'N'. POUR CHAQUE NAISSANCE, DEMANDEZ LE NOMBRE DE MOIS QUE LA GROSSESSE A DURÉ ET INSCRIVEZ 'G' À CHACUN DES MOIS PRÉCÉDENTS SELON LA DURÉE DE LA GROSSESSE. (NOTE : LE NOMBRE DE 'G' DOIT ÊTRE INFÉRIEUR DE 1 AU NOMBRE DE MOIS QUE LA GROSSESSE A DURÉ).</p> |  |          |
| 226 | Êtes-vous actuellement enceinte ?   | OUI ..... 1<br>NON ..... 2<br>PAS SÛRE ..... 8   | → 230    |
| 227 | Depuis combien de mois êtes-vous enceinte ?<br><br>ENREGISTREZ LE NOMBRE DE MOIS RÉVOLUS.<br><br><p><b>C</b> INSCRIVEZ 'G' DANS LE CALENDRIER, EN COMMENÇANT PAR LE MOIS DE L'ENQUÊTE ET POUR LE NOMBRE TOTAL DE MOIS RÉVOLUS.</p>  | MOIS ..... <input type="text"/> <input type="text"/>   |          |
| 228 | Quand vous êtes tombée enceinte, vouliez-vous être enceinte à ce moment-là ?  | OUI ..... 1<br>NON ..... 2   | → 230    |
| 229 | Est-ce que vous vouliez avoir un enfant plus tard ou est-ce que vous ne vouliez pas/plus d'enfant ?   | PLUS TARD ..... 1<br>NE PAS/NE PLUS AVOIR D'ENFANT .. 2  |          |
| 230 | Avez-vous déjà eu une grossesse qui s'est terminée par une fausse-couche, un avortement ou un mort-né ?   | OUI ..... 1<br>NON ..... 2   | → 238    |
| 231 | Quand la dernière grossesse de ce genre s'est-elle terminée ?   | MOIS ..... <input type="text"/> <input type="text"/><br>ANNÉE..... <input type="text"/> <input type="text"/> |          |
| 232 | VÉRIFIEZ 231 :<br><br>DERNIÈRE GROSSESSE TERMINÉE EN <input type="text"/> JAN. 2005 OU PLUS TARD<br>DERNIÈRE GROSSESSE TERMINÉE AVANT <input type="text"/> JAN. 2005  |  | → 238    |
| 233 | De combien de mois étiez-vous enceinte quand la dernière grossesse de ce genre s'est terminée ?<br><br><p><b>C</b> INSCRIVEZ LE NOMBRE DE MOIS RÉVOLUS. INSCRIVEZ 'F' DANS LE CALENDRIER AU MOIS OÙ LA GROSSESSE S'EST TERMINÉE ET 'G' POUR LE NOMBRE RESTANT DE MOIS RÉVOLUS.</p>  | MOIS ..... <input type="text"/> <input type="text"/>   |          |
| 234 | Depuis janvier 2005, avez-vous eu d'autres grossesses qui n'ont pas abouti à une naissance vivante ?  | OUI ..... 1<br>NON ..... 2   | → 236    |
| 235 | DEMANDEZ LA DATE ET LA DURÉE DE LA GROSSESSE POUR CHAQUE GROSSESSE PRÉCÉDENTE QUI NE S'EST PAS TERMINÉE PAR UNE NAISSANCE VIVANTE, EN REMONTANT JUSQU'À JANVIER 2005.<br><br><p><b>C</b> INSCRIVEZ 'F' DANS LE CALENDRIER AU MOIS OÙ CHAQUE GROSSESSE S'EST TERMINÉE ET 'G' POUR LE NOMBRE RESTANT DE MOIS RÉVOLUS.</p>   |  |          |
| 236 | Avez-vous eu une grossesse qui a pris fin avant 2005 et qui s'est terminée par une fausse-couche, un avortement ou un mort-né ?   | OUI ..... 1<br>NON ..... 2   | → 238    |
| 237 | Quand la dernière grossesse de ce genre s'est-elle terminée avant 2005 ?  | MOIS ..... <input type="text"/> <input type="text"/><br>ANNÉE..... <input type="text"/> <input type="text"/> |          |

| N°  | QUESTIONS ET FILTRES   | CODES  | PASSEZ À  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|-----|--|--|---|--|--|--|--|--|--|--|--|
| 238 | <p>Quand vos dernières règles ont-elles commencé ?</p> <p><u>(INSCRIVEZ LA DATE SI ELLE EST DONNÉE)</u></p>  | <p>IL Y A ..... JOURS ..... 1</p> <p>IL Y A ..... SEMAINES ... 2</p> <p>IL Y A ..... MOIS ..... 3</p> <p>IL Y A ..... ANNÉES ... 4</p> <p>EN MÉNOPAUSE/<br/>A EU UNE HYSTÉRECTOMIE ... 994</p> <p>AVANT LA DERNIÈRE NAISSANCE 995</p> <p>JAMAIS EU DE RÈGLES ..... 996</p> | <table border="1"> <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> |  |  |  |  |  |  |  |  |
|     |  |  |   |  |  |  |  |  |  |  |  |
|     |  |  |   |  |  |  |  |  |  |  |  |
|     |  |  |   |  |  |  |  |  |  |  |  |
|     |  |  |   |  |  |  |  |  |  |  |  |
| 239 | <p>Entre la période des règles et les règles suivantes, est-ce qu'il y a une période où les femmes ont plus de chances de tomber enceintes ?</p>   | <p>OUI ..... 1</p> <p>NON ..... 2</p> <p>NE SAIT PAS ..... 8</p>   | <p>→ 301</p>  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| 240 | <p>Est-ce que cette période se situe juste avant que les règles ne commencent, pendant la période des règles, juste après que les règles soient terminées ou bien au milieu de deux périodes de règles ?</p> | <p>JUSTE AVANT QUE LES RÈGLES<br/>COMMENCENT ..... 1</p> <p>PENDANT LES RÈGLES ..... 2</p> <p>JUSTE APRÈS LA FIN DES<br/>RÈGLES ..... 3</p> <p>AU MILIEU, ENTRE<br/>DEUX PÉRIODES ..... 4</p> <p>AUTRE ..... 6<br/>(PRÉCISEZ)</p> <p>NE SAIT PAS ..... 8</p>               |   |  |  |  |  |  |  |  |  |

### SECTION 3. CONTRACEPTION

|     |   |   |       |
|-----|---|---|-------|
| 301 | Je voudrais maintenant que nous parlions de planification familiale, c'est-à-dire les différents moyens ou méthodes qu'un couple peut utiliser pour retarder ou éviter une grossesse.<br><br>De quelles MÉTHODES avez-vous déjà entendu parler ?  |   |       |
| 01  | <b>Stérilisation féminine</b> , INSISTEZ : Les femmes peuvent avoir une opération pour ne plus avoir d'enfants.   | OUI ..... 1<br>NON ..... 2  |       |
| 02  | <b>Stérilisation masculine</b> , INSISTEZ : Les hommes peuvent avoir une opération pour ne plus avoir d'enfants.  | OUI ..... 1<br>NON ..... 2  |       |
| 03  | <b>DIU</b> , INSISTEZ : Les femmes peuvent avoir un stérilet qu'un médecin, une infirmière ou une sage femme leur place dans l'utérus.  | OUI ..... 1<br>NON ..... 2  |       |
| 04  | <b>Injectables</b> , INSISTEZ : Les femmes peuvent avoir une injection faite par du personnel de santé qui les empêche de tomber enceinte pendant un mois ou plus.  | OUI ..... 1<br>NON ..... 2  |       |
| 05  | <b>Implants</b> , INSISTEZ : Les femmes peuvent se faire insérer par un médecin ou une infirmière un batonnet ou plus sous la peau du haut du bras pour les empêcher de tomber enceinte, pendant une année ou plus.   | OUI ..... 1<br>NON ..... 2  |       |
| 06  | <b>Pilule</b> , INSISTEZ : Les femmes peuvent prendre une pilule chaque jour pour éviter de tomber enceinte.  | OUI ..... 1<br>NON ..... 2  |       |
| 07  | <b>Condom</b> , INSISTEZ : Les hommes peuvent mettre une capote en caoutchouc sur leur pénis avant les rapports sexuels.  | OUI ..... 1<br>NON ..... 2  |       |
| 08  | <b>Condom féminin</b> , INSISTEZ : Les femmes peuvent placer un fourreau dans leur vagin avant les rapports sexuels.  | OUI ..... 1<br>NON ..... 2  |       |
| 09  | <b>MÉTHODE DE L'ALLAITEMENT MATERNEL ET DE L'AMÉNORRÉE (MAMA)</b> 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 ..... 1<br>NON ..... 2  |       |
| 10  | <b>Méthode du rythme</b> , INSISTEZ : Les femmes peuvent éviter une grossesse en évitant d'avoir des rapports sexuels les jours du mois où elles ont le plus de chances de tomber enceintes.  | OUI ..... 1<br>NON ..... 2  |       |
| 11  | <b>Retrait</b> , INSISTEZ : Les hommes peuvent faire attention et se retirer avant l'éjaculation.   | OUI ..... 1<br>NON ..... 2  |       |
| 12  | <b>Pilule du lendemain</b> , INSISTEZ : Les femmes peuvent prendre pendant trois jours après des rapports sexuels non protégés des pilules spéciales qui les empêchent de tomber enceintes.   | OUI ..... 1<br>NON ..... 2  |       |
| 13  | Avez-vous entendu parler d'autres moyens ou méthodes qu'une femme ou un homme peut utiliser pour éviter une grossesse ?   | OUI ..... 1<br><br><div style="text-align: center;">_____</div> <div style="text-align: center;">(PRÉCISEZ)</div> <div style="text-align: center;">_____</div> <div style="text-align: center;">(PRÉCISEZ)</div> <div style="text-align: center;">_____</div> NON ..... 2 |       |
| 302 | VÉRIFIEZ 226 :<br><br><div style="display: flex; justify-content: space-around; align-items: center;"> <div style="text-align: center;">           PAS ENCEINTE<br/>OU PAS SÛRE           <div style="display: flex; align-items: center; margin-top: 5px;"> <input style="width: 20px; height: 20px; border: 1px solid black;" type="checkbox"/> <div style="margin: 0 5px;">↓</div> </div> </div> <div style="text-align: center;">           ENCEINTE           <div style="display: flex; align-items: center; margin-top: 5px;"> <input style="width: 20px; height: 20px; border: 1px solid black;" type="checkbox"/> <div style="margin: 0 5px;">→</div> </div> </div> </div> |   | 311   |
| 303 | Faites-vous actuellement quelque chose ou utilisez-vous une méthode pour retarder ou éviter une grossesse ?   | OUI ..... 1<br>NON ..... 2  | → 311 |

| N°. | QUESTIONS ET FILTRES  | CODES  | PASSEZ À                                 |
|-----|---|--|--|
| 304 | <p>Quelle méthode utilisez-vous ?</p> <p>ENCERCLEZ TOUT CE QUI EST MENTIONNÉ.</p> <p>SI PLUS D'UNE MÉTHODE EST MENTIONNÉE, SUIVEZ LES INSTRUCTIONS DE PASSAGE DE LA PREMIÈRE MÉTHODE DE LA LISTE.</p>   | <p>STÉRILISATION FÉMININE ..... A</p> <p>STÉRILISATION MASCULINE ..... B</p> <p>DIU ..... C</p> <p>INJECTABLES ..... D</p> <p>IMPLANTS ..... E</p> <p>PILULE ..... F</p> <p>CONDOM ..... G</p> <p>CONDOM FÉMININ ..... H</p> <p>DIAPHRAGME ..... I</p> <p>MOUSSE/GELÉE ..... J</p> <p>MAMA ..... K</p> <p>MÉTHODE DU RYTHME ..... L</p> <p>RETRAIT ..... M</p> <p>AUTRE MÉTHODE MODERNE ... X</p> <p>AUTRE MÉTHODE TRADITION. .... Y</p>                       | <p>→ 307</p> <p>→ 308A</p> <p>→ 308A</p> |
| 305 | <p>Quel est le nom de la marque des pilules que vous utilisez en ce moment ?</p> <p>SI LA MARQUE N'EST PAS CONNUE, DEMANDEZ À VOIR LA BOÎTE</p>   | <p>PLANYL ..... 01</p> <p>PLANOR ..... 02</p> <p>OVRETTE ..... 03</p> <p>LO FEMENAL ..... 04</p> <p>MINIDRIL ..... 05</p> <p>MINIPHASE ..... 06</p> <p>STEDIRIL ..... 07</p> <p>MICROVAL ..... 08</p> <p>ADEPAL ..... 09</p> <p>MICROGYNON ..... 10</p> <p>NÉOGYNON ..... 11</p> <p>DIANE 35 ..... 12</p> <p>TRINORDIOL ..... 13</p> <p>SECURIL ..... 14</p> <p>AUTRE ..... 96</p> <p>(PRÉCISER)</p> <p>NSP ..... 98</p>                                       | <p>→ 308A</p>                            |
| 306 | <p>Quelle est la marque de condom que vous utilisez actuellement ?</p> <p>SI LA MARQUE N'EST PAS CONNUE, DEMANDEZ À VOIR LA BOÎTE.</p>  | <p>PROTEC ..... 01</p> <p>FAGAROU ..... 02</p> <p>VISA ..... 03</p> <p>MANIX ..... 04</p> <p>PRESA ..... 05</p> <p>KAMA SUTRA ..... 06</p> <p>PROTEX ..... 07</p> <p>INNOTEX ..... 08</p> <p>CASANOVA ..... 09</p> <p>INTIMY ..... 10</p> <p>CONTEX ..... 11</p> <p>STAR ..... 12</p> <p>TROJAM ..... 13</p> <p>NSP ..... 98</p>   |  |
| 307 | <p>Dans quel établissement a été effectuée la stérilisation ?</p> <p>INSISTEZ POUR DÉTERMINEZ LE TYPE D'ENDROIT.</p> <p>SI VOUS NE POUVEZ PAS DÉTERMINEZ SI L'ENDROIT EST DU SECTEUR PUBLIC OU PRIVÉ, INSCRIVEZ LE NOM DE L'ENDROIT.</p> <p>_____</p> <p>(NOM DE L'ENDROIT)</p> | <p>SECTEUR PUBLIC</p> <p>HÔPITAL DU GOUVERNEMENT ..... 11</p> <p>CENTRE DE SANTÉ DU GOUV. .... 12</p> <p>CENTRE DE PF ..... 13</p> <p>STRAT. AVANCÉE/EQU. MOBILE .... 14</p> <p>AUTRE PUBLIC ..... 16</p> <p>(PRÉCISER)</p> <p>SECTEUR MÉDICAL PRIVÉ</p> <p>HÔPITAL/CLINIQUE/CABINET ... 21</p> <p>MÉDECIN PRIVÉ ..... 22</p> <p>AUTRE PRIVÉ</p> <p>MÉDICAL ..... 26</p> <p>(PRÉCISER)</p> <p>AUTRE ..... 96</p> <p>(PRÉCISER)</p> <p>NE SAIT PAS ..... 98</p> |  |

| N°.  | QUESTIONS ET FILTRES   | CODES  | PASSEZ À |
|------|--|--|----------|
| 308  | En quel mois et en quelle année la stérilisation a-t-elle été effectuée ?  |  |          |
| 308A | Depuis quel mois et quelle année utilisez-vous (MÉTHODE ACTUELLE) sans interruption ?<br><br>INSISTEZ : Depuis combien de temps utilisez-vous (MÉTHODE ACTUELLE) sans interruption ?   | MOIS .....<br>ANNÉE .....<br> |          |
| 309  | VÉRIFIEZ 308/308A, 215 ET 231 :<br><br>AUCUNE NAISSANCE OU GROSSESSE TERMINÉE APRÈS MOIS ET ANNÉE DE DÉBUT D'UTILISATION DE LA CONTRACEPTION À 308/308A<br><br>RETOURNEZ À 308/308A, INSISTEZ ET INSCRIVEZ LE MOIS ET L'ANNÉE DE DÉBUT D'UTILISATION CONTINUE DE LA MÉTHODE ACTUELLE (QUI DOIT ÊTRE APRÈS LA DERNIÈRE NAISSANCE OU LA FIN DE LA DERNIÈRE GROSSESSE).   | OUI <input type="checkbox"/><br>NON <input type="checkbox"/>   |          |
| 310  | VÉRIFIEZ 308/308A :<br><br>L'ANNÉE EST 2005 OU PLUS TARD<br>L'ANNÉE EST 2004 OU AVANT<br><br><b>C</b> INSCRIVEZ DANS LE CALENDRIER LE CODE DE LA MÉTHODE UTILISÉE LE MOIS DE L'INTERVIEW ET POUR CHAQUE MOIS JUSQU'À LA DATE DE DÉBUT D'UTILISATION.<br><br><b>C</b> INSCRIVEZ DANS LE CALENDRIER LE CODE DE LA MÉTHODE UTILISÉE LE MOIS DE L'INTERVIEW ET POUR CHAQUE MOIS JUSQU'À JANVIER 2005.<br><br>PUIS PASSER À _____ → 322   |  |          |
| 311  | Je voudrais maintenant vous poser des questions sur les périodes où, durant ces dernières années, vous ou votre partenaire, avez utilisé une méthode pour éviter une grossesse.<br><br>UTILISEZ LE CALENDRIER POUR VOUS ASSUREZ DES PÉRIODES D'UTILISATION ET DE NON UTILISATION, EN COMMENÇANT PAR L'UTILISATION LA PLUS RÉCENTE, EN REMONTANT À JANVIER 2005. UTILISEZ LE NOM DES ENFANTS, LES DATES D'ANNIVERSAIRE ET LES PÉRIODES DE GROSSESSE COMME POINT DE RÉFÉRENCE.<br><br><b>C</b> À LA COLONNE 1, INSCRIVEZ LE CODE D'UTILISATION DE LA MÉTHODE OU '0' POUR NON UTILISATION À CHAQUE MOIS EN BLANC.<br>QUESTIONS ILLUSTRATIVES :<br>* Quand avez-vous utilisé une méthode pour la dernière fois? Quelle était cette méthode ?<br>* Quand avez-vous commencé à utiliser cette méthode? Combien de temps après la naissance de (NOM) ?<br><br>* Pendant combien de temps avez-vous ensuite utilisé cette méthode ?<br><br>À LA COLONNE 2, INSCRIVEZ LES CODES DE DISCONTINUATION À CÔTÉ DU DERNIER MOIS D'UTILISATION. LES NUMÉROS DE CODES À LA COLONNE 2 DOIVENT ÊTRE LES MÊMES QUE CEUX UTILISÉS POUR L'INTERRUPTION DE LA MÉTHODE À LA COLONNE 1.<br><br>DEMANDEZ POURQUOI ELLE A ARRÊTÉ D'UTILISER LA MÉTHODE. SI L'INTERRUPTION A ÉTÉ SUIVIE D'UNE GROSSESSE, DEMANDEZ SI ELLE EST TOMBÉE ENCEINTE SANS LE VOULOIR ALORS QU'ELLE UTILISAIT LA MÉTHODE OU SI ELLE A DÉLIBÉRÉMENT ARRÊTÉ POUR ÊTRE ENCEINTE.<br>QUESTIONS ILLUSTRATIVES :<br>* Pourquoi avez-vous arrêté d'utiliser la (MÉTHODE) ? Êtes-vous tombée enceinte pendant que vous utilisiez la (MÉTHODE), avez-vous interrompu pour être enceinte, ou avez-vous arrêté pour d'autres raisons ?<br><br>* SI ELLE A DÉLIBÉRÉMENT ARRÊTÉ POUR ÊTRE ENCEINTE, DEMANDEZ : Combien de mois cela a-t-il pris pour que soyez enceinte après avoir arrêté d'utiliser (MÉTHODE) ? ET INSCRIVEZ '0' À CHACUN DE CES MOIS À LA COLONNE 1. |  |          |

| N°.  | QUESTIONS ET FILTRES   | CODES  | PASSEZ À  |
|------|--|--|---|
| 312  | VÉRIFIEZ LE CALENDRIER POUR L'UTILISATION D'UNE MÉTHODE À N'IMPORTE QUEL MOIS.<br><br>AUCUNE MÉTHODE UTILISÉE <input type="checkbox"/> UNE MÉTHODE UTILISÉE <input type="checkbox"/>   |  | 314   |
| 313  | Avez-vous déjà utilisé quelque chose ou essayé de n'importe quelle manière de retarder ou d'éviter une grossesse ?   | OUI ..... 1<br>NON ..... 2   | → 324   |
| 314  | VÉRIFIEZ 304 :<br><br>ENCERCLEZ LE CODE DE LA MÉTHODE :<br><br>SI PLUS D'UN CODE EST ENCERCLE À 304,<br>ENCERCLEZ LE CODE DE LA PREMIÈRE DES MÉTHODES<br>DE LA LISTE.  | AUCUN CODE ENCERCLE ..... 00<br>STÉRILISATION FÉMININE ..... 01<br>STÉRILISATION MASCULINE ..... 02<br>DIU ..... 03<br>INJECTABLES ..... 04<br>IMPLANTS ..... 05<br>PILULE ..... 06<br>CONDOM ..... 07<br>CONDOM FÉMININ ..... 08<br>DIAPHRAGME ..... 09<br>MOUSSE/GELÉE ..... 10<br>MAMA ..... 11<br>MÉTHODE DU RYTHME ..... 12<br>RETRAIT ..... 13<br>AUTRE MÉTHODE MODERNE ..... 95<br>AUTRE MÉTHODE TRADITION. .... 96 | → 324<br>→ 317A<br>→ 326<br><br>→ 315A<br>→ 326 |
| 315  | Vous avez commencé à utiliser (MÉTHODE ACTUELLE) en (DATE de Q.308/308A). Où l'avez-vous obtenue à ce moment-là ?  | SECTEUR PUBLIC<br>HÔPITAL GOUV. .... 11<br>CENTRE SANTÉ GOUV. .... 12<br>POSTE SANTÉ ..... 13<br>CENTRE DE PF GOUV. .... 14<br>MATERNITÉ RURALE ..... 15<br>CASE DE SANTÉ ..... 16<br>PHARMACIE COMMUNAUTAIRE .... 17<br>STRAT. AVANCÉE/EQU. MOBILE . 18<br>AUTRE PUBLIC ..... 19<br>_____<br>(PRÉCISEZ)   |   |
| 315A | Où avez-vous appris comment utiliser la méthode du rythme/MAMA ?<br><br><br><br>INSISTEZ POUR DÉTERMINER LE TYPE D'ENDROIT.<br><br>SI VOUS NE POUVEZ PAS DÉTERMINEZ SI L'ENDROIT<br>EST DU SECTEUR PUBLIC OU PRIVÉ. INSCRIVEZ LE NOM DE<br>L'ENDROIT.<br>_____<br>(NOM DE L'ENDROIT) | SECTEUR MÉDICAL PRIVÉ<br>HÔPITAL/CLINIQUE/CABINET ..... 21<br>PRIVÉ ..... 22<br>PHARMACIE ..... 23<br>MÉDECIN PRIVÉ ..... 24<br>DISPENSARE RELIG ..... 25<br><br>AUTRE MEDICAL PRIVÉ ..... 26<br>_____<br>(PRÉCISEZ)<br><br>AUTRE SOURCE<br>BOUTIQUE ..... 31<br>ÉGLISE ..... 32<br>PARENTS/AMIS ..... 33<br>BAR ..... 34<br><br>AUTRE ..... 96<br>_____<br>(PRÉCISEZ)   |   |

| N°.  | QUESTIONS ET FILTRES  | CODES  | PASSEZ À                         |
|------|---|--|----------------------------------|
| 316  | VÉRIFIEZ 304 :<br><br>ENCERCLEZ LE CODE DE LA MÉTHODE :<br><br>S'IL Y A PLUS D'UN CODE ENCERCLÉ À 304,<br>ENCERCLEZ LE CODE DE LA PREMIÈRE DES MÉTHODES<br>DE LA LISTE.   | DIU ..... 03<br>INJECTABLES ..... 04<br>IMPLANTS ..... 05<br>PILULE ..... 06<br>CONDOM ..... 07<br>CONDOM FÉMININ ..... 08<br>DIAPHRAGME ..... 09<br>MOUSSE/GELÉE ..... 10<br>MAMA ..... 11<br>MÉTHODE DU RYTHME ..... 12  | → 323<br>→ 320<br>→ 326<br>→ 326 |
| 317  | À ce moment-là, vous a-t-on parlé d'effets secondaires ou de problèmes que vous pourriez avoir en utilisant cette méthode ?   | OUI ..... 1<br>NON ..... 2   | → 319                            |
| 317A | Quand vous avez été stérilisée, vous a-t-on parlé d'effets secondaires ou de problèmes que vous pourriez avoir à cause de la méthode ?  |  |                                  |
| 318  | Est-ce qu'un agent de santé ou de planification familiale vous a parlé des effets secondaires ou des problèmes que vous pourriez avoir à cause de l'utilisation de la méthode ?   | OUI ..... 1<br>NON ..... 2   | → 320                            |
| 319  | Vous a-t-on dit ce qu'il fallait faire si vous aviez ces effets secondaires ou ces problèmes ?  | OUI ..... 1<br>NON ..... 2   |                                  |
| 320  | VÉRIFIEZ 317 :<br><br><div style="display: flex; justify-content: space-around; align-items: center;"> <div style="text-align: center;"> CODE '1'<br/>ENCERCLÉ  </div> <div style="text-align: center;"> CODE '1'<br/>NON<br/>ENCERCLÉ  </div> </div><br><div style="display: flex; justify-content: space-between;"> <div>À ce moment-là, vous a-t-on parlé d'autres méthodes de planification familiale que vous pourriez utiliser ?</div> <div>Quand vous avez obtenu (MÉTHODE ACTUELLE DE 314) de (ENDROIT DE 307 OU 315), vous a-t-on parlé d'autres méthodes de PF que vous pouviez utiliser ?</div> </div> | OUI ..... 1<br>NON ..... 2   | → 322                            |
| 321  | Est-ce qu'un agent de santé ou de planification familiale vous a parlé d'autres méthodes de planification familiale que vous pouviez utiliser ?   | OUI ..... 1<br>NON ..... 2   |                                  |
| 322  | VÉRIFIEZ 304 :<br><br>ENCERCLEZ LE CODE DE LA MÉTHODE :<br><br>S'IL Y A PLUS D'UN CODE ENCERCLÉ À 304,<br>ENCERCLEZ LE CODE DE LA PREMIÈRE DES MÉTHODES DE LA LISTE.  | STÉRILISATION FÉMININE ..... 01<br>STÉRILISATION MASCULINE ..... 02<br>DIU ..... 03<br>INJECTABLES ..... 04<br>IMPLANTS ..... 05<br>PILULE ..... 06<br>CONDOM ..... 07<br>CONDOM FÉMININ ..... 08<br>DIAPHRAGME ..... 09<br>MOUSSE/GELÉE ..... 10<br>MAMA ..... 11<br>MÉTHODE DU RYTHME ..... 12<br>RETRAIT ..... 13<br>AUTRE MÉTHODE MODERNE ..... 95<br>AUTRE MÉTHODE TRADITION. .... 96 | → 326<br>→ 326<br>→ 326          |



| N°. | QUESTIONS ET FILTRES   | CODES  | PASSEZ À     |
|-----|--|--|--------------|
| 323 | <p>Où avez-vous obtenu (MÉTHODE ACTUELLE) la dernière fois ?</p> <p>INSISTEZ POUR DÉTERMINER LE TYPE D'ENDROIT.</p> <p>SI VOUS NE POUVEZ PAS DÉTERMINER SI L'ENDROIT EST DU SECTEUR PUBLIC OU PRIVÉ, INSCRIVEZ LE NOM DE L'ENDROIT.</p> <p>_____</p> <p>(NOM DE L'ENDROIT)</p>               | <p>SECTEUR PUBLIC</p> <p>HÔPITAL GOUV. .... 11</p> <p>CENTRE SANTÉ GOUV. .... 12</p> <p>POSTE SANTÉ .... 13</p> <p>CENTRE DE PF GOUV. .... 14</p> <p>MATERNITÉ RURALE .... 15</p> <p>CASE DE SANTÉ .... 16</p> <p>PHARMACIE COMMUNAUTAIRE .... 17</p> <p>STRAT. AVANCÉE/EQU. MOBILE . 18</p> <p>AUTRE PUBLIC 19</p> <p>_____</p> <p>(PRÉCISER)</p> <p>SECTEUR MÉDICAL PRIVÉ</p> <p>HÔPITAL/CLINIQUE/CABINET 21</p> <p>PRIVÉ ..... 22</p> <p>PHARMACIE ..... 23</p> <p>MÉDECIN PRIVÉ ..... 24</p> <p>DISPENSARE RELIG ..... 25</p> <p>AUTRE MEDICAL PRIVÉ 26</p> <p>_____</p> <p>(PRÉCISER)</p> <p>AUTRE SOURCE</p> <p>BOUTIQUE ..... 31</p> <p>ÉGLISE ..... 32</p> <p>PARENTS/AMIS ..... 33</p> <p>BAR . ..... 34</p> <p>AUTRE ..... 96</p> <p>_____</p> <p>(PRÉCISER)</p> | <p>→ 326</p> |
| 324 | <p>Connaissez-vous un endroit où vous pouvez vous procurer une méthode de planification familiale ?</p>  | <p>OUI ..... 1</p> <p>NON ..... 2</p>  | <p>→ 326</p> |
| 325 | <p>Où est cet endroit ?</p> <p>Pas d'autre endroit ?</p> <p>INSISTEZ POUR DÉTERMINER CHAQUE TYPE D'ENDROIT.</p> <p>SI VOUS NE POUVEZ DÉTERMINER SI L'ENDROIT EST DU SECTEUR PUBLIC OU PRIVÉ, INSCRIVEZ LE NOM DE L'ENDROIT.</p> <p>_____</p> <p>(NOM DE L'ENDROIT/<br/>NOM DES ENDROITS)</p> | <p>SECTEUR PUBLIC</p> <p>HÔPITAL GOUV. .... A</p> <p>CENTRE SANTÉ GOUV. .... B</p> <p>POSTE SANTÉ .... C</p> <p>CENTRE DE PF GOUV. .... D</p> <p>MATERNITÉ RURALE .... E</p> <p>CASE DE SANTÉ .... F</p> <p>PHARMACIE COMMUNAUTAIRE .... G</p> <p>STRAT. AVANCÉE/EQU. MOBILE . H</p> <p>AUTRE PUBLIC I</p> <p>_____</p> <p>(PRÉCISEZ)</p> <p>SECTEUR MÉDICAL PRIVÉ</p> <p>HÔPITAL/CLINIQUE/CABINET</p> <p>PRIVÉ ..... J</p> <p>PHARMACIE ..... K</p> <p>MÉDECIN PRIVÉ ..... L</p> <p>DISPENSARE RELIG ..... M</p> <p>AUTRE MEDICAL PRIVÉ N</p> <p>_____</p> <p>(PRÉCISEZ)</p> <p>AUTRE SOURCE</p> <p>BOUTIQUE ..... O</p> <p>ÉGLISE ..... P</p> <p>PARENTS/AMIS ..... Q</p> <p>BAR . ..... R</p> <p>AUTRE ..... X</p> <p>_____</p> <p>(PRÉCISEZ)</p>                       |              |

| N <sup>o</sup> . | QUESTIONS ET FILTRES   | CODES                      | PASSEZ À |
|------------------|--|----------------------------|----------|
| 326              | Au cours des 12 derniers mois, est-ce que vous avez reçu la visite d'un agent de santé qui vous a parlé de planification familiale ?         | OUI ..... 1<br>NON ..... 2 |          |
| 327              | Au cours des 12 derniers mois, êtes-vous allée dans un établissement de santé pour recevoir des soins pour vous-même (ou pour vos enfants) ? | OUI ..... 1<br>NON ..... 2 | → 401    |
| 328              | Est-ce qu'un membre du personnel de l'établissement de santé vous a parlé de méthodes de planification familiale ?                           | OUI ..... 1<br>NON ..... 2 |          |

**SECTION 4. GROSSESSE ET SOINS POSTNATALS**

|     |  |  |  |  |
|-----|--|--|--|--|
| 401 | <b>VÉRIFIEZ 224 :</b><br><div style="display: flex; justify-content: space-between; align-items: center;"> <div style="text-align: center;">             UNE NAISSANCE<br/>OU PLUS<br/>EN 2005<br/>OU PLUS TARD             <div style="border: 1px solid black; width: 20px; height: 20px; margin: 5px auto;"></div> </div> <div style="text-align: center;">             AUCUNE<br/>NAISSANCE<br/>EN 2005<br/>OU PLUS TARD             <div style="border: 1px solid black; width: 20px; height: 20px; margin: 5px auto;"></div> </div> <div style="text-align: right;">→ 556</div> </div> |  |  |  |
| 402 | <b>VÉRIFIEZ 215 :</b> INSCRIVEZ DANS LE TABLEAU LE NUMÉRO DE LIGNE DE L'HISTORIQUE DES NAISSANCES, LE NOM ET L'ÉTAT DE SURVIE DE CHAQUE NAISSANCE EN 2005 OU PLUS TARD. POSEZ LES QUESTIONS SUR TOUTES CES NAISSANCES, EN COMMENÇANT PAR LA DERNIÈRE NAISSANCE. (S'IL Y A PLUS DE 3 NAISSANCES, UTILISEZ LES 2 DERNIÈRES COLONNES DE QUESTIONNAIRES SUPPLÉMENTAIRES).<br>Je voudrais maintenant vous poser des questions sur vos enfants nés dans les cinq dernières années. (Nous parlerons d'un enfant à la fois).   |  |  |  |
| 403 | NUMÉRO DE LIGNE DE 212 DANS L'HISTORIQUE DES NAISSANCES.   | DERNIÈRE NAISSANCE<br>NUMÉRO<br>HISTORIQUE<br>NAIS. <div style="border: 1px solid black; width: 30px; height: 20px; display: inline-block;"></div>   | AVANT-DERNIÈRE NAIS.<br>NUMÉRO<br>HISTORIQUE<br>NAIS. <div style="border: 1px solid black; width: 30px; height: 20px; display: inline-block;"></div>   | AVANT-AVANT DER. NAIS.<br>NUMÉRO<br>HISTORIQUE<br>NAIS. <div style="border: 1px solid black; width: 30px; height: 20px; display: inline-block;"></div>   |
| 404 | À PARTIR DES QUESTIONS 212 ET 216  | NOM _____<br>VIVANT <input type="checkbox"/> DÉCÉ <input type="checkbox"/><br><div style="display: flex; justify-content: space-around; font-size: small;"> <span>↓ DÉ</span> <span>↓</span> </div>  | NOM _____<br>VIVANT <input type="checkbox"/> DÉCÉ <input type="checkbox"/><br><div style="display: flex; justify-content: space-around; font-size: small;"> <span>↓ DÉ</span> <span>↓</span> </div>  | NOM _____<br>VIVANT <input type="checkbox"/> DÉCÉ <input type="checkbox"/><br><div style="display: flex; justify-content: space-around; font-size: small;"> <span>↓ DÉ</span> <span>↓</span> </div>  |
| 405 | Quand vous êtes tombée enceinte de (NOM), voulez-vous être enceinte à ce moment-là ?   | OUI ..... 1<br>(PASSEZ À 408) ←<br>NON ..... 2   | OUI ..... 1<br>(PASSEZ À 430) ←<br>NON ..... 2   | OUI ..... 1<br>(PASSEZ À 430) ←<br>NON ..... 2   |
| 406 | Est-ce que vous vouliez avoir un enfant plus tard ou est-ce que vous ne vouliez pas (ou plus) d'enfant ?   | PLUS TARD ..... 1<br>PLUS D'ENFANT ..... 2<br>(PASSEZ À 408) ←   | PLUS TARD ..... 1<br>PLUS D'ENFANT ..... 2<br>(PASSEZ À 430) ←   | PLUS TARD ..... 1<br>PLUS D'ENFANT ..... 2<br>(PASSEZ À 430) ←   |
| 407 | Combien de temps de plus vouliez-vous attendre ?   | MOIS ... 1 <div style="border: 1px solid black; width: 30px; height: 20px; display: inline-block;"></div><br>ANNÉES .. 2 <div style="border: 1px solid black; width: 30px; height: 20px; display: inline-block;"></div><br>NE SAIT PAS ... 998 | MOIS ... 1 <div style="border: 1px solid black; width: 30px; height: 20px; display: inline-block;"></div><br>ANNÉES .. 2 <div style="border: 1px solid black; width: 30px; height: 20px; display: inline-block;"></div><br>NE SAIT PAS ... 998 | MOIS ... 1 <div style="border: 1px solid black; width: 30px; height: 20px; display: inline-block;"></div><br>ANNÉES .. 2 <div style="border: 1px solid black; width: 30px; height: 20px; display: inline-block;"></div><br>NE SAIT PAS ... 998 |
| 408 | Avez-vous consulté quelqu'un pour des soins prénatals pour cette grossesse ?   | OUI ..... 1<br>NON ..... 2<br>(PASSEZ À 415) ←   |  |  |
| 409 | Qui avez-vous consulté ?<br><br>Quelqu'un d'autre ?<br><br><b>INSISTEZ POUR DÉTERMINER LE TYPE DE PERSONNE ET ENREGISTREZ TOUT CE QUI EST MENTIONNÉ.</b>   | PROF. DE LA SANTÉ<br>MÉDECIN ..... A<br>SAGE-FEMME ..... B<br>INFIRMIÈRE/ICP ..... C<br><br>AUTRE PERSONEL<br>MATRONNE ..... D<br>ACCOUCHEUSE<br>TRADITION ... E<br><br>AUTRE _____ X<br>(PRÉCISEZ)  |  |  |

| N°  | QUESTIONS ET FILTRES  | DERNIÈRE NAISSANCE<br>NOM _____   | AVANT-DERNIÈRE<br>NAISSANCE<br>NOM _____ | AVANT-AVANT DERNIÈRE<br>NAISSANCE<br>NOM _____ |
|-----|---|---|--|--|
| 410 | <p>Où avez-vous reçu les soins prénataux pour cette naissance ?</p> <p>Pas d'autre endroit ?</p> <p>INSISTEZ POUR DÉTERMINER LES TYPES D'ENDROIT.</p> <p>SI VOUS NE POUVEZ DÉTERMINER SI L'ENDROIT EST DU SECTEUR PUBLIC OU PRIVÉ, INSCRIVEZ LE NOM DE L'ENDROIT.</p> <p>_____<br/>(NOM DE L'ENDROIT/<br/>NOM DES ENDROITS)</p> | <p>MAISON</p> <p>VOTRE MAISON A</p> <p>AUTRE MAISON B</p> <p>SECTEUR PUBLIC</p> <p>HÔPITAL GOUVT. C</p> <p>CENTRE DE SANTÉ/<br/>MATERNITÉ... D</p> <p>POSTE DE SANTÉ<br/>GOUVT. .... E</p> <p>AUTRE SECTEUR<br/>PUBLIC</p> <p>_____<br/>F<br/>(PRÉCISEZ)</p> <p>SECTEUR MÉDICAL<br/>PRIVÉ</p> <p>HÔPITAL/CLINIQUE<br/>PRIVÉ ..... G</p> <p>AUTRE SECTEUR<br/>MED. PRIVÉ</p> <p>_____<br/>H<br/>(PRÉCISEZ)</p> <p>AUTRE _____ X<br/>(PRÉCISEZ)</p> |  |  |
| 411 | <p>De combien de mois étiez-vous enceinte quand vous avez eu votre première consultation prénatale pour cette grossesse ?</p> <p>MOIS ... <input type="text"/> <input type="text"/></p> <p>NE SAIT PAS ..... 98</p>   |   |  |  |
| 412 | <p>Durant cette grossesse, combien de fois avez-vous eu de consultation prénatale ?</p> <p>NOMBRE DE FOIS <input type="text"/> <input type="text"/></p> <p>NE SAIT PAS ..... 98</p>   |   |  |  |
| 413 | <p>Est-ce qu'au cours des visites prénatales durant cette grossesse, les examens suivants ont été effectués au moins une fois :</p> <p>OUI NON</p> <p>Vous a-t-on pris la tension ? TENSION... 1 2</p> <p>Vous a-t-on prélevé de l'urine ? URINE ..... 1 2</p> <p>Vous a-t-on prélevé du sang ? SANG ... 1 2</p>                |   |  |  |
| 414 | <p>Au cours de l'une de ces visites prénatales, vous a-t-on parlé de choses qui peuvent être le signe de problèmes de la grossesse ?</p> <p>OUI ..... 1</p> <p>NON ..... 2</p> <p>NE SAIT PAS ..... 8</p>   |   |  |  |
| 415 | <p>Durant cette grossesse, vous a-t-on fait une injection dans le bras pour éviter au bébé d'avoir le tétanos, c'est-à-dire des convulsions après la naissance ?</p> <p>OUI ..... 1</p> <p>NON ..... 2</p> <p>(PASSEZ À 418) ←</p> <p>NE SAIT PAS ..... 8</p>   |   |  |  |

| N°  | QUESTIONS ET FILTRES   | DERNIÈRE NAISSANCE<br>NOM _____   | AVANT-DERNIÈRE<br>NAISSANCE<br>NOM _____ | AVANT-AVANT DERNIÈRE<br>NAISSANCE<br>NOM _____ |
|-----|--|---|--|--|
| 416 | Durant cette grossesse, combien de fois vous a-t-on fait une injection contre le tétanos ?   | FOIS ..... <input type="text"/><br>NE SAIT PAS ..... 8                                      |  |  |
| 417 | VÉRIFIEZ 416 :   | 2 FOIS OU PLUS <input type="text"/> AUTRE <input type="text"/><br>(PASSEZ À 421)            |  |  |
| 418 | À n'importe quel moment avant cette grossesse, vous a-t-on fait des injections contre le tétanos ?   | OUI ..... 1<br>NON ..... 2<br>(PASSEZ À 421) ←<br>NE SAIT PAS ... 8                         |  |  |
| 419 | Avant cette grossesse, combien de fois avez-vous eu des injections contre le tétanos ?<br><br>SI 7 FOIS OU PLUS, INSCRIVEZ '7'.  | FOIS ..... <input type="text"/><br>NE SAIT PAS ..... 8                                      |  |  |
| 420 | Avant cette grossesse, il y a combien d'années que vous avez reçu la dernière injection contre le tétanos ?  | IL Y A ANNÉES ... <input type="text"/> <input type="text"/>                                 |  |  |
| 421 | Durant cette grossesse, vous a-t-on donné ou avez-vous acheté des comprimés de fer ou du sirop contenant du fer ?<br>MONTREZ COMP./SIROP.  | OUI ..... 1<br>NON ..... 2<br>(PASSEZ À 423) ←<br>NE SAIT PAS ..... 8                       |  |  |
| 422 | Pendant toute la grossesse, pendant combien de jours avez-vous pris des comprimés ou du sirop ?<br><br>SI LA RÉPONSE N'EST PAS NUMÉRIQUE, INSISTEZ POUR OBTENIR UN NOMBRE APPROXIMATIF DE JOURS. | JOURS <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/><br>NE SAIT PAS ... 998 |  |  |
| 423 | Durant cette grossesse, avez-vous pris des médicaments contre les vers intestinaux ?   | OUI ..... 1<br>NON ..... 2<br>NE SAIT PAS ..... 8   |  |  |
| 424 | Durant cette grossesse, avez-vous pris des médicaments pour éviter le paludisme ?  | OUI ..... 1<br>NON ..... 2<br>(PASSEZ À 430) ←<br>NE SAIT PAS ..... 8                       |  |  |
| 425 | Quels médicaments avez-vous pris ?<br>ENREGISTREZ TOUT CE QUI EST MENTIONNÉ. SI LE TYPE DE MÉDICAMENT N'EST PAS DÉTERMINÉ, MONTREZ DES ANTIPALUDÉENS COURANTS À L'ENQUÊTÉE.                      | SP/FANSIDAR ... A<br>ACT ... B<br><br>AUTRE _____ X<br>(PRÉCISEZ)<br>NE SAIT PAS ..... Z    |  |  |
| 426 | VÉRIFIEZ 425 :<br><br>SP/FANSIDAR PRIS À TITRE PRÉVENTIF CONTRE LE PALUDISME.  | CODE 'A' CODE<br>ENCERCLÉ A' NON<br><input type="checkbox"/> ENCLERCLÉ<br>(PASSEZ À 430) ←  |  |  |

