

REPUBLIQUE GABONAISE
DIRECTION GENERALE DE LA STATISTIQUE
ENQUETE DEMOGRAPHIQUE ET DE SANTE
QUESTIONNAIRE FEMME

IDENTIFICATION													
NOM DE LA PROVINCE _____	<table border="1" style="width: 100%; height: 100%; border-collapse: collapse;"> <tr><td> </td><td> </td><td> </td></tr> <tr><td> </td><td> </td><td> </td></tr> <tr><td> </td><td> </td><td> </td></tr> <tr><td> </td><td> </td><td> </td></tr> </table>												
NOM DE LA LOCALITÉ _____													
NOM DU CHEF DE MÉNAGE _____													
NUMÉRO DE GRAPPE.....													
NUMÉRO DE STRUCTURE.....													
NUMÉRO DU MÉNAGE													
NOM ET NUMÉRO DE LIGNE DE LA FEMME _____													

VERIFIEZ LE QUESTIONNAIRE MÉNAGE (Q.300): FEMME SÉLECTIONNÉE POUR LE MODULE DE VIOLENCE DOMESTIQUE: OUI = 1; NON =	<input type="checkbox"/>
---	--------------------------

VISITES D'ENQUÊTRICE												
	1	2	3	VISITE FINALE								
DATE	_____	_____	_____	JOUR <table border="1" style="width: 100%; height: 100%; border-collapse: collapse;"><tr><td> </td><td> </td><td> </td></tr><tr><td> </td><td> </td><td> </td></tr></table>								
NOM DE L'ENQUÊTRICE	_____	_____	_____	MOIS <table border="1" style="width: 100%; height: 100%; border-collapse: collapse;"><tr><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td></tr><tr><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td></tr></table>								
RÉSULTAT*	_____	_____	_____	ANNÉE <table border="1" style="width: 100%; height: 100%; border-collapse: collapse;"><tr><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td></tr><tr><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td></tr></table>								
PROCHAINE DATE VISITE : HEURE	_____	_____		N° ENQUÊT. <table border="1" style="width: 100%; height: 100%; border-collapse: collapse;"><tr><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td></tr><tr><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td></tr></table>								
				RÉSULTAT <table border="1" style="width: 100%; height: 100%; border-collapse: collapse;"><tr><td> </td><td> </td><td> </td></tr><tr><td> </td><td> </td><td> </td></tr></table>								
				NOMBRE TOTAL DE VISITES <input style="width: 30px; height: 20px;" type="text"/>								

* CODES RÉSULTAT :

1 REMPLI	4 REFUSÉ	
2 PAS À LA MAISON	5 PARTIELLEMENT REMPLI	7 AUTRE _____
3 DIFFÉRÉ	6 INCAPACITÉ	(PRÉCISEZ)

CHEF D'ÉQUIPE	CONTRÔLEUSE	CONTRÔLE BUREAU	SAISI PAR
NOM _____ <table border="1" style="width: 30px; height: 20px; display: inline-table;"></table>	NOM _____ <table border="1" style="width: 30px; height: 20px; display: inline-table;"></table>	<table border="1" style="width: 30px; height: 20px; display: inline-table;"></table>	<table border="1" style="width: 30px; height: 20px; display: inline-table;"></table>

SECTION 1. CARACTÉRISTIQUES SOCIODÉMOGRAPHIQUES DE L'ENQUÊTÉE

PRÉSENTATION ET CONSENTEMENT INFORMÉ

CONSENTEMENT INFORMÉ

Bonjour. Je m'appelle _____ et je travaille pour l'Enquête Démographique et de Santé, commanditée par le Gouvernement et ses partenaires. Nous effectuons une enquête nationale sur la santé au Gabon. Les informations que nous collectons aideront le gouvernement à améliorer les services de santé. Votre ménage a été sélectionné pour cette enquête. Les questions prennent habituellement entre 45 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'ENQUÊTRICE : _____ DATE: _____

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



N°	QUESTIONS ET FILTRES	CODES	PASSEZ À
101	ENREGISTREZ L'HEURE.	HEURE <input style="width: 20px; height: 20px;" type="text"/> <input style="width: 20px; height: 20px;" type="text"/> MINUTES <input style="width: 20px; height: 20px;" type="text"/> <input style="width: 20px; height: 20px;" type="text"/>	
102	En quel mois et en quelle année êtes-vous née ?	MOIS <input style="width: 20px; height: 20px;" type="text"/> <input style="width: 20px; height: 20px;" type="text"/> NE CONNAÎT PAS LE MOIS 98 ANNÉE <input style="width: 20px; height: 20px;" type="text"/> <input style="width: 20px; height: 20px;" type="text"/> <input style="width: 20px; height: 20px;" type="text"/> <input style="width: 20px; height: 20px;" type="text"/> NE CONNAÎT PAS L'ANNÉE 9998	
103	Quel âge aviez-vous à votre dernier anniversaire ? COMPAREZ ET CORRIGEZ 102 ET/OU 103 SI INCOHÉRENT.	ÂGE EN ANNÉES RÉVOLUES <input style="width: 20px; height: 20px;" type="text"/> <input style="width: 20px; height: 20px;" type="text"/>	
104	Êtes-vous allée à l'école ?	OUI 1 NON 2	→ 108
105	Quel est le plus haut niveau d'études que vous avez atteint : primaire, secondaire premier cycle, secondaire second cycle ou supérieur ?	PRIMAIRE 1 SECONDAIRE 1er CYCLE/ COLLÈGE ENSEIGN. TECHNIQUE 2 SECONDAIRE 2nd CYCLE/ LYCÉE ENSEIGN. TECHNIQUE .. 3 SUPÉRIEUR 4	
106	Quel est (l'année/classe) la plus élevée que vous avez achevée à ce niveau ? SI MOINS D'UNE ANNÉE A ÉTÉ ACHEVÉE À CE NIVEAU, INSCRIVEZ '0'.	CLASSE/ANNÉE <input style="width: 20px; height: 20px;" type="text"/>	

CODES POUR Q. 106

NIVEAU	PRIMAIRE	SECONDAIRE 1er CYCLE/ COLLÈGE ENSEIGN. TECHNIQUE	SECONDAIRE 2nd CYCLE/ LYCÉE ENSEIGN.	4 = SUPÉRIEUR
	0= MOINS D'1 AN ACHEVÉ			
CLASSE	1= 1ère an./CP1 2= 2è an./CP2 3= 3è an./CE1 4= 4è an./CE2 5= 5è an./CM1 6= 6è an./CM2	1= 6è / 1è An. 2= 5è / 2è An. 3= 4è / 3è An. 4= 3è / 4è An.	1= 2nde / 1è An. 2= 1ère / 2è An. 3= Terminale / 3è An	1= 1è an.. 2= 2è an. 3= 3è an. ou +

N°	QUESTIONS ET FILTRES	CODES	PASSEZ A	
106A	VÉRIFIEZ 103: 24 ANS OU <input type="checkbox"/> MOINS ↓ 25 ANS OU <input type="checkbox"/> PLUS		→ 107	
106B	Est-ce que vous allez toujours à l'école ?	OUI 1 NON 2	→ 107	
106C	Quelle est la raison principale pour laquelle vous avez arrêté d'aller à l'école ?	S'EST MARIÉE 01 TOMBÉE ENCEINTE 02 GARDE ENFANTS PLUS JEUNES ... 03 FAMILLE AVAIT BESOIN AIDE AU TRAVAIL 05 POUVAIT PAS PAYER ÉTUDE 06 DEVAIT GAGNER DE L'ARGENT 07 SUFFISAMMENT SCOLARISÉE 08 N'AIMAIT PAS ÉCOLE 09 ÉCOLE INACCESSIBLE/TROP LOIN... 10 RAISONS DE SANTÉ 11 AUTRE 96 (PRÉCISEZ) NE SAIT 98		
107	VÉRIFIEZ 105: PRIMAIRE <input type="checkbox"/> ↓ SECONDAIRE OU SUPÉRIEUR <input type="checkbox"/>		→ 110	
108	Je voudrais maintenant que vous me lisiez cette phrase. MONTREZ LA CARTE À L'ENQUÊTÉE. SI L'ENQUÊTÉE NE PEUT LIRE TOUTE LA PHRASE, INSISTEZ: Pouvez-vous lire une partie de la phrase ?	NE PEUT PAS LIRE DU TOUT 1 PEUT SEULEMENT LIRE DES PARTIES DE LA PHRASE 2 PEUT LIRE TOUTE LA PHRASE 3 PAS DE CARTE DANS LA LANGUE DE L'ENQUÊTÉE 4 (PRÉCISEZ LA LANGUE) AVEUGLE/PROBLÈMES DE VUE..... 5		
109	VÉRIFIEZ 108: CODE '2', '3' <input type="checkbox"/> OU '4' <input type="checkbox"/> ENCERCLÉ ↓ CODE '1' OU '5' <input type="checkbox"/> ENCERCLÉ		→ 111	
110	Lisez-vous un journal ou un magazine pratiquement chaque jour, au moins une fois par semaine, moins d'une fois par semaine ou pas du tout ?	PRATIQUEMENT CHAQUE JOUR ... 1 AU MOINS UNE FOIS PAR SEMAINE 2 MOINS D'UNE FOIS PAR SEMAINE ... 3 PAS DU TOUT 4		
111	Écoutez-vous la radio pratiquement chaque jour, au moins une fois par semaine, moins d'une fois par semaine ou pas du tout ?	PRATIQUEMENT CHAQUE JOUR ... 1 AU MOINS UNE FOIS PAR SEMAINE 2 MOINS D'UNE FOIS PAR SEMAINE ... 3 PAS DU TOUT 4		
112	Regardez-vous la télévision pratiquement chaque jour, au moins une fois par semaine, moins d'une fois par semaine ou pas du tout ?	PRATIQUEMENT CHAQUE JOUR ... 1 AU MOINS UNE FOIS PAR SEMAINE 2 MOINS D'UNE FOIS PAR SEMAINE ... 3 PAS DU TOUT 4		

N°	QUESTIONS ET FILTRES	CODES	PASSEZ A
113	Quelle est votre religion?	CATHOLIQUE 1 PROTESTANTE 2 AUTRE REL. CHRÉTIENNE 3 MUSULMANE 4 ANIMISTE 5 AUTRE 6 SANS RELIGION 7	
114	Quelle est votre nationalité ?	GABONAISE 01 CAMEROUNAISE 02 CONGOLAISE (BRAZZA.) 03 CONGOLAISE (KINSHA.) 04 ÉQUATO-GUINÉENNE 05 BÉNINOISE 06 MALIENNE 07 NIGÉRIANE 08 SÉNÉGALAISE 09 TOGOLAISE 10 AUTRE AFRIQUE 11 FRANÇAISE 12 LIBANAISE 13 AUTRE 16	→ 115
114A	Etes-vous Gabonaise d'origine ?	OUI 1 NON 2	→ 115
114B	Quelle est votre ethnie ?	FANG 01 KOTA-KELE 02 MBEDE-TEKE 03 MYENE 04 NZABI-DUMA 05 OKANDE-TSOGHO 06 SHIRA-PUNU/VILI 07 PYGMEE 08 AUTRE 96	
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"/> 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 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 NON 2	→ 206								
202	Avez-vous des fils ou des filles à qui vous avez donné naissance et qui vivent actuellement avec vous ?	OUI 1 NON 2	→ 204								
203	Combien de fils vivent avec vous ? Et combien de filles vivent avec vous ? 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> 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 à qui vous avez donné naissance qui sont toujours en vie mais qui ne vivent pas avec vous ?	OUI 1 NON 2	→ 206								
205	Combien de fils sont vivants mais qui ne vivent pas avec vous ? Combien de filles sont vivantes mais qui ne vivent pas avec vous ? 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> FILLES AILLEURS <table border="1" style="display: inline-table; vertical-align: middle;"><tr><td> </td><td> </td></tr><tr><td> </td><td> </td></tr></table>									
206	Avez-vous déjà donné naissance à un garçon ou à une fille qui est né vivant mais qui est décédé par la suite ? SI NON INSISTEZ : Aucun bébé qui a crié ou montré un signe de vie mais qui n'a pas survécu ?	OUI 1 NON 2	→ 208								
207	Combien de garçons sont décédés ? Combien de filles sont décédés ? 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> 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. SI AUCUNE, INSCRIVEZ '00'.	TOTAL DES NAISSANCES <table border="1" style="display: inline-table; vertical-align: middle;"><tr><td> </td><td> </td></tr></table>									
209	VÉRIFIEZ 208: Je voudrais être sûre d'avoir bien compris : vous avez eu au TOTAL _____ naissances durant votre vie. Est-ce bien exact ? OUI <input type="checkbox"/> NON <input type="checkbox"/> → INSISTEZ ET CORRIGEZ 201 À 208 COMME IL SE DOIT										
210	VÉRIFIEZ 208: UNE NAISSANCE OU PLUS <input type="checkbox"/> AUCUNE <input type="checkbox"/> →		→ 226								

211 Je voudrais maintenant faire la liste de toutes vos naissances, qu'elles soient encore en vie ou non, en commençant par la 1^{re}.
INSCRIVEZ LE NOM DE TOUTES LES NAISSANCES À 212. INSCRIVEZ LES JUMEAUX/TRIPLÉS SUR DES LIGNES SÉPARÉES.
 (S'IL Y A PLUS DE 12 NAISSANCES, UTILISEZ UN QUESTIONNAIRE SUPPLÉMENTAIRE, EN COMMENÇANT À LA SECONDE LIGNE).

212	213	214	215	216	217	218	219	220	221
Quel nom a été donné à votre (premier enfant/ enfant suivant) ? INSCRIVEZ LE NOM. 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 (NOM) est-il/elle né ? INSISTEZ : Quelle est sa date de naissance ?	(NOM) est-il/elle encore en vie ?	Quel âge avait (NOM) à son dernier anniversaire ? INSCRIVEZ L'ÂGE EN ANNÉES RÉVOLUES.	(NOM) vit-il/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 ? 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 ?
01	GAR. 1 FILLE 2	SIMP. 1 MULT. 2	MOIS <input type="text"/> <input type="text"/> ANNÉE <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>	OUI 1 NON 2 ↓ 220	ÂGE EN ANNÉES <input type="text"/> <input type="text"/>	OUI .. 1 NON 2	N° LIGNE DE MÉNAGE <input type="text"/> <input type="text"/> ↓ (NAISSANCE SUIVANTE)	JOURS 1 <input type="text"/> <input type="text"/> MOIS 2 <input type="text"/> <input type="text"/> ANNÉES 3 <input type="text"/> <input type="text"/>	
02	GAR. 1 FILLE 2	SIMP. 1 MULT. 2	MOIS <input type="text"/> <input type="text"/> ANNÉE <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>	OUI 1 NON 2 ↓ 220	ÂGE EN ANNÉES <input type="text"/> <input type="text"/>	OUI .. 1 NON 2	N° LIGNE DE MÉNAGE <input type="text"/> <input type="text"/> ↓ (ALLEZ À 221)	JOURS 1 <input type="text"/> <input type="text"/> MOIS 2 <input type="text"/> <input type="text"/> ANNÉES 3 <input type="text"/> <input type="text"/>	OUI 1 AJOUTEZ ↙ NAISS. NON 2 NAISS. ↙ SUIVANTE
03	GAR. 1 FILLE 2	SIMP. 1 MULT. 2	MOIS <input type="text"/> <input type="text"/> ANNÉE <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>	OUI 1 NON 2 ↓ 220	ÂGE EN ANNÉES <input type="text"/> <input type="text"/>	OUI .. 1 NON 2	N° LIGNE DE MÉNAGE <input type="text"/> <input type="text"/> ↓ (ALLEZ À 221)	JOURS 1 <input type="text"/> <input type="text"/> MOIS 2 <input type="text"/> <input type="text"/> ANNÉES 3 <input type="text"/> <input type="text"/>	OUI 1 AJOUTEZ ↙ NAISS. NON 2 NAISS. ↙ SUIVANTE
04	GAR. 1 FILLE 2	SIMP. 1 MULT. 2	MOIS <input type="text"/> <input type="text"/> ANNÉE <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>	OUI 1 NON 2 ↓ 220	ÂGE EN ANNÉES <input type="text"/> <input type="text"/>	OUI .. 1 NON 2	N° LIGNE DE MÉNAGE <input type="text"/> <input type="text"/> ↓ (ALLEZ À 221)	JOURS 1 <input type="text"/> <input type="text"/> MOIS 2 <input type="text"/> <input type="text"/> ANNÉES 3 <input type="text"/> <input type="text"/>	OUI 1 AJOUTEZ ↙ NAISS. NON 2 NAISS. ↙ SUIVANTE
05	GAR. 1 FILLE 2	SIMP. 1 MULT. 2	MOIS <input type="text"/> <input type="text"/> ANNÉE <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>	OUI 1 NON 2 ↓ 220	ÂGE EN ANNÉES <input type="text"/> <input type="text"/>	OUI .. 1 NON 2	N° LIGNE DE MÉNAGE <input type="text"/> <input type="text"/> ↓ (ALLEZ À 221)	JOURS 1 <input type="text"/> <input type="text"/> MOIS 2 <input type="text"/> <input type="text"/> ANNÉES 3 <input type="text"/> <input type="text"/>	OUI 1 AJOUTEZ ↙ NAISS. NON 2 NAISS. ↙ SUIVANTE
06	GAR. 1 FILLE 2	SIMP. 1 MULT. 2	MOIS <input type="text"/> <input type="text"/> ANNÉE <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>	OUI 1 NON 2 ↓ 220	ÂGE EN ANNÉES <input type="text"/> <input type="text"/>	OUI .. 1 NON 2	N° LIGNE DE MÉNAGE <input type="text"/> <input type="text"/> ↓ (ALLEZ À 221)	JOURS 1 <input type="text"/> <input type="text"/> MOIS 2 <input type="text"/> <input type="text"/> ANNÉES 3 <input type="text"/> <input type="text"/>	OUI 1 AJOUTEZ ↙ NAISS. NON 2 NAISS. ↙ SUIVANTE
07	GAR. 1 FILLE 2	SIMP. 1 MULT. 2	MOIS <input type="text"/> <input type="text"/> ANNÉE <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>	OUI 1 NON 2 ↓ 220	ÂGE EN ANNÉES <input type="text"/> <input type="text"/>	OUI .. 1 NON 2	N° LIGNE DE MÉNAGE <input type="text"/> <input type="text"/> ↓ (ALLEZ À 221)	JOURS 1 <input type="text"/> <input type="text"/> MOIS 2 <input type="text"/> <input type="text"/> ANNÉES 3 <input type="text"/> <input type="text"/>	OUI 1 AJOUTEZ ↙ NAISS. NON 2 NAISS. ↙ SUIVANTE