| N°  | QUESTIONS ET FILTRES   | DERNIÈRE NAISSANCE<br>NOM _____  | AVANT-DERNIÈRE<br>NAISSANCE<br>NOM _____   | AVANT-AVANT DERNIÈRE<br>NAISSANCE<br>NOM _____   |
|-----|--|--|--|--|
| 427 | Durant cette grossesse, combien de fois avez-vous pris de la (SP/Fansidar) ?   | FOIS ..... <input type="text"/> <input type="text"/>   |  |  |
| 428 | VÉRIFIEZ 409 :<br><br>SOINS PRÉNATALS PAR<br>DU PERSONNEL DE SANTÉ<br>DURANT CETTE GROSSESSE.  | CODE 'A', AUTRE <input type="text"/><br>'B' OU 'C'<br>ENCERCLÉ <input type="checkbox"/><br>↓ (PASSEZ À 430) ←  |  |  |
| 429 | Vous a-t-on donné la (SP/Fansidar) durant une visite prénatale, durant une autre visite dans un établissement de santé ou l'avez-vous obtenue d'une autre source ? | VISITE PRÉNATALE 1<br>AUTRE VISITE<br>MÉDICALE ..... 2<br>AUTRE ENDROIT 6  |  |  |
| 430 | Quand (NOM) est né, était-il/elle très gros, plus gros que la moyenne, moyen, plus petit que la moyenne ou très petit ?  | TRÈS GROS ..... 1<br>PLUS GROS QUE<br>LA MOYENNE ... 2<br>MOYEN ..... 3<br>PLUS PETIT QUE<br>LA MOYENNE ... 4<br>TRÈS PETIT ..... 5<br>NE SAIT PAS ..... 8   | TRÈS GROS ..... 1<br>PLUS GROS QUE<br>LA MOYENNE ... 2<br>MOYEN ..... 3<br>PLUS PETIT QUE<br>LA MOYENNE ... 4<br>TRÈS PETIT ..... 5<br>NE SAIT PAS ..... 8   | TRÈS GROS ..... 1<br>PLUS GROS QUE<br>LA MOYENNE ... 2<br>MOYEN ..... 3<br>PLUS PETIT QUE<br>LA MOYENNE ... 4<br>TRÈS PETIT ..... 5<br>NE SAIT PAS ..... 8   |
| 431 | (NOM) a-t-il/elle été pesé à la naissance ?  | OUI ..... 1<br><br>NON ..... 2<br>(PASSEZ À 433) ←<br>NE SAIT PAS ..... 8  | OUI ..... 1<br><br>NON ..... 2<br>(PASSEZ À 433) ←<br>NE SAIT PAS ..... 8  | OUI ..... 1<br><br>NON ..... 2<br>(PASSEZ À 433) ←<br>NE SAIT PAS ..... 8  |
| 432 | Combien (NOM) pesait-il/elle ?<br><br>INSCRIVEZ LE POIDS EN KILOGRAMMES À PARTIR DU CARNET DE SANTÉ, SI DISPONIBLE.  | KG DU CARNET<br>1 <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/><br><br>KG DE MÉMOIRE<br>2 <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/><br><br>NE SAIT PAS 99998 | KG DU CARNET<br>1 <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/><br><br>KG DE MÉMOIRE<br>2 <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/><br><br>NE SAIT PAS 99998 | KG DU CARNET<br>1 <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/><br><br>KG DE MÉMOIRE<br>2 <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/><br><br>NE SAIT PAS 99998 |

| N°   | QUESTIONS ET FILTRES   | DERNIÈRE NAISSANCE<br>NOM _____  | AVANT-DERNIÈRE<br>NAISSANCE<br>NOM _____   | AVANT-AVANT DERNIÈRE<br>NAISSANCE<br>NOM _____   |
|------|--|--|--|--|
| 432A | La naissance de (NOM) a-t-elle été déclarée ?  | OUI ..... 1<br>NON ..... 2<br>NE SAIT PAS ..... 8  | OUI ..... 1<br>NON ..... 2<br>NE SAIT PAS ..... 8  | OUI ..... 1<br>NON ..... 2<br>NE SAIT PAS ..... 8  |
| 433  | Qui vous a assisté durant l'accouchement de (NOM) ?<br><br>Quelqu'un d'autre ?<br><br>INSISTEZ POUR LES TYPES DE PERSONNES ET ENREGISTREZ TOUT CE QUI EST MENTIONNÉ.<br>SI L'ENQUÊTÉE DIT QUE PERSONNE NE L'A ASSISTÉE, INSISTEZ POUR DÉTERMINER SI DES ADULTES ÉTAIENT PRÉSENTS À L'ACCOUCHEMENT. | PROF. DE LA SANTÉ<br>MÉDECIN ..... A<br>SAGE-FEMME ..... B<br>INFIRMIÈRE/ICP ..... C<br><br>AUTRE PERSONNEL<br>MATRONNE ..... D<br>ACCOUCHEUSE<br>TRADITION ... E<br><br>AUTRE _____ X<br>(PRÉCISEZ)<br><br>PERSONNE ..... Y   | PROF. DE LA SANTÉ<br>MÉDECIN ..... A<br>SAGE-FEMME ..... B<br>INFIRMIÈRE/ICP ..... C<br><br>AUTRE PERSONNEL<br>MATRONNE ..... D<br>ACCOUCHEUSE<br>TRADITION ... E<br><br>AUTRE _____ X<br>(PRÉCISEZ)<br><br>PERSONNE ..... Y   | PROF. DE LA SANTÉ<br>MÉDECIN ..... A<br>SAGE-FEMME ..... B<br>INFIRMIÈRE/ICP ..... C<br><br>AUTRE PERSONNEL<br>MATRONNE ..... D<br>ACCOUCHEUSE<br>TRADITION ... E<br><br>AUTRE _____ X<br>(PRÉCISEZ)<br><br>PERSONNE ..... Y   |
| 434  | Où avez-vous accouché de (NOM) ?<br><br>INSISTEZ POUR DÉTERMINER LE TYPE D'ENDROIT.<br><br>SI VOUS NE POUVEZ DÉTERMINER SI L'ENDROIT EST DU SECTEUR PUBLIC OU PRIVÉ, INSCRIVEZ LE NOM DE L'ENDROIT.<br><br>_____<br>(NOM DE L'ENDROIT/<br>NOM DES ENDROITS)  | MAISON<br>VOTRE MAISON 11<br>(PASSEZ À 438) ←<br>AUTRE MAISON 12<br><br>SECTEUR PUBLIC<br>HÔPITAL GOUVT. 21<br>CENTRE DE SANTÉ/<br>MATERNITÉ... 22<br>POSTE DE SANTÉ<br>GOUVT ..... 23<br>AUTRE SECTEUR<br>PUBLIC<br>_____ 26<br>(PRÉCISEZ)<br><br>SECTEUR MED. PRIVÉ<br>HÔPITAL/CLINIQUE<br>PRIVÉ ..... 31<br>AUTRE SECTEUR<br>MED. PRIVÉ<br>_____ 36<br>(PRÉCISEZ)<br><br>AUTRE _____ 96<br>(PRÉCISEZ)  <br>(PASSEZ À 438) ← | MAISON<br>VOTRE MAISON 11<br>(PASSEZ À 448) ←<br>AUTRE MAISON 12<br><br>SECTEUR PUBLIC<br>HÔPITAL GOUVT. 21<br>CENTRE DE SANTÉ/<br>MATERNITÉ... 22<br>POSTE DE SANTÉ<br>GOUVT ..... 23<br>AUTRE SECTEUR<br>PUBLIC<br>_____ 26<br>(PRÉCISEZ)<br><br>SECTEUR MED. PRIVÉ<br>HÔPITAL/CLINIQUE<br>PRIVÉ ..... 31<br>AUTRE SECTEUR<br>MED. PRIVÉ<br>_____ 36<br>(PRÉCISEZ)<br><br>AUTRE _____ 96<br>(PRÉCISEZ)  <br>(PASSEZ À 448) ← | MAISON<br>VOTRE MAISON 11<br>(PASSEZ À 448) ←<br>AUTRE MAISON 12<br><br>SECTEUR PUBLIC<br>HÔPITAL GOUVT. 21<br>CENTRE DE SANTÉ/<br>MATERNITÉ... 22<br>POSTE DE SANTÉ<br>GOUVT ..... 23<br>AUTRE SECTEUR<br>PUBLIC<br>_____ 26<br>(PRÉCISEZ)<br><br>SECTEUR MED. PRIVÉ<br>HÔPITAL/CLINIQUE<br>PRIVÉ ..... 31<br>AUTRE SECTEUR<br>MED. PRIVÉ<br>_____ 36<br>(PRÉCISEZ)<br><br>AUTRE _____ 96<br>(PRÉCISEZ)  <br>(PASSEZ À 448) ← |
| 435  | Avez-vous accouché de (NOM) par césarienne, c'est-à-dire que l'on vous a ouvert le ventre pour faire sortir le bébé ?  | OUI ..... 1<br>NON ..... 2   | OUI ..... 1<br>NON ..... 2   | OUI ..... 1<br>NON ..... 2   |

| N°  | QUESTIONS ET FILTRES  | DERNIÈRE NAISSANCE<br>NOM _____  | AVANT-DERNIÈRE<br>NAISSANCE<br>NOM _____ | AVANT-AVANT DERNIÈRE<br>NAISSANCE<br>NOM _____ |  |  |  |  |  |  |
|-----|---|--|--|--|--|--|--|--|--|--|
| 436 | Après l'accouchement de (NOM),<br>est-ce que quelqu'un a examiné<br>votre état de santé pendant que<br>vous étiez dans l'établissement ?  | OUI ..... 1<br>(PASSEZ À 439)←<br>NON ..... 2  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| 437 | Est-ce que quelqu'un a examiné<br>votre état de santé après que vous<br>ayez quitté l'établissement ?   | OUI ..... 1<br>(PASSEZ À 439)←<br>NON ..... 2<br>(PASSEZ À 446)←   |  |  |  |  |  |  |  |  |
| 438 | Après l'accouchement de (NOM),<br>est-ce que quelqu'un a examiné<br>votre état de santé ?   | OUI ..... 1<br>NON ..... 2<br>(PASSEZ À 442)←  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| 439 | Qui a examiné votre état de santé à<br>ce moment-là ?<br><br>INSISTEZ POUR OBTENIR LA<br>PERSONNE LA PLUS<br>QUALIFIÉE.   | PROF. DE LA SANTÉ<br>MÉDECIN ..... 11<br>SAGE-FEMME ..... 12<br>INFIRMIÈRE/ICP ..... 13<br><br>AUTRE PERSONEL<br>MATRONNE ..... 21<br>ACCOUCHEUSE ..... 22<br>TRADITION ...<br><br>AUTRE ..... 96<br>(PRÉCISEZ)  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| 440 | Combien de temps après<br>l'accouchement a eu lieu le premier<br>examen ?<br><br>SI MOINS D'UN JOUR, ENREGIS-<br>TREZ EN HEURES.<br>SI MOINS D'UNE SEMAINE,<br>ENREGISTREZ EN JOURS.                                    | HEURES 1 <table border="1"><tr><td></td><td></td></tr></table><br>JOURS 2 <table border="1"><tr><td></td><td></td></tr></table><br>SEMAINES 3 <table border="1"><tr><td></td><td></td></tr></table><br>NE SAIT PAS ... 998   |  |  |  |  |  |  |  |  |
|     |   |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|     |   |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|     |   |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| 441 | VÉRIFIEZ 437 :  | OUI PAS POSÉ<br><table border="1"><tr><td></td><td></td></tr></table><br>(PASSEZ À 446)  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|     |   |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| 442 | Dans les deux mois qui ont suivi la<br>naissance de (NOM), est-ce qu'un<br>professionnel de la santé ou une<br>accoucheuse traditionnelle a<br>examiné son état de santé ?  | OUI ..... 1<br>NON ..... 2<br>(PASSEZ À 446)←<br>NE SAIT PAS ..... 8   |  |  |  |  |  |  |  |  |
| 443 | Combien d'heures, de jours ou de<br>semaines après la naissance de<br>(NOM), le premier examen a-t-il eu<br>lieu ?<br>SI MOINS D'UN JOUR,<br>ENREGISTREZ EN HEURES.<br>SI MOINS D'UNE SEMAINE,<br>ENREGISTREZ EN JOURS. | HRS APRES<br>NAIS. .. 1 <table border="1"><tr><td></td><td></td></tr></table><br>JRS APRÈS<br>NAIS. .. 2 <table border="1"><tr><td></td><td></td></tr></table><br>SEM,APRÈS<br>NAIS. .. 3 <table border="1"><tr><td></td><td></td></tr></table><br>NE SAIT PAS ... 998 |  |  |  |  |  |  |  |  |
|     |   |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|     |   |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|     |   |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| 444 | Qui a examiné l'état de santé de<br>(NOM) à ce moment-là ?<br><br>INSISTEZ POUR OBTENIR LA<br>PERSONNE LA PLUS<br>QUALIFIÉE.  | PROF. DE LA SANTÉ<br>MÉDECIN ..... 11<br>SAGE-FEMME ..... 12<br>INFIRMIÈRE/ICP ..... 13<br><br>AUTRE PERSONEL<br>MATRONNE ..... 21<br>ACCOUCHEUSE ..... 22<br>TRADITION ...<br><br>AUTRE ..... 96<br>(PRÉCISEZ)  |  |  |  |  |  |  |  |  |



| N°  | QUESTIONS ET FILTRES  | DERNIÈRE NAISSANCE<br>NOM _____   | AVANT-DERNIÈRE<br>NAISSANCE<br>NOM _____  | AVANT-AVANT DERNIÈRE<br>NAISSANCE<br>NOM _____  |
|-----|---|---|---|---|
| 445 | <p>Où ce premier examen de (NOM) a-t-il eu lieu ?</p> <p>INSISTEZ POUR DÉTERMINER LE TYPE D'ENDROIT ET ENCEINCEZ LE CODE APPROPRIÉ.</p> <p>SI VOUS NE POUVEZ DÉTERMINER SI L'ENDROIT EST DU SECTEUR PUBLIC OU PRIVÉ, INSCRIVEZ LE NOM DE L'ENDROIT.</p> <p>_____<br/>(NOM DE L'ENDROIT/<br/>NOM DES ENDROITS)</p> | <p>MAISON</p> <p>VOTRE MAISON 11</p> <p>AUTRE MAISON 12</p> <p>SECTEUR PUBLIC</p> <p>HÔPITAL GOUVT 21</p> <p>CENTRE DE SANTÉ/<br/>MATERNITÉ... 22</p> <p>POSTE DE SANTÉ<br/>GOUVT. .... 23</p> <p>AUTRE PUBLIC<br/>_____<br/>(PRÉCISEZ) 26</p> <p>SECTEUR MED. PRIVÉ</p> <p>HÔPITAL/CLINIQUE<br/>PRIVÉ ..... 31</p> <p>AUTRE MÉDICAL<br/>PRIVÉ _____<br/>(PRÉCISEZ) 36</p> <p>AUTRE _____<br/>(PRÉCISEZ) 96</p> |   |   |
| 446 | <p>Dans les deux premiers mois qui ont suivi l'accouchement, avez-vous reçu une dose de vitamine A comme (celle-ci/l'une de celles-ci) ?</p> <p>OUI ..... 1</p> <p>NON ..... 2</p> <p>NE SAIT PAS ..... 8</p> <p>MONTREZ DES MODÈLES COURANTS D'AMPOULES/ GÉLULES/SIROP.</p>                                      |   |   |   |
| 447 | <p>Vos règles sont-elles revenues depuis la naissance de (NOM) ?</p> <p>OUI ..... 1<br/>(PASSEZ À 449) ←</p> <p>NON ..... 2<br/>(PASSEZ À 450) ←</p>  |   |   |   |
| 448 | <p>Est-ce que vos règles sont revenues entre la naissance de (NOM) et votre grossesse suivante ?</p>  |   | <p>OUI ..... 1</p> <p>NON ..... 2<br/>(PASSEZ À 452) ←</p>                            | <p>OUI ..... 1</p> <p>NON ..... 2<br/>(PASSEZ À 452) ←</p>                              |
| 449 | <p>Pendant combien de mois après la naissance de (NOM) n'avez-vous pas eu vos règles ?</p>  | <p>MOIS ... <input type="text"/> <input type="text"/></p> <p>NE SAIT PAS ..... 98</p>   | <p>MOIS ... <input type="text"/> <input type="text"/></p> <p>NE SAIT PAS ..... 98</p> | <p>MOIS ... <input type="text"/> <input type="text"/>  </p> <p>NE SAIT PAS ..... 98</p> |
| 450 | <p>VÉRIFIEZ 226 :</p> <p>L'ENQUÊTÉE EST-ELLE ENCEINTE ?</p>   | <p>PAS EN-CEINTE <input type="checkbox"/> ENCEINTE <input type="checkbox"/></p> <p>PAS SÛRE <input type="checkbox"/></p> <p>(PASSEZ À 452) ↓</p>  |   |   |
| 451 | <p>Avez-vous eu des rapports sexuels depuis la naissance de (NOM) ?</p> <p>OUI ..... 1</p> <p>NON ..... 2<br/>(PASSEZ À 453) ←</p>  |   |   |   |

| N°  | QUESTIONS ET FILTRES  | DERNIÈRE NAISSANCE<br>NOM _____   | AVANT-DERNIÈRE<br>NAISSANCE<br>NOM _____   | AVANT-AVANT DERNIÈRE<br>NAISSANCE<br>NOM _____                                     |
|-----|---|---|--|--|
| 452 | Pendant combien de mois après la naissance de (NOM) n'avez-vous pas eu de rapports sexuels ?  | MOIS ... <input type="text"/> <input type="text"/><br>NE SAIT PAS ..... 98  | MOIS ... <input type="text"/> <input type="text"/><br>NE SAIT PAS ..... 98         | MOIS ... <input type="text"/> <input type="text"/><br>NE SAIT PAS ..... 98         |
| 453 | Avez-vous allaité (NOM) ?   | OUI ..... 1<br>(PASSEZ À 455) ←<br>NON ..... 2  | OUI ..... 1<br>NON ..... 2   | OUI ..... 1<br>NON ..... 2   |
| 454 | VÉRIFIEZ 404 :<br><br>L'ENFANT EST-IL VIVANT ?  | VIVANT <input type="checkbox"/> DÉCÉDÉ <input type="checkbox"/><br>(PASSEZ À 460)<br>(RETOURNEZ À 405 À LA COLONNE SUIVANTE; OU SI PLUS DE NAISSANCES, ALLEZ À 501)   |  |  |
| 455 | Combien de temps après la naissance avez-vous mis (NOM) au sein pour la première fois ?<br><br>SI MOINS D'UNE HEURE, INSCRIVEZ '00' HEURE.<br>SI MOINS DE 24 HEURES, ENREGISTREZ EN HEURES.<br>SINON, ENREGISTREZ EN JOURS. | IMMÉDIATEMENT 000<br><br>HEURES 1 <input type="text"/> <input type="text"/><br>JOURS 2 <input type="text"/> <input type="text"/>  |  |  |
| 456 | Dans les trois premiers jours après la naissance est-ce que (NOM) a reçu autre chose à boire que le lait maternel ?   | OUI ..... 1<br>NON ..... 2<br>(PASSEZ À 458) ←  |  |  |
| 457 | Qu'a-t-on donné à boire à (NOM) ?<br><br>Rien d'autre ?<br><br>ENREGISTREZ TOUS LES LIQUIDES MENTIONNÉS.  | LAIT (AUTRE QUE LE LAIT MATERNEL ) A<br>EAU BÉNITE ..... B<br>EAU ..... C<br>EAU SUCRÉE OU<br>EAU GLUCOSÉE D<br>INFUSION CALMANTE POUR COLIQUES E<br>SOLUTION D'EAU SALÉE SUCRÉ F<br>JUS DE FRUIT ... G<br>LAIT EN POUDRE POUR BÉBÉ ... H<br>THÉ/INFUSIONS ... I<br>MIEL ..... J<br><br>AUTRE _____ X<br>(PRÉCISEZ) |  |  |
| 458 | VÉRIFIEZ 404 :<br><br>L'ENFANT EST-IL EN VIE ?  | EN VIE <input type="checkbox"/> DÉCÉDÉ <input type="checkbox"/><br>(PASSEZ À 459A)  | EN VIE <input type="checkbox"/> DÉCÉDÉ <input type="checkbox"/><br>(PASSEZ À 459A) | EN VIE <input type="checkbox"/> DÉCÉDÉ <input type="checkbox"/><br>(PASSEZ À 459A) |

| N°   | QUESTIONS ET FILTRES  | DERNIÈRE NAISSANCE<br>NOM _____   | AVANT-DERNIÈRE<br>NAISSANCE<br>NOM _____  | AVANT-AVANT DERNIÈRE<br>NAISSANCE<br>NOM _____  |
|------|---|---|---|---|
| 459  | Allaitiez-vous encore (NOM) ?                                       | OUI ..... 1<br>(PASSEZ À 460) ←<br>NON ..... 2  | OUI ..... 1<br>(PASSEZ À 460) ←<br>NON ..... 2  | OUI ..... 1<br>(PASSEZ À 460) ←<br>NON ..... 2  |
| 459A | Pendant combien de mois avez-vous allaité (NOM) ?                   | MOIS ... <input type="text"/> <input type="text"/><br>NE SAIT PAS ..... 98  | MOIS ... <input type="text"/> <input type="text"/><br>NE SAIT PAS ..... 98  | MOIS ... <input type="text"/> <input type="text"/><br>NE SAIT PAS ..... 98  |
| 459B | VÉRIFIEZ 404 :<br><br>L'ENFANT EST-IL EN VIE ?                      | <div> <div>EN VIE</div> <div> <input type="checkbox"/> </div> <div> ↓<br/> (RETOURNEZ À<br/>405 À LA COLONNE<br/>SUIVANTE; OU,<br/>SI PLUS DE NAISS.<br/>ALLEZ À 501) </div> </div> | <div> <div>EN VIE</div> <div> <input type="checkbox"/> </div> <div> ↓<br/> (RETOURNEZ À<br/>405 À LA COLONNE<br/>SUIVANTE; OU,<br/>SI PLUS DE NAISS.<br/>ALLEZ À 501) </div> </div> | <div> <div>EN VIE</div> <div> <input type="checkbox"/> </div> <div> ↓<br/> (RETOURNEZ À<br/>405 À L'AVANT-<br/>DERNIÈRE COL. DU<br/>NOUVEAU QUEST.<br/>OU SI PLUS DE NAIS.<br/>ALLEZ À 501) </div> </div> |
| 460  | (NOM) a-t-il bu quelque chose au biberon hier ou la nuit dernière ? | OUI ..... 1<br>NON ..... 2<br>NE SAIT PAS ..... 8   | OUI ..... 1<br>NON ..... 2<br>NE SAIT PAS ..... 8   | OUI ..... 1<br>NON ..... 2<br>NE SAIT PAS ..... 8   |
| 461  |   | (RETOURNEZ À<br>405 À LA COLONNE<br>SUIVANTE ; OU,<br>SI PLUS DE NAISS.<br>ALLEZ À 501)   | (RETOURNEZ À<br>405 À LA COLONNE<br>SUIVANTE ; OU,<br>SI PLUS DE NAISS.<br>ALLEZ À 501)   | (RETOURNEZ À<br>405 À L'AVANT-DER.<br>COLONNE DU<br>NOUVEAU QUEST.<br>OU SI PLUS DE NAIS.<br>ALLEZ À 501)   |

SECTION 5. VACCINATIONS DES ENFANTS, SANTÉ ET NUTRITION

| 501   | INSCRIVEZ DANS LE TABLEAU LE NUMÉRO DE LIGNE DE L'HISTORIQUE DES NAISSANCES, LE NOM ET L'ÉTAT DE SURVIE DE CHAQUE NAISSANCE SURVENUE EN 2005 (1) OU PLUS TARD.<br>POSEZ LES QUESTIONS SUR TOUTES CES NAISSANCES, EN COMMENÇANT PAR LA DERNIÈRE NAISSANCE.<br>(S'IL Y A PLUS DE 3 NAISSANCES, UTILISEZ LES 2 DERNIÈRES COLONNES DE QUESTIONNAIRES SUPPLÉMENTAIRES). |  |  |  |   |   |   |      |       |  |  |  |  |                    |  |  |                          |  |  |                                |  |  |  |      |      |       |      |      |       |      |      |       |     |  |  |  |     |  |  |     |  |  |                                |  |  |  |    |  |  |    |  |  |         |  |  |  |    |  |  |    |  |  |         |  |  |  |    |  |  |    |  |  |         |  |  |  |    |  |  |    |  |  |        |  |  |  |     |  |  |     |  |  |        |  |  |  |     |  |  |     |  |  |        |  |  |  |     |  |  |     |  |  |          |  |  |  |     |  |  |     |  |  |              |  |  |  |   |  |  |   |  |  |                              |  |  |  |       |  |  |       |  |  |
|---|--|--|--|--|---|---|---|------|-------|--|--|--|--|--------------------|--|--|--------------------------|--|--|--------------------------------|--|--|--|------|------|-------|------|------|-------|------|------|-------|-----|--|--|--|-----|--|--|-----|--|--|--------------------------------|--|--|--|----|--|--|----|--|--|---------|--|--|--|----|--|--|----|--|--|---------|--|--|--|----|--|--|----|--|--|---------|--|--|--|----|--|--|----|--|--|--------|--|--|--|-----|--|--|-----|--|--|--------|--|--|--|-----|--|--|-----|--|--|--------|--|--|--|-----|--|--|-----|--|--|----------|--|--|--|-----|--|--|-----|--|--|--------------|--|--|--|---|--|--|---|--|--|------------------------------|--|--|--|-------|--|--|-------|--|--|
| 502   | N° DE LIGNE DE 212<br>DANS L'HISTORIQUE<br>DES NAISSANCES  | DERNIÈRE NAISSANCE<br><br>N° HISTORIQUE <span style="border: 1px solid black; display: inline-block; width: 20px; height: 20px; vertical-align: middle;"></span>   | AVANT-DERNIÈRE NAISSANCE<br><br>N° HISTORIQUE <span style="border: 1px solid black; display: inline-block; width: 20px; height: 20px; vertical-align: middle;"></span>   | AVANT-AVANT DERNIÈRE<br>NAISSANCE<br><br>N° HISTORIQUE <span style="border: 1px solid black; display: inline-block; width: 20px; height: 20px; vertical-align: middle;"></span>  |   |   |   |      |       |  |  |  |  |                    |  |  |                          |  |  |                                |  |  |  |      |      |       |      |      |       |      |      |       |     |  |  |  |     |  |  |     |  |  |                                |  |  |  |    |  |  |    |  |  |         |  |  |  |    |  |  |    |  |  |         |  |  |  |    |  |  |    |  |  |         |  |  |  |    |  |  |    |  |  |        |  |  |  |     |  |  |     |  |  |        |  |  |  |     |  |  |     |  |  |        |  |  |  |     |  |  |     |  |  |          |  |  |  |     |  |  |     |  |  |              |  |  |  |   |  |  |   |  |  |                              |  |  |  |       |  |  |       |  |  |
| 503   | À PARTIR DE 212<br>ET 216  | NOM _____<br><br>EN VIE <span style="border: 1px solid black; display: inline-block; width: 15px; height: 15px; vertical-align: middle;"></span> DÉCÉDÉ <span style="border: 1px solid black; display: inline-block; width: 15px; height: 15px; vertical-align: middle;"></span><br>(ALLEZ À 503<br>À LA COL.SUIVANTE<br>OU S'IL N'Y A PLUS DE<br>NAISSANCE, ALLEZ<br>À 553) | NOM _____<br><br>EN VIE <span style="border: 1px solid black; display: inline-block; width: 15px; height: 15px; vertical-align: middle;"></span> DÉCÉDÉ <span style="border: 1px solid black; display: inline-block; width: 15px; height: 15px; vertical-align: middle;"></span><br>(ALLEZ À 503<br>À LA COL.SUIVANTE<br>OU S'IL N'Y A PLUS DE<br>NAISSANCE, ALLEZ<br>À 553) | NOM _____<br><br>EN VIE <span style="border: 1px solid black; display: inline-block; width: 15px; height: 15px; vertical-align: middle;"></span> DÉCÉDÉ <span style="border: 1px solid black; display: inline-block; width: 15px; height: 15px; vertical-align: middle;"></span><br>(ALLEZ À 503<br>À L'AVANT-DER.COL.<br>DU NOUVEAU QUEST.<br>OU S'IL N'Y A PLUS DE<br>NAISS., ALLEZ À 553) |   |   |   |      |       |  |  |  |  |                    |  |  |                          |  |  |                                |  |  |  |      |      |       |      |      |       |      |      |       |     |  |  |  |     |  |  |     |  |  |                                |  |  |  |    |  |  |    |  |  |         |  |  |  |    |  |  |    |  |  |         |  |  |  |    |  |  |    |  |  |         |  |  |  |    |  |  |    |  |  |        |  |  |  |     |  |  |     |  |  |        |  |  |  |     |  |  |     |  |  |        |  |  |  |     |  |  |     |  |  |          |  |  |  |     |  |  |     |  |  |              |  |  |  |   |  |  |   |  |  |                              |  |  |  |       |  |  |       |  |  |
| 504   | Avez-vous un carnet où<br>les vaccinations de<br>(NOM) sont inscrites ?<br><br>SI OUI :<br>Puis-je le voir ?   | OUI, VU ..... 1<br>(PASSEZ À 506) ←<br>OUI, PAS VU ..... 2<br>(PASSEZ À 509) ←<br>PAS DE CARNET ..... 3  | OUI, VU ..... 1<br>(PASSEZ À 506) ←<br>OUI, PAS VU ..... 2<br>(PASSEZ À 509) ←<br>PAS DE CARNET ..... 3  | OUI, VU ..... 1<br>(PASSEZ À 506) ←<br>OUI, PAS VU ..... 2<br>(PASSEZ À 509) ←<br>PAS DE CARNET ..... 3  |   |   |   |      |       |  |  |  |  |                    |  |  |                          |  |  |                                |  |  |  |      |      |       |      |      |       |      |      |       |     |  |  |  |     |  |  |     |  |  |                                |  |  |  |    |  |  |    |  |  |         |  |  |  |    |  |  |    |  |  |         |  |  |  |    |  |  |    |  |  |         |  |  |  |    |  |  |    |  |  |        |  |  |  |     |  |  |     |  |  |        |  |  |  |     |  |  |     |  |  |        |  |  |  |     |  |  |     |  |  |          |  |  |  |     |  |  |     |  |  |              |  |  |  |   |  |  |   |  |  |                              |  |  |  |       |  |  |       |  |  |
| 505   | Avez-vous déjà eu un<br>carnet de vaccination<br>pour (NOM) ? (2)  | OUI ..... 1<br>(PASSEZ À 509) ←<br>NON ..... 2   | OUI ..... 1<br>(PASSEZ À 509) ←<br>NON ..... 2   | OUI ..... 1<br>(PASSEZ À 509) ←<br>NON ..... 2   |   |   |   |      |       |  |  |  |  |                    |  |  |                          |  |  |                                |  |  |  |      |      |       |      |      |       |      |      |       |     |  |  |  |     |  |  |     |  |  |                                |  |  |  |    |  |  |    |  |  |         |  |  |  |    |  |  |    |  |  |         |  |  |  |    |  |  |    |  |  |         |  |  |  |    |  |  |    |  |  |        |  |  |  |     |  |  |     |  |  |        |  |  |  |     |  |  |     |  |  |        |  |  |  |     |  |  |     |  |  |          |  |  |  |     |  |  |     |  |  |              |  |  |  |   |  |  |   |  |  |                              |  |  |  |       |  |  |       |  |  |
| 506   | (1) COPIEZ LES DATES DU CARNET.<br>(2) INSCRIVEZ '44' À LA COLONNE 'JOUR' SI LE CARNET INDIQUE QU'UNE DOSE A ÉTÉ DONNÉE MAIS QUE LA DATE N'A PAS ÉTÉ ENREGISTRÉE.  |  |  |  |   |   |   |      |       |  |  |  |  |                    |  |  |                          |  |  |                                |  |  |  |      |      |       |      |      |       |      |      |       |     |  |  |  |     |  |  |     |  |  |                                |  |  |  |    |  |  |    |  |  |         |  |  |  |    |  |  |    |  |  |         |  |  |  |    |  |  |    |  |  |         |  |  |  |    |  |  |    |  |  |        |  |  |  |     |  |  |     |  |  |        |  |  |  |     |  |  |     |  |  |        |  |  |  |     |  |  |     |  |  |          |  |  |  |     |  |  |     |  |  |              |  |  |  |   |  |  |   |  |  |                              |  |  |  |       |  |  |       |  |  |
| <table border="1" style="width:100%; border-collapse: collapse; font-size: 0.8em;"> <thead> <tr> <th></th><th colspan="3">DERNIÈRE NAISSANCE</th><th colspan="3">AVANT-DERNIÈRE NAISSANCE</th><th colspan="3">AVANT-AVANT-DERNIÈRE NAISSANCE</th></tr> <tr> <th></th><th>JOUR</th><th>MOIS</th><th>ANNÉE</th><th>JOUR</th><th>MOIS</th><th>ANNÉE</th><th>JOUR</th><th>MOIS</th><th>ANNÉE</th></tr> </thead> <tbody> <tr><td>BCG</td><td></td><td></td><td></td><td>BCG</td><td></td><td></td><td>BCG</td><td></td><td></td></tr> <tr><td>POLIO 0 (POLIO À LA NAISSANCE)</td><td></td><td></td><td></td><td>P0</td><td></td><td></td><td>P0</td><td></td><td></td></tr> <tr><td>POLIO 1</td><td></td><td></td><td></td><td>P1</td><td></td><td></td><td>P1</td><td></td><td></td></tr> <tr><td>POLIO 2</td><td></td><td></td><td></td><td>P2</td><td></td><td></td><td>P2</td><td></td><td></td></tr> <tr><td>POLIO 3</td><td></td><td></td><td></td><td>P3</td><td></td><td></td><td>P3</td><td></td><td></td></tr> <tr><td>Penta1</td><td></td><td></td><td></td><td>Pe1</td><td></td><td></td><td>Pe1</td><td></td><td></td></tr> <tr><td>Penta2</td><td></td><td></td><td></td><td>Pe2</td><td></td><td></td><td>Pe2</td><td></td><td></td></tr> <tr><td>Penta3</td><td></td><td></td><td></td><td>Pe3</td><td></td><td></td><td>Pe3</td><td></td><td></td></tr> <tr><td>ROUGEOLE</td><td></td><td></td><td></td><td>ROU</td><td></td><td></td><td>ROU</td><td></td><td></td></tr> <tr><td>Fièvre jaune</td><td></td><td></td><td></td><td>F</td><td></td><td></td><td>F</td><td></td><td></td></tr> <tr><td>VITAMINE A (LA PLUS RÉCENTE)</td><td></td><td></td><td></td><td>VIT A</td><td></td><td></td><td>VIT A</td><td></td><td></td></tr> </tbody> </table> |  |  |  |  |   |   |   |      |       |  |  |  |  | DERNIÈRE NAISSANCE |  |  | AVANT-DERNIÈRE NAISSANCE |  |  | AVANT-AVANT-DERNIÈRE NAISSANCE |  |  |  | JOUR | MOIS | ANNÉE | JOUR | MOIS | ANNÉE | JOUR | MOIS | ANNÉE | BCG |  |  |  | BCG |  |  | BCG |  |  | POLIO 0 (POLIO À LA NAISSANCE) |  |  |  | P0 |  |  | P0 |  |  | POLIO 1 |  |  |  | P1 |  |  | P1 |  |  | POLIO 2 |  |  |  | P2 |  |  | P2 |  |  | POLIO 3 |  |  |  | P3 |  |  | P3 |  |  | Penta1 |  |  |  | Pe1 |  |  | Pe1 |  |  | Penta2 |  |  |  | Pe2 |  |  | Pe2 |  |  | Penta3 |  |  |  | Pe3 |  |  | Pe3 |  |  | ROUGEOLE |  |  |  | ROU |  |  | ROU |  |  | Fièvre jaune |  |  |  | F |  |  | F |  |  | VITAMINE A (LA PLUS RÉCENTE) |  |  |  | VIT A |  |  | VIT A |  |  |
|   | DERNIÈRE NAISSANCE   |  |  | AVANT-DERNIÈRE NAISSANCE   |   |   | AVANT-AVANT-DERNIÈRE NAISSANCE  |      |       |  |  |  |  |                    |  |  |                          |  |  |                                |  |  |  |      |      |       |      |      |       |      |      |       |     |  |  |  |     |  |  |     |  |  |                                |  |  |  |    |  |  |    |  |  |         |  |  |  |    |  |  |    |  |  |         |  |  |  |    |  |  |    |  |  |         |  |  |  |    |  |  |    |  |  |        |  |  |  |     |  |  |     |  |  |        |  |  |  |     |  |  |     |  |  |        |  |  |  |     |  |  |     |  |  |          |  |  |  |     |  |  |     |  |  |              |  |  |  |   |  |  |   |  |  |                              |  |  |  |       |  |  |       |  |  |
|   | JOUR   | MOIS   | ANNÉE  | JOUR   | MOIS  | ANNÉE   | JOUR  | MOIS | ANNÉE |  |  |  |  |                    |  |  |                          |  |  |                                |  |  |  |      |      |       |      |      |       |      |      |       |     |  |  |  |     |  |  |     |  |  |                                |  |  |  |    |  |  |    |  |  |         |  |  |  |    |  |  |    |  |  |         |  |  |  |    |  |  |    |  |  |         |  |  |  |    |  |  |    |  |  |        |  |  |  |     |  |  |     |  |  |        |  |  |  |     |  |  |     |  |  |        |  |  |  |     |  |  |     |  |  |          |  |  |  |     |  |  |     |  |  |              |  |  |  |   |  |  |   |  |  |                              |  |  |  |       |  |  |       |  |  |
| BCG   |  |  |  | BCG  |   |   | BCG   |      |       |  |  |  |  |                    |  |  |                          |  |  |                                |  |  |  |      |      |       |      |      |       |      |      |       |     |  |  |  |     |  |  |     |  |  |                                |  |  |  |    |  |  |    |  |  |         |  |  |  |    |  |  |    |  |  |         |  |  |  |    |  |  |    |  |  |         |  |  |  |    |  |  |    |  |  |        |  |  |  |     |  |  |     |  |  |        |  |  |  |     |  |  |     |  |  |        |  |  |  |     |  |  |     |  |  |          |  |  |  |     |  |  |     |  |  |              |  |  |  |   |  |  |   |  |  |                              |  |  |  |       |  |  |       |  |  |
| POLIO 0 (POLIO À LA NAISSANCE)  |  |  |  | P0   |   |   | P0  |      |       |  |  |  |  |                    |  |  |                          |  |  |                                |  |  |  |      |      |       |      |      |       |      |      |       |     |  |  |  |     |  |  |     |  |  |                                |  |  |  |    |  |  |    |  |  |         |  |  |  |    |  |  |    |  |  |         |  |  |  |    |  |  |    |  |  |         |  |  |  |    |  |  |    |  |  |        |  |  |  |     |  |  |     |  |  |        |  |  |  |     |  |  |     |  |  |        |  |  |  |     |  |  |     |  |  |          |  |  |  |     |  |  |     |  |  |              |  |  |  |   |  |  |   |  |  |                              |  |  |  |       |  |  |       |  |  |
| POLIO 1   |  |  |  | P1   |   |   | P1  |      |       |  |  |  |  |                    |  |  |                          |  |  |                                |  |  |  |      |      |       |      |      |       |      |      |       |     |  |  |  |     |  |  |     |  |  |                                |  |  |  |    |  |  |    |  |  |         |  |  |  |    |  |  |    |  |  |         |  |  |  |    |  |  |    |  |  |         |  |  |  |    |  |  |    |  |  |        |  |  |  |     |  |  |     |  |  |        |  |  |  |     |  |  |     |  |  |        |  |  |  |     |  |  |     |  |  |          |  |  |  |     |  |  |     |  |  |              |  |  |  |   |  |  |   |  |  |                              |  |  |  |       |  |  |       |  |  |
| POLIO 2   |  |  |  | P2   |   |   | P2  |      |       |  |  |  |  |                    |  |  |                          |  |  |                                |  |  |  |      |      |       |      |      |       |      |      |       |     |  |  |  |     |  |  |     |  |  |                                |  |  |  |    |  |  |    |  |  |         |  |  |  |    |  |  |    |  |  |         |  |  |  |    |  |  |    |  |  |         |  |  |  |    |  |  |    |  |  |        |  |  |  |     |  |  |     |  |  |        |  |  |  |     |  |  |     |  |  |        |  |  |  |     |  |  |     |  |  |          |  |  |  |     |  |  |     |  |  |              |  |  |  |   |  |  |   |  |  |                              |  |  |  |       |  |  |       |  |  |
| POLIO 3   |  |  |  | P3   |   |   | P3  |      |       |  |  |  |  |                    |  |  |                          |  |  |                                |  |  |  |      |      |       |      |      |       |      |      |       |     |  |  |  |     |  |  |     |  |  |                                |  |  |  |    |  |  |    |  |  |         |  |  |  |    |  |  |    |  |  |         |  |  |  |    |  |  |    |  |  |         |  |  |  |    |  |  |    |  |  |        |  |  |  |     |  |  |     |  |  |        |  |  |  |     |  |  |     |  |  |        |  |  |  |     |  |  |     |  |  |          |  |  |  |     |  |  |     |  |  |              |  |  |  |   |  |  |   |  |  |                              |  |  |  |       |  |  |       |  |  |
| Penta1  |  |  |  | Pe1  |   |   | Pe1   |      |       |  |  |  |  |                    |  |  |                          |  |  |                                |  |  |  |      |      |       |      |      |       |      |      |       |     |  |  |  |     |  |  |     |  |  |                                |  |  |  |    |  |  |    |  |  |         |  |  |  |    |  |  |    |  |  |         |  |  |  |    |  |  |    |  |  |         |  |  |  |    |  |  |    |  |  |        |  |  |  |     |  |  |     |  |  |        |  |  |  |     |  |  |     |  |  |        |  |  |  |     |  |  |     |  |  |          |  |  |  |     |  |  |     |  |  |              |  |  |  |   |  |  |   |  |  |                              |  |  |  |       |  |  |       |  |  |
| Penta2  |  |  |  | Pe2  |   |   | Pe2   |      |       |  |  |  |  |                    |  |  |                          |  |  |                                |  |  |  |      |      |       |      |      |       |      |      |       |     |  |  |  |     |  |  |     |  |  |                                |  |  |  |    |  |  |    |  |  |         |  |  |  |    |  |  |    |  |  |         |  |  |  |    |  |  |    |  |  |         |  |  |  |    |  |  |    |  |  |        |  |  |  |     |  |  |     |  |  |        |  |  |  |     |  |  |     |  |  |        |  |  |  |     |  |  |     |  |  |          |  |  |  |     |  |  |     |  |  |              |  |  |  |   |  |  |   |  |  |                              |  |  |  |       |  |  |       |  |  |
| Penta3  |  |  |  | Pe3  |   |   | Pe3   |      |       |  |  |  |  |                    |  |  |                          |  |  |                                |  |  |  |      |      |       |      |      |       |      |      |       |     |  |  |  |     |  |  |     |  |  |                                |  |  |  |    |  |  |    |  |  |         |  |  |  |    |  |  |    |  |  |         |  |  |  |    |  |  |    |  |  |         |  |  |  |    |  |  |    |  |  |        |  |  |  |     |  |  |     |  |  |        |  |  |  |     |  |  |     |  |  |        |  |  |  |     |  |  |     |  |  |          |  |  |  |     |  |  |     |  |  |              |  |  |  |   |  |  |   |  |  |                              |  |  |  |       |  |  |       |  |  |
| ROUGEOLE  |  |  |  | ROU  |   |   | ROU   |      |       |  |  |  |  |                    |  |  |                          |  |  |                                |  |  |  |      |      |       |      |      |       |      |      |       |     |  |  |  |     |  |  |     |  |  |                                |  |  |  |    |  |  |    |  |  |         |  |  |  |    |  |  |    |  |  |         |  |  |  |    |  |  |    |  |  |         |  |  |  |    |  |  |    |  |  |        |  |  |  |     |  |  |     |  |  |        |  |  |  |     |  |  |     |  |  |        |  |  |  |     |  |  |     |  |  |          |  |  |  |     |  |  |     |  |  |              |  |  |  |   |  |  |   |  |  |                              |  |  |  |       |  |  |       |  |  |
| Fièvre jaune  |  |  |  | F  |   |   | F   |      |       |  |  |  |  |                    |  |  |                          |  |  |                                |  |  |  |      |      |       |      |      |       |      |      |       |     |  |  |  |     |  |  |     |  |  |                                |  |  |  |    |  |  |    |  |  |         |  |  |  |    |  |  |    |  |  |         |  |  |  |    |  |  |    |  |  |         |  |  |  |    |  |  |    |  |  |        |  |  |  |     |  |  |     |  |  |        |  |  |  |     |  |  |     |  |  |        |  |  |  |     |  |  |     |  |  |          |  |  |  |     |  |  |     |  |  |              |  |  |  |   |  |  |   |  |  |                              |  |  |  |       |  |  |       |  |  |
| VITAMINE A (LA PLUS RÉCENTE)  |  |  |  | VIT A  |   |   | VIT A   |      |       |  |  |  |  |                    |  |  |                          |  |  |                                |  |  |  |      |      |       |      |      |       |      |      |       |     |  |  |  |     |  |  |     |  |  |                                |  |  |  |    |  |  |    |  |  |         |  |  |  |    |  |  |    |  |  |         |  |  |  |    |  |  |    |  |  |         |  |  |  |    |  |  |    |  |  |        |  |  |  |     |  |  |     |  |  |        |  |  |  |     |  |  |     |  |  |        |  |  |  |     |  |  |     |  |  |          |  |  |  |     |  |  |     |  |  |              |  |  |  |   |  |  |   |  |  |                              |  |  |  |       |  |  |       |  |  |
| 507   | VÉRIFIEZ 506 :   | BCG À ROUGEOLE<br>TOUT ENREGISTRÉ(3)<br><br><span style="border: 1px solid black; display: inline-block; width: 20px; height: 20px; vertical-align: middle;"></span><br>(ALLEZ À 511)  | AUTRE<br><br><span style="border: 1px solid black; display: inline-block; width: 20px; height: 20px; vertical-align: middle;"></span>  | BCG À ROUGEOLE<br>TOUT ENREGISTRÉ(3)<br><br><span style="border: 1px solid black; display: inline-block; width: 20px; height: 20px; vertical-align: middle;"></span><br>(ALLEZ À 511)  | AUTRE<br><br><span style="border: 1px solid black; display: inline-block; width: 20px; height: 20px; vertical-align: middle;"></span> | BCG À ROUGEOLE<br>TOUT ENREGISTRÉ(3)<br><br><span style="border: 1px solid black; display: inline-block; width: 20px; height: 20px; vertical-align: middle;"></span><br>(ALLEZ À 511) | AUTRE<br><br><span style="border: 1px solid black; display: inline-block; width: 20px; height: 20px; vertical-align: middle;"></span> |      |       |  |  |  |  |                    |  |  |                          |  |  |                                |  |  |  |      |      |       |      |      |       |      |      |       |     |  |  |  |     |  |  |     |  |  |                                |  |  |  |    |  |  |    |  |  |         |  |  |  |    |  |  |    |  |  |         |  |  |  |    |  |  |    |  |  |         |  |  |  |    |  |  |    |  |  |        |  |  |  |     |  |  |     |  |  |        |  |  |  |     |  |  |     |  |  |        |  |  |  |     |  |  |     |  |  |          |  |  |  |     |  |  |     |  |  |              |  |  |  |   |  |  |   |  |  |                              |  |  |  |       |  |  |       |  |  |