212	213	214	215	216	217	218	219	220	221	
Quel nom a été donné à votre enfant suivant ? INSCRIVEZ LE NOM. N° DE L'HISTORIQUE DES NAISSANCES	(NOM) est-il un garçon ou une fille ? GAR. 1 FILLE 2	Parmi ces naissances, y avait-il des jumeaux ? SIMP. 1 MULT. 2	En quel mois et quelle année est né (NOM) ? INSISTEZ : Quelle est sa date de naissance ? MOIS <input type="text"/> <input type="text"/> ANNÉE <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>	(NOM) est-il/elle encore en vie ? OUI 1 NON 2 ↓ 220	Quel âge avait (NOM) à son dernier anniversaire ? INSCRIVEZ L'ÂGE EN ANNÉES RÉVOLUTIONNÉES. ÂGE EN ANNÉES <input type="text"/> <input type="text"/>	(NOM) vit-il/elle avec vous ? OUI .. 1 NON 2	INSCRIVEZ LE N° DE LIGNE DE L'ENFANT DU TABLEAU MÉNAGE. (INSCRIVEZ 00' SI L'ENFANT N'EST PAS LISTÉ DANS LE MÉNAGE). N° LIGNE DE MÉNAGE <input type="text"/> <input type="text"/> ↓ (ALLEZ À 221)	Quel âge avait (NOM) quand il/elle est décédé ? 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. JOURS 1 <input type="text"/> <input type="text"/> MOIS 2 <input type="text"/> <input type="text"/> ANNÉES 3 <input type="text"/> <input type="text"/>	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 ? OUI 1 AJOUTEZ ↙ NAISS. NON 2 NAISS. ↙ SUIVANTE	
08										
09										
10										
11										
12										
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 NON 2 -				
223	COMPAREZ 208 AVEC LE NOMBRE DE NAISSANCES ENREGISTRÉES DANS LE TABLEAU CI-DESSUS ET COCHEZ : NOMBRES SONT ÉGAUX <input type="checkbox"/> NOMBRES SONT DIFFÉRENTS <input type="checkbox"/> → (INSISTEZ ET CORRIGEZ)									
224	VÉRIFIEZ 215 : INSCRIVEZ LE NOMBRE DE NAISSANCES EN 2007 OU PLUS TARD.					NOMBRE DE NAISSANCES <input type="text"/> AUCUNE 0				

N°	QUESTIONS ET FILTRES	CODES	PASSEZ À
226	Êtes-vous actuellement enceinte ?	OUI 1 NON 2 PAS SÛRE 8	<input type="checkbox"/> → 230
227	Depuis combien de mois êtes-vous enceinte ? ENREGISTREZ LE NOMBRE DE MOIS RÉVOLUS.	MOIS <input type="text"/> <input type="text"/>	
228	Quand vous êtes tombée enceinte, vouliez-vous être enceinte à ce moment-là ?	OUI 1 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 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 NON 2	→ 253
231	Combien de grossesses de ce genre avez-vous eu au cours de votre vie ?	TOTAL DE GROSSESSES DE CE GENRE <input type="text"/> <input type="text"/>	
231A	VÉRIFIEZ LA PRÉSENCE D'AUTRES PERSONNES. AVANT DE CONTINUER, FAITES TOUT VOTRE POSSIBLE POUR VOUS TROUVER EN PRIVÉ.		
232	VÉRIFIER 231 : UNE SEULE GROSSESSE <input type="checkbox"/> ↓ Est-ce que cette grossesse s'est terminée par un avortement provoqué, une fausse couche ou un mort-né ? PLUSIEURS GROSSESSES <input type="checkbox"/> ↓ Parmi ces grossesses, combien se sont terminées par un avortement provoqué, par une fausse couche et/ou par un mort né ?	AVORTEMENT PROVOQUÉ . <input type="text"/> <input type="text"/> FAUSSE COUCHE <input type="text"/> <input type="text"/> MORT-NÉ <input type="text"/> <input type="text"/>	
233	VÉRIFIEZ 232 : AU MOINS UN AVORTEMENT PROVOQUÉ <input type="checkbox"/> ↓ AUCUN AVORTEMENT PROVOQUÉ <input type="checkbox"/>		→ 253
234	VÉRIFIER 232 : UN SEUL AVORTEMENT <input type="checkbox"/> ↓ Quel âge aviez-vous lorsque vous avez eu votre gros-sesse qui s'est terminée par un avortement provoqué ? PLUSIEURS AVORTEMENTS <input type="checkbox"/> ↓ Quel âge aviez-vous lorsque vous avez eu votre première grossesse qui s'est terminée par un avortement provoqué ?	AGE EN ANNÉES RÉVOLUES <input type="text"/> <input type="text"/>	
235	VÉRIFIER 232 : UN SEUL AVORTEMENT <input type="checkbox"/> ↓ Quand cet avortement provoqué a-t-il eu lieu ? PLUSIEURS AVORTEMENTS <input type="checkbox"/> ↓ Quand le dernier avortement provoqué a-t-il eu lieu ?	MOIS <input type="text"/> <input type="text"/> ANNÉE..... <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>	
236	VÉRIFIEZ 235 : DERNIER AVORTEMENT EN JAN. 2007 OU PLUS TARD <input type="checkbox"/> ↓ DERNIER AVORTEMENT AVANT JAN. 2007 <input type="checkbox"/>		→ 251

N°	QUESTIONS ET FILTRES	CODES	PASSEZ À
237	<p>VÉRIFIER 232 :</p> <p>UN SEUL AVORTEMENT <input type="checkbox"/></p> <p>De combien de mois étiez-vous enceinte quand votre avortement a eu lieu ?</p> <p>PLUSIEURS AVORTEMENTS <input type="checkbox"/></p> <p>Nous allons maintenant parlé de votre dernier avortement. De combien de mois étiez-vous enceinte quand votre dernier avortement a eu lieu?</p>	<p>MOIS <input type="text"/> <input type="text"/></p>	
238	<p>Avez-vous décidé, vous-même, de faire cet avortement, ou avez-vous été poussée ou forcée par quelqu'un d'autre à faire cet (ce dernier) avortement?</p>	<p>A DÉCIDÉ ELLE-MÊME 1</p> <p>QUELQU'UN AUTRE 2</p>	→ 240
239	<p>Qui vous a poussée ou forcée à faire cet (ce dernier) avortement?</p>	<p>PROFESSIONNEL DE SANTÉ 1</p> <p>LE PÈRE 2</p> <p>LA MÈRE 3</p> <p>LE MARI/PARTENAIRE 4</p> <p>AMI(E)S 5</p> <p>AUTRE 6</p> <p>(PRÉCISEZ)</p>	
240	<p>Pour quelle raison principale avez-vous décidé de mettre fin à cette grossesse?</p>	<p>PROBLÈMES DE SANTÉ 01</p> <p>TROP JEUNE POUR AVOIR ENFANT 02</p> <p>TROP ÂGÉE POUR AVOIR ENFANT 03</p> <p>DÉJÀ TROP D'ENFANTS 04</p> <p>NAISS. TROP RAPPROCHÉES ... 05</p> <p>PEUR DES PARENTS 06</p> <p>MARI/PARTENAIRE NE VOULAIT PAS L'ENFANT 07</p> <p>POUR POURSUIVRE SCOLARITÉ .. 08</p> <p>POUR CONTINUER DE TRAVAILLER 09</p> <p>DIFFICULTÉS ÉCONOMIQUES/ MANQUE D'ARGENT 10</p> <p>AUTRE 96</p> <p>(PRÉCISEZ)</p>	
241	<p>Pouvez-vous me dire quels moyens ou quelles procédures ont été utilisés pour interrompre cette grossesse?</p>	<p>DILATATION & CURETAGE A</p> <p>ASPIRATION B</p> <p>SONDE C</p> <p>INJECTIONS D</p> <p>COMPRIMÉS E</p> <p>PLANTES/DÉCOCTIONS F</p> <p>AUTRE X</p> <p>(PRÉCISEZ)</p> <p>NE SAIT PAS Z</p>	

N°	QUESTIONS ET FILTRES	CODES	PASSEZ A
242	Où a eu lieu cet (ce dernier) avortement?	SECTEUR PUBLIC HÔPITAL/CENTRE MÉDICAL/ CENTRE DE SANTÉ 11 INFIRMERIE MILITAIR 12 CENTRE DE PLANNING FAMILIAL 13 CENTRE DE SMI 14 DISPENSAIRE 15 CASE DE SANTÉ 16 SECTEUR PARA-PUBLIC HÔPITAL DE LA CNSS 21 CENTRE MÉDICO-SOCIAL CNS 22 SECTEUR MÉDICAL PRIVÉ CLINIQUE 31 CABINET MÉDECIN PRIVÉ 32 CABINET SOINS/INFIRMERIE 33 MOUVEMENT GABONAIS DE BIEN ETRE FAMILIAL 34 MAISON PROPRE MAISON 41 CHEZ LE NGANGA/AVORTEUSE 42 AUTRE MAISON 43 AUTRE ENDROIT 96 (PRÉCISEZ)	
243	VÉRIFIEZ 242 : CODES 11 À 34 OU 42 ENCERCLÉS <input type="checkbox"/> ↓ Qui vous a assisté au moment de cet (ce dernier) avortement? INSISTER: Quelqu'un d'autre? INSISTER POUR OBTENIR LE TYPE DE PERSONNE. ENREGISTRER TOUTES LES PERSONNES CITÉES. CODES 41, 43 OU 96 ENCERCLÉS <input type="checkbox"/> ↓ Est-ce que quelqu'un était présent pour vous aider au moment de cet (ce dernier) avortement? SI 'OUI': Qui vous a assisté au moment de cet (ce dernier) avortement? INSISTER: Quelqu'un d'autre?	PROFESSIONNELS DE LA SANTÉ MÉDECIN A SAGE-FEMME B INFIRMIER/(-IÈRE) C INFIRMIER/(-IÈRE) ASSISTANT D AUTRE PERSONNEL DE SANTÉ MATRONE E FILLE/GARÇON DE SALLE/ BRANCARDIER F AUTRES PERSONNES ACCOUCHEUSE TRADITIONNELLE AVORTEUSE J NGANGA/MARABOUT K PARENTES/AMIES L AUTRE X (PRÉCISEZ) NON/PERSONNE Y	
244	Au total, combien a coûté cet (ce dernier) avortement? SI '999 000' OU PLAUS, ENREGISTREZ '999000' SI L'AVORTEMENT 'ETAIT GRATUIT (N'A RIEN COUTÉ), NOTER '000000'.	COUT EN <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> FCFA NE SAIT PAS 999998	
245	Après cet (ce dernier) avortement, êtes-vous allée en consultation?	OUI 1 NON 2	→ 250
246	Qui avez-vous vu en consultation? INSISTER: Quelqu'un d'autre? INSISTER POUR OBTENIR LE TYPE DE PERSONNE. ENREGISTRER TOUTES LES PERSONNES CITÉES.	GYNÉCOLOGUE A AUTRE MÉDECIN B SAGE-FEMME C INFIRMIER/(-IÈRE) D INFIRMIER/(-IÈRE) ASSISTANT E MATRONE F ACCOUCHEUSE TRADITIONNELLE .. G NGANGA/AVORTEURSE H AUTRE X (PRÉCISEZ)	

N°	QUESTIONS ET FILTRES	CODES	PASSEZ À
247	Où êtes-vous allée en consultation ?	SECTEUR PUBLIC HÔPITAL/CENTRE MÉDICAL/ CENTRE DE SANTÉ 11 INFIRMERIE MILITAIR 12 CENTRE DE PLANNING FAMILIAL 13 CENTRE DE SMI 14 DISPENSAIRE 15 CASE DE SANTÉ 16 SECTEUR PARA-PUBLIC HÔPITAL DE LA CNSS 21 CENTRE MÉDICO-SOCIAL CNS§ ... 22 SECTEUR MÉDICAL PRIVÉ CLINIQUE 31 CABINET MÉDECIN PRIVÉ 32 CABINET SOINS/INFIRMERIE 33 MOUVEMENT GABONAIS DE BIEN ETRE FAMILIAL 34 MAISON PROPRE MAISON 41 CHEZ LE NGANGA/AVORTEUSE 42 AUTRE MAISON 43 AUTRE ENDROIT _____ 96 (PRÉCISEZ)	→ 250
248	Avez-vous été satisfaite des services que vous avez reçus à (NOM DE L'ÉTABLISSEMENT DE Q.247) au moment de la consultation ?	OUI 1 NON 2	→ 250
249	Quelle est la raison principale pour laquelle vous n'avez pas été satisfaite?	ÉTABLISS. DIFFICILEMENT ACCESSIBLE/TROP LOIN 01 TROP CHER 02 TEMPS ATTENTE TROP LONG 03 MAUVAIS ÉQUIPEMENT 04 MÉDICAMENTS ESSENTIELS NON DISPONIBLES 05 MANQUE D'HYGIÈNE 06 MANQUE DE CONFIDENTIALITÉ/ D'INTIMITÉ 07 MANQUE DE PERSONNEL 08 PERSONNEL PAS QUALIFIÉ 09 PERSONNEL PAS AIMABLE 10 AUTRE 96 NE SAIT PAS 98	
250	À la suite de cet (ce dernier) avortement avez-vous eu des complications, comme, par exemple, des saignements ou une infection?	OUI 1 NON 2	
251	Si vous aviez une autre grossesse que vous ne souhaitez pas, seriez-vous prête à refaire un avortement provoqué ?	OUI 1 NON 2 NE PEUT PLUS TOMBER ENCEINT... 3 NE SAIT PAS 8	

N°	QUESTIONS ET FILTRES	CODES	PASSEZ A
252	<p>VÉRIFIER 232 :</p> <div style="display: flex; justify-content: space-around;"> <div style="text-align: center;"> <p>UN SEUL AVORTEMENT PROVOQUÉ</p>  </div> <div style="text-align: center;"> <p>PLUSIEURS AVORTEMENTS PROVOQUÉS</p>  </div> </div> <p>En plus de la grossesse qui s'est terminée par un avortement provoqué, avez-vous fait d'autres tentatives d'avortement qui ont échoué?</p> <p>SI OUI: En plus de la grossesse qui s'est terminée par un avortement provoqué, combien avez-vous fait d'autres tentatives d'avortement?</p>	<p>NOMBRE <input style="width: 20px; height: 20px; border: 1px solid black;" type="text"/> <input style="width: 20px; height: 20px; border: 1px solid black;" type="text"/></p> <p>NON 95</p>	<p style="text-align: right;">→255</p>
253	<p>Au cours de votre vie, avez-vous fait des tentatives d'avortement qui ont échoué?</p> <p>SI OUI: En tout, au cours de votre vie, combien avez-vous fait de tentatives d'avortement?</p>	<p>NOMBRE <input style="width: 20px; height: 20px; border: 1px solid black;" type="text"/> <input style="width: 20px; height: 20px; border: 1px solid black;" type="text"/></p> <p>NON 95</p>	
254	<p>Si vous aviez une grossesse que vous ne souhaitez pas, seriez-vous prête à faire un avortement provoqué ?</p>	<p>OUI 1</p> <p>NON 2</p> <p>NE PEUT PLUS TOMBER ENCEINT... 3</p> <p>NE SAIT PAS 8</p>	
255	<p>Quand vos dernières règles ont-elles commencé ?</p> <p>_____</p> <p>(INSCRIVEZ LA DATE SI ELLE EST DONNÉE)</p>	<p>IL Y A JOURS 1 <input style="width: 20px; height: 20px; border: 1px solid black;" type="text"/> <input style="width: 20px; height: 20px; border: 1px solid black;" type="text"/></p> <p>IL Y A SEMAINES ... 2 <input style="width: 20px; height: 20px; border: 1px solid black;" type="text"/> <input style="width: 20px; height: 20px; border: 1px solid black;" type="text"/></p> <p>IL Y A MOIS 3 <input style="width: 20px; height: 20px; border: 1px solid black;" type="text"/> <input style="width: 20px; height: 20px; border: 1px solid black;" type="text"/></p> <p>IL Y A ANNÉES ... 4 <input style="width: 20px; height: 20px; border: 1px solid black;" type="text"/> <input style="width: 20px; height: 20px; border: 1px solid black;" type="text"/></p> <p>EN MÉNOPAUSE/ A EU UNE HYSTÉRECTOMIE ... 994</p> <p>AVANT LA DERNIÈRE NAISSANCE 995</p> <p>JAMAIS EU DE RÈGLES 996</p>	
256	<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 style="text-align: right;">→ 301</p>
257	<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 COMMENCENT 1</p> <p>PENDANT LES RÈGLES 2</p> <p>JUSTE APRÈS LA FIN DES RÈGLES 3</p> <p>AU MILIEU, ENTRE DEUX PÉRIODES 4</p> <p>AUTRE 6</p> <p style="text-align: center;">(PRÉCISEZ)</p> <p>NE SAIT PAS 8</p>	

SECTION 3. CONTRACEPTION

301	<p>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.</p> <p>De quelles MÉTHODES avez-vous déjà entendu parler ?</p>	
01	<p>Stérilisation féminine. INSISTEZ : Les femmes peuvent avoir une opération pour ne plus avoir d'enfants.</p>	<p>OUI 1</p> <p>NON 2</p>
02	<p>Stérilisation masculine. INSISTEZ : Les hommes peuvent avoir une opération pour ne plus avoir d'enfants.</p>	<p>OUI 1</p> <p>NON 2</p>
03	<p>DIU. INSISTEZ : Les femmes peuvent avoir un stérilet qu'un médecin ou une infirmière leur place dans l'utérus.</p>	<p>OUI 1</p> <p>NON 2</p>
04	<p>Injectables. INSISTEZ : Les femmes peuvent avoir une injection faite par du personnel de santé qui les empêche de tomber enceinte pendant un mois ou plus.</p>	<p>OUI 1</p> <p>NON 2</p>
05	<p>Implants. 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.</p>	<p>OUI 1</p> <p>NON 2</p>
06	<p>Pilule. INSISTEZ : Les femmes peuvent prendre une pilule chaque jour pour éviter de tomber enceinte.</p>	<p>OUI 1</p> <p>NON 2</p>
07	<p>Préservatif. INSISTEZ : Les hommes peuvent mettre une capote en caoutchouc sur leur pénis avant les rapports sexuels.</p>	<p>OUI 1</p> <p>NON 2</p>
08	<p>Préservatif féminin. INSISTEZ : Les femmes peuvent placer un fourreau dans leur vagin avant les rapports sexuels.</p>	<p>OUI 1</p> <p>NON 2</p>
10	<p>Méthode du rythme. 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.</p>	<p>OUI 1</p> <p>NON 2</p>
11	<p>Retrait. INSISTEZ : Les hommes peuvent faire attention et se retirer avant l'éjaculation.</p>	<p>OUI 1</p> <p>NON 2</p>
12	<p>Pilule du lendemain. INSISTEZ : Les femmes peuvent prendre pendant trois jours après des rapports sexuels non protégés des pilules spéciales qui les empêchent de tomber enceintes.</p>	<p>OUI 1</p> <p>NON 2</p>
13	<p>Avez-vous entendu parler d'autres moyens ou méthodes qu'une femme ou un homme peut utiliser pour éviter une grossesse ?</p>	<p>OUI 1</p> <p>_____</p> <p style="text-align: center;">(PRÉCISEZ)</p> <p>_____</p> <p style="text-align: center;">(PRÉCISEZ)</p> <p>NON 2</p>
302	<p>VÉRIFIEZ 226 :</p> <p style="text-align: center;">PAS ENCEINTE <input type="checkbox"/> ENCEINTE <input type="checkbox"/></p> <p style="text-align: center;">OU PAS SÛRE <input type="checkbox"/></p> <p style="text-align: right;">→ 313</p>	
303	<p>Faites-vous actuellement quelque chose ou utilisez-vous une méthode pour retarder ou éviter une grossesse ?</p>	<p>OUI 1</p> <p>NON 2</p> <p style="text-align: right;">→ 313</p>