| N°   | QUESTIONS ET FILTRES   | DERNIÈRE NAISSANCE<br>NOM _____   | AVANT-DERNIÈRE<br>NAISSANCE<br>NOM _____  | AVANT-AVANT DERNIÈRE<br>NAISSANCE<br>NOM _____  |
|------|--|---|---|---|
| 508  | (NOM) a-t-il/elle eu des vaccins qui ne sont pas inscrits sur le carnet, y compris des vaccins reçus le jour d'une campagne nationale de vaccination ?<br><br>ENREGISTREZ 'OUI' SEULEMENT SI L'ENQUÊTÉE MENTIONNE AU MOINS UN DES VACCINS DE 506 QUI N'A PAS ÉTÉ ENREGISTRÉ COMME AYANT ÉTÉ DONNÉ. | OUI ..... 1<br>(INSISTEZ ←<br>POUR LES VACCINS<br>ET INSCRIVEZ '66'<br>À LA COLONNE<br>CORRESPONDANT<br>AU JOUR À 506).<br><br>(PASSEZ À 511) ←<br><br>NON ..... 2<br>(PASSEZ À 511) ←<br>NE SAIT PAS ..... 8 | OUI ..... 1<br>(INSISTEZ ←<br>POUR LES VACCINS<br>ET INSCRIVEZ '66'<br>À LA COLONNE<br>CORRESPONDANT<br>AU JOUR À 506).<br><br>(PASSEZ À 511) ←<br><br>NON ..... 2<br>(PASSEZ À 511) ←<br>NE SAIT PAS ..... 8 | OUI ..... 1<br>(INSISTEZ ←<br>POUR LES VACCINS<br>ET INSCRIVEZ '66'<br>À LA COLONNE<br>CORRESPONDANT<br>AU JOUR À 506).<br><br>(PASSEZ À 511) ←<br><br>NON ..... 2<br>(PASSEZ À 511) ←<br>NE SAIT PAS ..... 8 |
| 509  | (NOM) a t-il/elle déjà eu des vaccins pour lui éviter de contracter des maladies, y compris des vaccins reçus le jour d'une campagne nationale de vaccination ?  | OUI ..... 1<br>NON ..... 2<br>(PASSEZ À 511) ←<br>NE SAIT PAS ..... 8   | OUI ..... 1<br>NON ..... 2<br>(PASSEZ À 511) ←<br>NE SAIT PAS ..... 8   | OUI ..... 1<br>NON ..... 2<br>(PASSEZ À 511) ←<br>NE SAIT PAS ..... 8   |
| 510  | Dites-moi si (NOM) a eu l'un des vaccins suivants :  |   |   |   |
| 510A | Le vaccin du BCG contre la tuberculose, c'est-à-dire une injection dans le bras ou à l'épaule qui laisse habituellement une cicatrice ?  | OUI ..... 1<br>NON ..... 2<br>NE SAIT PAS ..... 8   | OUI ..... 1<br>NON ..... 2<br>NE SAIT PAS ..... 8   | OUI ..... 1<br>NON ..... 2<br>NE SAIT PAS ..... 8   |
| 510B | Le vaccin de la polio, c'est-à-dire des gouttes dans la bouche ?   | OUI ..... 1<br>NON ..... 2<br>(PASSEZ À 510E) ←<br>NE SAIT PAS ..... 8  | OUI ..... 1<br>NON ..... 2<br>(PASSEZ À 510E) ←<br>NE SAIT PAS ..... 8  | OUI ..... 1<br>NON ..... 2<br>(PASSEZ À 510E) ←<br>NE SAIT PAS ..... 8  |
| 510C | Le premier vaccin de la polio a-t-il été donné dans les 2 premières semaines après la naissance ou plus tard ?   | DEUX 1 <sup>res</sup> SEMAINES ..... 1<br>PLUS TARD ..... 2   | DEUX 1 <sup>res</sup> SEMAINES ..... 1<br>PLUS TARD ..... 2   | DEUX 1 <sup>res</sup> SEMAINES ..... 1<br>PLUS TARD ..... 2   |
| 510D | Combien de fois le vaccin de la polio a-t-il été donné ?   | NOMBRE<br>DE FOIS ..... <input type="text"/>  | NOMBRE<br>DE FOIS ..... <input type="text"/>  | NOMBRE<br>DE FOIS ..... <input type="text"/>  |
| 510E | Le vaccin du pentavalent, c'est-à-dire une injection faite à la cuisse ou à la fesse, parfois donné en même temps que les gouttes pour la polio ?  | OUI ..... 1<br>NON ..... 2<br>(PASSEZ À 510G) ←<br>NE SAIT PAS ..... 8  | OUI ..... 1<br>NON ..... 2<br>(PASSEZ À 510G) ←<br>NE SAIT PAS ..... 8  | OUI ..... 1<br>NON ..... 2<br>(PASSEZ À 510G) ←<br>NE SAIT PAS ..... 8  |
| 510F | Combien de fois le vaccin du pentavalent, a-t-il été donné ?   | NOMBRE<br>DE FOIS .. <input type="text"/>   | NOMBRE<br>DE FOIS .. <input type="text"/>   | NOMBRE<br>DE FOIS .. <input type="text"/>   |
| 510G | Le vaccin contre la rougeole ou le ROR, c'est-à-dire une injection dans le bras à l'âge de 9 mois ou plus tard, pour lui éviter la rougeole ?  | OUI ..... 1<br>NON ..... 2<br>NE SAIT PAS ..... 8   | OUI ..... 1<br>NON ..... 2<br>NE SAIT PAS ..... 8   | OUI ..... 1<br>NON ..... 2<br>NE SAIT PAS ..... 8   |
| 510H | Le vaccin contre la fièvre jaune   | OUI ..... 1<br>NON ..... 2<br>NE SAIT PAS ..... 8   | OUI ..... 1<br>NON ..... 2<br>NE SAIT PAS ..... 8   | OUI ..... 1<br>NON ..... 2<br>NE SAIT PAS ..... 8   |

| N°  | QUESTIONS ET FILTRES  | DERNIÈRE NAISSANCE<br>NOM _____  | AVANT-DERNIÈRE<br>NAISSANCE<br>NOM _____   | AVANT-AVANT DERNIÈRE<br>NAISSANCE<br>NOM _____   |
|-----|---|--|--|--|
| 511 | Au cours des six derniers mois, a-t-on donné à (NOM) une dose de vitamine A comme (celle-ci/l'une de celles-ci) ?<br><br>MONTREZ DES MODÈLES COURANTS D'AMPOULES/ GÉLULES/SIROP.  | OUI ..... 1<br>NON ..... 2<br>NE SAIT PAS ..... 8  | OUI ..... 1<br>NON ..... 2<br>NE SAIT PAS ..... 8  | OUI ..... 1<br>NON ..... 2<br>NE SAIT PAS ..... 8  |
| 512 | Au cours des sept derniers jours, a-t-on donné à (NOM) des comprimés de fer, des granules avec du fer ou du sirop contenant du fer comme (celui-ci/l'un de ceux-ci) ?<br><br>MONTREZ DES MODÈLES COURANTS DE COMPRIMÉS, GRANULES OU SIROP.  | OUI ..... 1<br>NON ..... 2<br>NE SAIT PAS ..... 8  | OUI ..... 1<br>NON ..... 2<br>NE SAIT PAS ..... 8  | OUI ..... 1<br>NON ..... 2<br>NE SAIT PAS ..... 8  |
| 513 | Au cours des six derniers mois, a-t-on donné à (NOM) des médicaments contre les vers intestinaux ?  | OUI ..... 1<br>NON ..... 2<br>NE SAIT PAS ..... 8  | OUI ..... 1<br>NON ..... 2<br>NE SAIT PAS ..... 8  | OUI ..... 1<br>NON ..... 2<br>NE SAIT PAS ..... 8  |
| 514 | (NOM) a-t-il eu la diarrhée au cours des deux dernières semaines ?  | OUI ..... 1<br>NON ..... 2<br>(PASSEZ À 525) ←<br>NE SAIT PAS ..... 8  | OUI ..... 1<br>NON ..... 2<br>(PASSEZ À 525) ←<br>NE SAIT PAS ..... 8  | OUI ..... 1<br>NON ..... 2<br>(PASSEZ À 525) ←<br>NE SAIT PAS ..... 8  |
| 515 | Y avait-il du sang dans les selles ?  | OUI ..... 1<br>NON ..... 2<br>NE SAIT PAS ..... 8  | OUI ..... 1<br>NON ..... 2<br>NE SAIT PAS ..... 8  | OUI ..... 1<br>NON ..... 2<br>NE SAIT PAS ..... 8  |
| 516 | Je voudrais maintenant savoir quelle quantité de liquides a été donnée à (NOM) pendant la diarrhée (y compris le lait maternel).<br><br>Lui a-t-on donné à boire moins que d'habitude, environ la même quantité ou plus que d'habitude ?<br><br>SI MOINS, INSISTEZ : Lui a-t-on donné à boire beaucoup moins que d'habitude ou un peu moins ? | BEAUCOUP MOINS 1<br>UN PEU MOINS ... 2<br>ENVIRON LA MÊME QUANTITÉ ... 3<br>PLUS ..... 4<br>RIEN À BOIRE ... 5<br>NE SAIT PAS ..... 8  | BEAUCOUP MOINS 1<br>UN PEU MOINS ... 2<br>ENVIRON LA MÊME QUANTITÉ ... 3<br>PLUS ..... 4<br>RIEN À BOIRE ... 5<br>NE SAIT PAS ..... 8  | BEAUCOUP MOINS 1<br>UN PEU MOINS ... 2<br>ENVIRON LA MÊME QUANTITÉ ... 3<br>PLUS ..... 4<br>RIEN À BOIRE ... 5<br>NE SAIT PAS ..... 8  |
| 517 | Quand (NOM) avait la diarrhée, lui a-t-on donné à manger moins que d'habitude, environ la même quantité, plus que d'habitude ou rien à manger ?<br><br>SI MOINS, INSISTEZ: Lui a-t-on donné à manger beaucoup moins que d'habitude ou un peu moins ?  | BEAUCOUP MOINS 1<br>UN PEU MOINS ... 2<br>ENVIRON LA MÊME QUANTITÉ ... 3<br>PLUS ..... 4<br>A STOPPÉ<br>NOURRITURE ... 5<br>N'A JAMAIS DONNÉ À MANGER ... 6<br>NE SAIT PAS ..... 8 | BEAUCOUP MOINS 1<br>UN PEU MOINS ... 2<br>ENVIRON LA MÊME QUANTITÉ ... 3<br>PLUS ..... 4<br>A STOPPÉ<br>NOURRITURE ... 5<br>N'A JAMAIS DONNÉ À MANGER ... 6<br>NE SAIT PAS ..... 8 | BEAUCOUP MOINS 1<br>UN PEU MOINS ... 2<br>ENVIRON LA MÊME QUANTITÉ ... 3<br>PLUS ..... 4<br>A STOPPÉ<br>NOURRITURE ... 5<br>N'A JAMAIS DONNÉ À MANGER ... 6<br>NE SAIT PAS ..... 8 |
| 518 | Avez-vous recherché des conseils ou un traitement pour la diarrhée ?  | OUI ..... 1<br>NON ..... 2<br>(PASSEZ À 522) ←   | OUI ..... 1<br>NON ..... 2<br>(PASSEZ À 522) ←   | OUI ..... 1<br>NON ..... 2<br>(PASSEZ À 522) ←   |

| N°  | QUESTIONS ET FILTRES   | DERNIÈRE NAISSANCE<br>NOM _____  | AVANT-DERNIÈRE<br>NAISSANCE<br>NOM _____   | AVANT-AVANT DERNIÈRE<br>NAISSANCE<br>NOM _____   |
|-----|--|--|--|--|
| 519 | <p>Où êtes-vous allée pour rechercher des conseils ou un traitement ?</p> <p>Quelque part ailleurs ?</p> <p><b>INSISTEZ POUR DÉTERMINEZ LE TYPE D'ENDROIT.</b></p> <p><b>SI VOUS NE POUVEZ DÉTERMINER SI L'ÉTABLISSEMENT EST DU SECTEUR PUBLIC OU PRIVÉ, INSCRIVEZ LE NOM DE L'ENDROIT.</b></p> <p>_____</p> <p>(NOM DE L'ENDROIT/<br/>NOM DES ENDROITS)</p> | <p>SECTEUR PUBLIC</p> <p>HÔPITAL GOUVT. A</p> <p>CENTRE DE SANTÉ GOUVT. .... B</p> <p>POSTE DE SANTÉ GOUVT. .... C</p> <p>CLINIQUE MOBILE D</p> <p>AGENT DE SANTÉ E</p> <p>AUTRE SECTEUR PUBLIC</p> <p>_____ F</p> <p>(PRÉCISEZ)</p> <p>SECTEUR MÉDICAL PRIVÉ</p> <p>HÔPITAL/CLINIQUE PRIVÉ ..... G</p> <p>PHARMACIE ... H</p> <p>MÉDECIN PRIVÉ I</p> <p>CLINIQUE MOBILE J</p> <p>AGENT DE SANTÉ K</p> <p>AUTRE SECTEUR MED. PRIVÉ</p> <p>_____ L</p> <p>(PRÉCISEZ)</p> <p>AUTRE ENDROIT</p> <p>BOUTIQUE ..... M</p> <p>PRATICIEN</p> <p>TRADITIONNEL N</p> <p>MARCHÉ ..... O</p> <p>AUTRE _____ X</p> <p>(PRÉCISEZ)</p> | <p>SECTEUR PUBLIC</p> <p>HÔPITAL GOUVT. A</p> <p>CENTRE DE SANTÉ GOUVT. .... B</p> <p>POSTE DE SANTÉ GOUVT. .... C</p> <p>CLINIQUE MOBILE D</p> <p>AGENT DE SANTÉ E</p> <p>AUTRE SECTEUR PUBLIC</p> <p>_____ F</p> <p>(PRÉCISEZ)</p> <p>SECTEUR MÉDICAL PRIVÉ</p> <p>HÔPITAL/CLINIQUE PRIVÉ ..... G</p> <p>PHARMACIE ..... H</p> <p>MÉDECIN PRIVÉ I</p> <p>CLINIQUE MOBILE J</p> <p>AGENT DE SANTÉ K</p> <p>AUTRE SECTEUR MED. PRIVÉ</p> <p>_____ L</p> <p>(PRÉCISEZ)</p> <p>AUTRE ENDROIT</p> <p>BOUTIQUE ..... M</p> <p>PRATICIEN</p> <p>TRADITIONNEL N</p> <p>MARCHÉ ..... O</p> <p>AUTRE _____ X</p> <p>(PRÉCISEZ)</p> | <p>SECTEUR PUBLIC</p> <p>HÔPITAL GOUVT. A</p> <p>CENTRE DE SANTÉ GOUVT. .... B</p> <p>POSTE DE SANTÉ GOUVT. .... C</p> <p>CLINIQUE MOBILE D</p> <p>AGENT DE SANTÉ E</p> <p>AUTRE SECTEUR PUBLIC</p> <p>_____ F</p> <p>(PRÉCISEZ)</p> <p>SECTEUR MÉDICAL PRIVÉ</p> <p>HÔPITAL/CLINIQUE PRIVÉ ..... G</p> <p>PHARMACIE ... H</p> <p>MÉDECIN PRIVÉ I</p> <p>CLINIQUE MOBILE J</p> <p>AGENT DE SANTÉ K</p> <p>AUTRE SECTEUR MED. PRIVÉ</p> <p>_____ L</p> <p>(PRÉCISEZ)</p> <p>AUTRE ENDROIT</p> <p>BOUTIQUE ..... M</p> <p>PRATICIEN</p> <p>TRADITIONNEL N</p> <p>MARCHÉ ..... O</p> <p>AUTRE _____ X</p> <p>(PRÉCISEZ)</p> |
| 520 | VÉRIFIEZ 519 :   | <p>2 CODES UN SEUL</p> <p><input type="checkbox"/> OU CODE <input type="checkbox"/></p> <p>PLUS ENCER- ENCERCLÉS CLÉ</p> <p>↓ (PASSEZ À 522) ←</p>   | <p>2 CODES UN SEUL</p> <p><input type="checkbox"/> OU CODE <input type="checkbox"/></p> <p>PLUS ENCER- ENCERCLÉS CLÉ</p> <p>↓ (PASSEZ À 522) ←</p>   | <p>2 CODES UN SEUL</p> <p><input type="checkbox"/> OU CODE <input type="checkbox"/></p> <p>PLUS ENCER- ENCERCLÉS CLÉ</p> <p>↓ (PASSEZ À 522) ←</p>   |
| 521 | <p>Où êtes-vous allée en premier pour rechercher des conseils ou un traitement ?</p> <p>UTILISEZ LES CODES LETTRES DE 519.</p>   | 1er ENDROIT ... <input type="checkbox"/>   | 1er ENDROIT ... <input type="checkbox"/>   | 1er ENDROIT ... <input type="checkbox"/>   |
| 522 | <p>Lui avez-vous donné les choses suivantes à boire à n'importe quel moment dès qu'il/elle a commencé à avoir la diarrhée :</p> <p>a) Un liquide préparé à partir d'un sachet spécial appelé [NOM LOCAL POUR LE SACHET SRO] ?</p> <p>b) Un liquide SRO préconditionné ?</p> <p>c) Un liquide maison recommandé par le gouvernement ?</p>                     | <p>OUI NON NSP</p> <p>SACHET SRO 1 2 8</p> <p>LIQUIDE SRO 1 2 8</p> <p>LIQUIDE MAISON 1 2 8</p>  | <p>OUI NON NSP</p> <p>SACHET SRO 1 2 8</p> <p>LIQUIDE SRO 1 2 8</p> <p>LIQUIDE MAISON 1 2 8</p>  | <p>OUI NON NSP</p> <p>SACHET SRO 1 2 8</p> <p>LIQUIDE SRO 1 2 8</p> <p>LIQUIDE MAISON 1 2 8</p>  |

| N°  | QUESTIONS ET FILTRES   | DERNIÈRE NAISSANCE<br>NOM _____  | AVANT-DERNIÈRE<br>NAISSANCE<br>NOM _____   | AVANT-AVANT DERNIÈRE<br>NAISSANCE<br>NOM _____   |
|-----|--|--|--|--|
| 523 | A-t-on donné quelque chose (d'autre) pour traiter la diarrhée ?  | OUI ..... 1<br>NON ..... 2<br>(PASSEZ À 525) ←<br>NE SAIT PAS ..... 8  | OUI ..... 1<br>NON ..... 2<br>(PASSEZ À 525) ←<br>NE SAIT PAS ..... 8  | OUI ..... 1<br>NON ..... 2<br>(PASSEZ À 525) ←<br>NE SAIT PAS ..... 8  |
| 524 | Qu'a-t-on donné (d'autre) pour traiter la diarrhée ?<br><br>Rien d'autre ?<br><br>ENREGISTREZ TOUS LES TRAITEMENTS DONNÉS.   | COMPRIMÉ OU SIROP<br>ANTIBIOTIQUE A<br>ANTIMOTILITÉ B<br>ZINC ..... C<br>AUTRE (PAS ANTI-BIOTIQUE, ANTI-MOTILITÉ OU ZINC) ..... D<br>COMPRIMÉ OU SIROP<br>INCONNU ... E<br><br>INJECTION<br>ANTIBIOTIQUE F<br>NON ANTIBIOT G<br>INJECTION<br>INCONNUE ... H<br><br>(IV) INTRAVEINEUSE I<br><br>REMÈDE MAISON/<br>HERBES MÉDICINALES ..... J<br><br>AUTRE _____ X<br>(PRÉCISEZ) | COMPRIMÉ OU SIROP<br>ANTIBIOTIQUE A<br>ANTIMOTILITÉ B<br>ZINC ..... C<br>AUTRE (PAS ANTI-BIOTIQUE, ANTI-MOTILITÉ OU ZINC) ..... D<br>COMPRIMÉ OU SIROP<br>INCONNU ... E<br><br>INJECTION<br>ANTIBIOTIQUE F<br>NON ANTIBIOT G<br>INJECTION<br>INCONNUE ... H<br><br>(IV) INTRAVEINEUSE I<br><br>REMÈDE MAISON/<br>HERBES MÉDICINALES ..... J<br><br>AUTRE _____ X<br>(PRÉCISEZ) | COMPRIMÉ OU SIROP<br>ANTIBIOTIQUE A<br>ANTIMOTILITÉ B<br>ZINC ..... C<br>AUTRE (PAS ANTI-BIOTIQUE, ANTI-MOTILITÉ OU ZINC) ..... D<br>COMPRIMÉ OU SIROP<br>INCONNU ... E<br><br>INJECTION<br>ANTIBIOTIQUE F<br>NON ANTIBIOT G<br>INJECTION<br>INCONNUE ... H<br><br>(IV) INTRAVEINEUSE I<br><br>REMÈDE MAISON/<br>HERBES MÉDICINALES ..... J<br><br>AUTRE _____ X<br>(PRÉCISEZ) |
| 525 | Est-ce que (NOM) a été malade avec de la fièvre à n'importe quel moment au cours des 2 dernières semaines ?  | OUI ..... 1<br>NON ..... 2<br>(PASSEZ À 527) ←<br>NE SAIT PAS ..... 8  | OUI ..... 1<br>NON ..... 2<br>(PASSEZ À 527) ←<br>NE SAIT PAS ..... 8  | OUI ..... 1<br>NON ..... 2<br>(PASSEZ À 527) ←<br>NE SAIT PAS ..... 8  |
| 526 | À n'importe quel moment au cours de sa maladie, est-ce qu'on a pris à (NOM) du sang de son doigt ou de son talon ?   | OUI ..... 1<br>NON ..... 2<br>NE SAIT PAS ..... 8  | OUI ..... 1<br>NON ..... 2<br>NE SAIT PAS ..... 8  | OUI ..... 1<br>NON ..... 2<br>NE SAIT PAS ..... 8  |
| 527 | Est-ce que (NOM) a été malade avec de la toux à n'importe quel moment au cours des 2 dernières semaines ?  | OUI ..... 1<br>NON ..... 2<br>(PASSEZ À 530) ←<br>NE SAIT PAS ..... 8  | OUI ..... 1<br>NON ..... 2<br>(PASSEZ À 530) ←<br>NE SAIT PAS ..... 8  | OUI ..... 1<br>NON ..... 2<br>(PASSEZ À 530) ←<br>NE SAIT PAS ..... 8  |
| 528 | Quand (NOM) a été malade avec de la toux, est-ce qu'il/elle respirait plus vite que d'habitude, avec un souffle court et rapide ou avait-il/elle des difficultés pour respirer ? | OUI ..... 1<br>NON ..... 2<br>(PASSEZ À 531) ←<br>NE SAIT PAS ..... 8  | OUI ..... 1<br>NON ..... 2<br>(PASSEZ À 531) ←<br>NE SAIT PAS ..... 8  | OUI ..... 1<br>NON ..... 2<br>(PASSEZ À 531) ←<br>NE SAIT PAS ..... 8  |
| 529 | Ces difficultés pour respirer étaient-elles dues à un problème de bronche ou à un nez bouché ou qui coulait ?  | BRANCHES SEULES 1<br>NEZ SEUL ..... 2<br>LES DEUX ..... 3<br>AUTRE ..... 6<br>(PRÉCISEZ)<br>NE SAIT PAS ..... 8<br>(PASSEZ À 531) ←  | BRANCHES SEULES 1<br>NEZ SEUL ..... 2<br>LES DEUX ..... 3<br>AUTRE ..... 6<br>(PRÉCISEZ)<br>NE SAIT PAS ..... 8<br>(PASSEZ À 531) ←  | BRANCHES SEULES 1<br>NEZ SEUL ..... 2<br>LES DEUX ..... 3<br>AUTRE ..... 6<br>(PRÉCISEZ)<br>NE SAIT PAS ..... 8<br>(PASSEZ À 531) ←  |



| N°  | QUESTIONS ET FILTRES   | DERNIÈRE NAISSANCE<br>NOM _____  | AVANT-DERNIÈRE<br>NAISSANCE<br>NOM _____   | AVANT-AVANT DERNIÈRE<br>NAISSANCE<br>NOM _____   |
|-----|--|--|--|--|
| 530 | VÉRIFIEZ 525 :<br><br>A-T-IL EU DE LA FIÈVRE ?   | OUI      NON OU NSP<br><br><input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/><br><br>(RETOURNEZ À<br>503 À LA COLONNE<br>SUIVANTE OU,<br>SI PLUS DE<br>NAISSANCE, ALLEZ<br>À 553)<br><br>↓                        | OUI      NON OU NSP<br><br><input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/><br><br>(RETOURNEZ À<br>503 À LA COLONNE<br>SUIVANTE OU<br>SI PLUS DE<br>NAISSANCE, ALLEZ<br>À 553)<br><br>↓                         | OUI      NON OU NSP<br><br><input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/><br><br>(ALLEZ À 503<br>À L'AVANT-DERNIÈRE<br>COL. DU NOUVEAU<br>QUESTIONNAIRE OU,<br>SI PLUS DE NAISSANCE<br>ALLEZ À 553)<br><br>↓  |
| 531 | Je voudrais savoir maintenant quelle<br>quantité de boisson a été donné à<br>(NOM) (y compris le lait maternel)<br>pendant sa maladie avec (de la fièvre<br>et de la toux).<br><br>Lui a-t-on donné à boire moins que<br>d'habitude, environ la même quantité<br>ou plus que d'habitude ?<br><br>SI MOINS, INSISTEZ : Lui en a-t-on<br>donné beaucoup moins que<br>d'habitude, ou un peu moins ? | BEUCOUP MOINS    1<br>UN PEU MOINS    ... 2<br>ENVIRON LA MÊME<br>QUANTITÉ    ... 3<br>PLUS    ..... 4<br>RIEN À BOIRE    ..... 5<br>NE SAIT PAS    ..... 8  | BEUCOUP MOINS    1<br>UN PEU MOINS    ... 2<br>ENVIRON LA MÊME<br>QUANTITÉ    ... 3<br>PLUS    ..... 4<br>RIEN À BOIRE    ..... 5<br>NE SAIT PAS    ..... 8  | BEUCOUP MOINS    1<br>UN PEU MOINS    ... 2<br>ENVIRON LA MÊME<br>QUANTITÉ    ... 3<br>PLUS    ..... 4<br>RIEN À BOIRE    ..... 5<br>NE SAIT PAS    ..... 8  |
| 532 | Quand (NOM) a eu de la<br>(fièvre/toux), lui a-t-on donné à<br>manger moins que d'habitude,<br>environ la même quantité, plus que<br>d'habitude ou ne lui a-t-on rien donné<br>à manger ?<br><br>SI MOINS, INSISTEZ : Lui en a-t-on<br>donné beaucoup moins que<br>d'habitude, ou un peu moins ?   | BEUCOUP MOINS    1<br>UN PEU MOINS    ... 2<br>ENVIRON LA MÊME<br>QUANTITÉ    ..... 3<br>PLUS    ..... 4<br>A STOPPÉ<br>NOURRITURE    ... 5<br>N'A JAMAIS DONNÉ<br>À MANGER    ..... 6<br>NE SAIT PAS    ..... 8 | BEUCOUP MOINS    1<br>UN PEU MOINS    ... 2<br>ENVIRON LA MÊME<br>QUANTITÉ    ..... 3<br>PLUS    ..... 4<br>A STOPPÉ<br>NOURRITURE    ... 5<br>N'A JAMAIS DONNÉ<br>À MANGER    ..... 6<br>NE SAIT PAS    ..... 8 | BEUCOUP MOINS    1<br>UN PEU MOINS    ... 2<br>ENVIRON LA MÊME<br>QUANTITÉ    ..... 3<br>PLUS    ..... 4<br>A STOPPÉ<br>NOURRITURE    ... 5<br>N'A JAMAIS DONNÉ<br>À MANGER    ..... 6<br>NE SAIT PAS    ..... 8 |
| 533 | Avez-vous recherché des conseils ou<br>un traitement pour la maladie ?   | OUI ..... 1<br>NON ..... 2<br>(PASSEZ À 537) ←   | OUI ..... 1<br>NON ..... 2<br>(PASSEZ À 537) ←   | OUI ..... 1<br>NON ..... 2<br>(PASSEZ À 537) ←   |

| N°  | QUESTIONS ET FILTRES   | DERNIÈRE NAISSANCE<br>NOM _____  | AVANT-DERNIÈRE<br>NAISSANCE<br>NOM _____   | AVANT-AVANT DERNIÈRE<br>NAISSANCE<br>NOM _____   |
|-----|--|--|--|--|
| 534 | <p>Où êtes-vous allée pour rechercher des conseils ou un traitement ?</p> <p>Quelque part ailleurs ?</p> <p><b>INSISTEZ POUR DÉTERMINER LE TYPE D'ENDROIT.</b></p> <p><b>SI VOUS NE POUVEZ PAS DÉTERMINER SI L'ENDROIT EST DU SECTEUR PUBLIC OU PRIVÉ, INSCRIVEZ LE NOM DE L'ENDROIT.</b></p> <p>_____</p> <p>(NOM DE L'ENDROIT/<br/>NOM DES ENDROITS)</p> | <p>SECTEUR PUBLIC</p> <p>HÔPITAL GOUVT. A</p> <p>CENTRE DE SANTÉ GOUVT. .... B</p> <p>POSTE DE SANTÉ GOUVT. .... C</p> <p>CLINIQUE MOBILE D</p> <p>AGENT DE SANTÉ E</p> <p>AUTRE SECTEUR PUBLIC</p> <p>_____ F</p> <p>(PRÉCISEZ)</p> <p>SECTEUR MÉDICAL PRIVÉ</p> <p>HÔPITAL/CLINIQUE PRIVÉ ..... G</p> <p>PHARMACIE ... H</p> <p>MÉDECIN PRIVÉ I</p> <p>CLINIQUE MOBILE J</p> <p>AGENT DE SANTÉ K</p> <p>AUTRE SECTEUR MED, PRIVÉ</p> <p>_____ L</p> <p>(PRÉCISEZ)</p> <p>AUTRE ENDROIT</p> <p>BOUTIQUE ..... M</p> <p>PRATICIEN</p> <p>TRADITIONNEL N</p> <p>MARCHÉ ..... O</p> <p>AUTRE _____ X</p> <p>(PRÉCISEZ)</p> | <p>SECTEUR PUBLIC</p> <p>HÔPITAL GOUVT. A</p> <p>CENTRE DE SANTÉ GOUVT. .... B</p> <p>POSTE DE SANTÉ GOUVT. .... C</p> <p>CLINIQUE MOBILE D</p> <p>AGENT DE SANTÉ E</p> <p>AUTRE SECTEUR PUBLIC</p> <p>_____ F</p> <p>(PRÉCISEZ)</p> <p>SECTEUR MÉDICAL PRIVÉ</p> <p>HÔPITAL/CLINIQUE PRIVÉ ..... G</p> <p>PHARMACIE ... H</p> <p>MÉDECIN PRIVÉ I</p> <p>CLINIQUE MOBILE J</p> <p>AGENT DE SANTÉ K</p> <p>AUTRE SECTEUR MED, PRIVÉ</p> <p>_____ L</p> <p>(PRÉCISEZ)</p> <p>AUTRE ENDROIT</p> <p>BOUTIQUE ..... M</p> <p>PRATICIEN</p> <p>TRADITIONNEL N</p> <p>MARCHÉ ..... O</p> <p>AUTRE _____ X</p> <p>(PRÉCISEZ)</p> | <p>SECTEUR PUBLIC</p> <p>HÔPITAL GOUVT. A</p> <p>CENTRE DE SANTÉ GOUVT. .... B</p> <p>POSTE DE SANTÉ GOUVT. .... C</p> <p>CLINIQUE MOBILE D</p> <p>AGENT DE SANTÉ E</p> <p>AUTRE SECTEUR PUBLIC</p> <p>_____ F</p> <p>(PRÉCISEZ)</p> <p>SECTEUR MÉDICAL PRIVÉ</p> <p>HÔPITAL/CLINIQUE PRIVÉ ..... G</p> <p>PHARMACIE ... H</p> <p>MÉDECIN PRIVÉ I</p> <p>CLINIQUE MOBILE J</p> <p>AGENT DE SANTÉ K</p> <p>AUTRE SECTEUR MED, PRIVÉ</p> <p>_____ L</p> <p>(PRÉCISEZ)</p> <p>AUTRE ENDROIT</p> <p>BOUTIQUE ..... M</p> <p>PRATICIEN</p> <p>TRADITIONNEL N</p> <p>MARCHÉ ..... O</p> <p>AUTRE _____ X</p> <p>(PRÉCISEZ)</p> |
| 535 | VÉRIFIEZ 534 :   | <p>2 CODES 1 SEUL</p> <p><input type="checkbox"/> OU CODE <input type="checkbox"/></p> <p>PLUS EN-</p> <p>ENCER- CERCLÉ</p> <p>CLÉS</p> <p>↓ (PASSEZ À 537) ←</p>  | <p>2 CODES 1 SEUL</p> <p><input type="checkbox"/> OU CODE <input type="checkbox"/></p> <p>PLUS EN-</p> <p>ENCER- CERCLÉ</p> <p>CLÉS</p> <p>↓ (PASSEZ À 537) ←</p>  | <p>2 CODES 1 SEUL</p> <p><input type="checkbox"/> OU CODE <input type="checkbox"/></p> <p>PLUS EN-</p> <p>ENCER- CERCLÉ</p> <p>CLÉS</p> <p>↓ (PASSEZ À 537) ←</p>  |
| 536 | <p>Où êtes-vous allée en premier pour rechercher des conseils ou un traitement ?</p> <p>UTILISEZ LES CODES DE 534.</p>   | <p>1er ENDROIT ... <input type="checkbox"/></p>  | <p>1er ENDROIT ... <input type="checkbox"/></p>  | <p>1er ENDROIT ... <input type="checkbox"/></p>  |
| 537 | <p>Est-ce qu'à n'importe quel moment au cours de la maladie, (NOM) a pris des médicaments pour la maladie ?</p>  | <p>OUI ..... 1</p> <p>NON ..... 2</p> <p>(RETOURNEZ À 503 À COL.SUIVANTE ;</p> <p>OU, SI PLUS DE ←</p> <p>NAISSANCE,</p> <p>ALLEZ À 553)</p> <p>NE SAIT PAS ..... 8</p>  | <p>OUI ..... 1</p> <p>NON ..... 2</p> <p>(RETOURNEZ À 503 À COL.SUIVANTE ;</p> <p>OU, SI PLUS DE ←</p> <p>NAISSANCE,</p> <p>ALLEZ À 553)</p> <p>NE SAIT PAS ..... 8</p>  | <p>OUI ..... 1</p> <p>NON ..... 2</p> <p>(ALLEZ À 503 À L'AVANT-DERNIÈRE COLONNE DU NOUVEAU QUESTIONNAIRE ;</p> <p>OU, SI PLUS DE ←</p> <p>NAISSANCE,</p> <p>ALLEZ À 553).</p> <p>NE SAIT PAS ..... 8</p>  |

| N°  | QUESTIONS ET FILTRES   | DERNIÈRE NAISSANCE<br>NOM _____  | AVANT-DERNIÈRE<br>NAISSANCE<br>NOM _____  | AVANT-AVANT DERNIÈRE<br>NAISSANCE<br>NOM _____   |
|-----|--|--|---|--|
| 538 | Quels médicaments (NOM) a-t-il/elle pris ?<br><br>Aucun autre médicament ?<br><br>ENREGISTREZ TOUT CE QUI EST MENTIONNÉ. | ANTIPALUDÉENS<br>SP/FANSIDAR ... A<br>ACT ..... B<br>AMODIAQUINE... C<br>QUININE ..... D<br>COMBINAISON<br>AVEC<br>ARTÉMISININE. E<br>AUTRE ANTI-<br>PALUDÉEN<br>_____<br>(PRÉCISEZ) F<br><br>ANTIBIOTIQUES<br>COMPRIMÉS/<br>SIROP ..... G<br>INJECTION ... H<br><br>AUTRE MÉDICAMENT<br>ASPIRINE ..... I<br>ACETA-<br>MINOPHEN ... J<br>IBUPROFEN ... K<br><br>AUTRE _____ X<br>(PRÉCISEZ)<br>NE SAIT PAS ..... Z | ANTIPALUDÉENS<br>SP/FANSIDAR ... A<br>ACT ..... B<br>AMODIAQUINE... C<br>QUININE ..... D<br>COMBINAISON<br>AVEC<br>ARTÉMISININE E<br>AUTRE ANTI-<br>PALUDÉEN<br>_____<br>(PRÉCISEZ) F<br><br>ANTIBIOTIQUES<br>COMPRIMÉS/<br>SIROP ..... G<br>INJECTION ... H<br><br>AUTRE MÉDICAMENT<br>ASPIRINE ..... I<br>ACETA-<br>MINOPHEN ... J<br>IBUPROFEN ... K<br><br>AUTRE _____ X<br>(PRÉCISEZ)<br>NE SAIT PAS ..... Z | ANTIPALUDÉENS<br>SP/FANSIDAR ... A<br>ACT ..... B<br>AMODIAQUINE C<br>QUININE ..... D<br>COMBINAISON<br>AVEC<br>ARTÉMISININE . E<br>AUTRE ANTI-<br>PALUDÉEN<br>_____<br>(PRÉCISEZ) F<br><br>ANTIBIOTIQUES<br>COMPRIMÉS/<br>SIROP ..... G<br>INJECTION ... H<br><br>AUTRE MÉDICAMENT<br>ASPIRINE ..... I<br>ACETA-<br>MINOPHEN ... J<br>IBUPROFEN ... K<br><br>AUTRE _____ X<br>(PRÉCISEZ)<br>NE SAIT PAS ..... Z |
| 539 | VÉRIFIEZ 538 :<br>Y A-T-IL UN CODE A-F<br>ENCERCLÉ ?   | OUI NON<br><input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/><br>(RETOURNEZ À<br>503 À COL.SUIVANTE<br>OU SI PLUS<br>DE NAISSANCE,<br>ALLEZ À 553),   | OUI NON<br><input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/><br>(RETOURNEZ À<br>503 À COL. SUIVANTE<br>OU SI PLUS<br>DE NAISSANCE,<br>ALLEZ À 553)  | OUI NON<br><input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/><br>(ALLEZ À 503 À<br>L'AVANT-DERNIÈRE<br>COL. DU NOUVEAU<br>QUESTIONNAIRE;<br>OU SI PLUS<br>DE NAISSANCE<br>ALLEZ À 553)  |
| 540 | VÉRIFIEZ 538 :<br>SP/FANSIDAR ('A') DONNÉ  | CODE 'A' CODE 'A'<br>ENCERCLÉ NON<br>ENCERCLÉ<br><input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/><br>(PASSEZ À 542) ←   | CODE 'A' CODE 'A'<br>ENCERCLÉ NON<br>ENCERCLÉ<br><input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/><br>(PASSEZ À 542) ←  | CODE 'A' CODE 'A'<br>ENCERCLÉ NON<br>ENCERCLÉ<br><input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/><br>(PASSEZ À 542) ←   |
| 541 | Combien de temps après le début de<br>la fièvre, (NOM) a-t-il/elle commencé<br>à prendre de la (SP/Fansidar) ?           | JOUR MÊME ..... 0<br>JOUR SUIVANT ... 1<br>2 JOURS APRÈS LA<br>FIÈVRE ..... 2<br>3 JOURS OU PLUS<br>APRÈS LA<br>FIÈVRE ..... 3<br>NE SAIT PAS ... 8  | JOUR MÊME ..... 0<br>JOUR SUIVANT ... 1<br>2 JOURS APRÈS LA<br>FIÈVRE ..... 2<br>3 JOURS OU PLUS<br>APRÈS LA<br>FIÈVRE ..... 3<br>NE SAIT PAS ... 8   | JOUR MÊME ..... 0<br>JOUR SUIVANT ... 1<br>2 JOURS APRÈS LA<br>FIÈVRE ..... 2<br>3 JOURS OU PLUS<br>APRÈS LA<br>FIÈVRE ..... 3<br>NE SAIT PAS ... 8  |