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 INSTRUCTION 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>PRÉSERVATIF G</p> <p>PRÉSERVATIF FÉMININ H</p> <p>DIAPHRAGME I</p> <p>MOUSSE/GELÉE J</p> <p>MÉTHODE DU RYTHME K</p> <p>RETRAIT L</p> <p>AUTRE MÉTHODE MODERNE ... X</p> <p>AUTRE MÉTHODE TRADITION. ... Y</p>	→ 308A								
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/CENTRE MÉDICAL/ CENTRE DE SANTÉ..... 11</p> <p>SECTEUR PARA-PUBLIC</p> <p>HÔPITAL DE LA CNSS 21</p> <p>SECTEUR MÉDICAL PRIVÉ</p> <p>HÔPITAL/CLINIQUE PRIVÉ 31</p> <p>CABINET MÉDICAL PRIVÉ 32</p> <p>AUTRE _____ 96</p> <p>(PRÉCISEZ)</p> <p>NE SAIT PAS 98</p>									
308	<p>En quel mois et en quelle année la stérilisation a t-elle été effectuée ?</p>										
308A	<p>Depuis quel mois et quelle année utilisez-vous (MÉTHODE ACTUELLE) sans interruption ?</p> <p>INSISTEZ : Depuis combien de temps utilisez-vous (MÉTHODE ACTUELLE) sans interruption ?</p>	<p>MOIS <table border="1" style="display: inline-table; vertical-align: middle;"><tr><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td></tr></table></p> <p>ANNÉE <table border="1" style="display: inline-table; vertical-align: middle;"><tr><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td></tr></table></p>									→ 314
313	<p>Avez-vous déjà utilisé quelque chose ou essayé de n'importe quelle manière de retarder ou d'éviter une grossesse ?</p>	<p>OUI 1</p> <p>NON 2</p>	→ 324								
314	<p>VÉRIFIEZ 304 :</p> <p>Quelle méthode</p> <p>ENCERCLEZ LE CODE DE LA MÉTHODE :</p> <p>SI PLUS D'UN CODE EST ENCERCLÉ À 304, ENCERCLEZ LE CODE DE LA PREMIÈRE DES MÉTHODES DE LA LISTE.</p>	<p>STÉRILISATION FÉMININE 01</p> <p>STÉRILISATION MASCULINE 02</p> <p>DIU 03</p> <p>INJECTABLES 04</p> <p>IMPLANTS 05</p> <p>PILULE 06</p> <p>PRÉSERVATIF 07</p> <p>PRÉSERVATIF FÉMININ 08</p> <p>DIAPHRAGME 09</p> <p>MOUSSE/GELÉE 10</p> <p>MÉTHODE DU RYTHME 11</p> <p>RETRAIT 12</p> <p>AUTRE MÉTHODE MODERNE 95</p> <p>AUTRE MÉTHODE TRADITION. ... 96</p>	<p>→ 317A</p> <p>→ 327</p> <p>→ 315A</p> <p>→ 327</p>								

N°.	QUESTIONS ET FILTRES	CODES	PASSEZ À
321	Est-ce qu'un agent de santé ou de planification familiale vous a déjà parlé d'autres méthodes de planification familiale que vous pouviez utiliser ?	OUI 1 NON 2	
322	VÉRIFIEZ 304 : ENCERCLEZ LE CODE DE LA MÉTHODE : S'IL Y A PLUS D'UN CODE ENCERCLÉ À 304, ENCERCLEZ LE CODE DE LA PREMIÈRE DES MÉTHODES DE LA LISTE.	STÉRILISATION FÉMININE 01 DIU 03 INJECTABLES 04 IMPLANTS 05 PILULE 06 PRÉSERVATIF 07 PRÉSERVATIF FÉMININ 08 DIAPHRAGME 09 MOUSSE/GELÉE 10	→ 327
323	Où avez-vous obtenu (MÉTHODE ACTUELLE) la dernière fois ? INSISTEZ POUR DÉTERMINER LE TYPE D'ENDROIT. SI VOUS NE POUVEZ PAS DÉTERMINER SI L'ENDROIT EST DU SECTEUR PUBLIC OU PRIVÉ, INSCRIVEZ LE NOM DE L'ENDROIT. _____ (NOM DE L'ENDROIT)	SECTEUR PUBLIC HÔPITAL/CENTRE MÉDICAL/ CENTRE DE SANTÉ 11 INFIRMERIE MILITAIRE 12 CENTRE DE SMI 13 CENTRE DE PLANNING FAMILIAL ..14 DISPENSARE 15 CASE DE SANTÉ 16 PHARMACIE DE L'HOPITAL/ CENTRE SANTÉ 17 AUTRE PUBLIC 18 SECTEUR PARA-PUBLIC HÔPITAL DE LA CNSS 21 CENTRE MÉDICO-SOCIAL CNSÇ ... 22 PHARMACIE DE LA CNSS 23 SECTEUR MÉDICAL PRIVÉ CLINIQUE PRIVÉ 31 CABINET MÉDECIN PRIVÉ 32 CABINET SOINS/INFIRMERIE 33 PHARMACIE PRIVÉE 34 AUTRE MÉDICAL PRIVÉ 35 MOUVEMENT GABONAIS DE BIEN ETRE FAMILIAL 41 BOUTIQUE/MARCHÉ 51 AMI/PARENTS 61 AUTRE _____ 96 (PRÉCISEZ)	→ 327
324	Connaissez-vous un endroit où vous pouvez vous procurer une méthode de planification familiale ?	OUI 1 NON 2	→ 327

N°.	QUESTIONS ET FILTRES	CODES	PASSEZ À
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> <hr/> <p>(NOM DE L'ENDROIT/ NOM DES ENDROITS)</p>	<p>SECTEUR PUBLIC</p> <p>HÔPITAL/CENTRE MÉDICAL/ CENTRE DE SANTÉ..... A</p> <p>INFIRMERIE MILITAIRE..... B</p> <p>CENTRE DE SMI..... C</p> <p>CENTRE DE PLANNING FAMILIAL... D</p> <p>DISPENSARE..... E</p> <p>CASE DE SANTÉ..... F</p> <p>PHARMACIE DE L'HOPITAL/ CENTRE SANTÉ..... G</p> <p>AUTRE PUBLIC..... H</p> <p>SECTEUR PARA-PUBLIC</p> <p>HÔPITAL DE LA CNSS..... I</p> <p>CENTRE MÉDICO-SOCIAL CNSÉ... J</p> <p>PHARMACIE DE LA CNSS..... K</p> <p>SECTEUR MÉDICAL PRIVÉ</p> <p>CLINIQUE PRIVÉ..... L</p> <p>CABINET MÉDECIN PRIVÉ..... M</p> <p>CABINET SOINS/INFIRMERIE..... N</p> <p>PHARMACIE PRIVÉE..... O</p> <p>AUTRE MÉDICAL PRIVÉ..... P</p> <p>MOUVEMENT GABONAIS</p> <p>DE BIEN ETRE FAMILIAL..... Q</p> <p>BOUTIQUE/MARCHÉ..... R</p> <p>AMI/PARENTS..... S</p> <p>AUTRE..... X</p> <p>(PRÉCISEZ)</p>	
327	<p>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) ?</p>	<p>OUI..... 1</p> <p>NON..... 2</p>	→ 401
328	<p>Est-ce qu'un membre du personnel de l'établissement de santé vous a parlé de méthodes de planification familiale ?</p>	<p>OUI..... 1</p> <p>NON..... 2</p>	

SECTION 4. GROSSESSE ET SOINS POSTNATALS

401	VÉRIFIEZ 224 : UNE NAISSANCE OU PLUS EN 2007 OU PLUS TARD <input type="checkbox"/> AUCUNE NAISSANCE EN 2007 OU PLUS TARD <input type="checkbox"/> → 556			
402	VÉRIFIEZ 215 : INSCRIVEZ DANS LE TABLEAU LE NUMÉRO DE LIGNE DE L'HISTORIQUE DES NAISSANCES, LE NOM ET L'ÉTAT DE SURVIE DE CHAQUE NAISSANCE EN 2007 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). 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 NUMÉRO HISTORIQUE NAIS. <input type="text"/> <input type="text"/>	AVANT-DERNIÈRE NAIS. NUMÉRO HISTORIQUE NAIS. <input type="text"/> <input type="text"/>	AVANT-AVANT DER. NAIS. NUMÉRO HISTORIQUE NAIS. <input type="text"/> <input type="text"/>
404	À PARTIR DES QUESTIONS 212 ET 216	NOM _____ VIVANT <input type="checkbox"/> DÉCÉ DÉ <input type="checkbox"/>	NOM _____ VIVANT <input type="checkbox"/> DÉCÉ DÉ <input type="checkbox"/>	NOM _____ VIVANT <input type="checkbox"/> DÉCÉ DÉ <input type="checkbox"/>
405	Quand vous êtes tombée enceinte de (NOM), vouliez-vous être enceinte à ce moment-là ?	OUI 1 (PASSEZ À 408) ← NON 2	OUI 1 (PASSEZ À 430) ← NON 2	OUI 1 (PASSEZ À 430) ← 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 PLUS D'ENFANT 2 (PASSEZ À 408) ←	PLUS TARD 1 PLUS D'ENFANT 2 (PASSEZ À 430) ←	PLUS TARD 1 PLUS D'ENFANT 2 (PASSEZ À 430) ←
407	Combien de temps de plus vouliez-vous attendre ?	MOIS ... 1 <input type="text"/> <input type="text"/> ANNÉES .. 2 <input type="text"/> <input type="text"/> NE SAIT PAS ... 998	MOIS ... 1 <input type="text"/> <input type="text"/> ANNÉES .. 2 <input type="text"/> <input type="text"/> NE SAIT PAS ... 998	MOIS ... 1 <input type="text"/> <input type="text"/> ANNÉES .. 2 <input type="text"/> <input type="text"/> NE SAIT PAS ... 998
408	Avez-vous consulté quelqu'un pour des soins prénatals pour cette grossesse ?	OUI 1 NON 2 (PASSEZ À 415) ←		
409	Qui avez-vous consulté ? Quelqu'un d'autre ? INSISTEZ POUR DÉTERMINER LE TYPE DE PERSONNE ET ENREGISTREZ TOUT CE QUI EST MENTIONNÉ.	PROF. DE LA SANTÉ MÉDECIN. A SAGE-FEMME ... B INFIRMIER(E)/INF. ASSISTANT ... C AUTRE PERS SANTÉ MATRONE D AUTRE ACCOUCHEUSE TRADITION ... E NGANGA/ MARABOUT ... F AUTRE _____ X (PRÉCISEZ)		