| N°  | QUESTIONS ET FILTRES  | DERNIÈRE NAISSANCE<br>NOM _____  | AVANT-DERNIÈRE<br>NAISSANCE<br>NOM _____   | AVANT-AVANT DERNIÈRE<br>NAISSANCE<br>NOM _____   |
|-----|---|--|--|--|
| 542 | VÉRIFIEZ 538 :<br><br>ACT ('B') DONNÉE  | CODE 'B'      CODE 'B'<br>ENCERCLÉ      NON<br>ENCERCLÉ<br><br><input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/><br>↓                                      ↓<br>(PASSEZ À 544) ← | CODE 'B'      CODE 'B'<br>ENCERCLÉ      NON<br>ENCERCLÉ<br><br><input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/><br>↓                                      ↓<br>(PASSEZ À 544) ← | CODE 'B'      CODE 'B'<br>ENCERCLÉ      NON<br>ENCERCLÉ<br><br><input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/><br>↓                                      ↓<br>(PASSEZ À 544) ← |
| 543 | Combien de temps après le début de la fièvre, (NOM) a-t-il/elle commencé à prendre les ACT ?          | JOUR MÊME ..... 0<br>JOUR SUIVANT ... 1<br>2 JOURS APRÈS LA<br>FIÈVRE ..... 2<br>3 JOURS OU PLUS<br>APRÈS LA<br>FIÈVRE ..... 3<br>NE SAIT PAS ... 8                              | JOUR MÊME ..... 0<br>JOUR SUIVANT ... 1<br>2 JOURS APRÈS LA<br>FIÈVRE ..... 2<br>3 JOURS OU PLUS<br>APRÈS LA<br>FIÈVRE ..... 3<br>NE SAIT PAS ... 8                              | JOUR MÊME ..... 0<br>JOUR SUIVANT ... 1<br>2 JOURS APRÈS LA<br>FIÈVRE ..... 2<br>3 JOURS OU PLUS<br>APRÈS LA<br>FIÈVRE ..... 3<br>NE SAIT PAS ... 8                              |
| 544 | VÉRIFIEZ 538 :<br><br>AMODIAQUINE ('C') DONNÉE  | CODE 'C'      CODE 'C'<br>ENCERCLÉ      NON<br>ENCERCLÉ<br><br><input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/><br>↓                                      ↓<br>(PASSEZ À 546) ← | CODE 'C'      CODE 'C'<br>ENCERCLÉ      NON<br>ENCERCLÉ<br><br><input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/><br>↓                                      ↓<br>(PASSEZ À 546) ← | CODE 'C'      CODE 'C'<br>ENCERCLÉ      NON<br>ENCERCLÉ<br><br><input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/><br>↓                                      ↓<br>(PASSEZ À 546) ← |
| 545 | Combien de temps après le début de la fièvre, (NOM) a-t-il/elle commencé à prendre de l'amodiaquine ? | JOUR MÊME ..... 0<br>JOUR SUIVANT ... 1<br>2 JOURS APRÈS LA<br>FIÈVRE ..... 2<br>3 JOURS OU PLUS<br>APRÈS LA<br>FIÈVRE ..... 3<br>NE SAIT PAS ... 8                              | JOUR MÊME ..... 0<br>JOUR SUIVANT ... 1<br>2 JOURS APRÈS LA<br>FIÈVRE ..... 2<br>3 JOURS OU PLUS<br>APRÈS LA<br>FIÈVRE ..... 3<br>NE SAIT PAS ... 8                              | JOUR MÊME ..... 0<br>JOUR SUIVANT ... 1<br>2 JOURS APRÈS LA<br>FIÈVRE ..... 2<br>3 JOURS OU PLUS<br>APRÈS LA<br>FIÈVRE ..... 3<br>NE SAIT PAS ... 8                              |
| 546 | VÉRIFIEZ 538 :<br><br>QUININE ('D') DONNÉE  | CODE 'D'      CODE 'D'<br>ENCERCLÉ      NON<br>ENCERCLÉ<br><br><input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/><br>↓                                      ↓<br>(PASSEZ À 548) ← | CODE 'D'      CODE 'D'<br>ENCERCLÉ      NON<br>ENCERCLÉ<br><br><input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/><br>↓                                      ↓<br>(PASSEZ À 548) ← | CODE 'D'      CODE 'D'<br>ENCERCLÉ      NON<br>ENCERCLÉ<br><br><input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/><br>↓                                      ↓<br>(PASSEZ À 548) ← |
| 547 | Combien de temps après le début de la fièvre, (NOM) a-t-il/elle commencé à prendre de la quinine ?    | JOUR MÊME ..... 0<br>JOUR SUIVANT ... 1<br>2 JOURS APRÈS LA<br>FIÈVRE ..... 2<br>3 JOURS OU PLUS<br>APRÈS LA<br>FIÈVRE ..... 3<br>NE SAIT PAS ... 8                              | JOUR MÊME ..... 0<br>JOUR SUIVANT ... 1<br>2 JOURS APRÈS LA<br>FIÈVRE ..... 2<br>3 JOURS OU PLUS<br>APRÈS LA<br>FIÈVRE ..... 3<br>NE SAIT PAS ... 8                              | JOUR MÊME ..... 0<br>JOUR SUIVANT ... 1<br>2 JOURS APRÈS LA<br>FIÈVRE ..... 2<br>3 JOURS OU PLUS<br>APRÈS LA<br>FIÈVRE ..... 3<br>NE SAIT PAS ... 8                              |
| 548 | VÉRIFIEZ 538 :<br><br>COMBINAISON AVEC<br>ARTÉMISININE ('E') DONNÉE                                   | CODE 'E'      CODE 'E'<br>ENCERCLÉ      NON<br>ENCERCLÉ<br><br><input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/><br>↓                                      ↓<br>(PASSEZ À 550) ← | CODE 'E'      CODE 'E'<br>ENCERCLÉ      NON<br>ENCERCLÉ<br><br><input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/><br>↓                                      ↓<br>(PASSEZ À 550) ← | CODE 'E'      CODE 'E'<br>ENCERCLÉ      NON<br>ENCERCLÉ<br><br><input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/><br>↓                                      ↓<br>(PASSEZ À 550) ← |

| N°  | QUESTIONS ET FILTRES  | DERNIÈRE NAISSANCE<br>NOM _____   | AVANT-DERNIÈRE<br>NAISSANCE<br>NOM _____  | AVANT-AVANT DERNIÈRE<br>NAISSANCE<br>NOM _____  |
|-----|---|---|---|---|
| 549 | Combien de temps après le début de la fièvre, (NOM) a-t-il/elle commencé à prendre une (COMBINAISON AVEC DE L'ARTÉMISININE) ? | JOUR MÊME ..... 0<br>JOUR SUIVANT ... 1<br>2 JOURS APRÈS LA<br>FIÈVRE ..... 2<br>3 JOURS OU PLUS<br>APRÈS LA<br>FIÈVRE ..... 3<br>NE SAIT PAS ... 8   | JOUR MÊME ..... 0<br>JOUR SUIVANT ... 1<br>2 JOURS APRÈS LA<br>FIÈVRE ..... 2<br>3 JOURS OU PLUS<br>APRÈS LA<br>FIÈVRE ..... 3<br>NE SAIT PAS ... 8   | JOUR MÊME ..... 0<br>JOUR SUIVANT ... 1<br>2 JOURS APRÈS LA<br>FIÈVRE ..... 2<br>3 JOURS OU PLUS<br>APRÈS LA<br>FIÈVRE ..... 3<br>NE SAIT PAS ... 8   |
| 550 | VÉRIFIEZ 538 :<br><br>AUTRE ANTIPALUDÉEN ('F')<br>DONNÉ   | CODE 'F'      CODE 'F'<br>ENCERCLÉ      NON<br>ENCERCLÉ<br><input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/><br>↓<br>(RETOURNEZ À<br>503 À COL.SUIVANTE<br>OU SI PLUS<br>DE NAISSANCE,<br>ALLEZ À 553)<br>↓ | CODE 'F'      CODE 'F'<br>ENCERCLÉ      NON<br>ENCERCLÉ<br><input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/><br>↓<br>(RETOURNEZ À<br>503 À COL.SUIVANTE<br>OU SI PLUS<br>DE NAISSANCE,<br>ALLEZ À 553)<br>↓ | CODE 'F'      CODE 'F'<br>ENCERCLÉ      NON<br>ENCERCLÉ<br><input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/><br>↓<br>(RETOURNEZ À<br>503 À L'AVANT-DER.<br>COL. DU NOUVEAU<br>QUEST. OU SI PLUS DE<br>NAISSANCE, ALLEZ À<br>553)<br>↓ |
| 551 | Combien de temps après le début de la fièvre, (NOM) a-t-il/elle commencé à prendre (AUTRE ANTIPALUDÉEN) ?                     | JOUR MÊME ..... 0<br>JOUR SUIVANT ... 1<br>2 JOURS APRÈS LA<br>FIÈVRE ..... 2<br>3 JOURS OU PLUS<br>APRÈS LA<br>FIÈVRE ..... 3<br>NE SAIT PAS ... 8   | JOUR MÊME ..... 0<br>JOUR SUIVANT ... 1<br>2 JOURS APRÈS LA<br>FIÈVRE ..... 2<br>3 JOURS OU PLUS<br>APRÈS LA<br>FIÈVRE ..... 3<br>NE SAIT PAS ... 8   | JOUR MÊME ..... 0<br>JOUR SUIVANT ... 1<br>2 JOURS APRÈS LA<br>FIÈVRE ..... 2<br>3 JOURS OU PLUS<br>APRÈS LA<br>FIÈVRE ..... 3<br>NE SAIT PAS ... 8   |
| 552 |   | RETOURNEZ À 503 À<br>COL.SUIVANTE OU SI<br>PLUS DE NAISSANCE,<br>ALLEZ À 553.   | RETOURNEZ À 503 À<br>COL.SUIVANTE OU SI<br>PLUS DE NAISSANCE,<br>ALLEZ À 553.   | ALLEZ À 503 À L'AVANT-<br>DERNIÈRE COL. DU<br>NOUVEAU QUESTION-<br>NAIRE OU SI PLUS DE<br>NAISSANCE, ALLEZ À 553.   |

| N°  | QUESTIONS ET FILTRES   | CODES  | PASSEZ À |
|-----|--|--|----------|
| 553 | <p>VÉRIFIEZ 215 ET 218, TOUTES LES LIGNES :</p> <p>NOMBRE D'ENFANTS NÉS EN 2005 OU PLUS TARD VIVANT AVEC L'ENQUÊTÉE</p> <p>UN OU PLUS <input type="checkbox"/> AUCUN <input type="checkbox"/></p> <p>INSCRIVEZ LE NOM DE L'ENFANT LE PLUS JEUNE VIVANT AVEC ELLE ET CONTINUEZ AVEC 554</p> <p>_____</p> <p>(NOM)</p> |  | 556      |
| 554 | <p>La dernière fois que (NOM DE 553) est allé aux toilettes, qu'avez-vous fait des excréments ?</p>  | <p>ENFANT A UTILISÉ TOILETTES OU LATRINES ..... 01</p> <p>A JETÉ/RINSÉ DANS TOILETTES OU LATRINES ..... 02</p> <p>A JETÉ/RINCÉ DANS ÉGOUT OU CANIVEAU ..... 03</p> <p>JETÉ AUX ORDURES ..... 04</p> <p>ENTERRÉ ..... 05</p> <p>LAISSÉ À L'AIR ..... 06</p> <p>AUTRE ..... 96</p> <p>(PRÉCISEZ)</p> |          |
| 555 | <p>VÉRIFIEZ 522(a) ET 522(b), TOUTES LES COLONNES :</p> <p>AUCUN ENFANT N'A REÇU DE LIQUIDE DE SACHET SRO OU DE LIQUIDE SRO PRÉCONDITIONNÉ <input type="checkbox"/></p> <p>UN ENFANT A REÇU DU LIQUIDE DE SACHET SRO OU DU LIQUIDE SRO PRÉCONDITIONNÉ <input type="checkbox"/></p>                                   |  | 557      |
| 556 | <p>Avez-vous déjà entendu parler d'un produit spécial appelé [NOM LOCAL DES SACHETS SRO OU DU SRO PRÉCONDITIONNÉ] que vous pouvez obtenir pour le traitement de la diarrhée ?</p>  | <p>OUI ..... 1</p> <p>NON ..... 2</p>  |          |
| 557 | <p>VÉRIFIEZ 215 ET 218, TOUTES LES LIGNES :</p> <p>NOMBRE D'ENFANTS NÉS EN 2008 OU PLUS TARD VIVANT AVEC L'ENQUÊTÉE</p> <p>UN OU PLUS <input type="checkbox"/> AUCUN <input type="checkbox"/></p> <p>INSCRIVEZ LE NOM DE L'ENFANT LE PLUS JEUNE VIVANT AVEC ELLE ET CONTINUEZ AVEC 558</p> <p>_____</p> <p>(NOM)</p> |  | 601      |

| N°  | QUESTIONS ET FILTRES   | CODES  | PASSEZ À             |
|-----|--|--|----------------------|
| 558 | <p>Je voudrais maintenant vous poser des questions sur les liquides et aliments que (NOM DE 557) a consommés hier pendant le jour ou la nuit. J'aimerais, en particulier, savoir si votre enfant a reçu le liquide ou l'aliment que je vais citer, même s'il était mélangé avec d'autres nourritures.</p> <p>Est-ce que (NOM DE 557) (a bu ou mangé) :</p> |  |                      |
|     |  | OUI NON NSP  |                      |
| a)  | De l'eau ?   | a) 1 2 8   |                      |
| b)  | Des jus ou des boissons à base de jus ?  | b) 1 2 8   |                      |
| c)  | De la soupe ?  | c) 1 2 8   |                      |
| d)  | Du lait tel que du lait en boîte, en poudre ou du lait frais d'animal ?  | d) 1 2 8   |                      |
|     | SI OUI : Combien de fois (NOM) a-t-il/elle bu du lait ?<br>SI 7 FOIS OU PLUS, INSCRIVEZ '7'.   | NOMBRE DE FOIS<br>QU'IL/ELLE A BU DU LAIT              | <input type="text"/> |
| e)  | Du lait en poudre pour bébé ?  | e) 1 2 8   |                      |
|     | SI OUI : Combien de fois (NOM) a-t-il/elle bu du lait en poudre pour bébé ?<br>SI 7 FOIS OU PLUS, INSCRIVEZ '7'.   | NOMBRE DE FOIS<br>QU'IL/ELLE A BU<br>DU LAIT EN POUDRE | <input type="text"/> |
| f)  | D'autres liquides ?  | f) 1 2 8   |                      |
| g)  | Du yaourt ?  | g) 1 2 8   |                      |
|     | SI OUI : Combien de fois (NOM) a-t-il/elle mangé du yaourt ?<br>SI 7 FOIS OU PLUS, INSCRIVEZ '7'.  | NOMBRE DE FOIS<br>QU'IL/ELLE A<br>MANGÉ DU YAOURT      | <input type="text"/> |
| h)  | Une préparation [NOM D'UNE MARQUE COMMERCIALE D'ALIMENTS ENRICHIS POUR BÉBÉS COMME Cerelac] ?  | h) 1 2 8   |                      |
| i)  | Du pain, du riz, des pâtes, bouillie d'avoine ou autres préparations à base de céréales ?  | i) 1 2 8   |                      |
| j)  | Des citrouilles, carottes, courges ou pommes de terre douces qui sont jaunes ou oranges à l'intérieur ?  | j) 1 2 8   |                      |
| k)  | Des pommes de terre, ignames blanches, manioc, cassava, ou préparations à base de tubercules ?   | k) 1 2 8   |                      |
| l)  | Des légumes à feuilles vert foncé ?  | l) 1 2 8   |                      |
| m)  | Des mangues, papayes mûres ou [INSÉREZ D'AUTRES FRUITS LOCAUX RICHES EN VITAMINE A ET QUI SONT DISPONIBLES] ?  | m) 1 2 8   |                      |
| n)  | D'autres fruits ou légumes ?   | n) 1 2 8   |                      |
| o)  | Du foie, rognons, cœur ou autres abats ?   | o) 1 2 8   |                      |
| p)  | De la viande de bœuf, de porc, d'agneau, de chèvre, du poulet ou du canard ?   | p) 1 2 8   |                      |
| q)  | Des œufs ?   | q) 1 2 8   |                      |
| r)  | Du poisson frais ou séché ou des crustacés ?   | r) 1 2 8   |                      |
| s)  | N'importe quelle préparation à base de haricots, pois, lentilles ou noix ?   | s) 1 2 8   |                      |
| t)  | Du fromage ou d'autres aliments à base de lait ?   | t) 1 2 8   |                      |
| u)  | N'importe quelle préparation à base d'aliments solides, semi solides, ou mous ?  | u) 1 2 8   |                      |

| N°  | QUESTIONS ET FILTRES  | CODES   | PASSEZ À |
|-----|---|---|----------|
| 559 | <p>VÉRIFIEZ 558 (CATÉGORIES "g" À "u") :</p> <p>PAS UN SEUL <input type="checkbox"/> AU MOINS UN 'OUI' <input type="checkbox"/> OU TOUT NE SAIT PAS <input type="checkbox"/></p> <p>"OUI" ↓</p>   |   | 561      |
| 560 | <p>Est-ce que hier durant le jour ou la nuit (NOM) a mangé des aliments solides, semi solides ou mous ?</p> <p>SI 'OUI' INSISTEZ : Quel type d'aliments solide, semi solide ou mou (NOM DE 557 ) a-t-il/elle mangé hier durant le jour ou la nuit ?</p> | <p>OUI ..... 1<br/>(RETOURNEZ À 558 POUR<br/>ENREGISTRER LES ALIMENTS<br/>CONSOMMÉS HIER.)</p> <p>NON ..... 2</p> | 601      |
| 561 | <p>Combien de fois (NOM DE 557) a-t-il mangé des aliments solides, semi solides ou mous hier durant le jour ou la nuit ?</p> <p>SI 7 FOIS OU PLUS, INSCRIVEZ '7'.</p>   | <p>NOMBRE DE<br/>FOIS ..... <input type="checkbox"/></p> <p>NE SAIT PAS ..... 8</p>                               |          |



**SECTION 6. MARIAGE ET ACTIVITÉ SEXUELLE**

| N°   | QUESTIONS ET FILTRES   | CODES  | PASSER À |
|------|--|--|----------|
| 601  | Êtes-vous actuellement mariée ou vivez-vous avec un homme comme si vous étiez mariés ?   | OUI, ACTUELLEMENT MARIÉE ..... 1<br>OUI, VIT AVEC UN HOMME ..... 2<br>NON, PAS EN UNION ..... 3  | → 604    |
| 602  | Avez-vous déjà été mariée ou avez-vous déjà vécu avec un homme comme si vous étiez mariés ?  | OUI, A ÉTÉ MARIÉE ..... 1<br>OUI, A VÉCU AVEC UN HOMME .... 2<br>NON ..... 3   | → 612    |
| 603  | Quel est votre état matrimonial actuel : êtes-vous veuve, divorcée ou séparée ?  | VEUVE ..... 1<br>DIVORCÉE ..... 2<br>SÉPARÉE ..... 3   | → 609    |
| 604  | Est-ce que votre (mari/partenaire) vit actuellement avec vous ou vit-il ailleurs ?   | VIT AVEC ELLE ..... 1<br>VIT AILLEURS ..... 2  |          |
| 605  | ENREGISTRER LE NOM ET N° DE LIGNE DU MARI/PARTENAIRE DU QUESTIONNAIRE MÉNAGE, S'IL N'EST PAS LISTÉ DANS LE QUESTIONNAIRE MÉNAGE, ENREGISTREZ '00'.   | NOM .....<br>N° LIGNE ..... <input type="text"/> <input type="text"/>  |          |
| 606  | Est-ce que votre (mari/partenaire) a d'autres épouses ou vit-il avec d'autres femmes comme s'il était marié ?  | OUI ..... 1<br>NON ..... 2<br>NE SAIT PAS ..... 8  | → 609    |
| 607  | En tout, y compris vous-même, combien a-t-il d'épouses ou de partenaires avec qui il vit comme s'il était marié ?  | NOMBRE TOTAL D'ÉPOUSES ET DE FEMMES AVEC QUI IL VIT COMME MARIÉ <input type="text"/> <input type="text"/><br>NE SAIT PAS ..... 98  |          |
| 608  | Êtes-vous la première, deuxième,.....épouse ?  | RANG ..... <input type="text"/> <input type="text"/>   |          |
| 609  | Avez-vous été mariée ou avez-vous vécu avec un homme une seule fois ou plus d'une fois ?   | SEULEMENT UNE FOIS ..... 1<br>PLUS D'UNE FOIS ..... 2  |          |
| 610  | VÉRIFIEZ 609 :<br><br>MARIÉE/A VÉCU AVEC UN HOMME UNE SEULE FOIS <input type="checkbox"/><br>↓<br>En quel mois et quelle année avez-vous commencé à vivre avec votre (mari/partenaire) ?<br><br>MARIÉE/A VÉCU AVEC UN HOMME PLUS D'UNE FOIS <input type="checkbox"/><br>↓<br>Je voudrais maintenant vous parler de votre premier (mari/partenaire). En quel mois et quelle année avez-vous commencé à vivre avec lui ? | MOIS ..... <input type="text"/> <input type="text"/><br>NE CONNAÎT PAS LE MOIS ..... 98<br>ANNÉE..... <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/><br>NE CONNAÎT PAS L'ANNÉE ..... 9998 | → 612    |
| 611  | Quel âge aviez-vous quand vous avez commencé à vivre avec lui pour la première fois ?  | ÂGE ..... <input type="text"/> <input type="text"/>  |          |
| 612  | VÉRIFIEZ LA PRÉSENCE D'AUTRES PERSONNES, AVANT DE CONTINUER, FAITES TOUT VOTRE POSSIBLE POUR VOUS TROUVER EN PRIVÉ.  |  |          |
| 613  | Je voudrais maintenant vous poser des questions sur votre activité sexuelle pour mieux comprendre certains aspects importants de la vie.<br><br>Quel âge aviez-vous quand vous avez eu, pour la première fois, des rapports sexuels ?  | N'A JAMAIS EU DE RAPPORTS SEXUELS .....00<br>ÂGE EN ANNÉES ..... <input type="text"/> <input type="text"/><br>1 <sup>ère</sup> FOIS EN COMMENÇANT À VIVRE AVEC (PREMIER) MARI/PARTENAIRE .....95                               | → 628    |
| 613A | Quel âge avait ton partenaire?   | ÂGE EN ANNÉES ..... <input type="text"/> <input type="text"/><br>NE SAIT PAS ..... 98  |          |
| 613B | Aviez-vous utilisé un préservatif (masculin ou féminin)?   | OUI ..... 1<br>NON ..... 2<br>NE SAIT PAS ..... 8  |          |

| N°  | QUESTIONS ET FILTRES   | CODES  | PASSER À  |
|-----|--|--|---|
| 614 | Je voudrais maintenant vous poser des questions sur votre activité sexuelle récente. Je voudrais vous assurer de nouveau que toutes vos réponses sont absolument confidentielles et qu'elles ne seront divulguées à personne. S'il arrivait que je pose une question à laquelle vous ne voulez pas répondre, dites-le moi et je passerai à la question suivante. |  |   |
| 615 | <p>Quand avez-vous eu des rapports sexuels pour la <u>dernière</u> fois ?</p> <p>S'IL Y A MOINS DE 12 MOIS, LA RÉPONSE DOIT ÊTRE ENREGISTRÉE EN JOURS, SEMAINES OU MOIS.<br/>S'IL Y A 12 MOIS (UN AN) OU PLUS, LA RÉPONSE DOIT ÊTRE ENREGISTRÉE EN ANNÉES.</p>   | <p>IL Y A .... JOURS ..... 1</p> <p>IL Y A .... SEMAINES ..... 2</p> <p>IL Y A .... MOIS ..... 3</p> <p>IL Y A .... ANNÉES ..... 4</p> | <div> <div></div> <div></div> <div></div> <div></div> </div> <p>→ 627</p> |

|     |  | DERNIER<br>PARTENAIRE SEXUEL   | AVANT-DERNIER<br>PARTENAIRE SEXUEL   | AVANT AVANT-DERNIER<br>PARTENAIRE SEXUEL   |
|-----|--|--|--|--|
| 616 | Quand avez-vous eu des rapports sexuels avec cette personne pour la dernière fois ?  |  | IL Y A...<br>JOURS 1 <input type="text"/> <input type="text"/><br>IL Y A...<br>SEMAINE 2 <input type="text"/> <input type="text"/><br>IL Y A...<br>MOIS 3 <input type="text"/> <input type="text"/>  | IL Y A...<br>JOURS 1 <input type="text"/> <input type="text"/><br>IL Y A...<br>SEMAINE 2 <input type="text"/> <input type="text"/><br>IL Y A...<br>MOIS 3 <input type="text"/> <input type="text"/>  |
| 617 | La dernière fois que vous avez eu des rapports sexuels (avec cette seconde/troisième personne), un condom a-t-il été utilisé ?   | OUI ..... 1<br>NON..... 2<br>(PASSEZ À 619) ←  | OUI ..... 1<br>NON..... 2<br>(PASSEZ À 619) ←  | OUI ..... 1<br>NON..... 2<br>(PASSEZ À 619) ←  |
| 618 | Un condom a-t-il été utilisé chaque fois que vous avez eu des rapports sexuels avec cette personne au cours des 12 derniers mois ?   | OUI ..... 1<br>NON..... 2  | OUI ..... 1<br>NON..... 2  | OUI ..... 1<br>NON..... 2  |
| 619 | Quelle était votre relation avec cette personne avec qui vous avez eu des rapports sexuels ?<br><br>SI PETIT AMI :<br>Vivez-vous ensemble comme si vous étiez mariés ?<br>SI OUI, ENCERCLER '2'<br>SI NON, ENCERCLER '3' | MARI ..... 1<br>PARTENAIRE VIVANT<br>AVEC L'ENQUÊTÉE ... 2<br>PETIT AMI NE VIVANT PAS AVEC L'ENQUÊTÉE ... 3<br>RENCONTRE OCCASIONNELLE 4<br>PROSTITUÉE ..... 5<br>AUTRE ..... 6<br>(PRÉCISEZ)<br>(PASSEZ À 622) ←  | MARI ..... 1<br>PARTENAIRE VIVANT<br>AVEC L'ENQUÊTÉE ... 2<br>PETIT AMI NE VIVANT PAS AVEC L'ENQUÊTÉE ... 3<br>RENCONTRE OCCASIONNELLE 4<br>PROSTITUÉE ..... 5<br>AUTRE ..... 6<br>(PRÉCISEZ)<br>(PASSEZ À 622) ←  | MARI ..... 1<br>PARTENAIRE VIVANT<br>AVEC L'ENQUÊTÉE ... 2<br>PETIT AMI NE VIVANT PAS AVEC L'ENQUÊTÉE ... 3<br>RENCONTRE OCCASIONNELLE 4<br>PROSTITUÉE ..... 5<br>AUTRE ..... 6<br>(PRÉCISEZ)<br>(PASSEZ À 622) ←  |
| 620 | VÉRIFIEZ 609 :   | MARIÉE UNE SEULE FOIS <input type="text"/><br>MARIÉE PLUS D'UNE FOIS <input type="text"/><br>(PASSEZ) À 622) ←   | MARIÉE UNE SEULE FOIS <input type="text"/><br>MARIÉE PLUS D'UNE FOIS <input type="text"/><br>(PASSEZ) À 622) ←   | MARIÉE UNE SEULE FOIS <input type="text"/><br>MARIÉE PLUS D'UNE FOIS <input type="text"/><br>(PASSEZ) À 622) ←   |
| 621 | VÉRIFIEZ 613 :   | 1 <sup>re</sup> FOIS QUAND ELLE A COMMENCÉ À VIVRE AVEC 1 <sup>er</sup> MARI<br>AUTRE <input type="text"/><br>(PASSEZ À 623) ←   | 1 <sup>re</sup> FOIS QUAND ELLE A COMMENCÉ À VIVRE AVEC 1 <sup>er</sup> MARI<br>AUTRE <input type="text"/><br>(PASSEZ À 623) ←   | 1 <sup>re</sup> FOIS QUAND ELLE A COMMENCÉ À VIVRE AVEC 1 <sup>er</sup> MARI<br>AUTRE <input type="text"/><br>(PASSEZ À 623) ←   |
| 622 | Il y a combien de temps que vous avez eu vos premiers rapports sexuels avec cette (seconde/troisième) personne ?   | IL Y A...<br>JOURS 1 <input type="text"/> <input type="text"/><br>IL Y A...<br>SEMAINE 2 <input type="text"/> <input type="text"/><br>IL Y A...<br>MOIS 3 <input type="text"/> <input type="text"/><br>IL Y A...<br>ANNÉES 4 <input type="text"/> <input type="text"/> | IL Y A...<br>JOURS 1 <input type="text"/> <input type="text"/><br>IL Y A...<br>SEMAINE 2 <input type="text"/> <input type="text"/><br>IL Y A...<br>MOIS 3 <input type="text"/> <input type="text"/><br>IL Y A...<br>ANNÉES 4 <input type="text"/> <input type="text"/> | IL Y A...<br>JOURS 1 <input type="text"/> <input type="text"/><br>IL Y A...<br>SEMAINE 2 <input type="text"/> <input type="text"/><br>IL Y A...<br>MOIS 3 <input type="text"/> <input type="text"/><br>IL Y A...<br>ANNÉES 4 <input type="text"/> <input type="text"/> |
| 623 | Aucours des 12 derniers mois, combien de fois avez-vous eu des rapports sexuels avec cette personne ?  | NOMBRE DE FOIS <input type="text"/> <input type="text"/>   | NOMBRE DE FOIS <input type="text"/> <input type="text"/>   | NOMBRE DE FOIS <input type="text"/> <input type="text"/>   |
| 624 | Quel âge a cette personne ?  | ÂGE DU PARTENAIRE <input type="text"/> <input type="text"/><br>NE SAIT PAS ..... 98  | ÂGE DU PARTENAIRE <input type="text"/> <input type="text"/><br>NE SAIT PAS ..... 98  | ÂGE DU PARTENAIRE <input type="text"/> <input type="text"/><br>NE SAIT PAS ..... 98  |
| 625 | À part (cette personne/ces deux personnes), avez-vous eu des rapports sexuels avec une autre personne au cours des 12 derniers mois ?  | OUI ..... 1<br>(RETOURNEZ À 616 ← À COL.SUIVANTE)<br>NON..... 2<br>(PASSEZ À 627) ←  | OUI ..... 1<br>(RETOURNEZ À 616 ← À COL.SUIVANTE)<br>NON..... 2<br>(PASSEZ À 627) ←  |  |

|     |  | DERNIER<br>PARTENAIRE SEXUEL | AVANT-DERNIER<br>PARTENAIRE SEXUEL | AVANT AVANT-DERNIER<br>PARTENAIRE SEXUEL  |  |  |
|-----|--|------------------------------|------------------------------------|---|--|--|
| 626 | <p>En tout, avec combien de personnes différentes avez-vous eu des rapports sexuels au cours des 12 derniers mois ?</p> <p>SI LA RÉPONSE N'EST PAS NUMÉRIQUE, INSISTEZ POUR OBTENIR UNE ESTIMATION. SI LE NBRE DE PARTENAIRE EST 95 OU PLUS, INSCRIVEZ '95'.</p> |                              |                                    | <p>NOMBRE DE PARTENAIRE AU COURS DES 12 DERNIERS MOIS . . . . .</p> <table border="1" style="display: inline-table; vertical-align: middle;"> <tr> <td style="width: 30px; height: 30px;"></td> <td style="width: 30px; height: 30px;"></td> </tr> </table> <p>NE SAIT PAS . . . . . 98</p> |  |  |
|     |  |                              |                                    |   |  |  |

| N°  | QUESTIONS ET FILTRES  | CODES  | PASSEZ À |
|-----|---|--|----------|
| 627 | <p>En tout, durant votre vie, avec combien de personnes différentes avez-vous eu des rapports sexuels ?</p> <p>SI LA RÉPONSE EST NON NUMÉRIQUE, INSISTEZ POUR OBTENIR UNE ESTIMATION.<br/>SI LE NOMBRE DE PARTENAIRES EST 95 OU PLUS, INSCRIVEZ '95'.</p>                               | <p>NOMBRE DE PARTENAIRES SUR LA DURÉE DE VIE ..... <input type="text"/> <input type="text"/></p> <p>NE SAIT PAS ..... 98</p>   |          |
| 628 | PRÉSENCE D'AUTRES PERSONNES DANS CETTE SECTION  | <p>OUI NON</p> <p>ENFANTS &lt;10 ..... 1 2</p> <p>HOMMES ADULTES ..... 1 2</p> <p>FEMMES ADULTES ..... 1 2</p>   |          |
| 629 | Connaissez-vous un endroit où une personne peut se procurer des condoms masculins?  | <p>OUI ..... 1</p> <p>NON ..... 2</p>  | → 632    |
| 630 | <p>Où est-ce ?</p> <p>Pas d'autre endroit ?</p> <p>INSISTEZ POUR DÉTERMINER CHAQUE TYPE D'ENDROIT.</p> <p>SI VOUS NE POUVEZ PAS DÉTERMINER SI L'ENDROIT EST DU SECTEUR PUBLIC OU PRIVÉ, INSCRIVEZ LE NOM DE L'ENDROIT.</p> <p>_____</p> <p>(NOM DE L'ENDROIT/<br/>NOM DES ENDROITS)</p> | <p>SECTEUR PUBLIC</p> <p>HÔPITAL GOUV. .... A</p> <p>CENTRE SANTÉ GOUV. .... B</p> <p>POSTE SANTÉ ..... C</p> <p>CENTRE DE PF GOUV. .... D</p> <p>MATERNITÉ RURALE ..... E</p> <p>CASE DE SANTÉ ..... F</p> <p>PHARMACIE COMMUNAUTAIRE . G</p> <p>STRAT. AVANCÉE/EQU. MOBILE H</p> <p>AUTRE PUBLIC I</p> <p>_____</p> <p>(PRÉCISEZ)</p> <p>SECTEUR MÉDICAL PRIVÉ</p> <p>HÔPITAL/CLINIQUE/CABINET</p> <p>PRIVÉ ..... J</p> <p>PHARMACIE ..... K</p> <p>MÉDECIN PRIVÉ ..... L</p> <p>DISPENSARE RELIG ..... M</p> <p>AUTRE MEDICAL PRIVÉ N</p> <p>_____</p> <p>(PRÉCISEZ)</p> <p>AUTRE SOURCE</p> <p>BOUTIQUE ..... O</p> <p>ÉGLISE ..... P</p> <p>PARENTS/AMIS ..... Q</p> <p>BAR ..... R</p> <p>AUTRE ..... X</p> <p>_____</p> <p>(PRÉCISEZ)</p> |          |
| 631 | Est-ce que vous pouvez vous procurer des condoms masculins si vous le souhaitez ?   | <p>OUI ..... 1</p> <p>NON ..... 2</p> <p>NE SAIT PAS/PAS SÛRE ..... 8</p>  |          |
| 632 | Connaissez-vous un endroit où une personne peut se procurer des condoms féminins ?  | <p>OUI ..... 1</p> <p>NON ..... 2</p>  | → 701    |

| N°  | QUESTIONS ET FILTRES  | CODES  | PASSEZ À |
|-----|---|--|----------|
| 633 | <p>Où est-ce ?</p> <p>Pas d'autre endroit ?</p> <p><b>INSISTEZ POUR DÉTERMINER CHAQUE TYPE D'ENDROIT.</b></p> <p><b>SI VOUS NE POUVEZ PAS DÉTERMINER SI L'ENDROIT EST DU SECTEUR PUBLIC OU PRIVÉ, INSCRIVEZ LE NOM DE L'ENDROIT.</b></p> <p>_____</p> <p>(NOM DE L'ENDROIT/<br/>NOM DES ENDROITS)</p> | <p>SECTEUR PUBLIC</p> <p>HÔPITAL GOUV. .... A</p> <p>CENTRE SANTÉ GOUV. .... B</p> <p>POSTE SANTÉ .... C</p> <p>CENTRE DE PF GOUV. .... D</p> <p>MATERNITÉ RURALE .... E</p> <p>CASE DE SANTÉ .... F</p> <p>PHARMACIE COMMUNAUTAIRE .... G</p> <p>STRAT. AVANCÉE/EQU. MOBILE .... H</p> <p>AUTRE PUBLIC .... I</p> <p>_____</p> <p>(PRÉCISEZ)</p> <p>SECTEUR MÉDICAL PRIVÉ</p> <p>HÔPITAL/CLINIQUE/CABINET</p> <p>PRIVÉ .... J</p> <p>PHARMACIE .... K</p> <p>MÉDECIN PRIVÉ .... L</p> <p>DISPENSARE RELIG .... M</p> <p>AUTRE MEDICAL PRIVÉ .... N</p> <p>_____</p> <p>(PRÉCISEZ)</p> <p>AUTRE SOURCE</p> <p>BOUTIQUE .... O</p> <p>ÉGLISE .... P</p> <p>PARENTS/AMIS .... Q</p> <p>BAR .... R</p> <p>AUTRE .... X</p> <p>_____</p> <p>(PRÉCISEZ)</p> |          |
| 634 | <p>Est-ce que vous pouvez vous procurer des condoms féminins si vous le souhaitez ?</p>   | <p>OUI ..... 1</p> <p>NON ..... 2</p> <p>NE SAIT PAS/PAS SÛRE ..... 8</p>  |          |

**SECTION 7. PRÉFÉRENCES EN MATIÈRE DE FÉCONDITÉ**

| N°  | QUESTIONS ET FILTRES   | CODES  | PASSEZ À                |
|-----|--|--|-------------------------|
| 701 | VÉRIFIEZ 304 :<br><br>NI LUI, NI ELLE <input type="checkbox"/> STÉRILISÉ<br>IL OU ELLE <input type="checkbox"/> STÉRILISÉ  |  | → 712                   |
| 702 | VÉRIFIEZ 226 :<br><br>ENCEINTE <input type="checkbox"/><br>PAS ENCEINTE OU PAS SÛRE <input type="checkbox"/>   |  | → 704                   |
| 703 | Je voudrais maintenant vous poser des questions sur l'avenir. Après l'enfant que vous attendez maintenant, souhaiteriez-vous un autre enfant ou préféreriez-vous ne plus avoir d'enfants ?   | AVOIR UN AUTRE ENFANT ..... 1<br>PAS D'AUTRE ..... 2<br>INDÉCISE/NE SAIT PAS ..... 8   | → 705<br>→ 709<br>→ 711 |
| 704 | Je voudrais maintenant vous poser des questions sur l'avenir. Voudriez-vous avoir (un/un autre) enfant ou préféreriez-vous ne pas (plus) avoir d'enfant ?  | AVOIR (UN/UN AUTRE) ENFANT ... 1<br>PAS D'AUTRE/AUCUN ..... 2<br>DIT QU'ELLE NE PEUT PAS TOMBER ENCEINTE ..... 3<br>INDÉCISE/NE SAIT PAS ..... 8   | → 707<br>→ 712<br>→ 710 |
| 705 | VÉRIFIEZ 226 :<br><br>PAS ENCEINTE OU PAS SÛRE <input type="checkbox"/><br>ENCEINTE <input type="checkbox"/><br><br>Combien de temps voudriez-vous attendre à partir de maintenant avant la naissance (d'un/un autre) enfant ?<br><br>Après la naissance de l'enfant que vous attendez, combien de temps voudriez-vous attendre avant la naissance d'un autre enfant ? | MOIS ..... 1<br>ANNÉE ..... 2<br><br>BIENTÔT/MAINTENANT ..... 993<br>DIT QU'ELLE NE PEUT PAS TOMBER ENCEINTE ..... 994<br>APRÈS LE MARIAGE ..... 995<br><br>AUTRE ..... 996<br>(PRÉCISEZ)<br>NE SAIT PAS ..... 998 | → 710<br>→ 712<br>→ 710 |
| 706 | VÉRIFIEZ 226 :<br><br>PAS ENCEINTE OU PAS SÛRE <input type="checkbox"/><br>ENCEINTE <input type="checkbox"/>   |  | → 711                   |
| 707 | VÉRIFIEZ 303 : UTILISE UNE MÉTHODE CONTRACEPTIVE ?<br><br>N'UTILISE PAS <input type="checkbox"/> ACTUELLEMENT<br>UTILISE <input type="checkbox"/> ACTUELLEMENT   |  | → 712                   |
| 708 | VÉRIFIEZ 705 :<br><br>PAS POSÉE <input type="checkbox"/><br>24 MOIS OU PLUS OU 02 ANS OU PLUS <input type="checkbox"/><br>00-23 MOIS OU 00-01 AN <input type="checkbox"/>  |  | → 711                   |

| N°  | QUESTIONS ET FILTRES  | CODES  | PASSEZ À                  |
|-----|---|--|---------------------------|
| 709 | <p>VÉRIFIEZ 703 ET 704 :</p> <div style="display: flex; justify-content: space-around;"> <div style="text-align: center;"> <p>VEUT<br/>UN/UN AUTRE<br/>ENFANT</p> <p><input type="checkbox"/></p> <p>↓</p> <p>Vous avez dit que dans l'immédiat, vous ne souhaitiez pas (un/un autre) enfant. Pouvez-vous me dire pourquoi vous n'utilisez pas une méthode pour éviter une grossesse ?</p> <p>Y a-t-il une autre raison ?</p> </div> <div style="text-align: center;"> <p>NE VEUT PLUS<br/>D'ENFANT/AUCUN</p> <p><input type="checkbox"/></p> <p>↓</p> <p>Vous avez dit que vous ne vouliez pas (plus) d'enfant. Pouvez-vous me dire pourquoi vous n'utilisez pas une méthode pour éviter une grossesse ?</p> <p>Y a-t-il une autre raison ?</p> </div> </div> <p>ENREGISTREZ TOUTES LES RAISONS MENTIONNÉES.</p> | <p>PAS MARIÉE ..... A</p> <p>RAISONS RELATIVES À LA FÉCONDITÉ</p> <p>PAS DE RAPPORTS SEXUELS ... B</p> <p>RAP. SEXUELS PEU FRÉQUENTS C</p> <p>MÉNOPAUSE/HYSTÉRECTOMIE D</p> <p>NE PEUT PAS TOMBER ENCEINTE E</p> <p>PAS DE RÉGLES DEPUIS<br/>DERNIÈRE NAISSANCE ..... F</p> <p>ALLAITE ..... G</p> <p>FATALISTE ..... H</p> <p>OPPOSITION À L'UTILISATION</p> <p>ENQUÊTÉE OPPOSÉE ..... I</p> <p>MARI/PARTENAIRE OPPOSÉ ... J</p> <p>AUTRES OPPOSÉS ..... K</p> <p>INTERDITS RELIGIEUX ..... L</p> <p>MANQUE DE CONNAISSANCE</p> <p>NE CONNAÎT AUCUNE MÉTHODE M</p> <p>NE CONNAÎT AUCUNE SOURCE N</p> <p>RAISONS LIÉES AUX MÉTHODES</p> <p>EFFETS SECONDAIRES/PROBLÈMES<br/>DE SANTÉ ..... O</p> <p>PAS ACCESSIBLE /TROP LOIN ... P</p> <p>TROP CHÈRE ..... Q</p> <p>MÉTHODE PRÉFÉRÉE</p> <p>NON DISPONIBLE ..... R</p> <p>AUCUNE MÉTHODE DISPONIBLE S</p> <p>PAS PRATIQUE À UTILISER ... T</p> <p>INTERFÈRE AVEC LES FONCTIONS<br/>NORMALES DU CORPS ..... U</p> <p>AUTRE ..... X<br/>(PRÉCISEZ)</p> <p>NE SAIT PAS ..... Z</p> |                           |
| 710 | <p>VÉRIFIEZ 303 : UTILISE UNE MÉTHODE CONTRACEPTIVE ?</p> <div style="display: flex; justify-content: space-around;"> <div style="text-align: center;"> <p>PAS<br/>POSÉE</p> <p><input type="checkbox"/></p> <p>↓</p> </div> <div style="text-align: center;"> <p>NON, N'UTILISE<br/>PAS ACTUELLEMENT</p> <p><input type="checkbox"/></p> <p>↓</p> </div> <div style="text-align: center;"> <p>OUI, UTILISE<br/>ACTUELLEMENT</p> <p><input type="checkbox"/></p> </div> </div>  |  | → 712                     |
| 711 | <p>Pensez-vous que vous utiliserez, à un certain moment dans le futur, une méthode contraceptive pour retarder ou éviter une grossesse ?</p>  | <p>OUI ..... 1</p> <p>NON ..... 2</p> <p>NE SAIT PAS ..... 8</p>   |                           |
| 712 | <p>VÉRIFIEZ 216 :</p> <div style="display: flex; justify-content: space-around;"> <div style="text-align: center;"> <p>A DES ENFANTS<br/>VIVANTS</p> <p><input type="checkbox"/></p> <p>↓</p> <p>Si vous pouviez revenir à l'époque où vous n'aviez pas d'enfant et que vous pouviez choisir exactement le nombre d'enfants à avoir dans votre vie, combien auriez-vous voulu en avoir ?</p> </div> <div style="text-align: center;"> <p>PAS D'ENFANTS<br/>VIVANTS</p> <p><input type="checkbox"/></p> <p>↓</p> <p>Si vous pouviez choisir exactement le nombre d'enfants à avoir dans votre vie, combien en voudriez-vous ?</p> </div> </div> <p>INSISTEZ POUR OBTENIR UNE RÉPONSE NUMÉRIQUE.</p>  | <p>AUCUN ..... 00</p> <p>NOMBRE ..... <input style="width: 40px; border: 1px solid black;" type="text"/> <input style="width: 40px; border: 1px solid black;" type="text"/></p> <p>AUTRE ..... 96<br/>(PRÉCISEZ)</p>   | <p>→ 714</p> <p>→ 714</p> |