N°	QUESTIONS ET FILTRES	DERNIÈRE NAISSANCE NOM _____	AVANT-DERNIÈRE NAISSANCE NOM _____	AVANT-AVANT DERNIÈRE NAISSANCE NOM _____
410	<p>Où avez-vous reçu les soins prénatals pour cette naissance ?</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>_____ (NOM DE L'ENDROIT/ NOM DES ENDROITS)</p>	<p>MAISON VOTRE MAISON A AUTRE MAISON B</p> <p>SECTEUR PUBLIC HÔPITAL C CENTRE SANTÉ .. D DISPENSARE ... E CASE DE SANTÉ .. F CENTRE SMI ... G AUTRE SECTEUR PUBLIC H</p> <p>SECTEUR PARA-PUBLIC HÔPITAL CNSS .. I CENTRE MÉDICO- SOCIAL CNSS .. J</p> <p>SECT. MÉDICAL PRIVÉ CLINIQUE..... K CABINET PRIVE .. L CABINET INFIRMIER ... M AUTRE SECTEUR MED. PRIVÉ... N AUTRE X</p>		
411	De combien de mois étiez-vous enceinte quand vous avez eu votre première consultation prénatale pour cette grossesse ?	MOIS ... <input type="text"/> <input type="text"/> NE SAIT PAS 98		
412	Durant cette grossesse, combien de fois avez-vous eu de consultation prénatale ?	NOMBRE DE FOIS <input type="text"/> <input type="text"/> NE SAIT PAS 98		
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>Avez-vous été pesée?</p> <p>Vous a-t-on mesurée?</p> <p>Vous a-t-on pris la tension ?</p> <p>Vous a-t-on prélevé de l'urine ?</p> <p>Vous a-t-on prélevé du sang ?</p> <p>Avez-vous eu un touché vaginal?</p> <p>Vous a-t-on examiné la conjonctive et les muqueuses</p>	<p>OUI NON</p> <p>PESÉE ... 1 2</p> <p>MESURÉ... 1 2</p> <p>TENSION ... 1 2</p> <p>URINE 1 2</p> <p>SANG ... 1 2</p> <p>TOUCHÉ ... 1 2</p> <p>CONJONC .. 1 2</p>		
414	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 ?	OUI 1 NON 2 NE SAIT PAS 8		
415	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 ?	OUI 1 NON 2 (PASSEZ À 418) ← NE SAIT PAS 8		

N°	QUESTIONS ET FILTRES	DERNIÈRE NAISSANCE NOM _____	AVANT-DERNIÈRE NAISSANCE NOM _____	AVANT-AVANT DERNIÈRE NAISSANCE NOM _____
416	Durant cette grossesse, combien de fois vous a-t-on fait une injection contre le tétanos ?	FOIS <input type="text"/> NE SAIT PAS 8		
417	VÉRIFIEZ 416 :	2 FOIS OU AUTRE PLUS <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> (PASSEZ À 421)		
418	À n'importe quel moment avant cette grossesse, vous a-t-on fait des injections contre le tétanos ?	OUI 1 NON 2 (PASSEZ À 421) ← NE SAIT PAS ... 8		
419	Avant cette grossesse, combien de fois avez-vous eu des injections contre le tétanos ? SI 7 FOIS OU PLUS, INSCRIVEZ '7'.	FOIS <input type="text"/> 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 ? MONTREZ COMP./SIROP.	OUI 1 NON 2 (PASSEZ À 423) ← NE SAIT PAS 8		
422	Pendant toute la grossesse, pendant combien de jours avez-vous pris des comprimés ou du sirop ? 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"/> NE SAIT PAS ... 998		
423	Durant cette grossesse, avez-vous pris des médicaments contre les vers intestinaux ? MONTREZ COMP./SIROP.	OUI 1 NON 2 NE SAIT PAS 8		
424	Durant cette grossesse, avez-vous pris des médicaments pour éviter le paludisme ?	OUI 1 NON 2 (PASSEZ À 430) ← NE SAIT PAS 8		
425	Quels médicaments avez-vous pris ? ENREGISTREZ TOUT CE QUI EST MENTIONNÉ. SI LE TYPE DE MÉDICAMENT N'EST PAS DÉTERMINÉ, MONTREZ DES ANTIPALUDÉENS COURANTS À L'ENQUÊTÉE.	SP A SP/FANSIDAR B MALOXINE C AMODIAQUINE/ FLAVOQ/ CAMOQUIN D CHLOROQUINE/ NIVAQUINE E QUININE/QUINIMAX F COARTEM G AUTRE _____ X (PRÉCISER) MÉDICAMENT . INCONNU Z		

N°	QUESTIONS ET FILTRES	DERNIÈRE NAISSANCE NOM _____	AVANT-DERNIÈRE NAISSANCE NOM _____	AVANT-AVANT DERNIÈRE NAISSANCE NOM _____
426	VÉRIFIEZ 425 : SP/FANSIDAR PRIS À TITRE PRÉVENTIF CONTRE LE PALUDISME.	CODE 'A' AUTRE <input type="checkbox"/> OU 'B' ENCERCLÉ <input type="checkbox"/> ↓ (PASSEZ À 430) ←		
427	Durant cette grossesse, combien de fois avez-vous pris de la (SP/Fansidar) ?	FOIS <input type="text"/> <input type="text"/>		
428	VÉRIFIEZ 409 : SOINS PRÉNATALS PAR DU PERSONNEL DE SANTÉ DURANT CETTE GROSSESSE.	CODE 'A', AUTRE <input type="checkbox"/> 'B', 'C' OU 'D' ENCERCLÉ <input type="checkbox"/> ↓ (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 AUTRE VISITE MÉDICALE 2 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 PLUS GROS QUE LA MOYENNE ... 2 MOYEN 3 PLUS PETIT QUE LA MOYENNE ... 4 TRÈS PETIT 5 NE SAIT PAS 8	TRÈS GROS 1 PLUS GROS QUE LA MOYENNE ... 2 MOYEN 3 PLUS PETIT QUE LA MOYENNE ... 4 TRÈS PETIT 5 NE SAIT PAS 8	TRÈS GROS 1 PLUS GROS QUE LA MOYENNE ... 2 MOYEN 3 PLUS PETIT QUE LA MOYENNE ... 4 TRÈS PETIT 5 NE SAIT PAS 8
431	(NOM) a-t-il /elle été pesé à la naissance ?	OUI 1 NON 2 (PASSEZ À 433) ← NE SAIT PAS 8	OUI 1 NON 2 (PASSEZ À 433) ← NE SAIT PAS 8	OUI 1 NON 2 (PASSEZ À 433) ← NE SAIT PAS 8
432	Combien (NOM) pesait-il/elle ? INSCRIVEZ LE POIDS EN KILOGRAMMES À PARTIR DU CARNET DE SANTÉ, SI DISPONIBLE.	KG DU CARNET 1 <input type="text"/> <input type="text"/> . <input type="text"/> <input type="text"/> KG DE MÉMOIRE 2 <input type="text"/> <input type="text"/> . <input type="text"/> <input type="text"/> NE SAIT PAS 99998	KG DU CARNET 1 <input type="text"/> <input type="text"/> . <input type="text"/> <input type="text"/> KG DE MÉMOIRE 2 <input type="text"/> <input type="text"/> . <input type="text"/> <input type="text"/> NE SAIT PAS 99998	KG DU CARNET 1 <input type="text"/> <input type="text"/> . <input type="text"/> <input type="text"/> KG DE MÉMOIRE 2 <input type="text"/> <input type="text"/> . <input type="text"/> <input type="text"/> NE SAIT PAS 99998

N°	QUESTIONS ET FILTRES	DERNIÈRE NAISSANCE NOM _____	AVANT-DERNIÈRE NAISSANCE NOM _____	AVANT-AVANT DERNIÈRE NAISSANCE NOM _____									
433	<p>Qui vous a assisté durant l'accouchement de (NOM) ?</p> <p>Quelqu'un d'autre ?</p> <p>INSISTEZ POUR LES TYPES DE PERSONNES ET ENREGISTREZ TOUT CE QUI EST MENTIONNÉ.</p> <p>SI L'ENQUÊTÉE DIT QUE PERSONNE NE L'A ASSISTÉE, INSISTEZ POUR DÉTERMINER SI DES ADULTES ÉTAIENT PRÉSENTS À L'ACCOUCHEMENT.</p>	<p>PROF. DE LA SANTÉ</p> <p>GYNÉCO A</p> <p>AUTRE MÉDECIN B</p> <p>SAGE-FEMME C</p> <p>INFIRMIER(E)/INF. ASSISTANT D</p> <p>AUTRE PERS SANTÉ</p> <p>MATRONE E</p> <p>AUTRE</p> <p>ACCOUCHEUSE</p> <p>TRADITION F</p> <p>NGANGA/ MARABOUT G</p> <p>AMI/PARENTS H</p> <p>AUTRE X</p> <p>PERSONNE Y</p>	<p>PROF. DE LA SANTÉ</p> <p>GYNÉCO A</p> <p>AUTRE MÉDECIN B</p> <p>SAGE-FEMME C</p> <p>INFIRMIER(E)/INF. ASSISTANT D</p> <p>AUTRE PERS SANTÉ</p> <p>MATRONE E</p> <p>AUTRE</p> <p>ACCOUCHEUSE</p> <p>TRADITION F</p> <p>NGANGA/ MARABOUT G</p> <p>AMI/PARENTS H</p> <p>AUTRE X</p> <p>PERSONNE Y</p>	<p>PROF. DE LA SANTÉ</p> <p>GYNÉCO A</p> <p>AUTRE MÉDECIN B</p> <p>SAGE-FEMME C</p> <p>INFIRMIER(E)/INF. ASSISTANT D</p> <p>AUTRE PERS SANTÉ</p> <p>MATRONE E</p> <p>AUTRE</p> <p>ACCOUCHEUSE</p> <p>TRADITION F</p> <p>NGANGA/ MARABOUT G</p> <p>AMI/PARENTS H</p> <p>AUTRE X</p> <p>PERSONNE Y</p>									
434	<p>Où avez-vous accouché de (NOM) ?</p> <p>INSISTEZ POUR DÉTERMINER LE 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)</p>	<p>MAISON</p> <p>VOTRE MAISON 11</p> <p>(PASSEZ À 435C) ←</p> <p>AUTRE MAISON 12</p> <p>SECTEUR PUBLIC</p> <p>HÔPITAL 21</p> <p>CENTRE SANTÉ 22</p> <p>DISPENSARE 23</p> <p>CASE DE SANTÉ 24</p> <p>CENTRE SMI 25</p> <p>AUTRE SECTEUR PUBLIC 26</p> <p>SECTEUR PARA-PUBLIC</p> <p>HÔPITAL CNSS 31</p> <p>CENTRE MÉDICO-SOCIAL CNSS 32</p> <p>SECT. MÉDICAL PRIVÉ</p> <p>CLINIQUE 41</p> <p>CABINET PRIVE 42</p> <p>CABINET</p> <p>INFIRMIER 43</p> <p>AUTRE SECTEUR MED. PRIVÉ 44</p> <p>AUTRE 96</p> <p>(PASSEZ À 435C) ←</p>	<p>MAISON</p> <p>VOTRE MAISON 11</p> <p>(PASSEZ À 435C) ←</p> <p>AUTRE MAISON 12</p> <p>SECTEUR PUBLIC</p> <p>HÔPITAL 21</p> <p>CENTRE SANTÉ 22</p> <p>DISPENSARE 23</p> <p>CASE DE SANTÉ 24</p> <p>CENTRE SMI 25</p> <p>AUTRE SECTEUR PUBLIC 26</p> <p>SECTEUR PARA-PUBLIC</p> <p>HÔPITAL CNSS 31</p> <p>CENTRE MÉDICO-SOCIAL CNSS 32</p> <p>SECT. MÉDICAL PRIVÉ</p> <p>CLINIQUE 41</p> <p>CABINET PRIVE 42</p> <p>CABINET</p> <p>INFIRMIER 43</p> <p>AUTRE SECTEUR MED. PRIVÉ 44</p> <p>AUTRE 96</p> <p>(PASSEZ À 448) ←</p>	<p>MAISON</p> <p>VOTRE MAISON 11</p> <p>(PASSEZ À 435C) ←</p> <p>AUTRE MAISON 12</p> <p>SECTEUR PUBLIC</p> <p>HÔPITAL 21</p> <p>CENTRE SANTÉ 22</p> <p>DISPENSARE 23</p> <p>CASE DE SANTÉ 24</p> <p>CENTRE SMI 25</p> <p>AUTRE SECTEUR PUBLIC 26</p> <p>SECTEUR PARA-PUBLIC</p> <p>HÔPITAL CNSS 31</p> <p>CENTRE MÉDICO-SOCIAL CNSS 32</p> <p>SECT. MÉDICAL PRIVÉ</p> <p>CLINIQUE 41</p> <p>CABINET PRIVE 42</p> <p>CABINET</p> <p>INFIRMIER 43</p> <p>AUTRE SECTEUR MED. PRIVÉ 44</p> <p>AUTRE 96</p> <p>(PASSEZ À 448) ←</p>									
434A	<p>Combien de temps après l'accouchement de (NOM) êtes-vous restée là ?</p> <p>SI MOINS D'UN JOUR, ENREGISTREZ EN HEURES.</p> <p>SI MOINS D'UNE SEMAINE, ENREGISTREZ EN JOURS.</p>	<p>HEURES 1</p> <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> <p>JOURS 2</p> <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> <p>SEMAINES 3</p> <p>NE SAIT PAS 998</p>											
435	<p>Avez-vous accouché de (NOM) par césarienne, c'est-à-dire que l'on vous a ouvert le ventre pour faire sortir le bébé ?</p>	<p>OUI 1</p> <p>NON 2</p>	<p>OUI 1</p> <p>(PASSEZ À 448) ←</p> <p>NON 2</p>	<p>OUI 1</p> <p>(PASSEZ À 448) ←</p> <p>NON 2</p>									

N°	QUESTIONS ET FILTRES	DERNIÈRE NAISSANCE NOM _____	AVANT-DERNIÈRE NAISSANCE NOM _____	AVANT-AVANT DERNIÈRE NAISSANCE NOM _____
435A	Avez-vous été satisfaite des services que vous avez reçus à (NOM DE L'ÉTABLISSEMENT DE Q.434) au moment de l'accouchement de (NOM)?	OUI 1 (PASSEZ À 436) ← NON 2		
435B	Quelle est la raison principale pour laquelle vous n'avez pas été satisfaite ?	DIFFICILEMENT ACCESSIBLE/ TROP LOIN 01 TROP CHER 02 TEMPS ATTENTE TROP LONG ... 03 MAUVAIS ÉQUIPEMENT ... 04 MÉDICAMENT ESSENTIEL NON DISPONIBLE 05 MANQUE HYGIÈNE 06 MANQUE DE CONFIDENTIALITÉ/ D'INTIMITÉ 07 MANQUE DE PERSONNEL ... 08 PERSONNEL PAS QUALIFIÉ ... 09 PERSONNEL PAS AIMABLE ... 10 AUTRE 96 NE SAIT PAS 98		
435C	VÉRIFIEZ 434 : LIEU DE L'ACCOUCHEMENT ?	CODE '11' OU AUTRES '12' (MAISON) CODES OU '96' (AUTRE) <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> (PASSEZ À 436) ←		
435D	Quelle est la raison principale pour laquelle vous n'avez pas accouché de (NOM) dans une structure sanitaire?	DIFFICILEMENT ACCESSIBLE/ TROP LOIN 01 TROP CHER 02 TEMPS ATTENTE TROP LONG ... 03 MAUVAIS ÉQUIPEMENT ... 04 MÉDICAMENT ESSENTIEL NON DISPONIBLE 05 MANQUE HYGIÈNE 06 MANQUE DE CONFIDENTIALITÉ/ D'INTIMITÉ 07 MANQUE DE PERSONNEL ... 08 PERSONNEL PAS QUALIFIÉ ... 09 PERSONNEL PAS AIMABLE ... 10 PRÉFÈRE MAISON .. 11 PAS EU TEMPS D'ARRIVER 12 AUTRE 96 NE SAIT PAS 98 (PASSEZ À 438) ←		

N°	QUESTIONS ET FILTRES	DERNIÈRE NAISSANCE NOM _____	AVANT-DERNIÈRE NAISSANCE NOM _____	AVANT-AVANT DERNIÈRE NAISSANCE NOM _____												
436	Je voudrais vous parler de contrôle de votre santé après l'accouchement, par exemple quelqu'un qui vous a posé des questions sur votre santé ou vous a examinée. Est-ce que quelqu'un a contrôlé votre état de santé pendant que vous étiez dans l'établissement ?	OUI 1 (PASSEZ À 439) ← NON 2														
437	Est-ce que quelqu'un a examiné votre état de santé après que vous ayez quitté l'établissement ?	OUI 1 (PASSEZ À 439) ← NON 2 (PASSEZ À 442) ←														
438	Je voudrais vous parler de contrôle de votre santé après l'accouchement, par exemple quelqu'un qui vous a posé des questions sur votre santé ou vous a examinée. Est-ce que quelqu'un a contrôlé votre état de santé après que vous ayez donné naissance à (NOM) ?	OUI 1 NON 2 (PASSEZ À 442) ←														
439	Qui a examiné votre état de santé à ce moment-là ? INSISTEZ POUR OBTENIR LA PERSONNE LA PLUS QUALIFIÉE.	PROF. DE LA SANTÉ GYNÉCO 11 AUTRE MÉDECIN 12 SAGE-FEMME ... 13 INFIRMIER(E)/INF. ASSISTANT ... 14 AUTRE PERS SANTÉ MATRONE 21 AUTRE ACCOUCHEUSE TRADITION ... 31 AUTRE 96														
440	Combien de temps après l'accouchement a eu lieu le premier examen ? SI MOINS D'UN JOUR, ENREGISTREZ EN HEURES. SI MOINS D'UNE SEMAINE, ENREGISTREZ EN JOURS.	HEURES 1 <table border="1" data-bbox="751 1249 852 1308"><tr><td></td><td></td></tr><tr><td></td><td></td></tr></table> JOURS 2 <table border="1" data-bbox="751 1308 852 1366"><tr><td></td><td></td></tr><tr><td></td><td></td></tr></table> SEMAINES 3 <table border="1" data-bbox="751 1366 852 1424"><tr><td></td><td></td></tr><tr><td></td><td></td></tr></table> NE SAIT PAS ... 998														
442	Dans les deux mois qui ont suivi la naissance de (NOM), est-ce qu'un professionnel de la santé ou une accoucheuse traditionnelle a examiné son état de santé ?	OUI 1 NON 2 (PASSEZ À 446) ← NE SAIT PAS 8														
443	Combien d'heures, de jours ou de semaines après la naissance de (NOM), le premier examen a-t-il eu lieu ? SI MOINS D'UN JOUR, ENREGISTREZ EN HEURES. SI MOINS D'UNE SEMAINE, ENREGISTREZ EN JOURS.	HRS APRES NAIS. .. 1 <table border="1" data-bbox="751 1697 852 1756"><tr><td></td><td></td></tr><tr><td></td><td></td></tr></table> JRS APRÈS NAIS. .. 2 <table border="1" data-bbox="751 1756 852 1814"><tr><td></td><td></td></tr><tr><td></td><td></td></tr></table> SEM.APRÈS NAIS. .. 3 <table border="1" data-bbox="751 1814 852 1872"><tr><td></td><td></td></tr><tr><td></td><td></td></tr></table> NE SAIT PAS ... 998														