| N°  | QUESTIONS ET FILTRES   | CODES   | PASSEZ À |
|-----|--|---|----------|
| 713 | Parmi ces enfants, combien souhaiteriez-vous de garçons, combien souhaiteriez-vous de filles et pour combien d'entre eux, le sexe n'aurait-il pas d'importance ?   | <div style="display: flex; justify-content: space-around;"> <span>GARÇONS</span> <span>FILLES</span> <span>N'IMPORTE</span> </div> <div style="display: flex; align-items: center;"> NOMBRE <div style="border: 1px solid black; width: 20px; height: 20px; margin: 0 5px;"></div> <div style="border: 1px solid black; width: 20px; height: 20px; margin: 0 5px;"></div> <div style="border: 1px solid black; width: 20px; height: 20px; margin: 0 5px;"></div> <div style="border: 1px solid black; width: 20px; height: 20px; margin: 0 5px;"></div> <div style="border: 1px solid black; width: 20px; height: 20px; margin: 0 5px;"></div> <div style="border: 1px solid black; width: 20px; height: 20px; margin: 0 5px;"></div> </div> <div style="display: flex; align-items: center; margin-top: 5px;"> AUTRE <div style="flex-grow: 1; border-bottom: 1px solid black; margin: 0 5px;"></div> 96 </div> <div style="text-align: center; margin-top: 5px;">(PRÉCISEZ)</div> |          |
| 714 | Au cours des derniers mois, avez-vous :<br>Entendu parler de la planification familiale à la radio ?<br>Vu quelque chose sur la planification familiale à la télévision ?<br>Lu quelque chose sur la planification familiale dans les journaux ou magazines ?  | <div style="text-align: right; margin-bottom: 5px;">OUI NON</div> <div style="display: flex; justify-content: space-between;"> <div>RADIO .....</div> <div>1 2</div> </div> <div style="display: flex; justify-content: space-between;"> <div>TÉLÉVISION .....</div> <div>1 2</div> </div> <div style="display: flex; justify-content: space-between; margin-top: 5px;"> <div>JOURNAUX OU MAGAZINES ...</div> <div>1 2</div> </div>   |          |
| 715 | QUESTIONS SPÉCIFIQUES AU PAYS SUR LES MESSAGES SUR LA PLANIFICATION FAMILIALE DANS LES MÉDIA   |   |          |
| 716 | VÉRIFIEZ 601 :<br><div style="display: flex; justify-content: space-around; align-items: center; margin-top: 10px;"> <div style="text-align: center;"> OUI,<br/>ACTUELLEMENT<br/>MARIÉE <div style="border: 1px solid black; width: 20px; height: 20px; margin: 5px auto;"></div> </div> <div style="text-align: center;"> OUI,<br/>VIT AVEC<br/>UN HOMME <div style="border: 1px solid black; width: 20px; height: 20px; margin: 5px auto;"></div> </div> <div style="text-align: center;"> NON,<br/>PAS EN<br/>UNION <div style="border: 1px solid black; width: 20px; height: 20px; margin: 5px auto;"></div> </div> </div> | <div style="text-align: right; margin-top: 10px;">→ 801</div>   |          |
| 717 | VÉRIFIEZ 303 : UTILISE UNE MÉTHODE CONTRACEPTIVE ?<br><div style="display: flex; justify-content: space-around; align-items: center; margin-top: 10px;"> <div style="text-align: center;"> UTILISE<br/>ACTUELLEMENT <div style="border: 1px solid black; width: 20px; height: 20px; margin: 5px auto;"></div> </div> <div style="text-align: center;"> N'UTILISE PAS<br/>ACTUELLEMENT<br/>OU<br/>PAS POSÉE <div style="border: 1px solid black; width: 20px; height: 20px; margin: 5px auto;"></div> </div> </div>   | <div style="text-align: right; margin-top: 10px;">→ 720</div>   |          |
| 718 | Diriez-vous que l'utilisation de la contraception est principalement votre décision, principalement celle de votre (mari/partenaire) ou est-ce une décision commune que vous avez prise ensemble ?   | <div style="display: flex; justify-content: space-between;"> <div>DÉCISION DE L'ENQUÊTÉE .....</div> <div>1</div> </div> <div style="display: flex; justify-content: space-between;"> <div>DÉCISION DU MARI/PARTENAIRE ...</div> <div>2</div> </div> <div style="display: flex; justify-content: space-between;"> <div>DÉCISION COMMUNE .....</div> <div>3</div> </div> <div style="display: flex; justify-content: space-between;"> <div>AUTRE</div> <div>6</div> </div> <div style="text-align: center; margin-top: 5px;">(PRÉCISEZ)</div>  |          |
| 719 | VÉRIFIEZ 304 :<br><div style="display: flex; justify-content: space-around; align-items: center; margin-top: 10px;"> <div style="text-align: center;"> NI LUI, NI ELLE<br/>STÉRILISÉ <div style="border: 1px solid black; width: 20px; height: 20px; margin: 5px auto;"></div> </div> <div style="text-align: center;"> LUI OU ELLE<br/>STÉRILISÉ <div style="border: 1px solid black; width: 20px; height: 20px; margin: 5px auto;"></div> </div> </div>  | <div style="text-align: right; margin-top: 10px;">→ 801</div>   |          |
| 720 | Est-ce que votre (mari/partenaire) veut le même nombre d'enfants que vous ou en veut-il plus ou moins que vous ?   | <div style="display: flex; justify-content: space-between;"> <div>MÊME NOMBRE .....</div> <div>1</div> </div> <div style="display: flex; justify-content: space-between;"> <div>PLUS D'ENFANTS .....</div> <div>2</div> </div> <div style="display: flex; justify-content: space-between;"> <div>MOINS D'ENFANTS .....</div> <div>3</div> </div> <div style="display: flex; justify-content: space-between;"> <div>NE SAIT PAS .....</div> <div>8</div> </div>  |          |

**SECTION 8. CARACTÉRISTIQUES DU MARI ET TRAVAIL DE LA FEMME**

| N°  | QUESTIONS ET FILTRES   | CODES   | PASSEZ À |
|-----|--|---|----------|
| 801 | <p>VÉRIFIEZ 601 ET 602 :</p> <p>ACTUELLEMENT MARIÉE/ <input type="checkbox"/> A ÉTÉ MARIÉE/ <input type="checkbox"/></p> <p>VIVANT AVEC UN HOMME A VÉCU AVEC UN HOMME</p> <p>JAMAIS MARIÉE ET N'A JAMAIS VÉCU AVEC UN HOMME <input type="checkbox"/></p>   | <p>803</p> <p>807</p>   |          |
| 802 | Quel âge avait votre (mari/partenaire) à son dernier anniversaire ?  | <input type="text"/>  |          |
| 803 | Est-ce que votre (dernier) (mari/partenaire) a fréquenté l'école ?   | <p>OUI ..... 1</p> <p>NON ..... 2</p>   | → 806    |
| 804 | Quel est le plus haut niveau d'étude qu'il a atteint: élémentaire, secondaire ou supérieur ?   | <p>ELEMENTAIRE ..... 1</p> <p>MOYEN ..... 2</p> <p>SECONDAIRE ..... 3</p> <p>SUPÉRIEUR ..... 4</p> <p>NE SAIT PAS ..... 8</p> | → 806    |
| 805 | <p>Quelle est la (classe/année) la plus élevée qu'il a achevée à ce niveau ?</p> <p>SI MOINS D'1 CLASSE/ANNÉE A ÉTÉ ACHEVÉE À CE NIVEAU, INSCRIVEZ '00'.</p>   | <p>CLASSE ..... <input type="text"/></p>  |          |
| 806 | <p>VÉRIFIEZ 801 :</p> <p>ACTUELLEMENT MARIÉE/VIT AVEC UN HOMME <input type="checkbox"/> A ÉTÉ MARIÉE/ A VÉCU AVEC UN HOMME <input type="checkbox"/></p> <p>Quelle est l'occupation de votre (mari/ partenaire) ? C'est-à-dire quel genre de travail fait-il principalement ?</p> <p>Quelle était l'occupation de votre (dernier) (mari/ partenaire) ? C'est-à-dire quel genre de travail faisait-il principalement ?</p> | <p><input type="text"/></p>   |          |
| 807 | En dehors de votre travail domestique, avez-vous travaillé au cours des sept derniers jours ?  | <p>OUI ..... 1</p> <p>NON ..... 2</p>   | → 811    |
| 808 | <p>Comme vous le savez, certaines femmes font un travail pour lequel elles sont payées en argent ou en nature. Certaines ont un petit commerce ou une petite affaire ou travaillent sur les terres ou dans l'affaire de la famille.</p> <p>Au cours des sept derniers jours, avez-vous fait quelque chose de ce genre ou un autre travail ?</p>  | <p>OUI ..... 1</p> <p>NON ..... 2</p>   | → 811    |
| 809 | Bien que vous n'ayez pas travaillé au cours des sept derniers jours, est-ce que vous avez un travail ou une affaire dont vous avez dû vous absenter pour vacances, maladie, maternité ou pour une autre raison ?   | <p>OUI ..... 1</p> <p>NON ..... 2</p>   | → 811    |
| 810 | Avez-vous fait un travail quelconque au cours des 12 derniers mois ?   | <p>OUI ..... 1</p> <p>NON ..... 2</p>   | → 815    |
| 811 | Quelle est votre occupation, c'est-à-dire quel genre de travail faites-vous principalement ?   | <input type="text"/>  |          |
| 812 | Faites-vous ce travail pour un membre de votre famille, pour quelqu'un d'autre ou êtes-vous à votre compte ?   | <p>MEMBRE DE LA FAMILLE ..... 1</p> <p>QUELQU'UN D'AUTRE ..... 2</p> <p>A SON COMPTE ..... 3</p>                              |          |

| N°  | QUESTIONS ET FILTRES   | CODES   | PASSEZ À |
|-----|--|---|----------|
| 813 | Travaillez-vous habituellement toute l'année, ou de manière saisonnière ou travaillez-vous seulement de temps en temps ?   | TOUTE L'ANNÉE ..... 1<br>SAISONNIER/PARTIE DE L'ANNÉE .... 2<br>DE TEMPS EN TEMPS ..... 3   |          |
| 814 | Êtes-vous payée en argent ou en nature pour ce travail ou n'êtes-vous pas payée du tout ?  | ARGENT SEULEMENT ..... 1<br>ARGENT ET NATURE ..... 2<br>NATURE SEULEMENT ..... 3<br>PAS PAYÉE ..... 4   |          |
| 815 | VÉRIFIEZ 601 :<br>ACTUELLEMENT<br>MARIÉE/VIVANT <input type="checkbox"/><br>AVEC UN HOMME ↓ PAS EN UNION <input type="checkbox"/>  |   | 823      |
| 816 | VÉRIFIEZ 814 :<br>CODE 1 OU 2<br>ENCERCLÉ <input type="checkbox"/> AUTRE <input type="checkbox"/>  |   | 819      |
| 817 | Habituellement, qui décide comment l'argent que vous gagnez va être utilisé : c'est vous, votre (mari/partenaire), ou conjointement vous et votre (mari/partenaire) ?                      | ENQUÊTÉE ..... 1<br>MARI/PARTENAIRE ..... 2<br>CONJOINTEMENT ENQUÊTÉE<br>ET MARI/PARTENAIRE ..... 3<br>AUTRE ..... 6<br>(PRÉCISEZ)  |          |
| 818 | Diriez-vous que vous gagnez plus que votre (mari/partenaire), moins ou à peu près la même chose ?  | PLUS QUE LUI ..... 1<br>MOINS QUE LUI ..... 2<br>À PEU PRÈS LA MÊME CHOSE ..... 3<br>MARI/PARTENAIRE NE RAPPORTE<br>PAS D'ARGENT ..... 4<br>NE SAIT PAS ..... 8                           | 820      |
| 819 | Habituellement, qui décide comment l'argent que votre (mari/partenaire) gagne va être utilisé: vous, votre (mari/partenaire), ou conjointement vous et votre (mari/partenaire) ?           | ENQUÊTÉE ..... 1<br>MARI/PARTENAIRE ..... 2<br>CONJOINTEMENT ENQUÊTÉE<br>ET MARI/PARTENAIRE ..... 3<br>MARI/PARTENAIRE NE RAPPORTE<br>PAS D'ARGENT ..... 4<br>AUTRE ..... 6<br>(PRÉCISEZ) |          |
| 820 | Habituellement, qui prend les décisions en ce qui concerne vos propres soins de santé: vous, votre (mari/partenaire), conjointement vous et votre (mari/partenaire) ou quelqu'un d'autre ? | ENQUÊTÉE ..... 1<br>MARI/PARTENAIRE ..... 2<br>CONJOINTEMENT ENQUÊTÉE<br>ET MARI/PARTENAIRE ..... 3<br>QUELQU'UN D'AUTRE ..... 4<br>AUTRE ..... 6   |          |
| 821 | Qui prend habituellement les décisions concernant les achats importants pour le ménage ?   | ENQUÊTÉE ..... 1<br>MARI/PARTENAIRE ..... 2<br>CONJOINTEMENT ENQUÊTÉE<br>ET MARI/PARTENAIRE ..... 3<br>QUELQU'UN D'AUTRE ..... 4<br>AUTRE ..... 6   |          |
| 822 | Qui prend habituellement les décisions concernant les visites à votre famille ou parents ?   | ENQUÊTÉE ..... 1<br>MARI/PARTENAIRE ..... 2<br>CONJOINTEMENT QUELQU'UN<br>D'AUTRE ET MARI/PARTENAIRE... 3<br>QUELQU'UN D'AUTRE ..... 4<br>AUTRE ..... 6                                   |          |

| N°                 | QUESTIONS ET FILTRES   | CODES   | PASSEZ À |       |        |        |     |                    |  |        |        |       |                 |  |   |   |     |              |       |   |   |   |                   |       |   |   |   |                  |     |   |   |   |               |     |   |   |   |  |
|--------------------|--|---|----------|-------|--------|--------|-----|--------------------|--|--------|--------|-------|-----------------|--|---|---|-----|--------------|-------|---|---|---|-------------------|-------|---|---|---|------------------|-----|---|---|---|---------------|-----|---|---|---|--|
| 823                | Est-ce que vous possédez cette maison ou une autre maison seule ou conjointement avec quelqu'un d'autre ?  | SEULE ..... 1<br>CONJOINTEMENT ..... 2<br>SEULE ET CONJOINTEMENT ..... 3<br>N'EN POSSÈDE PAS ..... 4  |          |       |        |        |     |                    |  |        |        |       |                 |  |   |   |     |              |       |   |   |   |                   |       |   |   |   |                  |     |   |   |   |               |     |   |   |   |  |
| 824                | Est-ce que vous possédez de la terre, seule ou conjointement avec quelqu'un d'autre ?  | SEULE ..... 1<br>CONJOINTEMENT ..... 2<br>SEULE ET CONJOINTEMENT ..... 3<br>N'EN POSSÈDE PAS ..... 4  |          |       |        |        |     |                    |  |        |        |       |                 |  |   |   |     |              |       |   |   |   |                   |       |   |   |   |                  |     |   |   |   |               |     |   |   |   |  |
| 825                | PRÉSENCE D'AUTRES PERSONNES À CE POINT DE L'INTERVIEW (PERSONNES PRÉSENTES ET QUI ÉCOUTENT, PERSONNES PRÉSENTES MAIS QUI N'ÉCOUTENT PAS OU PAS PRÉSENTES),   | <table><tr><td></td><td></td><td>PRES./</td><td>PRES./</td><td>PAS</td></tr><tr><td></td><td></td><td>ÉCOUTE</td><td>ÉCOUTE</td><td>PRES.</td></tr><tr><td></td><td></td><td></td><td></td><td>PAS</td></tr><tr><td>ENFANTS &lt; 10</td><td>.....</td><td>1</td><td>2</td><td>3</td></tr><tr><td>MARI</td><td>.....</td><td>1</td><td>2</td><td>3</td></tr><tr><td>AUTRES HOMMES</td><td>...</td><td>1</td><td>2</td><td>3</td></tr><tr><td>AUTRES FEMMES</td><td>...</td><td>1</td><td>2</td><td>3</td></tr></table> |          |       | PRES./ | PRES./ | PAS |                    |  | ÉCOUTE | ÉCOUTE | PRES. |                 |  |   |   | PAS | ENFANTS < 10 | ..... | 1 | 2 | 3 | MARI              | ..... | 1 | 2 | 3 | AUTRES HOMMES    | ... | 1 | 2 | 3 | AUTRES FEMMES | ... | 1 | 2 | 3 |  |
|                    |  | PRES./  | PRES./   | PAS   |        |        |     |                    |  |        |        |       |                 |  |   |   |     |              |       |   |   |   |                   |       |   |   |   |                  |     |   |   |   |               |     |   |   |   |  |
|                    |  | ÉCOUTE  | ÉCOUTE   | PRES. |        |        |     |                    |  |        |        |       |                 |  |   |   |     |              |       |   |   |   |                   |       |   |   |   |                  |     |   |   |   |               |     |   |   |   |  |
|                    |  |   |          | PAS   |        |        |     |                    |  |        |        |       |                 |  |   |   |     |              |       |   |   |   |                   |       |   |   |   |                  |     |   |   |   |               |     |   |   |   |  |
| ENFANTS < 10       | .....  | 1   | 2        | 3     |        |        |     |                    |  |        |        |       |                 |  |   |   |     |              |       |   |   |   |                   |       |   |   |   |                  |     |   |   |   |               |     |   |   |   |  |
| MARI               | .....  | 1   | 2        | 3     |        |        |     |                    |  |        |        |       |                 |  |   |   |     |              |       |   |   |   |                   |       |   |   |   |                  |     |   |   |   |               |     |   |   |   |  |
| AUTRES HOMMES      | ...  | 1   | 2        | 3     |        |        |     |                    |  |        |        |       |                 |  |   |   |     |              |       |   |   |   |                   |       |   |   |   |                  |     |   |   |   |               |     |   |   |   |  |
| AUTRES FEMMES      | ...  | 1   | 2        | 3     |        |        |     |                    |  |        |        |       |                 |  |   |   |     |              |       |   |   |   |                   |       |   |   |   |                  |     |   |   |   |               |     |   |   |   |  |
| 826                | Selon vous, est-il justifié qu'un mari frappe ou batte sa femme dans les situations suivantes :<br><br>Si elle sort sans le lui dire ?<br>Si elle néglige les enfants ?<br>Si elle argumente avec lui ?<br>Si elle refuse d'avoir des rapports sexuels avec lui ?<br>Si elle brûle la nourriture ? | <table><tr><td></td><td></td><td>OUI</td><td>NON</td><td>NSP</td></tr><tr><td>SORT SANS LUI DIRE</td><td></td><td>1</td><td>2</td><td>8</td></tr><tr><td>NÉGLIGE ENFANTS</td><td></td><td>1</td><td>2</td><td>8</td></tr><tr><td>ARGUMENTE</td><td>.....</td><td>1</td><td>2</td><td>8</td></tr><tr><td>REFUSES RAPP. SEX</td><td></td><td>1</td><td>2</td><td>8</td></tr><tr><td>BRÛLE NOURRITURE</td><td></td><td>1</td><td>2</td><td>8</td></tr></table>   |          |       | OUI    | NON    | NSP | SORT SANS LUI DIRE |  | 1      | 2      | 8     | NÉGLIGE ENFANTS |  | 1 | 2 | 8   | ARGUMENTE    | ..... | 1 | 2 | 8 | REFUSES RAPP. SEX |       | 1 | 2 | 8 | BRÛLE NOURRITURE |     | 1 | 2 | 8 |               |     |   |   |   |  |
|                    |  | OUI   | NON      | NSP   |        |        |     |                    |  |        |        |       |                 |  |   |   |     |              |       |   |   |   |                   |       |   |   |   |                  |     |   |   |   |               |     |   |   |   |  |
| SORT SANS LUI DIRE |  | 1   | 2        | 8     |        |        |     |                    |  |        |        |       |                 |  |   |   |     |              |       |   |   |   |                   |       |   |   |   |                  |     |   |   |   |               |     |   |   |   |  |
| NÉGLIGE ENFANTS    |  | 1   | 2        | 8     |        |        |     |                    |  |        |        |       |                 |  |   |   |     |              |       |   |   |   |                   |       |   |   |   |                  |     |   |   |   |               |     |   |   |   |  |
| ARGUMENTE          | .....  | 1   | 2        | 8     |        |        |     |                    |  |        |        |       |                 |  |   |   |     |              |       |   |   |   |                   |       |   |   |   |                  |     |   |   |   |               |     |   |   |   |  |
| REFUSES RAPP. SEX  |  | 1   | 2        | 8     |        |        |     |                    |  |        |        |       |                 |  |   |   |     |              |       |   |   |   |                   |       |   |   |   |                  |     |   |   |   |               |     |   |   |   |  |
| BRÛLE NOURRITURE   |  | 1   | 2        | 8     |        |        |     |                    |  |        |        |       |                 |  |   |   |     |              |       |   |   |   |                   |       |   |   |   |                  |     |   |   |   |               |     |   |   |   |  |

SECTION 9. VIH/SIDA

| N°  | QUESTIONS ET FILTRES  | CODES   | PASSEZ À       |
|-----|---|---|----------------|
| 901 | Je voudrais maintenant que nous parlions d'un autre sujet. Avez-vous déjà entendu parler d'une maladie appelée sida ?   | OUI ..... 1<br>NON ..... 2  | → 937          |
| 902 | Est-ce qu'on peut réduire le risque de contracter le virus du sida en ayant juste un seul partenaire sexuel qui n'est pas infecté et qui n'a aucun autre partenaire sexuel ?  | OUI ..... 1<br>NON ..... 2<br>NE SAIT PAS ..... 8   |                |
| 903 | Est-ce qu'on peut contracter le virus du sida par les piqûres de moustiques ?   | OUI ..... 1<br>NON ..... 2<br>NE SAIT PAS ..... 8   |                |
| 904 | Est-ce qu'on peut réduire le risque de contracter le virus du sida en utilisant des condoms au cours de chaque rapport sexuel ?   | OUI ..... 1<br>NON ..... 2<br>NE SAIT PAS ..... 8   |                |
| 905 | Est-ce qu'on peut contracter le virus du sida en partageant la nourriture avec une personne qui a le sida ?   | OUI ..... 1<br>NON ..... 2<br>NE SAIT PAS ..... 8   |                |
| 906 | Est-ce qu'on peut contracter le virus du sida par sorcellerie ou par des moyens surnaturels ?   | OUI ..... 1<br>NON ..... 2<br>NE SAIT PAS ..... 8   |                |
| 907 | Est-il possible qu'une personne paraissant en bonne santé ait, en fait, le virus du sida ?  | OUI ..... 1<br>NON ..... 2<br>NE SAIT PAS ..... 8   |                |
| 908 | Est-ce que le virus qui cause le sida peut être transmis de la mère à son enfant :  | <div style="text-align: right; margin-right: 20px;">OUI    NON    NSP</div> Pendant la grossesse ?    GROSSESSE. .... 1    2    8<br>Au cours de l'accouchement ?    ACCOUCHEMENT ... 1    2    8<br>Pendant l'allaitement ?    ALLAITEMENT ..... 1    2    8 |                |
| 909 | VÉRIFIEZ 908 :<br>AU MOINS <input type="checkbox"/> UN 'OUI' ↓<br>AUTRE <input type="checkbox"/> _____  |   | → 911          |
| 910 | Y a-t-il des médicaments spéciaux qu'un médecin ou une infirmière peut donner à une femme infectée par le virus du sida pour réduire le risque de transmission à son enfant ?   | OUI ..... 1<br>NON ..... 2<br>NE SAIT PAS ..... 8   |                |
| 911 | VÉRIFIEZ 208 AND 215 :<br>AUCUNE NAISSANCE <input type="checkbox"/> _____<br>DERNIÈRE NAISSANCE DEPUIS JANVIER 2008 <input type="checkbox"/> ↓<br>DERNIÈRE NAISSANCE AVANT JANVIER 2008 <input type="checkbox"/> _____  |   | → 926<br>→ 926 |
| 912 | VÉRIFIEZ 408 POUR DERNIÈRE NAISSANCE :<br>A EU DES SOINS PRÉNATALS <input type="checkbox"/> ↓<br>AUCUN SOIN PRÉNATAL <input type="checkbox"/> _____   |   | → 920          |
| 913 | VÉRIFIER S'IL Y A D'AUTRE PERSONNES, AVANT DE CONTINUER, FAITES TOUT VOTRE POSSIBLE POUR ÊTRE EN PRIVÉ.   |   |                |
| 914 | Au cours de l'une de ces visites prénatales pour votre dernière naissance, est-ce que l'on a parlé des sujets suivants ?<br><br>Des bébés qui contractent le virus du sida de leur mère ?<br>Des choses qu'on peut faire pour ne pas contracter le sida ?<br>Effectuer un test du virus du sida ? | <div style="text-align: right; margin-right: 20px;">OUI    NON    NSP</div> SIDA DE LA MÈRE    1    2    8<br>CHOSES À FAIRE    1    2    8<br>TEST    1    2    8  |                |

| N°  | QUESTIONS ET FILTRES  | CODES  | PASSEZ À |
|-----|---|--|----------|
| 915 | Dans le cadre des visites prénatales, est-ce que l'on vous a proposé d'effectuer un test du virus du sida ?   | OUI ..... 1<br>NON ..... 2   |          |
| 916 | Avez-vous effectué un test du virus du sida dans le cadre de vos soins prénataux ?  | OUI ..... 1<br>NON ..... 2   | → 920    |
| 917 | Où le test a-t-il été fait ?<br><br>INSISTEZ POUR DÉTERMINER LE TYPE D'ENDROIT.<br><br>SI VOUS NE POUVEZ PAS DÉTERMINER SI L'ENDROIT EST DU SECTEUR PUBLIC OU PRIVÉ, INSCRIVEZ LE NOM DE L'ENDROIT.<br><br>_____ (NOM DE L'ENDROIT) | SECTEUR PUBLIC<br>HÔPITAL GOUV. .... 11<br>CENTRE SANTÉ GOUV. .... 12<br>POSTE SANTÉ ..... 13<br>CENTRE DE PF GOUV. .... 14<br>MATERNITÉ RURALE ..... 15<br>CASE DE SANTÉ ..... 16<br>PHARMACIE COMMUNAUTAIRE ..... 17<br>STRAT. AVANCÉE/EQU. MOBILE ..... 18<br><br>AUTRE PUBLIC ..... 19<br>_____ (PRÉCISER)<br><br>SECTEUR MÉDICAL PRIVÉ<br>HÔPITAL/CLINIQUE/CABINET ..... 21<br>PRIVÉ ..... 22<br>PHARMACIE ..... 23<br>MÉDECIN PRIVÉ ..... 24<br>DISPENSARE RELIG ..... 25<br><br>AUTRE MEDICAL PRIVÉ ..... 26<br>_____ (PRÉCISER)<br><br>AUTRE SOURCE<br>BOUTIQUE ..... 31<br>ÉGLISE ..... 32<br>PARENTS/AMIS ..... 33<br>BAR ..... 34<br><br>AUTRE ..... 96<br>_____ (PRÉCISER) |          |
| 918 | Avez-vous reçu les résultats du test ?  | OUI ..... 1<br>NON ..... 2   | → 924    |
| 919 | Toutes les femmes sont censées recevoir des conseils après avoir effectué le test. Après avoir effectué votre test, avez-vous reçu des conseils ?   | OUI ..... 1<br>NON ..... 2<br>NE SAIT PAS ..... 8  | → 924    |
| 920 | VÉRIFIEZ 434 POUR DERNIÈRE NAISSANCE :<br>N'IMPORTE QUEL CODE <input type="checkbox"/> AUTRE <input type="checkbox"/> _____<br>21-36 ENCERCLÉ ↓   |  | → 926    |
| 921 | Entre le moment où vous arrivée pour accoucher et le moment où l'enfant est né, vous a-t-on proposé de faire un test du virus du sida ?   | OUI ..... 1<br>NON ..... 2   |          |
| 922 | Je ne veux pas connaître les résultats mais vous a-t-on fait un test du virus du sida à ce moment-là ?  | OUI ..... 1<br>NON ..... 2   | → 926    |
| 923 | Je ne veux pas connaître les résultats mais avez-vous reçu les résultats du test ?  | OUI ..... 1<br>NON ..... 2   |          |
| 924 | Avez-vous effectué un test du virus du sida depuis ce moment où vous avez fait un test durant votre grossesse ?   | OUI ..... 1<br>NON ..... 2   | → 927    |
| 925 | Il y a combien de mois que vous avez effectué votre test du VIH le plus récent ?  | IL Y A ..... MOIS <input type="text"/> <input type="text"/><br>DEUX ANNÉES OU PLUS ..... 95  | → 932    |

| N°  | QUESTIONS ET FILTRES   | CODES   | PASSEZ À |
|-----|--|---|----------|
| 926 | Je ne veux pas connaître les résultats mais avez-vous déjà fait un test pour savoir si vous avez le virus du sida ?  | OUI ..... 1<br>NON ..... 2  | → 930    |
| 927 | Il y a combien de mois que vous avez effectué votre test du VIH le plus récent ?   | IL Y A ..... MOIS <input type="text"/> <input type="text"/><br>DEUX ANNÉES OU PLUS ..... 95   |          |
| 928 | Je ne veux pas connaître les résultats mais avez-vous reçu les résultats du test ?   | OUI ..... 1<br>NON ..... 2  |          |
| 929 | Où le test a-t-il été fait ?<br><br>INSISTEZ POUR DÉTERMINER LE TYPE D'ENDROIT.<br><br>SI VOUS NE POUVEZ PAS DÉTERMINER SI L'ENDROIT EST DU SECTEUR PUBLIC OU PRIVÉ, INSCRIVEZ LE NOM DE L'ENDROIT.<br><br>_____<br>(NOM DE L'ENDROIT) | SECTEUR PUBLIC<br>HÔPITAL GOUV. .... A<br>CENTRE SANTÉ GOUV. .... B<br>POSTE SANTÉ ..... C<br>CENTRE DE PF GOUV. .... D<br>MATERNITÉ RURALE ..... E<br>CASE DE SANTÉ ..... F<br>PHARMACIE COMMUNAUTAIRE . G<br>STRAT. AVANCÉE/EQU. MOBILE H<br>AUTRE PUBLIC ..... I<br><br>_____<br>(PRÉCISEZ)<br><br>SECTEUR MÉDICAL PRIVÉ<br>HÔPITAL/CLINIQUE/CABINET<br>PRIVÉ ..... J<br>PHARMACIE ..... K<br>MÉDECIN PRIVÉ ..... L<br>DISPENSARE RELIG ..... M<br><br>AUTRE MEDICAL PRIVÉ ..... N<br><br>_____<br>(PRÉCISEZ)<br><br>AUTRE SOURCE<br>BOUTIQUE ..... O<br>ÉGLISE ..... P<br>PARENTS/AMIS ..... Q<br>BAR ..... R<br><br>AUTRE ..... X<br>_____<br>(PRÉCISEZ) | 932      |
| 930 | Connaissez-vous un endroit où l'on peut se rendre pour faire un test du virus du sida ?  | OUI ..... 1<br>NON ..... 2  | → 932    |

| N°  | QUESTIONS ET FILTRES  | CODES   | PASSEZ À |
|-----|---|---|----------|
| 931 | <p>Où est-ce ?</p> <p>Pas d'autre endroit ?</p> <p>INSISTEZ POUR DÉTERMINER LE TYPE D'ENDROIT.</p> <p>SI VOUS NE POUVEZ PAS DÉTERMINER SI L'ENDROIT EST DU SECTEUR PUBLIC OU PRIVÉ, INSCRIVEZ LE NOM DE L'ENDROIT.</p> <p>_____ (NOM DE L'ENDROIT/NOM DES ENDROITS)</p>   | <p>SECTEUR PUBLIC</p> <p>HÔPITAL GOUV. .... A</p> <p>CENTRE SANTÉ GOUV. .... B</p> <p>POSTE SANTÉ .... C</p> <p>CENTRE DE PF GOUV. .... D</p> <p>MATERNITÉ RURALE .... E</p> <p>CASE DE SANTÉ .... F</p> <p>PHARMACIE COMMUNAUTAIRE .... G</p> <p>STRAT. AVANCÉE/EQU. MOBILE .... H</p> <p>AUTRE PUBLIC .... I</p> <p>_____ (PRÉCISEZ)</p> <p>SECTEUR MÉDICAL PRIVÉ</p> <p>HÔPITAL/CLINIQUE/CABINET</p> <p>PRIVÉ .... J</p> <p>PHARMACIE .... K</p> <p>MÉDECIN PRIVÉ .... L</p> <p>DISPENSARE RELIG .... M</p> <p>AUTRE MEDICAL PRIVÉ .... N</p> <p>_____ (PRÉCISEZ)</p> <p>AUTRE SOURCE</p> <p>BOUTIQUE .... O</p> <p>ÉGLISE .... P</p> <p>PARENTS/AMIS .... Q</p> <p>BAR .... R</p> <p>AUTRE .... X</p> <p>_____ (PRÉCISEZ)</p> |          |
| 932 | Est-ce que vous achèteriez des légumes frais à un marchand ou à un vendeur si vous saviez que cette personne a le virus du sida ?   | <p>OUI ..... 1</p> <p>NON ..... 2</p> <p>NE SAIT PAS ..... 8</p>  |          |
| 933 | Si un membre de votre famille contractait le virus du sida, souhaiteriez-vous que son état reste secret ou non ?  | <p>OUI, RESTE SECRET ..... 1</p> <p>NON ..... 2</p> <p>NSP/PAS SÛRE/CELA DÉPEND ..... 8</p>   |          |
| 934 | Si un membre de votre famille tombait malade avec le sida, seriez-vous prête à prendre soin de lui/elle dans votre propre ménage ?  | <p>OUI ..... 1</p> <p>NON ..... 2</p> <p>NSP/PAS SÛRE/CELA DÉPEND ..... 8</p>   |          |
| 935 | Si une enseignante a le virus du sida mais qu'elle n'est pas malade, est-ce que, à votre avis, elle devrait être autorisée à continuer à enseigner à l'école ?  | <p>DEVRAIT ÊTRE AUTORISÉE ..... 1</p> <p>NE DEVRAIT PAS ÊTRE AUTORISÉE ..... 2</p> <p>NSP/PAS SÛRE/CELA DÉPEND ..... 8</p>  |          |
| 936 | Est-ce qu'on devrait éduquer les enfants de 12-14 ans sur l'utilisation de condoms pour éviter de contracter le sida ?  | <p>OUI ..... 1</p> <p>NON ..... 2</p> <p>NSP/PAS SÛRE/CELA DÉPEND ..... 8</p>   |          |
| 937 | <p>VÉRIFIEZ 901 :</p> <div style="display: flex; justify-content: space-between;"> <div style="width: 45%;"> <p>A ENTENDU <input type="checkbox"/> PARLER DU SIDA</p> <p>Mis à part le sida, avez-vous entendu parler d'autres infections qui peuvent se transmettre par contact sexuel ?</p> </div> <div style="width: 45%; border-left: 1px dashed black; padding-left: 10px;"> <p>N'A PAS ENTENDU <input type="checkbox"/> PARLER DU SIDA</p> <p>Avez-vous entendu parler d'infections qui peuvent se transmettre par contact sexuel ?</p> </div> </div> | <p>OUI ..... 1</p> <p>NON ..... 2</p>   |          |
| 938 | <p>VÉRIFIEZ 613 :</p> <div style="display: flex; justify-content: space-between;"> <div style="width: 45%;"> <p>A EU DES RAPPORTS <input type="checkbox"/> SEXUELS</p> </div> <div style="width: 45%;"> <p>N'A JAMAIS EU DE <input type="checkbox"/> RAPPORTS SEXUELS</p> </div> </div>   |   | → 946    |



| N°  | QUESTIONS ET FILTRES   | CODES   | PASSEZ À |  |
|-----|--|---|----------|--|
| 939 | VÉRIFIEZ 937 : A ENTENDU PARLER D'AUTRES INFECTIONS SEXUELLEMENT TRANSMISSIBLES ?<br><br>OUI <input type="checkbox"/> NON <input type="checkbox"/> → 941   |   |          |  |
| 940 | J'aimerais maintenant vous poser quelques questions sur votre santé au cours des 12 derniers mois. Durant les 12 derniers mois, avez-vous eu une maladie que vous avez contractée par contact sexuel ?   | OUI ..... 1<br>NON ..... 2<br>NE SAIT PAS ..... 8   |          |  |
| 941 | Il arrive parfois que les femmes aient des pertes vaginales, anormales et malodorantes.<br>Au cours des 12 derniers mois, avez-vous eu des pertes vaginales anormales et malodorantes ?  | OUI ..... 1<br>NON ..... 2<br>NE SAIT PAS ..... 8   |          |  |
| 942 | Il arrive parfois que les femmes aient une plaie ou un ulcère génital. Au cours des 12 derniers mois, avez-vous eu une plaie ou un ulcère génital ?  | OUI ..... 1<br>NON ..... 2<br>NE SAIT PAS ..... 8   |          |  |
| 943 | VÉRIFIEZ 940, 941, ET 942 :<br>A EU UNE INFECTION (AU MOINS UN 'OUI') <input type="checkbox"/> N'A PAS EU D'INFECTION OU NE SAIT PAS <input type="checkbox"/> → 946  |   |          |  |
| 944 | La dernière fois que vous avez eu (PROBLEME DÉCLARÉ À 940/941/942), avez-vous recherché des conseils ou un traitement ?  | OUI ..... 1<br>NON ..... 2  | → 946    |  |
| 945 | Où êtes-vous allée ?<br><br>Pas d'autre endroit ?<br><br>INSISTER POUR DÉTERMINER LE TYPE D'ENDROIT.<br><br>SI VOUS NE POUVEZ DÉTERMINER SI L'ENDROIT EST DU SECTEUR PUBLIC OU PRIVÉ, INSCRIVEZ LE NOM DE L'ENDROIT.<br><br>_____<br>(NOM DE L'ENDROIT/<br>NOM DES ENDROITS) | SECTEUR PUBLIC<br>HÔPITAL GOUV. .... A<br>CENTRE SANTÉ GOUV. .... B<br>POSTE SANTÉ ..... C<br>CENTRE DE PF GOUV. .... D<br>MATERNITÉ RURALE ..... E<br>CASE DE SANTÉ ..... F<br>PHARMACIE COMMUNAUTAIRE . G<br>STRAT. AVANCÉE/EQU. MOBILE H<br>AUTRE PUBLIC ..... I<br><br>_____<br>(PRÉCISEZ)<br><br>SECTEUR MÉDICAL PRIVÉ<br>HÔPITAL/CLINIQUE/CABINET<br>PRIVÉ ..... J<br>PHARMACIE ..... K<br>MÉDECIN PRIVÉ ..... L<br>DISPENSARE RELIG ..... M<br><br>AUTRE MEDICAL PRIVÉ ..... N<br><br>_____<br>(PRÉCISEZ)<br><br>AUTRE SOURCE<br>BOUTIQUE ..... O<br>ÉGLISE ..... P<br>PARENTS/AMIS ..... Q<br>BAR ..... R<br><br>AUTRE ..... X<br>_____<br>(PRÉCISEZ) |          |  |

| N°  | QUESTIONS ET FILTRES  | CODES  | PASSEZ À |
|-----|---|--|----------|
| 946 | Si une femme sait que son mari est atteint d'une maladie qu'elle peut contracter au cours de rapports sexuels, pensez-vous qu'il est justifié qu'elle lui demande qu'ils utilisent des condoms quand ils ont des rapports sexuels ? | OUI ..... 1<br>NON ..... 2<br>NE SAIT PAS ..... 8          |          |
| 947 | Est-ce que vous pensez qu'il est justifié qu'une femme refuse d'avoir des rapports sexuels avec son mari quand elle sait qu'il a des relations sexuelles avec d'autres femmes ?   | OUI ..... 1<br>NON ..... 2<br>NE SAIT PAS ..... 8          |          |
| 948 | VÉRIFIEZ 601 :<br>ACTUELLEMENT MARIÉE/ <input type="checkbox"/><br>VIVANT AVEC UN HOMME <input type="checkbox"/> PAS EN UNION <input type="checkbox"/> → 1001   |  |          |
| 949 | Pouvez-vous refuser d'avoir des rapports sexuels avec votre mari/partenaire quand vous ne souhaitez pas en avoir ?  | OUI ..... 1<br>NON ..... 2<br>CELA DÉPEND/PAS SÛRE ..... 8 |          |
| 950 | Pourriez-vous demander à votre mari/partenaire d'utiliser un condom si vous vouliez qu'il en utilise un ?   | OUI ..... 1<br>NON ..... 2<br>CELA DÉPEND/PAS SÛRE ..... 8 |          |

SECTION 10. AUTRES PROBLÈMES DE SANTÉ

| N°                   | QUESTIONS ET FILTRES   | CODES  |  | PASSEZ À                   |                                     |                    |   |   |                      |   |   |                |   |   |                     |   |   |  |  |
|----------------------|--|--|--|----------------------------|-------------------------------------|--------------------|---|---|----------------------|---|---|----------------|---|---|---------------------|---|---|--|--|
| 1001                 | <p>Je voudrais maintenant vous poser d'autres questions concernant des problèmes de santé. Au cours des 12 derniers mois, vous a-t-on fait une injection pour une raison quelconque ?</p> <p>SI OUI : Combien d'injections avez-vous eu ?</p> <p>SI LE NOMBRE D'INJECTIONS EST 90 OU PLUS, OU SI LES INJECTIONS ÉTAIENT QUOTIDIENNES PENDANT 3 MOIS OU PLUS, ENREGISTREZ '90'.</p> <p>SI LA RÉPONSE EST NON-NUMÉRIQUE, INSISTEZ POUR OBTENIR UNE ESTIMATION.</p>   | <p>NOMBRE D'INJECTIONS ... <input type="text"/> <input type="text"/></p> <p>AUCUNE ..... 00</p>  |  | → 1004                     |                                     |                    |   |   |                      |   |   |                |   |   |                     |   |   |  |  |
| 1002                 | <p>Parmi ces injections, combien ont été effectuées par un médecin, une infirmière, un pharmacien, un dentiste ou un autre prestataire de santé ?</p> <p>SI LE NOMBRE D'INJECTIONS EST 90 OU PLUS, OU SI LES INJECTIONS ÉTAIENT QUOTIDIENNES PENDANT 3 MOIS OU PLUS, ENREGISTREZ '90'.</p> <p>SI LA RÉPONSE EST NON-NUMÉRIQUE, INSISTEZ POUR OBTENIR UNE ESTIMATION.</p>   | <p>NOMBRE D'INJECTIONS ... <input type="text"/> <input type="text"/></p> <p>AUCUNE ..... 00</p>  |  | → 1004                     |                                     |                    |   |   |                      |   |   |                |   |   |                     |   |   |  |  |
| 1003                 | <p>La dernière fois que vous avez eu une injection effectuée par un prestataire de santé, est-ce qu'il/elle a pris la seringue et l'aiguille d'un emballage neuf qui n'avait pas été ouvert ?</p>  | <p>OUI ..... 1</p> <p>NON ..... 2</p> <p>NE SAIT PAS ..... 8</p>   |  |                            |                                     |                    |   |   |                      |   |   |                |   |   |                     |   |   |  |  |
| 1004                 | <p>Fumez-vous actuellement des cigarettes ?</p>  | <p>OUI ..... 1</p> <p>NON ..... 2</p>  |  | → 1006                     |                                     |                    |   |   |                      |   |   |                |   |   |                     |   |   |  |  |
| 1005                 | <p>Au cours des dernières 24 heures, combien de cigarettes avez-vous fumé ?</p>  | <p>NOMBRE DE CIGARETTES ..... <input type="text"/> <input type="text"/></p>  |  |                            |                                     |                    |   |   |                      |   |   |                |   |   |                     |   |   |  |  |
| 1006                 | <p>Actuellement, est-ce que vous fumez ou utilisez un autre type de tabac ?</p>  | <p>OUI ..... 1</p> <p>NON ..... 2</p>  |  | → 1008                     |                                     |                    |   |   |                      |   |   |                |   |   |                     |   |   |  |  |
| 1007                 | <p>Quel (autre) type de tabac fumez-vous ou utilisez-vous ?</p> <p>ENREGISTREZ TOUT CE QUI EST MENTIONNÉ.</p>  | <p>PIPE ..... A</p> <p>TABAC À MACHER ..... B</p> <p>TABAC À PRISER ..... C</p> <p>AUTRE ..... X</p> <p align="center">(PRÉCISEZ)</p>  |  |                            |                                     |                    |   |   |                      |   |   |                |   |   |                     |   |   |  |  |
| 1008                 | <p>Il peut arriver que, pour différentes raisons, les femmes aient des difficultés pour obtenir un avis médical ou se faire soigner. Quand vous êtes malade et que vous voulez un avis médical ou un traitement, est-ce que chacune des raisons suivantes constituent, pour vous, un problème important ou non ?</p> <p>Obtenir la permission d'aller voir un médecin ?</p> <p>Obtenir l'argent nécessaire pour le conseil ou le traitement ?</p> <p>La distance pour atteindre l'établissement de santé ?</p> <p>Ne pas vouloir y aller seule ?</p> | <table border="0"> <thead> <tr> <th></th><th>PROBLÈME<br/>IMPOR-<br/>TANT</th><th>PAS PRO-<br/>BLÈME<br/>IMPOR-<br/>TANT</th></tr> </thead> <tbody> <tr> <td>PERMISSION D'ALLER</td><td>1</td><td>2</td></tr> <tr> <td>OBTENIR L'ARGENT ...</td><td>1</td><td>2</td></tr> <tr> <td>DISTANCE .....</td><td>1</td><td>2</td></tr> <tr> <td>Y ALLER SEULE .....</td><td>1</td><td>2</td></tr> </tbody> </table> |  | PROBLÈME<br>IMPOR-<br>TANT | PAS PRO-<br>BLÈME<br>IMPOR-<br>TANT | PERMISSION D'ALLER | 1 | 2 | OBTENIR L'ARGENT ... | 1 | 2 | DISTANCE ..... | 1 | 2 | Y ALLER SEULE ..... | 1 | 2 |  |  |
|                      | PROBLÈME<br>IMPOR-<br>TANT   | PAS PRO-<br>BLÈME<br>IMPOR-<br>TANT  |  |                            |                                     |                    |   |   |                      |   |   |                |   |   |                     |   |   |  |  |
| PERMISSION D'ALLER   | 1  | 2  |  |                            |                                     |                    |   |   |                      |   |   |                |   |   |                     |   |   |  |  |
| OBTENIR L'ARGENT ... | 1  | 2  |  |                            |                                     |                    |   |   |                      |   |   |                |   |   |                     |   |   |  |  |
| DISTANCE .....       | 1  | 2  |  |                            |                                     |                    |   |   |                      |   |   |                |   |   |                     |   |   |  |  |
| Y ALLER SEULE .....  | 1  | 2  |  |                            |                                     |                    |   |   |                      |   |   |                |   |   |                     |   |   |  |  |
| 1009                 | <p>Êtes-vous couverte par une assurance médicale ?</p>   | <p>OUI ..... 1</p> <p>NON ..... 2</p>  |  | → 1010A                    |                                     |                    |   |   |                      |   |   |                |   |   |                     |   |   |  |  |

| N°    | QUESTIONS ET FILTRES  | CODES  | PASSEZ À |
|-------|---|--|----------|
| 1010  | <p>Par quels types d'assurances êtes-vous couverte ?</p> <p>ENREGISTREZ TOUT CE QUI EST MENTIONNÉ.</p>  | <p>ASSURANCE MUTUELLE/<br/>ASSURANCE SANTÉ<br/>COMMUNAUTAIRE ..... A</p> <p>ASSURANCE SANTÉ PAR<br/>L'EMPLOYEUR ..... B</p> <p>SÉCURITÉ SOCIALE ..... C</p> <p>AUTRE ASSURANCE PRIVÉE<br/>COMMERCIALE ..... D</p> <p>IMPUTATION BUDGETAIRE ..... E</p> <p>AUTRE ..... X<br/>(PRÉCISEZ)</p> |          |
| 1010A | <p>Souffrez-vous d'une quelconque des maladies suivantes :</p> <p>diabète</p> <p>hypertension artérielle/AVC</p> <p>maladies cardiaques</p> <p>insuffisance rénale</p> <p>cancer</p> <p>paralysie</p> <p>asthme/bronchite chronique</p> <p>ENREGISTREZ TOUT CE QUI EST MENTIONNÉ.</p> | <p>AUCUNE ..... A</p> <p>DIABETE ..... B</p> <p>HYPERTENSION ARTERIEL ..... C</p> <p>MALADIES CARDIAQUES ..... D</p> <p>INSUFFISANCE RENALE ..... E</p> <p>CANCER ..... F</p> <p>PARALYSIE ..... G</p> <p>ASTHME/BRONCHITE CHRONIQUE ..... H</p> <p>AUTRE ..... X<br/>(PRÉCISEZ)</p>       | → 1101   |
| 1010B | <p>Un diagnostic a-t-il été fait par un personnel médical?</p>  | <p>OUI ..... 1</p> <p>NON ..... 2</p> <p>NE SAIT PAS ..... 8</p>   |          |
| 1010C | <p>A quel(s) type(s) de traitement avez-vous recours pour cette(ces) maladie(s) ?</p> <p>ENREGISTREZ TOUT CE QUI EST MENTIONNÉ.</p>   | <p>Traitement médical prescrit ..... A</p> <p>Traitement médical automédication ..... B</p> <p>Traitement traditionnel ..... C</p> <p>Aucun traitement ..... D</p> <p>AUTRE ..... X<br/>(PRÉCISEZ)</p>   |          |

| SECTION 11. EXCISION |  |   |          |
|----------------------|--|---|----------|
| N°.                  | QUESTIONS ET FILTRES   | CODES   | PASSEZ À |
| 1101                 | Avez-vous déjà entendu parler de l'excision ?  | OUI ..... 1<br>NON ..... 2  | → 1103   |
| 1102                 | Dans certains pays, il existe une pratique qui consiste à couper une partie des organes génitaux externes des filles. Avez-vous déjà entendu parler de cette pratique ?  | OUI ..... 1<br>NON ..... 2  | → 1201   |
| 1103                 | Vous-même, avez-vous été excisée ?   | OUI ..... 1<br>NON ..... 2  | → 1109   |
| 1104                 | Je voudrais maintenant vous poser des questions sur ce qui vous a été fait à ce moment-là. Vous a-t-on retiré des chairs de la zone génitale ?   | OUI ..... 1<br>NON ..... 2<br>NE SAIT PAS ..... 8   | → 1106   |
| 1105                 | Vous a-t-on seulement entaillé les parties génitales sans enlever de chairs ?  | OUI ..... 1<br>NON ..... 2<br>NE SAIT PAS ..... 8   |          |
| 1106                 | Vous a-t-on fermé la zone génitale par une couture ?   | OUI ..... 1<br>NON ..... 2<br>NE SAIT PAS ..... 8   |          |
| 1107                 | Quel âge aviez-vous quand on vous a excisée ?<br><br>SI L'ENQUÊTÉE NE CONNAÎT PAS L'ÂGE EXACT, ESSAYEZ D'EN OBTENIR UNE ESTIMATION.  | ÂGE EN ANNÉES RÉVOLUES <input type="text"/> <input type="text"/><br><br>EN TANT QUE BÉBÉ/<br>PENDANT L'ENFANCE ..... 95<br>NE SAIT PAS ..... 98 |          |
| 1108                 | Qui a procédé à votre excision ?   | EXCISEUSE TRADITIONNELLE ... 11<br>MATRONE/ACCOUCHEUSE TRAD. 12<br>AUTRE<br>TRADITIONNEL ..... 16<br>(PRÉCISEZ)                                 |          |
| 1109                 | VÉRIFIEZ 213, 215 ET 216 :<br><br>A AU MOINS<br>UNE FILLE VIVANTE <input type="checkbox"/><br>NÉE EN 2000<br>OU PLUS TARD ↓<br><br>N'A AUCUNE<br>FILLE VIVANTE <input type="checkbox"/><br>NÉE EN 2000<br>OU PLUS TARD |   | → 1116   |

|      |   |  |  |  |
|------|---|--|--|--|
|      | <p>VÉRIFIEZ 213, 215 ET 216: INSCRIVEZ DANS LE TABLEAU LE NUMÉRO DE L'HISTORIQUE DES NAISSANCES ET LE NOM DE CHAQUE FILLE VIVANTE NÉE EN 2000 OU PLUS TARD. POSEZ LES QUESTIONS POUR TOUTES CES FILLES . COMMENCEZ PAR LA PLUS JEUNE. (S'IL Y A PLUS DE 6 FILLES, UTILISEZ DES QUESTIONNAIRES SUPPLÉMENTAIRES).</p> <p>Je voudrais maintenant vous poser des questions sur (votre/vos filles) .</p> |  |  |  |
| 1110 | <p>NUMÉRO DE L'HISTORIQUE DES NAISSANCES ET NOM DE CHAQUE FILLE VIVANTE NÉE EN 2000 OU PLUS TARD.</p>   | <p>FILLE VIVANTE LA PLUS JEUNE</p> <p>(1<sup>ère</sup> FILLE LA PLUS JEUNE)</p> <p>NUMÉRO HISTORIQUE NAISSANCES <input type="text"/> <input type="text"/></p> <p>NOM _____</p>                   | <p>AVANT-DERNIÈRE FILLE VIVANTE LA PLUS JEUNE</p> <p>(2<sup>e</sup> FILLE LA PLUS JEUNE)</p> <p>NUMÉRO HISTORIQUE NAISSANCES <input type="text"/> <input type="text"/></p> <p>NOM _____</p>            | <p>AVANT AVANT-DERNIÈRE FILLE VIVANTE LA PLUS JEUNE (3<sup>e</sup> FILLE LA PLUS JEUNE)</p> <p>NUMÉRO HISTORIQUE NAISSANCES <input type="text"/> <input type="text"/></p> <p>NOM _____</p>                   |
| 1111 | <p>Est-ce que (NOM DE LA FILLE) est excisée ?</p>   | <p>OUI ..... 1<br/>NON ..... 2<br/>(ALLEZ À 1111 ←)<br/>À LA COLONNE SUIVANTE OU SI PLUS DE FILLES ALLEZ À 1116)</p>   | <p>OUI ..... 1<br/>NON ..... 2<br/>(ALLEZ À 1111 ←)<br/>À LA COLONNE SUIVANTE OU SI PLUS DE FILLES ALLEZ À 1116)</p>   | <p>OUI ..... 1<br/>NON ..... 2<br/>(ALLEZ À 1111 ←)<br/>À LA PREMIÈRE COLONNE DU NOUVEAU QUESTIONNAIRE; OU S'IL N'Y A PLUS DE FILLES ALLEZ À 1116)</p>   |
| 1112 | <p>Quel âge avait (NOM DE LA FILLE) quand elle a été excisée ?</p> <p>SI L'ENQUÊTÉE NE CONNAÎT PAS L'ÂGE, ESSAYEZ D'EN OBTENIR UNE ESTIMATION.</p>  | <p>ÂGE EN ANNÉES RÉVOLUES <input type="text"/> <input type="text"/></p> <p>NE SAIT PAS ..... 98</p>  | <p>ÂGE EN ANNÉES RÉVOLUES <input type="text"/> <input type="text"/></p> <p>NE SAIT PAS ..... 98</p>  | <p>ÂGE EN ANNÉES RÉVOLUES <input type="text"/> <input type="text"/></p> <p>NE SAIT PAS ..... 98</p>  |
| 1113 | <p>Lui a-t-on fermé la zone génitale par une couture ?<br/>INSISTEZ : la zone génitale a-t-elle été fermée ?</p>  | <p>OUI ..... 1<br/>NON ..... 2<br/>NE SAIT PAS ..... 8</p>   | <p>OUI ..... 1<br/>NON ..... 2<br/>NE SAIT PAS ..... 8</p>   | <p>OUI ..... 1<br/>NON ..... 2<br/>NE SAIT PAS ..... 8</p>   |
| 1114 | <p>Qui a procédé à l'excision de votre fille ?</p>  | <p>EXCISEUSE TRADITION. ... 11<br/>MATRONE/ ACCOUCHEUSE TRADITION. .... 12<br/>AUTRE TRAD. .... 16<br/>(PRÉCISEZ)<br/>NE SAIT PAS ..... 98</p>   | <p>EXCISEUSE TRADITION .... 11<br/>MATRONE/ ACCOUCHEUSE TRADITION .... 12<br/>AUTRE TRAD. .... 16<br/>(PRÉCISEZ)<br/>NE SAIT PAS ..... 98</p>  | <p>EXCISEUSE TRADITION .... 11<br/>MATRONE/ ACCOUCHEUSE TRADITION .... 12<br/>AUTRE TRAD. .... 16<br/>(PRÉCISEZ)<br/>NE SAIT PAS ..... 98</p>  |
| 1115 |   | <p>RETOURNEZ À 1111 À LA COLONNE SUIVANTE OU S'IL N'Y A PLUS DE FILLES, ALLEZ À 1116.</p>  | <p>RETOURNEZ À 1111 À LA COLONNE SUIVANTE OU S'IL N'Y A PLUS DE FILLES, ALLEZ À 1116.</p>  | <p>RETOURNEZ À 1111 À LA COLONNE SUIVANTE DE LA PAGE SUIVANTE OU S'IL N'Y A PLUS DE FILLES, ALLEZ À 1116.</p>  |
| 1110 | <p>NUMÉRO DE L'HISTORIQUE DES NAISSANCES ET NOM DE CHAQUE FILLE VIVANTE NÉE EN 2000 OU PLUS TARD.</p>   | <p>AVANT AVANT AVANT-DERNIÈRE FILLE VIVANTE LA PLUS JEUNE (4<sup>e</sup> FILLE LA PLUS JEUNE)</p> <p>NUMÉRO HISTORIQUE NAISSANCES <input type="text"/> <input type="text"/></p> <p>NOM _____</p> | <p>AVANT AVANT AVANT AVANT-DERNIÈRE FILLE VIVANTE LA PLUS JEUNE (5<sup>e</sup> FILLE LA PLUS JEUNE)</p> <p>NUMÉRO HISTORIQUE NAISSANCES <input type="text"/> <input type="text"/></p> <p>NOM _____</p> | <p>AVANT AVANT AVANT AVANT AVANT-DERNIÈRE FILLE VIVANTE LA PLUS JEUNE (6<sup>e</sup> FILLE LA PLUS JEUNE)</p> <p>NUMÉRO HISTORIQUE NAISSANCES <input type="text"/> <input type="text"/></p> <p>NOM _____</p> |
| 1111 | <p>Est-ce que (NOM DE LA FILLE) est excisée ?</p>   | <p>OUI ..... 1<br/>NON ..... 2<br/>(ALLEZ À 1111 ←)<br/>À LA COLONNE SUIVANTE OU SI PLUS DE FILLES ALLEZ À 1116)</p>   | <p>OUI ..... 1<br/>NON ..... 2<br/>(ALLEZ À 1111 ←)<br/>À LA COLONNE SUIVANTE OU SI PLUS DE FILLES ALLEZ À 1116)</p>   | <p>OUI ..... 1<br/>NON ..... 2<br/>(ALLEZ À 1111 ←)<br/>À LA PREMIÈRE COLONNE DU NOUVEAU QUESTIONNAIRE; OU S'IL N'Y A PLUS DE FILLES ALLEZ À 1116)</p>   |

|      |  |  |  |  |
|------|--|--|--|--|
| 1112 | <p>Quel âge avait (NOM DE LA FILLE) quand elle a été excisée ?</p> <p>SI L'ENQUÊTÉE NE CONNAIT PAS L'ÂGE, ESSAYEZ D'EN OBTENIR UNE ESTIMATION.</p> | <p>ÂGE EN ANNÉES RÉVOLUES . . <input type="text"/> <input type="text"/></p> <p>NE SAIT PAS . . . . . 98</p>  | <p>ÂGE EN ANNÉES RÉVOLUES . . <input type="text"/> <input type="text"/></p> <p>NE SAIT PAS . . . . . 98</p>  | <p>ÂGE EN ANNÉES RÉVOLUES . . <input type="text"/> <input type="text"/></p> <p>NE SAIT PAS . . . . . 98</p>  |
| 1113 | <p>Lui a-t-on fermé la zone génitale par une couture ?</p> <p>INSISTEZ : la zone génitale a-t-elle été fermée ?</p>                                | <p>OUI . . . . . 1</p> <p>NON . . . . . 2</p> <p>NE SAIT PAS . . . . . 8</p>   | <p>OUI . . . . . 1</p> <p>NON . . . . . 2</p> <p>NE SAIT PAS . . . . . 8</p>   | <p>OUI . . . . . 1</p> <p>NON . . . . . 2</p> <p>NE SAIT PAS . . . . . 8</p>   |
| 1114 | <p>Qui a procédé à l'excision de votre fille ?</p>   | <p>EXCISEUSE TRADITION. . . 11</p> <p>MATRONE/ ACCOUCHEUSE TRADITION. . . . 12</p> <p>AUTRE TRAD. _____ 16</p> <p>(PRÉCISEZ)</p> <p>NE SAIT PAS . . . . . 98</p> | <p>EXCISEUSE TRADITION . . . 11</p> <p>MATRONE/ ACCOUCHEUSE TRADITION . . . 12</p> <p>AUTRE TRAD. _____ 16</p> <p>(PRÉCISEZ)</p> <p>NE SAIT PAS . . . . . 98</p> | <p>EXCISEUSE TRADITION . . . 11</p> <p>MATRONE/ ACCOUCHEUSE TRADITION . . . 12</p> <p>AUTRE TRAD. _____ 16</p> <p>(PRÉCISEZ)</p> <p>NE SAIT PAS . . . . . 98</p> |
| 1115 |  | <p>RETOURNEZ À 1111 À LA COLONNE SUIVANTE DE CETTE PAGE OU S'IL N'Y A PLUS DE FILLES, ALLEZ À 1116.</p>  | <p>RETOURNEZ À 1111 À LA COLONNE SUIVANTE DE CETTE PAGE OU S'IL N'Y A PLUS DE FILLES, ALLEZ À 1116.</p>  | <p>RETOURNEZ À 1111 À LA PREMIÈRE COLONNE DU NOUVEAU QUESTIONNAIRE OU S'IL N'Y A PLUS DE FILLES, ALLEZ À 1116.</p>   |
| 1116 | <p>Pensez-vous que l'excision est exigée par votre religion ?</p>  | <p>OUI . . . . . 1</p> <p>NON . . . . . 2</p> <p>NE SAIT PAS . . . . . 8</p>   |  |  |
| 1117 | <p>Pensez-vous que l'excision est une pratique qui doit continuer ou qui doit être abandonnée ?</p>  | <p>CONTINUER . . . . . 1</p> <p>ABANDONNER . . . . . 2</p> <p>CELA DÉPEND . . . . . 3</p> <p>NE SAIT PAS . . . . . 8</p>   |  |  |

SECTION 12. FISTULE

| N°.  | QUESTIONS ET FILTRES   | CODES  | PASSEZ À         |
|------|--|--|------------------|
| 1201 | Les femmes peuvent parfois avoir, en permanence, le jour et la nuit, un problème de pertes urinaires ou fécales par le vagin. Ce problème survient généralement à la suite d'un accouchement difficile, mais il peut aussi se produire après une agression sexuelle ou après une opération du pelvis.<br><br>Avez-vous déjà eu, en permanence, durant le jour et la nuit, des pertes urinaires ou fécales par le vagin ? | OUI ..... 1<br>NON ..... 2   | → 1203           |
| 1202 | Avez-vous déjà entendu parler de ce problème ?   | OUI ..... 1<br>NON ..... 2   | → 1301           |
| 1203 | Est-ce-que ce problème est arrivé après un accouchement ?  | OUI ..... 1<br>NON ..... 2   | → 1205           |
| 1204 | Selon vous, qu'est-ce qui a causé ce problème ?<br><br>PRÉCISEZ.   | AGRESSION SEXUELLE ..... 1<br>OPÉRATION DU PELVIS ..... 2<br><br>AUTRE ..... 6<br>(PRÉCISEZ)<br>NE SAIT PAS ..... 8  | → 1207<br>→ 1208 |
| 1205 | Est-ce-que ce problème est arrivé après un travail et un accouchement normaux ou après un travail et un accouchement très difficiles ?   | TRAVAIL/ACCOUCHEM. NORMAL ..... 1<br>ACCOUCHEM. TRÈS DIFFICILE ..... 2   |                  |
| 1206 | Est-ce-que ce bébé est né vivant ?   | OUI, BÉBÉ EST NÉ VIVANT ..... 1<br>NON, BÉBÉ N'EST PAS NÉ VIVANT ..... 2   |                  |
| 1207 | Combien de jours après [RÉPONSE À 1203 OU 1204] les pertes ont-elles commencé ?  | NOMBRE DE JOURS APRÈS ACCOUCHEM./AUTRE ÉVÈNEM. <input type="text"/> <input type="text"/><br>(INSCRIVEZ 90 SI 90 JOURS OU PLUS)   |                  |
| 1208 | Avez-vous recherché un traitement pour ce problème ?   | OUI ..... 1<br>NON ..... 2   | → 1210           |
| 1209 | Pourquoi n'avez-vous pas recherché de traitement ?<br><br>INSISTEZ ET ENREGISTREZ TOUT CE QUI EST MENTIONNÉ.   | NE SAVAIT PAS QU'ON POUVAIT RÉPARER ..... A<br>NE SAVAIT PAS OÙ ALLER ..... B<br>TROP CHER ..... C<br>TROP ÉLOIGNÉ ..... D<br>MAUVAISE QUALITÉ DES SOINS ..... E<br>N'A PAS PU OBTENIR PERMISSION GÉNÉE ..... F<br>PROBLÈME A DISPARU ..... H<br>AUTRE ..... X<br>(PRÉCISEZ) | → 1301           |
| 1210 | Auprès de qui avez-vous recherché un traitement en dernier ?   | PROFESSIONNEL DE SANTÉ<br>MÉDECIN ..... 1<br>INFIRMIÈRE/SAGE-FEMME ..... 2<br><br>AUTRE PERSONNE<br>AGENT DE SANTÉ COMMUNAUTAIRE/<br>VILLAGEOISE ..... 3<br>AUTRE ..... 6<br>(PRÉCISEZ)  |                  |
| 1211 | Est-ce-que le traitement a stoppé complètement les pertes ?<br><br>SI NON : Est-ce-que le traitement a réduit les pertes ?   | OUI, PERTES STOPPÉES COMPLÈTEMENT ..... 1<br>PERTES NON STOPPÉES MAIS RÉDUITES ..... 2<br>PERTES PAS STOPPÉES DU TOUT ..... 3  |                  |



## SECTION 13. MORTALITÉ MATERNELLE

| NO.   | QUESTIONS ET FILTRES   | CODES                                  |   | ALLER À |
|-------|--|--|---|---------|
| 1301A | Maintenant, je voudrais vous poser des questions sur vos frères et sœurs, c'est-à-dire sur tous les enfants nés de votre mère biologique.<br><br>Est-ce que votre mère a donné naissance à des enfants, en plus de vous-même ?   | OUI ..... 1<br>NON ..... 2             |   | → 1301H |
| 1301B | Combien votre mère a-t-elle eu de garçons qui sont encore en vie ?   | GARÇONS VIVANTS .....                  | <input type="text"/> <input type="text"/> |         |
| 1301C | En dehors de vous, combien votre mère a-t-elle eu de filles qui sont encore en vie ?   | FILLES VIVANTES .....                  | <input type="text"/> <input type="text"/> |         |
| 1301D | Combien votre mère a-t-elle eu de garçons qui sont décédés ?   | GARÇONS DÉCÉDÉS .....                  | <input type="text"/> <input type="text"/> |         |
| 1301E | Combien votre mère a-t-elle eu de filles qui sont décédées ?   | FILLES DÉCÉDÉES .....                  | <input type="text"/> <input type="text"/> |         |
| 1301F | Est-ce que votre mère a donné naissance à d'autres enfants dont vous ne savez pas s'ils sont vivants ou décédés ?  | OUI ..... 1<br>NON ..... 2             |   | → 1301H |
| 1301G | Combien d'autres enfants votre mère a-t-elle eu dont vous ne savez pas s'ils sont vivants ou décédés ?   | AUTRES ENFANTS .....                   | <input type="text"/> <input type="text"/> |         |
| 1301H | ADDITJONNER LES REPONSES À 1301B, C, D, E, ET G, AJOUTER 1 (L'ENQUÊTÉE) ET NOTER LE TOTAL.   | TOTAL .....                            | <input type="text"/> <input type="text"/> |         |
| 1301I | VÉRIFIER 1301H:<br><br>Juste pour être sûre que j'ai bien compris, y compris vous-même, votre mère a donné naissance à ____ enfants en tout.<br>Est-ce bien exact ?<br><br>OUI <input type="text"/> NON <input type="text"/> →<br><br>INSISTER ET CORRIGER 1301A - 1301H COMME IL SE DOIT. |  |   |         |
| 1302  | VÉRIFIER 1301H :<br><br>DEUX NAISSANCES OU PLUS <input type="text"/> →<br><br>UNE NAISSANCE SEULEMENT <input type="text"/> → 1314<br>(ENQUÊTÉE SEULE)  |  |   |         |
| 1303  | Combien de ces naissances votre mère a-t-elle eues avant votre propre naissance ?  | NOMBRE DE NAISSANCES PRÉCÉDENTES ..... | <input type="text"/> <input type="text"/> |         |

| Maintenant je voudrais faire la liste de tous vos frères et soeurs, qu'ils/elles soient encore en vie ou non, en partant du plus âgé.<br>NOTER LE NOM DE TOUS LES FRÈRES ET SOEURS. |  |  |  |  |  |  |  |
|---|--|--|--|--|--|--|--|
| 1304  | Quel nom a été donné à votre frère ou sœur le/la plus âgé(e) (ou suivant) ?  | [1]<br>_____   | [2]<br>_____   | [3]<br>_____   | [4]<br>_____   | [5]<br>_____   | [6]<br>_____   |
| 1305  | (NOM) est-il de sexe masculin ou féminin ?   | MASC. 1<br>FÉM. 2  | MASC. 1<br>FÉM. 2  | MASC. 1<br>FÉM. 2  | MASC. 1<br>FÉM. 2  | MASC. 1<br>FÉM. 2  | MASC. 1<br>FÉM. 2  |
| 1306  | Est-ce que (NOM) est toujours en vie ?   | OUI .... 1<br>NON .... 2<br>ALLER À 1308<br>NSP .... 8<br>ALLER À [2]  | OUI .... 1<br>NON .... 2<br>ALLER À 1308<br>NSP .... 8<br>ALLER À [3]  | OUI .... 1<br>NON .... 2<br>ALLER À 1308<br>NSP .... 8<br>ALLER À [4]  | OUI .... 1<br>NON .... 2<br>ALLER À 1308<br>NSP .... 8<br>ALLER À [5]  | OUI .... 1<br>NON .... 2<br>ALLER À 1308<br>NSP .... 8<br>ALLER À [6]  | OUI .... 1<br>NON .... 2<br>ALLER À 1308<br>NSP .... 8<br>ALLER À [7]  |
| 1307  | Quel âge a (NOM) ?   | <input type="text"/> <input type="text"/><br>ALLER À [2]   | <input type="text"/> <input type="text"/><br>ALLER À [3]   | <input type="text"/> <input type="text"/><br>ALLER À [4]   | <input type="text"/> <input type="text"/><br>ALLER À [5]   | <input type="text"/> <input type="text"/><br>ALLER À [6]   | <input type="text"/> <input type="text"/><br>ALLER À [7]   |
| 1308  | Combien y a-t-il d'années que (NOM) est décédé(e) ?  | <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"/>  |
| 1309  | Quel âge avait (NOM) lorsqu'il/elle est décédé(e) ?<br><br>SI NE SAIT PAS.<br>INSISTER :<br>Est-ce que [NOM] est est mort(e) avant l'âge de douze ans?<br><br>SI OUI, NOTER '95'.<br>SI NON, POSER D'AUTRES QUESTIONS POUR OBTENIR UNE ESTIMATION.<br>PAR EXEMPLE :<br>Est-ce que [NOM] est mort(e) avant de se marier ? | <input type="text"/> <input type="text"/><br><br>SI HOMME,<br>OU SI FEMME<br>DÉCÉDÉE<br>AVANT L'ÂGE<br>DE 12 ANS,<br>ALLER À [2] | <input type="text"/> <input type="text"/><br><br>SI HOMME,<br>OU SI FEMME<br>DÉCÉDÉE<br>AVANT L'ÂGE<br>DE 12 ANS,<br>ALLER À [3] | <input type="text"/> <input type="text"/><br><br>SI HOMME,<br>OU SI FEMME<br>DÉCÉDÉE<br>AVANT L'ÂGE<br>DE 12 ANS,<br>ALLER À [4] | <input type="text"/> <input type="text"/><br><br>SI HOMME,<br>OU SI FEMME<br>DÉCÉDÉE<br>AVANT L'ÂGE<br>DE 12 ANS,<br>ALLER À [5] | <input type="text"/> <input type="text"/><br><br>SI HOMME,<br>OU SI FEMME<br>DÉCÉDÉE<br>AVANT L'ÂGE<br>DE 12 ANS,<br>ALLER À [6] | <input type="text"/> <input type="text"/><br><br>SI HOMME,<br>OU SI FEMME<br>DÉCÉDÉE<br>AVANT L'ÂGE<br>DE 12 ANS,<br>ALLER À [7] |
| 1310  | (NOM) était-elle enceinte quand elle est décédée ?   | OUI ... 1<br>ALLER À 1313<br>NON ... 2   | OUI ... 1<br>ALLER À 1313<br>NON ... 2   | OUI ... 1<br>ALLER À 1313<br>NON ... 2   | OUI ... 1<br>ALLER À 1313<br>NON ... 2   | OUI ... 1<br>ALLER À 1313<br>NON ... 2   | OUI ... 1<br>ALLER À 1313<br>NON ... 2   |
| 1311  | Est-ce que (NOM) est décédée au cours d'un accouchement ?  | OUI ... 1<br>ALLER À 1313<br>NON ... 2   | OUI ... 1<br>ALLER À 1313<br>NON ... 2   | OUI ... 1<br>ALLER À 1313<br>NON ... 2   | OUI ... 1<br>ALLER À 1313<br>NON ... 2   | OUI ... 1<br>ALLER À 1313<br>NON ... 2   | OUI ... 1<br>ALLER À 1313<br>NON ... 2   |
| 1312  | Est-ce que (NOM) est décédée dans les 42 jours suivant la fin d'une grossesse ou d'un accouchement ?   | OUI ... 1<br>NON ... 2   | OUI ... 1<br>NON ... 2   | OUI ... 1<br>NON ... 2   | OUI ... 1<br>NON ... 2   | OUI ... 1<br>NON ... 2   | OUI ... 1<br>NON ... 2   |
| 1313  | À combien d'enfants vivants (NOM) a-t-elle donné naissance au cours de sa vie ?  | <input type="text"/> <input type="text"/><br>ALLER À [2]   | <input type="text"/> <input type="text"/><br>ALLER À [3]   | <input type="text"/> <input type="text"/><br>ALLER À [4]   | <input type="text"/> <input type="text"/><br>ALLER À [5]   | <input type="text"/> <input type="text"/><br>ALLER À [6]   | <input type="text"/> <input type="text"/><br>ALLER À [7]   |
| SI PLUS AUCUN FRÈRE OU SOEUR, ALLER À 1314  |  |  |  |  |  |  |  |

|   |   |   |   |  |  |  |  |
|---|---|---|---|--|--|--|--|
| 1304  | Quel nom a été donné à votre frère ou sœur le plus âgé (ou suivant) ?   | [7]<br>_____  | [8]<br>_____  | [9]<br>_____   | [10]<br>_____  | [11]<br>_____  | [12]<br>_____  |
| 1305  | (NOM) est-il de sexe masculin ou féminin ?  | MASC. 1<br>FÉM. 2   | MASC. 1<br>FÉM. 2   | MASC. 1<br>FÉM. 2  | MASC. 1<br>FÉM. 2  | MASC. 1<br>FÉM. 2  | MASC. 1<br>FÉM. 2  |
| 1306  | Est-ce que (NOM) est toujours en vie ?  | OUI .... 1<br>NON .... 2<br>ALLER À 1308<br>NSP .... 8<br>ALLER À [8]                                       | OUI .... 1<br>NON .... 2<br>ALLER À 1308<br>NSP .... 8<br>ALLER À [8]                                       | OUI .... 1<br>NON .... 2<br>ALLER À 1308<br>NSP .... 8<br>ALLER À [10]                                       | OUI .... 1<br>NON .... 2<br>ALLER À 1308<br>NSP .... 8<br>ALLER À [11]                                       | OUI .... 1<br>NON .... 2<br>ALLER À 1308<br>NSP .... 8<br>ALLER À [12]                                       | OUI .... 1<br>NON .... 2<br>ALLER À 1308<br>NSP .... 8<br>ALLER À [13]                                       |
| 1307  | Quel âge a (NOM) ?  | <input type="text"/><br>ALLER À [8]   | <input type="text"/><br>ALLER À [9]   | <input type="text"/><br>ALLER À [10]   | <input type="text"/><br>ALLER À [11]   | <input type="text"/><br>ALLER À [12]   | <input type="text"/><br>ALLER À [13]   |
| 1308  | Combien y a-t-il d'années que (NOM) est décédé(e) ?   | <input type="text"/>  | <input type="text"/>  | <input type="text"/>   | <input type="text"/>   | <input type="text"/>   | <input type="text"/>   |
| 1309  | Quel âge avait (NOM) lorsqu'il/elle est décédé(e) ?<br><br>SI NE SAIT PAS.<br>INSISTER :<br>Est-ce que [NOM] est mort(e) avant l'âge de douze ans ?<br><br>SI OUI, NOTER '95'.<br>SI NON, POSER D'AUTRES QUESTIONS POUR OBTENIR UNE ESTIMATION.<br>PAR EXEMPLE :<br>Est-ce que [NOM] est mort(e) avant de se marier ? | <input type="text"/><br><br>SI HOMME,<br>OU SI FEMME<br>DÉCÉDÉE<br>AVANT L'ÂGE<br>DE 12 ANS,<br>ALLER À [8] | <input type="text"/><br><br>SI HOMME,<br>OU SI FEMME<br>DÉCÉDÉE<br>AVANT L'ÂGE<br>DE 12 ANS,<br>ALLER À [9] | <input type="text"/><br><br>SI HOMME,<br>OU SI FEMME<br>DÉCÉDÉE<br>AVANT L'ÂGE<br>DE 12 ANS,<br>ALLER À [10] | <input type="text"/><br><br>SI HOMME,<br>OU SI FEMME<br>DÉCÉDÉE<br>AVANT L'ÂGE<br>DE 12 ANS,<br>ALLER À [11] | <input type="text"/><br><br>SI HOMME,<br>OU SI FEMME<br>DÉCÉDÉE<br>AVANT L'ÂGE<br>DE 12 ANS,<br>ALLER À [12] | <input type="text"/><br><br>SI HOMME,<br>OU SI FEMME<br>DÉCÉDÉE<br>AVANT L'ÂGE<br>DE 12 ANS,<br>ALLER À [13] |
| 1310  | (NOM) était-elle enceinte quand elle est décédée ?  | OUI ... 1<br>ALLER À 1313<br>NON ... 2  | OUI ... 1<br>ALLER À 1313<br>NON ... 2  | OUI .... 1<br>ALLER À 1313<br>NON .... 2   | OUI ... 1<br>ALLER À 1313<br>NON ... 2   | OUI ... 1<br>ALLER À 1313<br>NON ... 2   | OUI ... 1<br>ALLER À 1313<br>NON ... 2   |
| 1311  | Est-ce que (NOM) est décédée au cours d'un accouchement ?   | OUI ... 1<br>ALLER À 1313<br>NON ... 2  | OUI ... 1<br>ALLER À 1313<br>NON ... 2  | OUI .... 1<br>ALLER À 1313<br>NON .... 2   | OUI ... 1<br>ALLER À 1313<br>NON ... 2   | OUI ... 1<br>ALLER À 1313<br>NON ... 2   | OUI ... 1<br>ALLER À 1313<br>NON ... 2   |
| 1312  | Est-ce que (NOM) est décédée dans les deux mois suivant la fin d'une grossesse ou d'un accouchement ?   | OUI ... 1<br>NON ... 2  | OUI ... 1<br>NON ... 2  | OUI .... 1<br>NON .... 2   | OUI ... 1<br>NON ... 2   | OUI ... 1<br>NON ... 2   | OUI ... 1<br>NON ... 2   |
| 1313  | À combien d'enfants vivants (NOM) a-t-elle donné naissance au cours de sa vie ?   | <input type="text"/><br>ALLER À [8]   | <input type="text"/><br>ALLER À [9]   | <input type="text"/><br>ALLER À [10]   | <input type="text"/><br>ALLER À [11]   | <input type="text"/><br>ALLER À [12]   | <input type="text"/><br>ALLER À [13]   |
| SI IL N'Y A PLUS AUCUN FRÈRE OU SOEUR, ALLER À 1314 |   |   |   |  |  |  |  |
| 1314  | ENREGISTRER L'HEURE   |   |   |  | HEURES ..... <input type="text"/><br>MINUTES ..... <input type="text"/>                                      |  |  |

OBSERVATIONS DE L'ENQUÊTRICE

À REMPLIR UNE FOIS L'INTERVIEW TERMINÉE

COMMENTAIRES CONCERNANT L'ENQUÊTÉE

---

---

---

---

---

COMMENTAIRES SUR DES QUESTIONS PARTICULIÈRES

---

---

---

---

AUTRES COMMENTAIRES

---

---

---

---

OBSERVATION DU CHEF D'ÉQUIPE

---

---

---

---

---

---

NOM DU CHEF D'EQUIPE : \_\_\_\_\_ DATE : \_\_\_\_\_

OBSERVATION DE LA CONTRÔLEUSE

---

---

---

---

NOM DE LA CONTRÔLEUSE : \_\_\_\_\_ DATE : \_\_\_\_\_

## INSTRUCTIONS:

UN SEUL CODE DOIT FIGURER DANS CHAQUE CASE.  
UN CODE DOIT ÊTRE INSCRIT À CHAQUE MOIS À LA COLONNE 1.

CODES À UTILISER POUR CHAQUE COLONNE

COLUMN 1: NAISSANCES, GROSSESSES, UTILIS. CONTRACEP. \*\*

N NAISSANCES  
G GROSSESSES  
F FIN DE GROSSESSE

0 AUCUNE MÉTHODE  
1 STÉRILISATION FÉMININE  
2 STÉRILISATION MASCULINE  
3 DIU  
4 INJECTABLES  
5 IMPLANTS  
6 PILULE  
7 CONDOM  
8 CONDOM FÉMININ  
9 DIAPHRAGME  
J MOUSSE OU GELÉE  
K MAMA  
L MÉTHODE DU RYTHME  
M RETRAIT  
X AUTRE MÉTHODE MODERNE  
Y AUTRE MÉTHODE TRADITIONNELLE

COLUMN 2: DISCONTINUATION OU UTILIS. CONTRACEPTIVE

0 RAPPORTS SEX. PEU FRÉQUENTS/MARI ABSENT  
1 TOMBÉE ENCEINTE ALORS QU'ELLE UTILISAIT  
2 SOUHAITAIT TOMBER ENCEINTE  
3 MARI/PARTENAIRE DÉSAPPROUVE  
4 VOULAIT MÉTHODE PLUS EFFICACE  
5 PEUR DES EFFETS SECONDAIRES  
6 MANQUE D'ACCESSIBILITÉ/TROP ÉLOIGNÉ  
7 COÛTE TROP CHER  
8 PAS PRATIQUE À UTILISER  
F FATALISTE  
A DIFFICULTÉS POUR TOMBER ENCEINTE/MÉNOPAUSE  
D DISSOLUTION DU MARIAGE/SÉPARATION  
X AUTRE \_\_\_\_\_  
(PRÉCISEZ)  
Z NE SAIT PAS

|    |     |         | 1  | 2 | 2 |
|----|-----|---------|----|---|---|
| 02 | FEV | 11      |    |   | 0 |
| 01 | JAN | 12      |    |   | 1 |
| 12 | DEC | 01      |    |   |   |
| 11 | NOV | 02      |    |   |   |
| 10 | OCT | 03      |    |   |   |
| 09 | SEP | 04      |    |   |   |
| 2  | 08  | AOUT    | 05 |   | 2 |
| 0  | 07  | JUILLET | 06 |   | 0 |
| 1  | 06  | JUIN    | 07 |   | 1 |
| 0  | 05  | MAI     | 08 |   | 0 |
| *  | 04  | AVRIL   | 09 |   | * |
|    | 03  | MARS    | 10 |   |   |
|    | 02  | FEV     | 11 |   |   |
|    | 01  | JAN     | 12 |   |   |
| 12 | DEC | 13      |    |   |   |
| 11 | NOV | 14      |    |   |   |
| 10 | OCT | 15      |    |   |   |
| 09 | SEP | 16      |    |   |   |
| 2  | 08  | AOUT    | 17 |   | 2 |
| 0  | 07  | JUILLET | 18 |   | 0 |
| 0  | 06  | JUIN    | 19 |   | 0 |
| 9  | 05  | MAI     | 20 |   | 9 |
| *  | 04  | AVRIL   | 21 |   | * |
|    | 03  | MARS    | 22 |   |   |
|    | 02  | FEV     | 23 |   |   |
|    | 01  | JAN     | 24 |   |   |
| 12 | DEC | 25      |    |   |   |
| 11 | NOV | 26      |    |   |   |
| 10 | OCT | 27      |    |   |   |
| 09 | SEP | 28      |    |   |   |
| 2  | 08  | AOUT    | 29 |   | 2 |
| 0  | 07  | JUILLET | 30 |   | 0 |
| 0  | 06  | JUIN    | 31 |   | 0 |
| 8  | 05  | MAI     | 32 |   | 8 |
| *  | 04  | AVRIL   | 33 |   | * |
|    | 03  | MARS    | 34 |   |   |
|    | 02  | FEV     | 35 |   |   |
|    | 01  | JAN     | 36 |   |   |
| 12 | DEC | 37      |    |   |   |
| 11 | NOV | 38      |    |   |   |
| 10 | OCT | 39      |    |   |   |
| 09 | SEP | 40      |    |   |   |
| 2  | 08  | AOUT    | 41 |   | 2 |
| 0  | 07  | JUILLET | 42 |   | 0 |
| 0  | 06  | JUIN    | 43 |   | 0 |
| 7  | 05  | MAI     | 44 |   | 7 |
| *  | 04  | AVRIL   | 45 |   | * |
|    | 03  | MARS    | 46 |   |   |
|    | 02  | FEV     | 47 |   |   |
|    | 01  | JAN     | 48 |   |   |
| 12 | DEC | 49      |    |   |   |
| 11 | NOV | 50      |    |   |   |
| 10 | OCT | 51      |    |   |   |
| 09 | SEP | 52      |    |   |   |
| 2  | 08  | AOUT    | 53 |   | 2 |
| 0  | 07  | JUILLET | 54 |   | 0 |
| 0  | 06  | JUIN    | 55 |   | 0 |
| 6  | 05  | MAI     | 56 |   | 6 |
| *  | 04  | AVRIL   | 57 |   | * |
|    | 03  | MARS    | 58 |   |   |
|    | 02  | FEV     | 59 |   |   |
|    | 01  | JAN     | 60 |   |   |
| 12 | DEC | 61      |    |   |   |
| 11 | NOV | 62      |    |   |   |
| 10 | OCT | 63      |    |   |   |
| 09 | SEP | 64      |    |   |   |
| 2  | 08  | AOUT    | 65 |   | 2 |
| 0  | 07  | JUILLET | 66 |   | 0 |
| 0  | 06  | JUIN    | 67 |   | 0 |
| 5  | 05  | MAI     | 68 |   | 5 |
| *  | 04  | AVRIL   | 69 |   | * |
|    | 03  | MARS    | 70 |   |   |
|    | 02  | FEV     | 71 |   |   |
|    | 01  | JAN     | 72 |   |   |

\* On suppose que l'année de l'enquête sera 2010. Pour le terrain commençant en 2011 ou 2012, les années devront être adaptées.

\*\* Des codes peuvent être ajoutés pour d'autres méthodes, comme celles basées sur la connaissance de la fécondité.



ENQUÊTE DÉMOGRAPHIQUE ET DE SANTÉ A INDICATEURS MULTIPLES (EDSV-MICS\_2010)  
QUESTIONNAIRE HOMME

République du Sénégal

Ministère de l'Economie et des Finances

Ministère de la Santé et de la Prévention Médicale

ICF Macro

| IDENTIFICATION  |  |                  |  |  |                 |  |  |                  |  |  |                  |  |  |                       |  |  |                    |  |  |                  |  |  |                             |  |  |                       |  |  |
|---|--|------------------|--|--|-----------------|--|--|------------------|--|--|------------------|--|--|-----------------------|--|--|--------------------|--|--|------------------|--|--|-----------------------------|--|--|-----------------------|--|--|
| NOM DE LA LOCALITÉ _____  | <table border="1"> <tr><td>MÉNAGE . . . . .</td><td></td><td></td></tr> <tr><td>CONCES. . . . .</td><td></td><td></td></tr> <tr><td>GRAPPE . . . . .</td><td></td><td></td></tr> <tr><td>RÉGION . . . . .</td><td></td><td></td></tr> <tr><td>DÉPARTEMENT . . . . .</td><td></td><td></td></tr> <tr><td>DISTRICT . . . . .</td><td></td><td></td></tr> <tr><td>MILIEU . . . . .</td><td></td><td></td></tr> <tr><td>MILIEU (DÉTAILLÉ) . . . . .</td><td></td><td></td></tr> <tr><td>N° DE LIGNE . . . . .</td><td></td><td></td></tr> </table> | MÉNAGE . . . . . |  |  | CONCES. . . . . |  |  | GRAPPE . . . . . |  |  | RÉGION . . . . . |  |  | DÉPARTEMENT . . . . . |  |  | DISTRICT . . . . . |  |  | MILIEU . . . . . |  |  | MILIEU (DÉTAILLÉ) . . . . . |  |  | N° DE LIGNE . . . . . |  |  |
| MÉNAGE . . . . .  |  |                  |  |  |                 |  |  |                  |  |  |                  |  |  |                       |  |  |                    |  |  |                  |  |  |                             |  |  |                       |  |  |
| CONCES. . . . .   |  |                  |  |  |                 |  |  |                  |  |  |                  |  |  |                       |  |  |                    |  |  |                  |  |  |                             |  |  |                       |  |  |
| GRAPPE . . . . .  |  |                  |  |  |                 |  |  |                  |  |  |                  |  |  |                       |  |  |                    |  |  |                  |  |  |                             |  |  |                       |  |  |
| RÉGION . . . . .  |  |                  |  |  |                 |  |  |                  |  |  |                  |  |  |                       |  |  |                    |  |  |                  |  |  |                             |  |  |                       |  |  |
| DÉPARTEMENT . . . . .   |  |                  |  |  |                 |  |  |                  |  |  |                  |  |  |                       |  |  |                    |  |  |                  |  |  |                             |  |  |                       |  |  |
| DISTRICT . . . . .  |  |                  |  |  |                 |  |  |                  |  |  |                  |  |  |                       |  |  |                    |  |  |                  |  |  |                             |  |  |                       |  |  |
| MILIEU . . . . .  |  |                  |  |  |                 |  |  |                  |  |  |                  |  |  |                       |  |  |                    |  |  |                  |  |  |                             |  |  |                       |  |  |
| MILIEU (DÉTAILLÉ) . . . . .   |  |                  |  |  |                 |  |  |                  |  |  |                  |  |  |                       |  |  |                    |  |  |                  |  |  |                             |  |  |                       |  |  |
| N° DE LIGNE . . . . .   |  |                  |  |  |                 |  |  |                  |  |  |                  |  |  |                       |  |  |                    |  |  |                  |  |  |                             |  |  |                       |  |  |
| NOM DU CHEF DE MÉNAGE _____ NUMÉRO DU MÉNAGE _____  |  |                  |  |  |                 |  |  |                  |  |  |                  |  |  |                       |  |  |                    |  |  |                  |  |  |                             |  |  |                       |  |  |
| NUMÉRO DE CONCESSION . . . . .  |  |                  |  |  |                 |  |  |                  |  |  |                  |  |  |                       |  |  |                    |  |  |                  |  |  |                             |  |  |                       |  |  |
| NUMÉRO DE GRAPPE . . . . .  |  |                  |  |  |                 |  |  |                  |  |  |                  |  |  |                       |  |  |                    |  |  |                  |  |  |                             |  |  |                       |  |  |
| RÉGION _____  |  |                  |  |  |                 |  |  |                  |  |  |                  |  |  |                       |  |  |                    |  |  |                  |  |  |                             |  |  |                       |  |  |
| DÉPARTEMENT _____   |  |                  |  |  |                 |  |  |                  |  |  |                  |  |  |                       |  |  |                    |  |  |                  |  |  |                             |  |  |                       |  |  |
| DISTRICT SANITAIRE _____  |  |                  |  |  |                 |  |  |                  |  |  |                  |  |  |                       |  |  |                    |  |  |                  |  |  |                             |  |  |                       |  |  |
| URBAIN/RURAL (URBAIN=1, RURAL=2) . . . . .  |  |                  |  |  |                 |  |  |                  |  |  |                  |  |  |                       |  |  |                    |  |  |                  |  |  |                             |  |  |                       |  |  |
| DAKAR/CAPITALE RÉGIONALE/AUTRE VILLE/RURAL . . . . .<br>(DAKAR=1, CAPITALE RÉGIONALE=2, AUTRE VILLE=3, RURAL=4) |  |                  |  |  |                 |  |  |                  |  |  |                  |  |  |                       |  |  |                    |  |  |                  |  |  |                             |  |  |                       |  |  |
| NOM ET NUMÉRO DE LIGNE DE L'HOMME _____   |  |                  |  |  |                 |  |  |                  |  |  |                  |  |  |                       |  |  |                    |  |  |                  |  |  |                             |  |  |                       |  |  |

| VISITES D'ENQUÊTRICE   |       |       |       |                                 |
|--|-------|-------|-------|---------------------------------|
|  | 1     | 2     | 3     | VISITE FINALE                   |
| DATE   | _____ | _____ | _____ | JOUR . . . . .                  |
|  |       |       |       | MOIS . . . . .                  |
| NOM DE L'ENQUÊTRICE  | _____ | _____ | _____ | ANNÉE . 2 0 1                   |
| RÉSULTAT*  | _____ | _____ | _____ | CODE ENQUÊ . . . . .            |
|  |       |       |       | CODE RÉSULTAT . . . . .         |
| PROCHAINE DATE VISITE  | _____ | _____ |       | NBRE TOTAL DE VISITES . . . . . |
| HEURE  | _____ | _____ |       |                                 |
| *CODES RÉSULTAT :<br>1 REMPLI                      4 REFUSÉ<br>2 PAS À LA MAISON        5 REMPLI PARTIELLEMENT    7 AUTRE _____<br>3 DIFFÉRÉ                    6 INCAPACITÉ                      (PRÉCISER) |       |       |       |                                 |

|  |   |                         |  |                           |  |
|--|---|-------------------------|--|---------------------------|--|
| LANGUE DE QUESTIONNAIRE**  | 1 | LANGUE DE L'INTERVIEW** |  | INTERPRÈTE (OUI=1, NON=2) |  |
| **CODES LANGUE :    1 FRANÇAIS                      4 SERER                      8 AUTRES<br>2 WOLOF                        5 MANDINGUE<br>3 POULAR                      6 DIOLA |   |                         |  |                           |  |

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

## SECTION 1. CARACTÉRISTIQUES SOCIODÉMOGRAPHIQUES DE L'ENQUÊTÉ

### PRÉSENTATION ET CONSENTEMENT INFORMÉ

#### CONSENTEMENT INFORMÉ

Bonjour. Je m'appelle \_\_\_\_\_ et je travaille pour l'ANSD. Nous effectuons une enquête nationale sur la santé au SENEGAL. Les informations que nous collectons aideront votre gouvernement à améliorer les services de santé. Votre ménage a été sélectionné pour cette enquête. Les questions prennent habituellement entre 30 et 60 minutes. Toutes les informations que vous nous donnerez sont strictement confidentielles et elles ne seront transmises à personne d'autre que les membres de l'équipe d'enquête. Vous n'êtes pas obligée de participer à cette enquête mais nous espérons que vous accepterez d'y participer car votre opinion est très importante. S'il arrivait que je pose une question à laquelle vous ne voulez pas répondre, dites-le moi et je passerai à la question suivante ; vous pouvez également interrompre l'interview à n'importe quel moment.

Si vous souhaitez plus d'informations sur l'enquête, vous pouvez contacter la personne dont le nom figure sur la carte qui a déjà été donnée à votre ménage.

Avez-vous des questions ? Puis-je commencer l'interview maintenant ?

SIGNATURE DE L'ENQUÊTEUR : \_\_\_\_\_ DATE: \_\_\_\_\_

L'ENQUÊTÉ ACCEPTE D'ÊTRE INTERVIEWÉ ... 1 L'ENQUÊTÉ REFUSE D'ÊTRE INTERVIEWÉ ..... 2 → FIN

| N°  | QUESTIONS ET FILTRES   | CODES   | PASSEZ À |
|-----|--|---|----------|
| 101 | ENREGISTREZ L'HEURE.   | HEURE ..... <input type="text"/> <input type="text"/><br>MINUTES ..... <input type="text"/> <input type="text"/>  |          |
| 102 | En quel mois et en quelle année êtes-vous né ?   | MOIS ..... <input type="text"/> <input type="text"/><br>NE CONNAÎT PAS LE MOIS ..... 98<br>ANNÉE ..... <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/><br>NE CONNAÎT PAS L'ANNÉE ..... 9998 |          |
| 103 | Quel âge aviez-vous à votre dernier anniversaire ?<br><br>COMPAREZ ET CORRIGEZ 102 ET/OU 103 SI INCOHÉRENT.  | ÂGE EN ANNÉES RÉVOLUES <input type="text"/> <input type="text"/>  |          |
| 104 | Êtes-vous allée à l'école ?  | OUI ..... 1<br>NON ..... 2  | → 108    |
| 105 | Quel est le plus haut niveau d'études que vous avez atteint : primaire, secondaire ou supérieur ?  | ELEMENTAIRE ..... 1<br>MOYEN ..... 2<br>SECONDAIRE ..... 3<br>SUPÉRIEUR ..... 4<br>AUTRE ..... 6<br>(PRÉCISEZ)  |          |
| 106 | Quel est (l'année/classe) la plus élevée que vous avez achevée à ce niveau ?<br><br>SI MOINS D'UNE ANNÉE A ÉTÉ ACHEVÉE À CE NIVEAU, INSCRIVEZ '00'.                  | CLASSE/ANNÉE ..... <input type="text"/> <input type="text"/>  |          |
| 107 | VÉRIFIEZ 105:<br>ELEMENTAIRE <input type="checkbox"/> MOYEN <input type="checkbox"/><br>SECONDAIRE <input type="checkbox"/><br>OU SUPÉRIEUR <input type="checkbox"/> |   | → 110    |



| N°   | QUESTIONS ET FILTRES   | CODES  | PASSEZ A |
|------|--|--|----------|
| 108  | Je voudrais maintenant que vous me lisiez cette phrase.<br><br>MONTREZ LA CARTE À L'ENQUÊTÉ.<br><br>SI L'ENQUÊTÉE NE PEUT LIRE TOUTE LA PHRASE,<br>INSISTEZ:<br>Pouvez-vous lire une partie de la phrase ? | NE PEUT PAS LIRE DU TOUT ..... 1<br>PEUT SEULEMENT LIRE DES PARTIES<br>DE LA PHRASE ..... 2<br>PEUT LIRE TOUTE LA PHRASE ..... 3<br>PAS DE CARTE DANS<br>LA LANGUE DE<br>L'ENQUÊTÉ ..... 4<br>(PRÉCISEZ LA LANGUE)<br>AVEUGLE/PROBLÈMES DE VUE ..... 5 |          |
| 108A | Avez-vous déjà participé à un programme d'alphabétisation ou à un autre programme qui comprenait l'apprentissage de la lecture et de l'écriture (non compris l'école primaire) ?                           | OUI ..... 1<br>NON ..... 2   | → 109    |
| 108B | Dans quelles langues étaient donnés les programmes d'alphabétisation auxquels vous avez participé ?<br><br>INSISTER :<br>Aucun autre ?<br><br>ENREGISTRER TOUT CE QUI EST MENTIONNÉ.                       | ARABE/MEDERSA ..... A<br>WOLOF ..... B<br>POULAR ..... C<br>SERER ..... D<br>DIOLA ..... E<br>MANDINGUE ..... F<br>SONINKE ... ..... G<br>AUTRE ..... X<br>(PRÉCISEZ LANGUE)   |          |
| 109  | VÉRIFIEZ 108:<br><br>CODE '2', '3' <input type="checkbox"/> CODE '1' OU '5' <input type="checkbox"/><br>OU '4' <input type="checkbox"/> ENCERCLÉ <input type="checkbox"/><br>ENCERCLÉ ↓                    |  | 111      |
| 110  | Lisez-vous un journal, l'internet ou un magazine au moins une fois par semaine, moins d'une fois par semaine ou pas du tout ?  | AU MOINS UNE FOIS PAR SEMAINE 1<br>MOINS D'UNE FOIS PAR SEMAINE ... 2<br>PAS DU TOUT ..... 3   |          |
| 111  | Écoutez-vous la radio au moins une fois par semaine, moins d'une fois par semaine ou pas du tout ?   | AU MOINS UNE FOIS PAR SEMAINE 1<br>MOINS D'UNE FOIS PAR SEMAINE ... 2<br>PAS DU TOUT ..... 3   |          |
| 112  | Regardez-vous la télévision au moins une fois par semaine, moins d'une fois par semaine ou pas du tout ?   | AU MOINS UNE FOIS PAR SEMAINE 1<br>MOINS D'UNE FOIS PAR SEMAINE ... 2<br>PAS DU TOUT ..... 3   |          |
| 113  | Quelle est votre religion?   | MUSULMAN ..... 1<br>CHRÉTIEN ..... 2<br>ANIMISTE ..... 3<br>SANS RELIGION ..... 4<br>AUTRE ..... 5<br>(PRÉCISEZ)   |          |
| 114A | Etes-vous sénégalais ?   | OUI ..... 1<br>NON ..... 2   | → 115    |
| 114  | Quelle est votre ethnie?   | WOLOF ..... 01<br>POULAR ..... 02<br>SERER ..... 03<br>MANDINGUE ..... 04<br>DIOLA ..... 05<br>SONINKÉ ..... 06<br>AUTRE ..... 96<br>(PRÉCISEZ)  |          |
| 115  | Au cours des 12 derniers mois, combien de fois avez-vous dormi ailleurs que chez vous pour une ou plusieurs nuits ?  | NOMBRE DE FOIS ..... <input type="text"/> <input type="text"/><br>AUCUNE ..... 00  | → 201    |
| 116  | Au cours des 12 derniers mois, avez-vous été absent de chez vous pendant plus d'un mois d'affilée ?  | OUI ..... 1<br>NON ..... 2   |          |

SECTION 2. REPRODUCTION

| N°  | QUESTIONS ET FILTRES   | CODES  | PASSEZ À                       |  |  |  |  |  |  |  |  |
|-----|--|--|--------------------------------|--|--|--|--|--|--|--|--|
| 201 | Je voudrais maintenant vous poser des questions sur tous les enfants que vous avez eus durant votre vie. Je m'intéresse à tous vos enfants biologiques, même s'ils ne sont pas légalement les vôtres ou s'ils ne portent pas votre nom.<br>Avez-vous ou avez-vous eu des enfants que vous avez engendrés ? | OUI ..... 1<br>NON ..... 2<br>NE SAIT PAS ..... 8  | <input type="checkbox"/> → 206 |  |  |  |  |  |  |  |  |
| 202 | Avez-vous des fils ou des filles dont vous êtes le père et qui vivent actuellement avec vous ?   | OUI ..... 1<br>NON ..... 2   | → 204                          |  |  |  |  |  |  |  |  |
| 203 | Combien de fils vivent avec vous ?<br><br>Et combien de filles vivent avec vous ?<br><br>SI AUCUN, INSCRIVEZ '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><br>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 filles dont vous êtes le père qui sont toujours en vie mais qui ne vivent pas avec vous ?  | OUI ..... 1<br>NON ..... 2   | → 206                          |  |  |  |  |  |  |  |  |
| 205 | Combien de fils sont vivants mais qui ne vivent pas avec vous ?<br><br>Combien de filles sont vivantes mais qui ne vivent pas avec vous ?<br><br>SI AUCUN, INSCRIVEZ '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><br>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 eu une fille ou un garçon qui est né vivant mais qui est décédé par la suite ?<br><br>SI NON, INSISTEZ : aucun bébé qui a crié ou montré un signe de vie mais qui n'a pas survécu ?  | OUI ..... 1<br>NON ..... 2<br>NE SAIT PAS ..... 8  | <input type="checkbox"/> → 208 |  |  |  |  |  |  |  |  |
| 207 | Combien de garçons sont décédés ?<br><br>Combien de filles sont décédées ?<br><br>SI AUCUN, INSCRIVEZ '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><br>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 203, 205, ET 207, ET INSCRIVEZ LE TOTAL.<br>SI AUCUN, INSCRIVEZ '00'.   | TOTAL DES ENFANTS ..... <table border="1" style="display: inline-table; vertical-align: middle;"><tr><td> </td><td> </td></tr></table>   |                                |  |  |  |  |  |  |  |  |
|     |  |  |                                |  |  |  |  |  |  |  |  |
| 209 | VÉRIFIEZ 208 :<br><br>A EU PLUS D'UN ENFANT <input type="checkbox"/> ↓<br>A EU SEULEMENT UN ENFANT <input type="checkbox"/> → 212<br>N'A EU AUCUN ENFANT <input type="checkbox"/> → 301  |  |                                |  |  |  |  |  |  |  |  |
| 210 | Est-ce que tous les enfants dont vous êtes le père ont tous la même mère biologique ?  | OUI ..... 1<br>NON ..... 2   | → 212                          |  |  |  |  |  |  |  |  |
| 211 | En tout, avec combien de femmes avez-vous eu des enfants ?   | NOMBRE DE FEMMES ..... <table border="1" style="display: inline-table; vertical-align: middle;"><tr><td> </td><td> </td></tr></table>  |                                |  |  |  |  |  |  |  |  |
|     |  |  |                                |  |  |  |  |  |  |  |  |
| 212 | Quel âge aviez-vous quand est né votre (premier) enfant ?  | ÂGE EN ANNÉES ..... <table border="1" style="display: inline-table; vertical-align: middle;"><tr><td> </td><td> </td></tr></table>   |                                |  |  |  |  |  |  |  |  |
|     |  |  |                                |  |  |  |  |  |  |  |  |
| 213 | VÉRIFIEZ 203 ET 205 :<br><br>AU MOINS UN ENFANT VIVANT <input type="checkbox"/> ↓<br>AUCUN ENFANT VIVANT <input type="checkbox"/> → 301  |  |                                |  |  |  |  |  |  |  |  |
| 214 | Quel âge a votre (plus jeune) enfant ?   | ÂGE EN ANNÉES ..... <table border="1" style="display: inline-table; vertical-align: middle;"><tr><td> </td><td> </td></tr></table>   |                                |  |  |  |  |  |  |  |  |
|     |  |  |                                |  |  |  |  |  |  |  |  |

| N°  | QUESTIONS ET FILTRES  | CODES   | PASSEZ A |
|-----|---|---|----------|
| 215 | <b>VÉRIFIEZ 214 :</b><br>(PLUS JEUNE) <input type="checkbox"/> AUTRE <input type="checkbox"/>   |   | → 301    |
| 216 | Quel est le nom de votre (plus jeune) enfant ?<br><b>INSCRIVEZ LE NOM DE L'ENFANT (LE PLUS JEUNE)</b><br><br>_____<br>(NOM DU (PLUS JEUNE) ENFANT)  |   |          |
| 217 | Quand la mère de (NOM) était enceinte de (NOM), a-t-elle eu des examens prénatals ?   | OUI ..... 1<br>NON ..... 2<br>NE SAIT PAS ..... 8   | → 219    |
| 218 | Est-ce que vous étiez présent pendant l'un de ces examens prénatals ?   | PRÉSENT ..... 1<br>PAS PRÉSENT ..... 2  |          |
| 219 | Est-ce que (NOM) est né dans un hôpital ou un établissement de santé ?  | HÔPITAL/ÉTABLISSEMENT SANTÉ ... 1<br>AUTRE ..... 2  |          |
| 220 | Quand un enfant a la diarrhée, quelle quantité de liquides doit-on lui donné à boire : plus que d'habitude, environ la même quantité que d'habitude, moins que d'habitude ou rien à boire du tout ? | PLUS QUE D'HABITUDE ..... 1<br>MÊME QUANTITÉ ..... 2<br>MOINS QUE D'HABITUDE ..... 3<br>RIEN À BOIRE ..... 4<br>NE SAIT PAS ..... 8 |          |

SECTION 3. CONTRACEPTION

|     |  |  |  |
|-----|--|--|--|
| 301 | Je voudrais maintenant que nous parlions de planification familiale, c'est-à-dire des différents moyens ou méthodes qu'un couple peut utiliser pour retarder ou éviter une grossesse.<br>De quelle MÉTHODE avez-vous déjà entendu parler ? |  |  |
| 01  | <b>Stérilisation féminine.</b> INSISTEZ : Les femmes peuvent avoir une opération pour ne plus avoir d'enfants.   | OUI ..... 1<br>NON ..... 2   |  |
| 02  | <b>Stérilisation masculine.</b> INSISTEZ : Les hommes peuvent avoir une opération pour ne plus avoir d'enfants.  | OUI ..... 1<br>NON ..... 2   |  |
| 03  | <b>DIU.</b> INSISTEZ : Les femmes peuvent avoir un stérilet qu'un médecin ou une infirmière leur place dans l'utérus.  | OUI ..... 1<br>NON ..... 2   |  |
| 04  | <b>Injectables.</b> INSISTEZ : Les femmes peuvent avoir une injection faite par du personnel de santé qui les empêche de tomber enceinte pendant un mois ou plus.  | OUI ..... 1<br>NON ..... 2   |  |
| 05  | <b>Implants.</b> INSISTEZ : Les femmes peuvent se faire insérer par un médecin ou une infirmière un batonnet ou plus sous la peau du haut du bras pour les empêcher de tomber enceinte, pendant une année ou plus.                         | OUI ..... 1<br>NON ..... 2   |  |
| 06  | <b>Pilule.</b> INSISTEZ : Les femmes peuvent prendre une pilule chaque jour pour éviter de tomber enceinte.  | OUI ..... 1<br>NON ..... 2   |  |
| 07  | <b>Condom.</b> INSISTEZ : Les hommes peuvent mettre une capote en caoutchouc sur leur pénis avant les rapports sexuels.  | OUI ..... 1<br>NON ..... 2   |  |
| 08  | <b>Condom féminin.</b> INSISTEZ : Les femmes peuvent placer un fourreau dans leur vagin avant les rapports sexuels.  | OUI ..... 1<br>NON ..... 2   |  |
| 09  | <b>Méthode de l'Allaitement Maternel et de l'Aménorrhée (MAMA)</b>   | OUI ..... 1<br>NON ..... 2   |  |
| 10  | <b>Méthode du rythme.</b> INSISTEZ : Les femmes peuvent éviter une grossesse en évitant d'avoir des rapports sexuels les jours du mois où elles ont le plus de chances de tomber enceintes.  | OUI ..... 1<br>NON ..... 2   |  |
| 11  | <b>Retrait.</b> INSISTEZ : Les hommes peuvent faire attention et se retirer avant l'éjaculation.   | OUI ..... 1<br>NON ..... 2   |  |
| 12  | <b>Pilule du lendemain.</b> INSISTEZ : Les femmes peuvent prendre pendant trois jours après des rapports sexuels non protégés des pilules spéciales qui les empêchent de tomber enceintes.   | OUI ..... 1<br>NON ..... 2   |  |
| 13  | Avez-vous entendu parler d'autres moyens ou méthodes qu'une femme ou un homme peut utiliser pour éviter une grossesse ?  | OUI ..... 1<br><br>_____<br>(PRÉCISEZ)<br><br>_____<br>(PRÉCISEZ)<br><br>NON ..... 2 |  |

| N°  | QUESTIONS ET FILTRES   | CODES  | PASSEZ À |
|-----|--|--|----------|
| 302 | Au cours des derniers mois, avez-vous :<br>Entendu parler de planification familiale à la radio ?<br>Vu quelque chose sur la planification familiale à la télévision ?<br>Lu quelque chose sur la planification familiale dans un journal ou un magazine ?   | <div style="text-align: right;">OUI NON</div> RADIO ..... 1 2<br>TÉLÉVISION ..... 1 2<br>JOURNAL OU MAGAZINE ... 1 2   |          |
| 303 | Au cours des derniers mois, avez-vous discuté de planification familiale avec un agent de santé ou un professionnel de la santé ?  | OUI ..... 1<br>NON ..... 2   |          |
| 304 | Je voudrais maintenant vous poser des questions sur les risques de grossesse.<br><br>Entre la période des règles et les règles suivantes, y a-t-il certains jours où les femmes ont plus de chances de tomber enceintes que d'autres quand elles ont des rapports sexuels ?  | OUI ..... 1<br>NON ..... 2<br>NE SAIT PAS ..... 8  | → 306    |
| 305 | Est-ce que cette période se situe juste avant que les règles ne commencent, pendant la période des règles, juste après que les règles soient terminées ou bien au milieu de deux périodes de règles ?  | JUSTE AVANT QUE LES RÉGLES COMMENCENT ..... 1<br>PENDANT LES RÉGLES ..... 2<br>JUSTE APRÈS LA FIN DES RÉGLES ..... 3<br>AU MILIEU, ENTRE DEUX PÉRIODES ..... 4<br>AUTRE ..... 6<br>(PRÉCISEZ)<br>NE SAIT PAS ..... 8   |          |
| 306 | Je vais maintenant vous lire des déclarations sur la contraception. Dites-moi, s'il vous plaît, si vous êtes d'accord ou pas avec chacune de ces déclarations.<br><br>a) La contraception est l'affaire des femmes à laquelle les hommes ne devraient pas s'intéresser.<br>b) Les femmes qui utilisent la contraception peuvent devenir de moeurs légères. | <div style="text-align: right;">PAS</div> <div style="text-align: center;">D'ACCORD    ACCORD    NSP</div><br>CONTRACEPTION<br>AFFAIRE DES FEMMES 1 2 8<br>FEMME PEUT DEVENIR LÉGÈRE 1 2 8   |          |
| 307 | VÉRIFIEZ 301 (07) : CONNAÎT CONDOM MASCULIN<br><br>OUI <input type="checkbox"/> NON <input type="checkbox"/>   |  | → 311    |
| 308 | Connaissez-vous un endroit où une personne peut se procurer des condoms ?  | OUI ..... 1<br>NON ..... 2   | → 311    |
| 309 | Où est-ce ?<br><br>Pas d'autre endroit ?<br><br>INSISTEZ POUR DÉTERMINER CHAQUE TYPE D'ENDROIT<br><br>SI VOUS NE POUVEZ PAS DÉTERMINER SI L'ENDROIT EST DU SECTEUR PUBLIC OU PRIVÉ, INSCRIVEZ LE NOM DE L'ENDROIT.<br><br>_____<br>(NOM DE L'ENDROIT/<br>NOM DES ENDROITS)   | SECTEUR PUBLIC<br>HÔPITAL GOUV. .... A<br>CENTRE SANTÉ GOUV. .... B<br>POSTE SANTÉ ..... C<br>CENTRE DE PF GOUV. .... D<br>MATERNITÉ RURALE ..... E<br>CASE DE SANTÉ ..... F<br>PHARMACIE COMMUNAUTAIRE .... G<br>STRAT. AVANCÉE/EQU. MOBILE .... H<br>AUTRE PUBLIC ..... I<br>(PRÉCISEZ)<br><br>SECTEUR MÉDICAL PRIVÉ<br>HÔPITAL/CLINIQUE/CABINET PRIVÉ ..... J<br>PHARMACIE ..... K<br>MÉDECIN PRIVÉ ..... L<br>DISPENSAIRE RELIG ..... M<br>AUTRE MEDICAL PRIVÉ ..... N<br>(PRÉCISEZ)<br><br>AUTRE SOURCE<br>BOUTIQUE ..... O<br>ÉGLISE ..... P<br>PARENTS/AMIS ..... Q<br>BAR ..... R<br>AUTRE ..... X<br>(PRÉCISEZ) |          |

| N°  | QUESTIONS ET FILTRES  | CODES  | PASSEZ À |
|-----|---|--|----------|
| 310 | Est-ce que vous pouvez vous procurer des condoms si vous le souhaitez ?   | OUI ..... 1<br>NON ..... 2   |          |
| 311 | VÉRIFIEZ 301 (08) : CONNAÎT CONDOM FÉMININ<br><br>OUI <input type="checkbox"/> NON <input type="checkbox"/>   |  | 401      |
| 312 | Connaissez-vous un endroit où une personne peut se procurer des condoms féminins ?  | OUI ..... 1<br>NON ..... 2   | → 401    |
| 313 | Où est-ce ?<br><br>Pas d'autre endroit ?<br><br>INSISTEZ POUR DÉTERMINER CHAQUE TYPE D'ENDROIT.<br><br>SI VOUS NE POUVEZ PAS DÉTERMINER SI L'ENDROIT EST DU SECTEUR PUBLIC OU PRIVÉ, INSCRIVEZ LE NOM DE L'ENDROIT<br><br>(NOM DE L'ENDROIT/<br>NOM DES ENDROITS) | SECTEUR PUBLIC<br>HÔPITAL GOUV. .... A<br>CENTRE SANTÉ GOUV. .... B<br>POSTE SANTÉ ..... C<br>CENTRE DE PF GOUV. .... D<br>MATERNITÉ RURALE ..... E<br>CASE DE SANTÉ ..... F<br>PHARMACIE COMMUNAUTAIRE ..... G<br>STRAT. AVANCÉE/EQU. MOBILE ..... H<br>AUTRE PUBLIC ..... I<br><br>(PRÉCISEZ)<br><br>SECTEUR MÉDICAL PRIVÉ<br>HÔPITAL/CLINIQUE/CABINET<br>PRIVÉ ..... J<br>PHARMACIE ..... K<br>MÉDECIN PRIVÉ ..... L<br>DISPENSARE RELIG ..... M<br><br>AUTRE MEDICAL PRIVÉ ..... N<br><br>(PRÉCISEZ)<br><br>AUTRE SOURCE<br>BOUTIQUE ..... O<br>ÉGLISE ..... P<br>PARENTS/AMIS ..... Q<br>BAR ..... R<br><br>AUTRE ..... X<br>(PRÉCISEZ) |          |
| 314 | Est-ce que vous pouvez vous procurer des condoms féminins si vous le souhaitez ?  | OUI ..... 1<br>NON ..... 2   |          |

**SECTION 4. MARIAGE ET ACTIVITÉ SEXUELLE**

| N°  | QUESTIONS ET FILTRES   | CODES   | PASSEZ À  |
|-----|--|---|---|
| 401 | Êtes-vous actuellement mariée ou vivez-vous avec une femme comme si vous étiez marié ?   | OUI, ACTUELLEMENT MARIÉ ..... 1<br>OUI, VIT AVEC UNE FEMME ..... 2<br>NON, PAS EN UNION ..... 3   | → 404   |
| 402 | Avez-vous déjà été marié ou avez-vous déjà vécu avec une femme comme si vous étiez marié ?   | OUI, A ÉTÉ MARIÉ ..... 1<br>OUI, A VÉCU AVEC UNE FEMME ... 2<br>NON ..... 3   | → 413   |
| 403 | Quel est votre état matrimonial actuel : êtes-vous veuf, divorcé ou séparé ?   | VEUF ..... 1<br>DIVORCÉ ..... 2<br>SÉPARÉ ..... 3   | → 410   |
| 404 | Est-ce que votre (épouse/partenaire) vit actuellement avec vous ou vit-elle ailleurs ?   | VIT AVEC LUI ..... 1<br>VIT AILLEURS ..... 2  |   |
| 405 | Avez-vous d'autres épouses ou vivez-vous avec d'autres femmes comme si vous étiez marié ?  | OUI (PLUS D'UNE) ..... 1<br>NON (SEULEMENT UNE) ..... 2   | → 407   |
| 406 | En tout, combien avez-vous d'épouses ou de femmes avec qui vous vivez comme si vous étiez marié ?  | NOMBRE TOTAL D'ÉPOUSES<br>ET DE FEMMES AVEC QUI ...<br>IL VIT COMME MARIÉ   | <input type="text"/> <input type="text"/>                           |
| 407 | <p>VÉRIFIEZ 405 :</p> <div style="display: flex; justify-content: space-around;"> <div style="text-align: center;"> <p>UNE ÉPOUSE/<br/>PARTENAIRE</p> <p>↓</p> <p>Pouvez-vous me donner le nom de (votre épouse/femme avec qui vous vivez comme si vous étiez marié) ?</p> </div> <div style="text-align: center;"> <p>PLUS D'UNE<br/>ÉPOUSE/<br/>PARTENAIRE</p> <p>↓</p> <p>Pouvez-vous me donner le nom de chacune de vos épouses ou de chacune des femmes avec qui vous vivez comme si vous étiez marié ?</p> </div> </div> <p>ENREGISTREZ LE NOM ET LE NUMÉRO DE LIGNE DU QUESTIONNAIRE MÉNAGE POUR CHACUNE DES ÉPOUSES ET FEMMES AVEC QUI IL VIT COMME S'IL ÉTAIT MARIÉ.</p> <p>SI UNE FEMME N'EST PAS LISTÉE DANS LE MÉNAGE, INSCRIVEZ '00'.</p> | <div style="display: flex; justify-content: space-between;"> <div style="width: 40%;"> <p>NOM</p> <p>_____</p> <p>_____</p> <p>_____</p> <p>_____</p> </div> <div style="width: 15%;"> <p>N°<br/>DE LIGNE</p> <p><input type="text"/><input type="text"/></p> <p><input type="text"/><input type="text"/></p> <p><input type="text"/><input type="text"/></p> <p><input type="text"/><input type="text"/></p> </div> <div style="width: 40%;"> <p>ÂGE</p> <p><input type="text"/><input type="text"/></p> <p><input type="text"/><input type="text"/></p> <p><input type="text"/><input type="text"/></p> <p><input type="text"/><input type="text"/></p> </div> </div> | <p>408</p> <p>Quel âge avait (NOM) à son dernier anniversaire ?</p> |
| 408 | POSEZ 408 POUR CHAQUE PERSONNE.  |   |   |
| 409 | <p>VÉRIFIEZ 407 :</p> <div style="display: flex; justify-content: space-around;"> <div style="text-align: center;"> <p>UNE ÉPOUSE/<br/>PARTENAIRE</p> <p>↓</p> </div> <div style="text-align: center;"> <p>PLUS D'UNE<br/>ÉPOUSE/<br/>PARTENAIRE</p> <p>↓</p> </div> </div>  | <p><input type="text"/></p>   | → 411A  |
| 410 | Avez-vous été marié ou avez-vous vécu avec une femme seulement une fois ou plus d'une fois ?   | SEULEMENT UNE FOIS ..... 1<br>PLUS D'UNE FOIS ..... 2   | → 411A  |


| N°   | QUESTIONS ET FILTRES   | CODES   | PASSEZ À |
|------|--|---|----------|
| 411  | En quel mois et en quelle année avez-vous commencé à vivre avec votre (épouse/partenaire) ?  | MOIS ..... <input type="text"/> <input type="text"/>  |          |
| 411A | Je voudrais maintenant vous poser une question sur votre première (épouse/partenaire). En quel mois et quelle année avez-vous commencé à vivre avec elle ?   | NE SAIT PAS MOIS ..... 98<br>ANNÉE ..... <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/><br>NE SAIT PAS ANNÉE ..... 9998  | → 413    |
| 412  | Quel âge aviez-vous quand vous avez commencé à vivre avec elle pour la première fois ?   | ÂGE ..... <input type="text"/> <input type="text"/>   |          |
| 413  | VÉRIFIEZ LA PRÉSENCE D'AUTRES PERSONNES.<br>AVANT DE CONTINUER, FAITES TOUT VOTRE POSSIBLE POUR VOUS TROUVER EN PRIVÉ.   |   |          |
| 414  | Je voudrais maintenant vous poser des questions sur votre activité sexuelle pour mieux comprendre certains aspects importants de la vie.<br><br>Quel âge aviez-vous quand vous avez eu, pour la première fois, des rapports sexuels ?  | N'A JAMAIS EU DE RAPPORTS SEXUELS ..... 00<br>ÂGE EN ANNÉES ..... <input type="text"/> <input type="text"/><br>1 <sup>ère</sup> FOIS EN COMMENÇANT À VIVRE AVEC (PREMIÈRE) FEMME/PARTENAIRE ..... 95  | → 501    |
| 415  | Je voudrais maintenant vous poser des questions sur votre activité sexuelle récente. Je voudrais vous assurer de nouveau que toutes vos réponses sont absolument confidentielles et qu'elles ne seront divulguées à personne. S'il arrivait que je pose une question à laquelle vous ne voulez pas répondre, dites-le moi et je passerai à la question suivante. |   |          |
| 416  | Quand avez-vous eu des rapports sexuels pour la <u>dernière</u> fois ?<br><br>S'IL Y A MOINS DE 12 MOIS, LA RÉPONSE DOIT ÊTRE ENREGISTRÉE EN JOURS, SEMAINES OU MOIS.<br>S'IL Y A 12 MOIS (UN AN) OU PLUS, LA RÉPONSE DOIT ÊTRE ENREGISTRÉE EN ANNÉES.   | IL Y A .... JOURS ..... 1 <input type="text"/> <input type="text"/><br>IL Y A .... SEMAINES ... 2 <input type="text"/> <input type="text"/><br>IL Y A .... MOIS ..... 3 <input type="text"/> <input type="text"/><br>IL Y A .... ANNÉES ..... 4 <input type="text"/> <input type="text"/> | → 430    |



|     |  | DERNIÈRE PARTENAIRE<br>SEXUELLE  | AVANT-DERNIÈRE<br>PART. SEXUELLE   | AVANT-AVANT DERNIÈRE<br>PART. SEXUELLE   |
|-----|--|--|--|--|
| 417 | Quand avez-vous eu des rapports sexuels avec cette personne pour la dernière fois ?  |  | IL Y A...<br>JOURS 1 <input type="text"/> <input type="text"/><br>IL Y A...<br>SEMAINES 2 <input type="text"/> <input type="text"/><br>IL Y A...<br>MOIS 3 <input type="text"/> <input type="text"/>   | IL Y A...<br>JOURS 1 <input type="text"/> <input type="text"/><br>IL Y A...<br>SEMAINES 2 <input type="text"/> <input type="text"/><br>IL Y A...<br>MOIS 3 <input type="text"/> <input type="text"/>   |
| 418 | La dernière fois que vous avez eu des rapports sexuels avec cette (seconde/troisième) personne, un condom a-t-il été utilisé ?   | OUI ..... 1<br>NON ..... 2<br>(PASSEZ À 420) ←   | OUI ..... 1<br>NON ..... 2<br>(PASSEZ À 420) ←   | OUI ..... 1<br>NON ..... 2<br>(PASSEZ À 420) ←   |
| 419 | Un condom a-t-il été utilisé chaque fois que vous avez eu des rapports sexuels avec cette personne au cours des 12 derniers mois ?   | OUI ..... 1<br>NON ..... 2   | OUI ..... 1<br>NON ..... 2   | OUI ..... 1<br>NON ..... 2   |
| 420 | Quelle était votre relation avec cette personne avec qui vous avez eu des rapports sexuels ?<br><br>SI PETITE AMIE :<br>Viviez-vous ensemble comme si vous étiez marié ?<br><br>SI OUI, ENERCLEZ '2'.<br>SI NON, ENERCLEZ '3'. | ÉPOUSE ..... 1<br>PARTENAIRE VIVANT<br>AVEC ENQUÊTÉ... 2<br>PETITE AMIE VIVANT PAS<br>AVEC ENQUÊTÉ... 3<br>RENCONTRE<br>OCCASIONNELLE 4<br>PROSTITUÉ ..... 5<br>AUTRE ..... 6<br>(PRÉCISEZ)<br>(PASSEZ À 423) ←  | ÉPOUSE ..... 1<br>PARTENAIRE VIVANT<br>AVEC ENQUÊTÉ... 2<br>PETITE AMIE VIVANT PAS<br>AVEC ENQUÊTÉ... 3<br>RENCONTRE<br>OCCASIONNELLE 4<br>PROSTITUÉ ..... 5<br>AUTRE ..... 6<br>(PRÉCISEZ)<br>(PASSEZ À 423) ←  | ÉPOUSE ..... 1<br>PARTENAIRE VIVANT<br>AVEC ENQUÊTÉ... 2<br>PETITE AMIE VIVANT PAS<br>AVEC ENQUÊTÉ... 3<br>RENCONTRE<br>OCCASIONNELLE 4<br>PROSTITUÉ ..... 5<br>AUTRE ..... 6<br>(PRÉCISEZ)<br>(PASSEZ À 423) ←  |
| 421 | VÉRIFIEZ 410 :   | MARIÉ MARIÉ<br>UNE PLUS<br>SEULE D'UNE <input type="text"/><br>FOIS FOIS<br><input type="text"/> (PASSEZ À 423)  | MARIÉ MARIÉ<br>UNE PLUS<br>SEULE D'UNE <input type="text"/><br>FOIS FOIS<br><input type="text"/> (PASSEZ À 423)  | MARIÉ MARIÉ<br>UNE PLUS<br>SEULE D'UNE <input type="text"/><br>FOIS FOIS<br><input type="text"/> (PASSEZ À 423)  |
| 422 | VÉRIFIEZ 414 :   | 1 <sup>re</sup> FOIS QUAND IL A<br>COMMENCÉ<br>À VIVRE AUTRE<br>AVEC 1 <sup>re</sup> <input type="text"/><br>FEMME<br>(PASSEZ À 424)   | 1 <sup>re</sup> FOIS QUAND IL A<br>COMMENCÉ<br>À VIVRE AUTRE<br>AVEC 1 <sup>re</sup> <input type="text"/><br>FEMME<br>(PASSEZ À 424)   | 1 <sup>re</sup> FOIS QUAND IL A<br>COMMENCÉ<br>À VIVRE AUTRE<br>AVEC 1 <sup>re</sup> <input type="text"/><br>FEMME<br>(PASSEZ À 424)   |
| 423 | Il y a combien de temps que vous avez eu vos premiers rapports sexuels avec cette (seconde/troisième) personne ?   | IL Y A...<br>JOURS 1 <input type="text"/> <input type="text"/><br>IL Y A...<br>SEMAINE 2 <input type="text"/> <input type="text"/><br>IL Y A...<br>MOIS 3 <input type="text"/> <input type="text"/><br>IL Y A...<br>ANNÉES 4 <input type="text"/> <input type="text"/> | IL Y A...<br>JOURS 1 <input type="text"/> <input type="text"/><br>IL Y A...<br>SEMAINE 2 <input type="text"/> <input type="text"/><br>IL Y A...<br>MOIS 3 <input type="text"/> <input type="text"/><br>IL Y A...<br>ANNÉES 4 <input type="text"/> <input type="text"/> | IL Y A...<br>JOURS 1 <input type="text"/> <input type="text"/><br>IL Y A...<br>SEMAINE 2 <input type="text"/> <input type="text"/><br>IL Y A...<br>MOIS 3 <input type="text"/> <input type="text"/><br>IL Y A...<br>ANNÉES 4 <input type="text"/> <input type="text"/> |
| 424 | Au cours des 12 derniers mois, combien de fois avez-vous eu des rapports sexuels avec cette personne ?   | NOMBRE DE<br>FOIS <input type="text"/> <input type="text"/>  | NOMBRE DE<br>FOIS <input type="text"/> <input type="text"/>  | NOMBRE DE<br>FOIS <input type="text"/> <input type="text"/>  |
| 425 | Quel âge a cette personne ?  | ÂGE DE LA<br>PERSONNE <input type="text"/> <input type="text"/><br><br>NE SAIT PAS .....98   | ÂGE DE LA<br>PERSONNE <input type="text"/> <input type="text"/><br><br>NE SAIT PAS .....98   | ÂGE DE LA<br>PERSONNE <input type="text"/> <input type="text"/><br><br>NE SAIT PAS .....98   |

|     |   | DERNIÈRE PARTENAIRE<br>SEXUELLE   | AVANT-DERNIÈRE<br>PART. SEXUELLE  | AVANT-AVANT DERNIÈRE<br>PART. SEXUELLE  |
|-----|---|---|---|---|
| 426 | À part (cette personne/ces 2 personnes), avez-vous eu des rapports sexuels avec une autre personne au cours des 12 derniers mois ?  | OUI ..... 1<br>(RETOURNEZ À 417 ←<br>À COL. SUIVANTE)<br>NON..... 2<br>(PASSEZ À 428) ← | OUI ..... 1<br>(RETOURNEZ À 417 ←<br>À COL. SUIVANTE)<br>NON..... 2<br>(PASSEZ À 428) ← |   |
| 427 | En tout, avec combien de personnes différentes avez-vous eu des rapports sexuels au cours des 12 derniers mois ?<br><br><b>SI LA RÉPONSE N'EST PAS NUMÉRIQUE, INSISTEZ POUR OBTENIR UNE ESTIMATION.</b><br><b>SI LE NOMBRE DE PARTENAIRES EST 95 OU PLUS, INSCRIVEZ '95'.</b> |   |   | NOMBRE DE PARTENAIRES AU COURS DES 12 DERNIERS MOIS ... <input type="text"/> <input type="text"/><br><br>NE SAIT PAS ... 98 |

| N°  | QUESTIONS ET FILTRES  | CODES   | PASSEZ À       |
|-----|---|---|----------------|
| 428 | VÉRIFIEZ 420 (TOUTES LES COLONNES) :<br><br>AU MOINS UNE PARTENAIRE EST UNE PROSTITUÉE <input type="checkbox"/><br>AUCUNE PARTENAIRE N'EST UNE PROSTITUÉE <input type="checkbox"/>  |   | → 430          |
| 429 | VÉRIFIEZ 420 ET 418 (TOUTES LES COLONNES) :<br><br>CONDOM UTILISÉ AVEC CHAQUE PROSTITUÉE <input type="checkbox"/><br><br>AUTRE <input type="checkbox"/>   |   | → 433<br>→ 434 |
| 430 | Au cours des 12 derniers mois, avez-vous payé quelqu'un en échange de rapports sexuels ?  | OUI ..... 1<br>NON ..... 2  | → 432          |
| 431 | Avez-vous déjà payé quelqu'un en échange de rapports sexuels ?  | OUI ..... 1<br>NON ..... 2  | → 434          |
| 432 | La dernière fois que vous avez payé quelqu'un en échange de rapports sexuels, un condom a-t-il été utilisé ?  | OUI ..... 1<br>NON ..... 2  | → 434          |
| 433 | Au cours des 12 derniers mois, est-ce qu'un condom a été utilisé chaque fois que vous avez eu des rapports sexuels avec quelqu'un que vous aviez payé ?   | OUI ..... 1<br>NON ..... 2<br>NE SAIT PAS ..... 8   |                |
| 434 | En tout, durant votre vie, avec combien de personnes différentes avez-vous eu des rapports sexuels ?<br><br>SI LA RÉPONSE EST NON NUMÉRIQUE, INSISTEZ POUR OBTENIR UNE ESTIMATION, SI LE NOMBRE DE PARTENAIRES EST 95 OU PLUS, INSCRIVEZ '95'.                    | NOMBRE DE PARTENAIRES SUR LA DURÉE DE VIE ..... <input type="text"/><br>NE SAIT PAS ..... 98  |                |
| 435 | VÉRIFIEZ 418, PARTENAIRE LA PLUS RÉCENTE (PREMIÈRE COLONNE) :<br><br>CONDOM UTILISÉ <input type="checkbox"/><br>PAS POSÉE <input type="checkbox"/><br>PAS DE CONDOM UTILISÉ <input type="checkbox"/>  |   | → 438<br>→ 438 |
| 436 | Quelle est la marque de condom que vous utilisez actuellement ?<br><br>SI LA MARQUE N'EST PAS CONNUE, DEMANDEZ À VOIR LA BOÎTE.   | PROTEC ..... 01<br>FAGAROU ..... 02<br>VISA ..... 03<br>MANIX ..... 04<br>PRESA ..... 05<br>KAMA SUTRA ..... 06<br>PROTEX ..... 07<br>INNOTEX ..... 08<br>CASANOVA ..... 09<br>INTIMY ..... 10<br>CONTEX ..... 11<br>STAR ..... 12<br>TROJAM ..... 13<br><br>NSP ..... 98                           |                |
| 437 | Où vous êtes-vous procuré le condom la dernière fois ?<br><br>INSISTEZ POUR DÉTERMINER CHAQUE TYPE D'ENDROIT.<br><br>SI VOUS NE POUVEZ PAS DÉTERMINER SI L'ENDROIT EST DU SECTEUR PUBLIC OU PRIVÉ, INSCRIVEZ LE NOM DE L'ENDROIT.<br><br>_____ (NOM DE L'ENDROIT) | SECTEUR PUBLIC<br>HÔPITAL GOUV. .... A<br>CENTRE SANTÉ GOUV. .... B<br>POSTE SANTÉ ..... C<br>CENTRE DE PF GOUV. .... D<br>MATERNITÉ RURALE ..... E<br>CASE DE SANTÉ ..... F<br>PHARMACIE COMMUNAUTAIRE .... G<br>STRAT. AVANCÉE/EQU. MOBILE .... H<br>AUTRE PUBLIC ..... I<br><br>_____ (PRÉCISEZ) |                |

| N°  | QUESTIONS ET FILTRES   | CODES  | PASSEZ À  |
|-----|--|--|---|
|     |  | SECTEUR MÉDICAL PRIVÉ<br>HÔPITAL/CLINIQUE/CABINET<br>PRIVÉ ..... J<br>PHARMACIE ..... K<br>MÉDECIN PRIVÉ ..... L<br>DISPENSAIRE RELIG ..... M<br><br>AUTRE MEDICAL PRIVÉ ..... N<br>_____ (PRÉCISEZ)<br><br>AUTRE SOURCE<br>BOUTIQUE ..... O<br>ÉGLISE ..... P<br>PARENTS/AMIS ..... Q<br>BAR ..... R<br><br>AUTRE ..... X<br>_____ (PRÉCISEZ)                 |   |
| 438 | La dernière fois que vous avez eu des rapports sexuels, est-ce que vous ou votre partenaire avez utilisé une méthode (autre que le condom) pour éviter une grossesse ?   | OUI ..... 1<br>NON ..... 2<br>NE SAIT PAS ..... 8  |  501 |
| 439 | Quelle méthode vous, ou votre partenaire, avez utilisé ?<br><br>INSISTEZ :<br>Est-ce que vous, ou votre partenaire, avez utilisé une autre méthode pour prévenir une grossesse ?<br><br>ENREGISTREZ TOUT CE QUI EST MENTIONNÉ. | STÉRILISATION FÉMININE ..... A<br>STÉRILISATION MASCULINE ..... B<br>DIU ..... C<br>INJECTABLES ..... D<br>IMPLANTS ..... E<br>PILULE ..... F<br>CONDOM FÉMININ ..... G<br>DIAPHRAGME ..... H<br>MOUSSE/GELÉE ..... I<br>MAMA ..... J<br>MÉTHODE DU RYTHME ..... K<br>RETRAIT ..... L<br>AUTRE MÉTHODE MODERNE ..... X<br>AUTRE MÉTHODE TRADITIONNELLE ..... Y |   |

**SECTION 5. PRÉFÉRENCES EN MATIÈRE DE FÉCONDITÉ**

| N°  | QUESTIONS ET FILTRES  | CODES  | PASSEZ À       |
|-----|---|--|----------------|
| 501 | VÉRIFIEZ 401 :<br>ACTUELLEMENT MARIÉ OU VIVANT AVEC UNE PARTENAIRE <input type="checkbox"/> NON MARIÉ ACTUELLEMENT ET NE VIVANT PAS AVEC UNE PARTENAIRE <input type="checkbox"/>  |  | → 509          |
| 502 | VÉRIFIEZ 439 :<br>HOMME NON STÉRILISÉ <input type="checkbox"/> HOMME STÉRILISÉ <input type="checkbox"/>   |  | → 509          |
| 503 | Est-ce que (votre épouse/partenaire)/(certaines de vos (épouses/partenaires)) sont actuellement enceintes ?   | OUI ..... 1<br>NON ..... 2<br>NE SAIT PAS ..... 8  | → 505          |
| 504 | Je voudrais maintenant vous poser des questions sur l'avenir. Après (l'enfant/les enfants) que vous et (votre (épouse/partenaire)/vos (épouses/partenaires)) attendez maintenant, souhaiteriez-vous un autre enfant ou préféreriez-vous ne plus avoir d'enfants ?   | AVOIR UN AUTRE ENFANT ..... 1<br>PAS D'AUTRE/AUCUN ..... 2<br>INDÉCIS/NE SAIT PAS ..... 8  | → 506<br>→ 509 |
| 505 | Je voudrais maintenant vous poser des questions sur l'avenir. Voudriez-vous avoir (un/un autre) enfant ou préféreriez-vous ne pas (plus) avoir d'enfant ?   | AVOIR (UN/UN AUTRE) ENFANT ... 1<br>PAS D'AUTRE /AUCUN ..... 2<br>DIT QUE LE COUPLE NE PEUT PAS AVOIR D'ENFANT ..... 3<br>ÉPOUSE(S)/PARTENAIRE(S) STÉRILISÉE(S) ..... 4<br>INDÉCIS/NE SAIT PAS ..... 8 | → 509          |
| 506 | VÉRIFIEZ 407 :<br>UNE FEMME/ PARTENAIRE <input type="checkbox"/> PLUS D'UNE FEMME/ PARTENAIRE <input type="checkbox"/>  |  | → 508          |
| 507 | VÉRIFIEZ 503 :<br>FEMME/PARTENAIRE NON ENCEINTE OU NE SAIT PAS <input type="checkbox"/> FEMME/PARTENAIRE ENCEINTE <input type="checkbox"/><br><br>Combien de temps voudriez-vous attendre à partir de maintenant avant la naissance (d'un/d'un autre) enfant ?<br>Après la naissance de l'enfant que vous attendez, combien de temps voudriez-vous attendre avant d'avoir un autre enfant ? | MOIS ..... 1<br>ANNÉE ..... 2<br><br>BIENTÔT/MAINTENANT ..... 993<br>COUPLE INFÉCOND ..... 994<br>AUTRE ..... 996<br>(PRÉCISEZ)<br>NE SAIT PAS ..... 998   | → 509          |
| 508 | Combien de temps voudriez-vous attendre à partir de maintenant avant d'avoir (un/un autre) enfant ?   | MOIS ..... 1<br>ANNÉE ..... 2<br><br>BIENTÔT/MAINTENANT ..... 993<br>LUI/TOUTES SES FEMMES/ PARTENAIRES SONT INFÉCONDS ..... 994<br>AUTRE ..... 996<br>(PRÉCISEZ)<br>NE SAIT PAS ..... 998             |                |

| N°  | QUESTIONS ET FILTRES   | CODES   | PASSEZ À                  |
|-----|--|---|---------------------------|
| 509 | <p>VÉRIFIEZ 203 ET 205 :</p> <div style="display: flex; justify-content: space-around;"> <div style="text-align: center;"> <p>A DES ENFANTS VIVANTS <input type="checkbox"/></p> <p>Si vous pouviez revenir à l'époque où vous n'aviez pas d'enfant et que vous pouviez choisir exactement le nombre d'enfants à avoir dans votre vie, combien auriez-vous voulu en avoir ?</p> </div> <div style="text-align: center;"> <p>PAS D'ENFANT VIVANT <input type="checkbox"/></p> <p>Si vous pouviez choisir exactement le nombre d'enfants à avoir dans toute votre vie, combien en voudriez-vous ?</p> </div> </div> <p>INSISTEZ POUR OBTENIR UNE RÉPONSE NUMÉRIQUE</p> | <p>AUCUN ..... 00</p> <p>NOMBRE ..... <input style="width: 20px; border: 1px solid black;" type="text"/> <input style="width: 20px; border: 1px solid black;" type="text"/></p> <p>AUTRE ..... 96<br/>(PRÉCISEZ)</p>  | <p>→ 601</p> <p>→ 601</p> |
| 510 | <p>Parmi ces enfants, combien souhaiteriez-vous de garçons, combien souhaiteriez-vous de filles et pour combien d'entre eux, le sexe n'aurait-il pas d'importance ?</p>  | <div style="display: flex; justify-content: space-around; margin-bottom: 5px;"> <span>GARÇON</span> <span>FILLE</span> <span>N'IMPORTE</span> </div> <p>NOMBRE <input style="width: 20px; border: 1px solid black;" type="text"/> <input style="width: 20px; border: 1px solid black;" type="text"/> <input style="width: 20px; border: 1px solid black;" type="text"/> <input style="width: 20px; border: 1px solid black;" type="text"/> <input style="width: 20px; border: 1px solid black;" type="text"/> <input style="width: 20px; border: 1px solid black;" type="text"/></p> <p>AUTRE ..... 96<br/>(PRÉCISEZ)</p> |                           |

**SECTION 6. EMPLOI ET RÔLE DES SEXES**

| N°  | QUESTIONS ET FILTRES   | CODES  | PASSEZ À |
|-----|--|--|----------|
| 601 | Avez-vous fait un travail quelconque au cours des sept derniers jours ?  | OUI ..... 1<br>NON ..... 2   | → 604    |
| 602 | Bien que vous n'ayez pas travaillé au cours des sept derniers jours, est-ce que vous avez un travail ou une affaire dont vous avez dû vous absenter pour congé, maladie, vacances, ou pour une autre raison ?          | OUI ..... 1<br>NON ..... 2   | → 604    |
| 603 | Avez-vous fait un travail quelconque au cours des 12 derniers mois ?   | OUI ..... 1<br>NON ..... 2   | → 610    |
| 604 | Quelle est votre occupation, c'est-à-dire quel genre de travail faites-vous principalement ?   | <div style="border: 1px solid black; width: 100px; height: 20px; margin-bottom: 5px;"></div> <div style="border: 1px solid black; width: 100px; height: 20px; margin-bottom: 5px;"></div> <div style="border: 1px solid black; width: 100px; height: 20px;"></div> |          |
| 605 | Travaillez-vous habituellement toute l'année, de manière saisonnière ou travaillez-vous seulement de temps en temps ?  | TOUTE L'ANNÉE ..... 1<br>SAISONNIER/PARTIE DE L'ANNÉE ... 2<br>DE TEMPS EN TEMPS ..... 3   |          |
| 606 | Êtes-vous payé en argent ou en nature pour ce travail ou n'êtes-vous pas payé du tout ?  | ARGENT SEULEMENT ..... 1<br>ARGENT ET NATURE ..... 2<br>NATURE SEULEMENT ..... 3<br>PAS PAYÉ ..... 4   |          |
| 607 | <b>VÉRIFIEZ 401 :</b><br>ACTUELLEMENT MARIÉ OU <input type="checkbox"/> NON MARIÉ ACTUELLEMENT<br>VIVANT AVEC UNE PARTENAIRE <input type="checkbox"/> ET NE VIVANT<br>PAS AVEC UNE PARTENAIRE <input type="checkbox"/> |  | → 612    |
| 608 | <b>VÉRIFIEZ 606 :</b><br>CODE 1 OU 2 <input type="checkbox"/> AUTRE <input type="checkbox"/><br>ENCERCLÉ   |  | → 610    |
| 609 | Habituellement, qui décide comment l'argent que vous gagnez va être utilisé : c'est vous, votre (épouse/partenaire), ou vous et votre (épouse/partenaire) ensemble ?   | ENQUÊTÉ ..... 1<br>ÉPOUSE/PARTENAIRE ..... 2<br>ENQUÊTÉ ET ÉPOUSE/<br>PARTENAIRE ENSEMBLE ..... 3<br>AUTRE ..... 6<br><div style="text-align: center;">PRÉCISEZ</div>  |          |
| 610 | Habituellement, qui prend les décisions en ce qui concerne vos propres soins de santé: vous-même, votre (épouse/partenaire), vous et votre (épouse/partenaire) ensemble ou quelqu'un d'autre ?                         | ENQUÊTÉ ..... 1<br>ÉPOUSE/PARTENAIRE ..... 2<br>ENQUÊTÉ ET ÉPOUSE/<br>PARTENAIRE ENSEMBLE ..... 3<br>QUELQU'UN D'AUTRE ..... 4<br>AUTRE ..... 6<br><div style="text-align: center;">PRÉCISEZ</div>   |          |
| 611 | Qui prend habituellement les décisions concernant les achats importants pour le ménage ?   | ENQUÊTÉ ..... 1<br>ÉPOUSE/PARTENAIRE ..... 2<br>ENQUÊTÉ ET ÉPOUSE/<br>PARTENAIRE ENSEMBLE ..... 3<br>QUELQU'UN D'AUTRE ..... 4<br>AUTRE ..... 6<br><div style="text-align: center;">PRÉCISEZ</div>   |          |

| N°  | QUESTIONS ET FILTRES   | CODES  | PASSEZ À |
|-----|--|--|----------|
| 612 | Est-ce que vous possédez cette maison ou une autre maison seul ou conjointement avec quelqu'un d'autre ?   | SEUL ..... 1<br>CONJOINTEMENT ..... 2<br>SEUL ET CONJOINTEMENT ..... 3<br>N'EN POSSÈDE PAS ..... 4   |          |
| 613 | Est-ce que vous possédez de la terre, seul ou conjointement avec quelqu'un d'autre ?   | SEUL ..... 1<br>CONJOINTEMENT ..... 2<br>SEUL ET CONJOINTEMENT ..... 3<br>N'EN POSSÈDE PAS ..... 4   |          |
| 614 | Selon vous, est-il justifié qu'un mari frappe ou batte sa femme dans les situations suivantes :<br><br>Si elle sort sans le lui dire ?<br>Si elle néglige les enfants ?<br>Si elle argumente avec lui ?<br>Si elle refuse d'avoir des rapports sexuels avec lui ?<br>Si elle brûle la nourriture ? | <div>OUI    NON    NSP</div> SORT SANS LUI DIRE .. 1    2    8<br>NÉGLIGE ENFANTS .. 1    2    8<br>ARGUMENTE ..... 1    2    8<br>REFUSES RAPP. SEX    1    2    8<br>BRÛLE NOURRITURE .. 1    2    8 |          |



**SECTION 7. VIH/SIDA**

| N°           | QUESTIONS ET FILTRES   | CODES  | PASSEZ À |     |     |     |            |         |   |   |              |       |   |   |             |       |   |   |  |
|--------------|--|--|----------|-----|-----|-----|------------|---------|---|---|--------------|-------|---|---|-------------|-------|---|---|--|
| 701          | Je voudrais maintenant que nous parlions d'un autre sujet. Avez-vous déjà entendu parler d'une maladie appelée sida ?  | OUI ..... 1<br>NON ..... 2   | → 733    |     |     |     |            |         |   |   |              |       |   |   |             |       |   |   |  |
| 702          | Est-ce qu'on peut réduire le risque de contracter le virus du sida en ayant juste un seul partenaire sexuel qui n'est pas infecté et qui n'a aucun autre partenaire sexuel ? | OUI ..... 1<br>NON ..... 2<br>NE SAIT PAS ..... 8  |          |     |     |     |            |         |   |   |              |       |   |   |             |       |   |   |  |
| 703          | Est-ce qu'on peut contracter le virus du sida par les piqûres de moustiques ?  | OUI ..... 1<br>NON ..... 2<br>NE SAIT PAS ..... 8  |          |     |     |     |            |         |   |   |              |       |   |   |             |       |   |   |  |
| 704          | Est-ce qu'on peut réduire le risque de contracter le virus du sida en utilisant un condom au cours de chaque rapport sexuel ?  | OUI ..... 1<br>NON ..... 2<br>NE SAIT PAS ..... 8  |          |     |     |     |            |         |   |   |              |       |   |   |             |       |   |   |  |
| 705          | Est-ce qu'on peut contracter le virus du sida en partageant la nourriture avec une personne qui a le sida ?  | OUI ..... 1<br>NON ..... 2<br>NE SAIT PAS ..... 8  |          |     |     |     |            |         |   |   |              |       |   |   |             |       |   |   |  |
| 706          | Est-ce qu'on peut contracter le virus du sida par sorcellerie ou par des moyens surnaturels ?  | OUI ..... 1<br>NON ..... 2<br>NE SAIT PAS ..... 8  |          |     |     |     |            |         |   |   |              |       |   |   |             |       |   |   |  |
| 707          | Est-il possible qu'une personne paraissant en bonne santé ait, en fait, le virus du sida ?   | OUI ..... 1<br>NON ..... 2<br>NE SAIT PAS ..... 8  |          |     |     |     |            |         |   |   |              |       |   |   |             |       |   |   |  |
| 708          | Est-ce que le virus qui cause le sida peut être transmis de la mère à son enfant :<br><br>Pendant la grossesse ?<br>Au cours de l'accouchement ?<br>Pendant l'allaitement ?  | <table border="0"> <tr> <td></td><td>OUI</td><td>NON</td><td>NSP</td></tr> <tr> <td>GROSSESSE.</td><td>..... 1</td><td>2</td><td>8</td></tr> <tr> <td>ACCOUCHEMENT</td><td>... 1</td><td>2</td><td>8</td></tr> <tr> <td>ALLAITEMENT</td><td>... 1</td><td>2</td><td>8</td></tr> </table> |          | OUI | NON | NSP | GROSSESSE. | ..... 1 | 2 | 8 | ACCOUCHEMENT | ... 1 | 2 | 8 | ALLAITEMENT | ... 1 | 2 | 8 |  |
|              | OUI  | NON  | NSP      |     |     |     |            |         |   |   |              |       |   |   |             |       |   |   |  |
| GROSSESSE.   | ..... 1  | 2  | 8        |     |     |     |            |         |   |   |              |       |   |   |             |       |   |   |  |
| ACCOUCHEMENT | ... 1  | 2  | 8        |     |     |     |            |         |   |   |              |       |   |   |             |       |   |   |  |
| ALLAITEMENT  | ... 1  | 2  | 8        |     |     |     |            |         |   |   |              |       |   |   |             |       |   |   |  |
| 709          | VÉRIFIEZ 708 :<br>AU MOINS <input type="checkbox"/><br>UN 'OUI' ↓  | AUTRE <input type="checkbox"/> _____   | → 711    |     |     |     |            |         |   |   |              |       |   |   |             |       |   |   |  |
| 710          | Y a-t-il des médicaments spéciaux qu'un médecin ou une infirmière peut donner à une femme infectée par le virus pour réduire le risque de transmission à son enfant ?        | OUI ..... 1<br>NON ..... 2<br>NE SAIT PAS ..... 8  |          |     |     |     |            |         |   |   |              |       |   |   |             |       |   |   |  |
| 711          | VÉRIFIER S'IL Y A D'AUTRE PERSONNES. AVANT DE CONTINUER, FAITES TOUT VOTRE POSSIBLE POUR ÊTRE EN PRIVÉ.  |  |          |     |     |     |            |         |   |   |              |       |   |   |             |       |   |   |  |
| 712          | Avez-vous déjà fait un test pour savoir si vous avez le virus du sida ?  | OUI ..... 1<br>NON ..... 2   | → 716    |     |     |     |            |         |   |   |              |       |   |   |             |       |   |   |  |
| 713          | Il y a combien de mois que vous avez effectué votre test du VIH le plus récent ?   | IL Y A ..... MOIS <input type="text"/> <input type="text"/><br><br>DEUX ANNÉES OU PLUS ..... 96  |          |     |     |     |            |         |   |   |              |       |   |   |             |       |   |   |  |
| 714          | Avez-vous reçu les résultats du test ?   | OUI ..... 1<br>NON ..... 2   |          |     |     |     |            |         |   |   |              |       |   |   |             |       |   |   |  |

| N°  | QUESTIONS ET FILTRES   | CODES  | PASSEZ À     |
|-----|--|--|--------------|
| 715 | <p>Où le test a-t-il été fait ?</p> <p><b>INSISTEZ POUR DÉTERMINER LE TYPE D'ENDROIT.</b></p> <p><b>SI VOUS NE POUVEZ PAS DÉTERMINER SI L'ENDROIT EST DU SECTEUR PUBLIC OU PRIVÉ, INSCRIVEZ LE NOM DE L'ENDROIT.</b></p> <p>_____</p> <p>(NOM DE L'ENDROIT)</p>                      | <p><b>SECTEUR PUBLIC</b></p> <p>HÔPITAL GOUV. .... 11</p> <p>CENTRE SANTÉ GOUV. .... 12</p> <p>POSTE SANTÉ .... 13</p> <p>CENTRE DE PF GOUV. .... 14</p> <p>MATERNITÉ RURALE .... 15</p> <p>CASE DE SANTÉ .... 16</p> <p>PHARMACIE COMMUNAUTAIRE . 17</p> <p>STRAT. AVANCÉE/EQU. MOBILE 18</p> <p>AUTRE PUBLIC</p> <p>_____ 19</p> <p>(PRÉCISEZ)</p> <p><b>SECTEUR MÉDICAL PRIVÉ</b></p> <p>HÔPITAL/CLINIQUE/CABINET</p> <p>PRIVÉ ..... 21</p> <p>PHARMACIE ..... 22</p> <p>MÉDECIN PRIVÉ ..... 23</p> <p>DISPENSARE RELIG ..... 24</p> <p>..... 25</p> <p>AUTRE MEDICAL PRIVÉ</p> <p>_____ 26</p> <p>(PRÉCISEZ)</p> <p><b>AUTRE SOURCE</b></p> <p>BOUTIQUE ..... 31</p> <p>ÉGLISE ..... 32</p> <p>PARENTS/AMIS ..... 33</p> <p>BAR . ..... 34</p> <p>AUTRE _____ 96</p> <p>(PRÉCISEZ)</p> | <p>→ 718</p> |
| 716 | <p>Connaissez-vous un endroit où l'on peut se rendre pour faire un test du virus du sida ?</p>   | <p>OUI ..... 1</p> <p>NON ..... 2</p>  | <p>→ 718</p> |
| 717 | <p>Où est-ce ?</p> <p>Pas d'autre endroit ?</p> <p><b>INSISTEZ POUR DÉTERMINER LE TYPE D'ENDROIT.</b></p> <p><b>SI VOUS NE POUVEZ PAS DÉTERMINER SI L'ENDROIT EST DU SECTEUR PUBLIC OU PRIVÉ, INSCRIVEZ LE NOM DE L'ENDROIT.</b></p> <p>(NOM DE L'ENDROIT/<br/>NOM DES ENDROITS)</p> | <p><b>SECTEUR PUBLIC</b></p> <p>HÔPITAL GOUV. .... A</p> <p>CENTRE SANTÉ GOUV. .... B</p> <p>POSTE SANTÉ .... C</p> <p>CENTRE DE PF GOUV. .... D</p> <p>MATERNITÉ RURALE .... E</p> <p>CASE DE SANTÉ .... F</p> <p>PHARMACIE COMMUNAUTAIRE . G</p> <p>STRAT. AVANCÉE/EQU. MOBILE H</p> <p>AUTRE PUBLIC I</p> <p>_____</p> <p>(PRÉCISEZ)</p> <p><b>SECTEUR MÉDICAL PRIVÉ</b></p> <p>HÔPITAL/CLINIQUE/CABINET</p> <p>PRIVÉ ..... J</p> <p>PHARMACIE ..... K</p> <p>MÉDECIN PRIVÉ ..... L</p> <p>DISPENSARE RELIG ..... M</p> <p>AUTRE MEDICAL PRIVÉ N</p> <p>_____</p> <p>(PRÉCISEZ)</p> <p><b>AUTRE SOURCE</b></p> <p>BOUTIQUE ..... O</p> <p>ÉGLISE ..... P</p> <p>PARENTS/AMIS ..... Q</p> <p>BAR . ..... R</p> <p>AUTRE _____ X</p> <p>(PRÉCISEZ)</p>                                    |              |

| N°  | QUESTIONS ET FILTRES  | CODES  | PASSEZ À |
|-----|---|--|----------|
| 718 | Est-ce que vous achèteriez des légumes frais à un marchand ou à un vendeur si vous saviez que cette personne a le virus du sida ? | OUI ..... 1<br>NON..... 2<br>NE SAIT PAS ..... 8 |          |

| N°  | QUESTIONS ET FILTRES  | CODES  | PASSEZ À |
|-----|---|--|----------|
| 719 | Si un membre de votre famille contractait le virus du sida, souhaiteriez-vous que son état reste secret ou non ?  | OUI, RESTE SECRET ..... 1<br>NON ..... 2<br>NSP/PAS SÛR/CELA DÉPEND ..... 8  |          |
| 720 | Si un membre de votre famille tombait malade avec le sida, seriez-vous prête à prendre soin de lui/elle dans votre propre ménage ?  | OUI ..... 1<br>NON ..... 2<br>NSP/PAS SÛR/CELA DÉPEND ..... 8  |          |
| 721 | Si une enseignante a le virus du sida mais qu'elle n'est pas malade, est-ce que, à votre avis, elle devrait être autorisée à continuer à enseigner à l'école ?  | DEVRAIT ÊTRE AUTORISÉE ..... 1<br>NE DEVRAIT PAS ÊTRE AUTORISÉE ..... 2<br>NSP/PAS SÛR/CELA DÉPEND ..... 8   |          |
| 722 | Est-ce qu'on devrait éduquer les enfants de 12-14 ans sur l'utilisation de condoms pour éviter de contracter le sida ?  | OUI ..... 1<br>NON ..... 2<br>NSP/PAS SÛR/CELA DÉPEND ..... 8  |          |
| 723 | <div style="display: flex; justify-content: space-between;"> <div style="width: 45%;"> <p>VÉRIFIEZ 701 :</p> <p>A ENTENDU <input type="checkbox"/> PARLER DU SIDA</p> <p>Mis à part le sida, avez-vous entendu parler d'autres infections qui peuvent se transmettre par contact sexuel ?</p> </div> <div style="width: 45%; border-left: 1px dotted black; padding-left: 10px;"> <p>N'A PAS ENTENDU <input type="checkbox"/> PARLER DU SIDA</p> <p>Avez-vous entendu parler d'infections qui peuvent se transmettre par contact sexuel ?</p> </div> </div> | <div style="display: flex; justify-content: space-between;"> <div style="width: 45%;"> <p>OUI ..... 1<br/>NON ..... 2</p> </div> <div style="width: 45%; border-left: 1px dotted black; padding-left: 10px;"> <p>OUI ..... 1<br/>NON ..... 2</p> </div> </div> |          |
| 724 | <div style="display: flex; justify-content: space-between;"> <div style="width: 45%;"> <p>VÉRIFIEZ 414 :</p> <p>A EU DES RAPPORTS <input type="checkbox"/> SEXUELS</p> </div> <div style="width: 45%; border-left: 1px dotted black; padding-left: 10px;"> <p>N'A PAS EU DE <input type="checkbox"/> RAPPORTS SEXUELS</p> </div> </div>   |  | → 732    |
| 725 | <p>VÉRIFIEZ 723 : A ENTENDU PARLER D'AUTRES INFECTIONS SEXUELLEMENT TRANSMISSIBLES ?</p> <p>OUI <input type="checkbox"/> NON <input type="checkbox"/></p>   |  | → 727    |
| 726 | J'aimerais maintenant vous poser quelques questions sur votre santé au cours des 12 derniers mois. Durant les 12 derniers mois, avez-vous eu une maladie que vous avez contractée par contact sexuel ?  | OUI ..... 1<br>NON ..... 2<br>NE SAIT PAS ..... 8  |          |
| 727 | Il arrive parfois que les hommes aient un écoulement du pénis qui n'est pas normal. Au cours des 12 derniers mois, avez-vous eu un écoulement du pénis ?  | OUI ..... 1<br>NON ..... 2<br>NE SAIT PAS ..... 8  |          |
| 728 | Il arrive parfois que les hommes aient une plaie ou un ulcère dans la zone du pénis. Au cours des 12 derniers mois, avez-vous eu une plaie ou un ulcère dans la zone du pénis ?   | OUI ..... 1<br>NON ..... 2<br>NE SAIT PAS ..... 8  |          |
| 729 | <div style="display: flex; justify-content: space-between;"> <div style="width: 45%;"> <p>VÉRIFIEZ 726, 727, ET 728 :</p> <p>A EU UNE <input type="checkbox"/> INFECTION (AU MOINS UN 'OUI')</p> </div> <div style="width: 45%; border-left: 1px dotted black; padding-left: 10px;"> <p>N'A PAS EU <input type="checkbox"/> D'INFECTION OU NE SAIT PAS</p> </div> </div>  |  | → 732    |
| 730 | La dernière fois que vous avez eu (PROBLEME DÉCLARÉ À 726/727/728), avez-vous recherché des conseils ou un traitement ?   | OUI ..... 1<br>NON ..... 2   | → 732    |

| N°  | QUESTIONS ET FILTRES  | CODES   | PASSEZ À |
|-----|---|---|----------|
| 731 | <p>Où êtes-vous allé ?</p> <p>Un autre endroit ?</p> <p><b>INSISTEZ POUR DÉTERMINER LE TYPE D'ENDROIT.</b></p> <p><b>SI VOUS NE POUVEZ DÉTERMINER SI L'ENDROIT EST DU SECTEUR PUBLIC OU PRIVÉ, INSCRIVEZ LE NOM DE L'ENDROIT.</b></p> <hr/> <p>(NOM DE L'ENDROIT/<br/>NOM DES ENDROITS)</p> | <p><b>SECTEUR PUBLIC</b></p> <p>HÔPITAL GOUV. .... A</p> <p>CENTRE SANTÉ GOUV. .... B</p> <p>POSTE SANTÉ .... C</p> <p>CENTRE DE PF GOUV. .... D</p> <p>MATERNITÉ RURALE .... E</p> <p>CASE DE SANTÉ .... F</p> <p>PHARMACIE COMMUNAUTAIRE . G</p> <p>STRAT. AVANCÉE/EQU. MOBILE H</p> <p>AUTRE PUBLIC I</p> <hr/> <p>(PRÉCISEZ)</p> <p><b>SECTEUR MÉDICAL PRIVÉ</b></p> <p>HÔPITAL/CLINIQUE/CABINET</p> <p>PRIVÉ ..... J</p> <p>PHARMACIE ..... K</p> <p>MÉDECIN PRIVÉ ..... L</p> <p>DISPENSARE RELIG ..... M</p> <p>AUTRE MEDICAL PRIVÉ N</p> <hr/> <p>(PRÉCISEZ)</p> <p><b>AUTRE SOURCE</b></p> <p>BOUTIQUE ..... O</p> <p>ÉGLISE ..... P</p> <p>PARENTS/AMIS ..... Q</p> <p>BAR . ..... R</p> <p>AUTRE ..... X</p> <hr/> <p>(PRÉCISEZ)</p> |          |
| 732 | <p>Si une femme sait que son mari est atteint d'une maladie qu'elle peut contracter au cours de rapports sexuels, pensez-vous qu'il est justifié qu'elle lui demande qu'ils utilisent des condoms quand ils ont des rapports sexuels ?</p>  | <p>OUI ..... 1</p> <p>NON..... 2</p> <p>NE SAIT PAS ..... 8</p>   |          |
| 733 | <p>Est-ce que vous pensez qu'il est justifié qu'une femme refuse d'avoir des rapports sexuels avec son mari quand elle sait qu'il a des relations sexuelles avec d'autres femmes ?</p>  | <p>OUI ..... 1</p> <p>NON..... 2</p> <p>NE SAIT PAS ..... 8</p>   |          |

SECTION 8. AUTRES PROBLÈMES DE SANTÉ

| N°  | QUESTIONS ET FILTRES   | CODES   | PASSEZ À |
|-----|--|---|----------|
| 805 | <p>Je voudrais maintenant vous poser d'autres questions concernant des problèmes de santé. Au cours des 12 derniers mois, vous a-t-on fait une injection pour une raison quelconque ?</p> <p>SI OUI : Combien d'injections avez-vous eu ?</p> <p>SI LE NOMBRE D'INJECTIONS EST 90 OU PLUS, OU SI LES INJECTIONS ÉTAIENT QUOTIDIENNES PENDANT 3 MOIS OU PLUS, INSCRIVEZ '90'.</p> <p>SI LA RÉPONSE EST NON-NUMÉRIQUE, INSISTEZ POUR OBTENIR UNE ESTIMATION.</p> | <p>NOMBRE D'INJECTIONS ... <input type="text"/> <input type="text"/></p> <p>AUCUNE ..... 00</p> | → 808    |
| 806 | <p>Parmi ces injections, combien ont été effectuées par un médecin, une infirmière, un pharmacien, un dentiste ou un autre prestataire de santé ?</p> <p>SI LE NOMBRE D'INJECTIONS EST 90 OU PLUS, OU SI LES INJECTIONS ÉTAIENT QUOTIDIENNES PENDANT 3 MOIS OU PLUS, ENREGISTREZ '90'.</p> <p>SI LA RÉPONSE EST NON-NUMÉRIQUE, INSISTEZ POUR OBTENIR UNE ESTIMATION.</p>   | <p>NOMBRE D'INJECTIONS ... <input type="text"/> <input type="text"/></p> <p>AUCUNE ..... 00</p> | → 808    |
| 807 | La dernière fois que vous avez eu une injection effectuée par un prestataire de santé, est-ce qu'il/elle a pris la seringue et l'aiguille d'un emballage neuf qui n'avait pas été ouvert ?   | <p>OUI ..... 1</p> <p>NON ..... 2</p> <p>NE SAIT PAS ..... 8</p>                                |          |
| 808 | Fumez-vous actuellement des cigarettes ?   | <p>OUI ..... 1</p> <p>NON ..... 2</p>   | → 810    |
| 809 | Au cours des dernières 24 heures, combien de cigarettes avez-vous fumé ?   | <p>NOMBRE DE CIGARETTES ..... <input type="text"/> <input type="text"/></p>                     |          |
| 810 | Actuellement, est-ce que vous fumez ou est-ce que vous utilisez un autre type de tabac ?   | <p>OUI ..... 1</p> <p>NON ..... 2</p>   | → 812    |

| N°   | QUESTIONS ET FILTRES  | CODES  | PASSEZ À   |  |  |  |  |
|------|---|--|--|--|--|--|--|
| 811  | Quel (autre) type de tabac fumez-vous ou utilisez-vous ?<br><br>ENREGISTREZ TOUT CE QUI EST MENTIONNÉ   | PIPE ..... A<br>TABAC À MÂCHER ..... B<br>TABAC À PRISER ..... C<br><br>AUTRE ..... X<br>(PRÉCISEZ)  |  |  |  |  |  |
| 812  | Êtes-vous couvert par une assurance médicale ?  | OUI ..... 1<br>NON ..... 2   | → 813A   |  |  |  |  |
| 813  | Par quels types d'assurance êtes-vous couverte ?<br><br>ENREGISTREZ TOUT CE QUI EST MENTIONNÉ   | ASSURANCE MUTUELLE/<br>ASSURANCE SANTÉ<br>COMMUNAUTAIRE ..... A<br>ASSURANCE SANTÉ PAR<br>L'EMPLOYEUR ..... B<br>SÉCURITÉ SOCIALE ..... C<br>AUTRE ASSURANCE PRIVÉE<br>COMMERCIALE ..... D<br>IMPUTATION BUDGETAIRE ..... E<br>AUTRE ..... X<br>(PRÉCISEZ) |  |  |  |  |  |
| 813A | Souffrez-vous d'une quelconque des maladies suivantes :<br>diabète<br>hypertension artérielle/AVC<br>maladies cardiaques<br>insuffisance rénale<br>cancer<br>paralysie<br>asthme/bronchite chronique<br><br>ENREGISTREZ TOUT CE QUI EST MENTIONNÉ | AUCUNE ..... A<br>DIABETE ..... B<br>HYPERTENSION ARTERIEI ..... C<br>MALADIES CARDIAQUES ..... D<br>INSUFFISANCE RENALE ..... E<br>CANCER ..... F<br>PARALYSIE ..... G<br>ASTHME/BRONCHITE CHRONIQUE ..... H<br>AUTRE ..... X<br>(PRÉCISEZ)               | → 814  |  |  |  |  |
| 813B | Un diagnostic de cette/ces maladie/s a-t-il été fait par un personnel médical ?   | OUI ..... 1<br>NON ..... 2<br>NE SAIT PAS ..... 8  |  |  |  |  |  |
| 813C | A quel(s) type(s) de traitement avez-vous recours pour cette(ces) maladie(s) ?<br><br>ENREGISTREZ TOUT CE QUI EST MENTIONNÉ.  | Traitement médical prescrit ..... A<br>Traitement médical automédication ..... B<br>Traitement traditionnel ..... C<br>Aucun traitement ..... D<br>AUTRE ..... X<br>(PRÉCISEZ)   |  |  |  |  |  |
| 814  | ENREGISTREZ L'HEURE.  | HEURE .....<br>MINUTES .....   | <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> <tr> <td style="width: 20px; height: 20px;"></td> <td style="width: 20px; height: 20px;"></td> </tr> </table> |  |  |  |  |
|      |   |  |  |  |  |  |  |
|      |   |  |  |  |  |  |  |

OBSERVATIONS DE L'ENQUÊTEUR

À REMPLIR APRÈS AVOIR TERMINÉ L'INTERVIEW

COMMENTAIRES CONCERNANT L'ENQUÊTE :

---

---

---

---

---

COMMENTAIRES SUR DES QUESTIONS PARTICULIÈRES :

---

---

---

---

AUTRES COMMENTAIRES :

---

---

---

---

OBSERVATION DU CHEF D'ÉQUIPE

---

---

---

---

---

---

NOM DU CHEF D'ÉQUIPE : \_\_\_\_\_ DATE: \_\_\_\_\_

OBSERVATION DU CONTRÔLEUR

---

---

---

---

NOM DU CONTRÔLEUR : \_\_\_\_\_ DATE: \_\_\_\_\_