N°	QUESTIONS ET FILTRES	DERNIÈRE NAISSANCE NOM _____	AVANT-DERNIÈRE NAISSANCE NOM _____	AVANT-AVANT DERNIÈRE NAISSANCE NOM _____				
444	<p>Qui a examiné l'état de santé de (NOM) à ce moment-là ?</p> <p>INSISTEZ POUR OBTENIR LA PERSONNE LA PLUS QUALIFIÉE.</p>	<p>PROF. DE LA SANTÉ GYNÉCO 11 AUTRE MÉDECIN 12 SAGE-FEMME . . . 13 INFIRMIER(E)/INF. ASSISTANT . . . 14 AUTRE PERS SANTÉ MATRONE 21 AUTRE ACCOUCHEUSE TRADITION . . . 31 AUTRE 96</p>						
445	<p>Où ce premier examen de (NOM) a-t-il eu lieu ?</p> <p>INSISTEZ POUR DÉTERMINER LE TYPE D'ENDROIT ET ENCELEZ 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>_____</p> <p>(NOM DE L'ENDROIT)</p>	<p>MAISON VOTRE MAISON 11 AUTRE MAISON 12</p> <p>SECTEUR PUBLIC HÔPITAL 21 CENTRE SANTÉ . . 22 DISPENSAIRE . . . 23 CASE DE SANTÉ . . 24 CENTRE SMI . . . 25 AUTRE SECTEUR PUBLIC 26</p> <p>SECTEUR PARA-PUBLIC HÔPITAL CNSS . . 31 CENTRE MÉDICO- SOCIAL CNSS . . 32</p> <p>SECT. MÉDICAL PRIVÉ CLINIQUE. 41 CABINET PRIVE . . 42 CABINET INFIRMIER . . . 43 AUTRE SECTEUR MED. PRIVÉ. . . 44 AUTRE 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/une de celles-ci) ?</p> <p>MONTREZ DES MODÈLES COURANTS DE GÉLULES.</p>	<p>OUI 1</p> <p>NON 2</p> <p>NE SAIT PAS 8</p>						
447	<p>Vos règles sont-elles revenues depuis la naissance de (NOM) ?</p>	<p>OUI 1 (PASSEZ À 449) ←</p> <p>NON 2 (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 NON 2 (PASSEZ À 452) ←</p>	<p>OUI 1 NON 2 (PASSEZ À 452) ←</p>				

N°	QUESTIONS ET FILTRES	DERNIÈRE NAISSANCE NOM _____	AVANT-DERNIÈRE NAISSANCE NOM _____	AVANT-AVANT DERNIÈRE NAISSANCE NOM _____
449	Pendant combien de mois après la naissance de (NOM) n'avez-vous pas eu vos règles ?	MOIS ... <input type="text"/> <input type="text"/> NE SAIT PAS 98	MOIS ... <input type="text"/> <input type="text"/> NE SAIT PAS 98	MOIS ... <input type="text"/> <input type="text"/> NE SAIT PAS 98
450	VÉRIFIEZ 226 : L'ENQUÊTÉE EST-ELLE ENCEINTE ?	PAS EN-CEINTE <input type="checkbox"/> ENCEINTE OU PAS SÛRE <input type="checkbox"/> (PASSEZ À 452)		
451	Avez-vous eu des rapports sexuels depuis la naissance de (NOM) ?	OUI 1 NON 2 (PASSEZ À 453)		
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"/> NE SAIT PAS 98		
453	Avez-vous allaité (NOM) ?	OUI 1 (PASSEZ À 455) NON 2	OUI 1 NON 2	OUI 1 NON 2
453A	Pourquoi n'avez-vous pas allaité (NOM) ? INSISTEZ POUR DÉTERMINER LA RAISON PRINCIPALE.	ENFANT DÉCÉDÉ... 11 PAS DE LAIT 12 LAIT PAS BON/ EMPOISONNÉ . . . 13 PROBLEME DE SANTÉ/FATIGUE 14 REFUS PÈRE DE L'ENFANT 15 REFUS MEMBRE DE LA FAMILLE . . . 16 LAIT ARTIFICIEL DONNÉ PAR PERSONNEL DE SANTÉ 17 LAIT ARTIFICIEL CONSEILLÉ PAR PERSONNEL DE SANTÉ 18 ESTHÉTIQUE DES SEINS 19 AUTRE _____ 96 (PRÉCISEZ)		
454	VÉRIFIEZ 404 : L'ENFANT EST-IL VIVANT ?	VIVANT <input type="checkbox"/> DÉCÉDÉ <input type="checkbox"/> (PASSEZ À 460) (RETOURNEZ À 405 COLONNE SUIVANTE; OU SI PLUS DE NAISSANCES, ALLEZ À 501)		

N°	QUESTIONS ET FILTRES	DERNIÈRE NAISSANCE	AVANT-DERNIÈRE NAISSANCE	AVANT-AVANT DERNIÈRE NAISSANCE									
		NOM _____	NOM _____	NOM _____									
455	Combien de temps après la naissance avez-vous mis (NOM) au sein pour la première fois ? SI MOINS D'UNE HEURE, INSCRIVEZ '00' HEURE. SI MOINS DE 24 HEURES, ENREGISTREZ EN HEURES. SINON, ENREGISTREZ EN JOURS.	IMMÉDIATEMENT 000 HEURES 1 <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> JOURS 2 <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>											
455A	Avez-vous donné le premier lait jaune à (NOM)? OUI 1 (PASSEZ À 456) ← NON 2												
455B	Pourquoi n'avez-vous pas donné le premier lait jaune à (NOM)? MAUVAIS POUR SANTÉ MÈRE ... 1 MAUVAIS POUR SANTÉ ENFANT .. 2 AUTRE 6 _____ (PRÉCISEZ)												
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 NON 2 (PASSEZ À 458) ←												
457	Qu'a t-on donné a boire à (NOM) ? Rien d'autre ? ENREGISTREZ TOUS LES LIQUIDES MENTIONNÉS. LAIT (AUTRE QUE LAIT MATERNEL) A EAU B EAU SUCRÉE OU EAU GLUCOSÉE .. C INFUSION CALMANTE POUR COLIQUES.. D SOLUTION D'EAU SALÉE SUCRÉ... E JUS DE FRUIT ... F LAIT EN Poudre POUR BÉBÉ ... G DÉCOCTION/ INFUSIONS H MIEL I AUTRE _____ X (PRÉCISEZ)												
458	VÉRIFIEZ 404 : L'ENFANT EST-IL EN VIE ?	EN VIE <input type="checkbox"/> DÉCÉDÉ <input type="checkbox"/> ↓ (RETOURNEZ À 405 À LA COLONNE SUIVANTE; OU, SI PLUS DE NAISS. ALLEZ À 501)	EN VIE <input type="checkbox"/> DÉCÉDÉ <input type="checkbox"/> ↓ (RETOURNEZ À 405 À LA COLONNE SUIVANTE; OU, SI PLUS DE NAISS. ALLEZ À 501)	EN VIE <input type="checkbox"/> DÉCÉDÉ <input type="checkbox"/> ↓ (RETOURNEZ À 405 À L'AVANT-DERNIÈRE COL. DU NOUVEAU QUEST. OU SI PLUS DE NAISS. ALLEZ À 501)									
459	Allaitiez-vous encore (NOM) ? OUI 1 NON 2												
460	(NOM) a-t-il bu quelque chose au biberon hier ou la nuit dernière ? OUI 1 NON 2 NE SAIT PAS 8												
461		(RETOURNEZ À 405 À LA COLONNE SUIVANTE ; OU, SI PLUS DE NAISS. ALLEZ À 501)	(RETOURNEZ À 405 À LA COLONNE SUIVANTE ; OU, SI PLUS DE NAISS. ALLEZ À 501)	(RETOURNEZ À 405 À L'AVANT-DER. COLONNE DU NOUVEAU QUEST. OU SI PLUS DE NAISS. ALLEZ À 501)									

N°	QUESTIONS ET FILTRES	DERNIÈRE NAISSANCE	AVANT-DERNIÈRE NAISSANCE	AVANT-AVANT DERNIÈRE NAISSANCE
		NOM _____	NOM _____	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 ? 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 (INSISTEZ ←) POUR LES VACCINS ET INSCRIVEZ '66' À LA COLONNE CORRESPONDANT AU JOUR À 506). (PASSEZ À 511) ← NON 2 (PASSEZ À 511) ← NE SAIT PAS 8	OUI 1 (INSISTEZ ←) POUR LES VACCINS ET INSCRIVEZ '66' À LA COLONNE CORRESPONDANT AU JOUR À 506). (PASSEZ À 511) ← NON 2 (PASSEZ À 511) ← NE SAIT PAS 8	OUI 1 (INSISTEZ ←) POUR LES VACCINS ET INSCRIVEZ '66' À LA COLONNE CORRESPONDANT AU JOUR À 506). (PASSEZ À 511) ← NON 2 (PASSEZ À 511) ← 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 NON 2 (PASSEZ À 511) ← NE SAIT PAS 8	OUI 1 NON 2 (PASSEZ À 511) ← NE SAIT PAS 8	OUI 1 NON 2 (PASSEZ À 511) ← 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 la face interne de l'avant-bras gauche qui laisse habituellement une cicatrice ?	OUI 1 NON 2 NE SAIT PAS 8	OUI 1 NON 2 NE SAIT PAS 8	OUI 1 NON 2 NE SAIT PAS 8
510B	Le vaccin de la polio, c'est-à-dire des gouttes dans la bouche ?	OUI 1 NON 2 (PASSEZ À 510E) ← NE SAIT PAS 8	OUI 1 NON 2 (PASSEZ À 510E) ← NE SAIT PAS 8	OUI 1 NON 2 (PASSEZ À 510E) ← 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 ^{RES} SEMAINES 1 PLUS TARD 2	DEUX 1 ^{RES} SEMAINES 1 PLUS TARD 2	DEUX 1 ^{RES} SEMAINES 1 PLUS TARD 2
510D	Combien de fois le vaccin de la polio a-t-il été donné ?	NOMBRE DE FOIS <input type="text"/>	NOMBRE DE FOIS <input type="text"/>	NOMBRE DE FOIS <input type="text"/>
510E	Le vaccin du DTCoq, c'est-à-dire une injection faite généralement à la cuisse ou à l'épaule, et généralement donné en même temps que les gouttes pour la polio ?	OUI 1 NON 2 (PASSEZ À 510G) ← NE SAIT PAS 8	OUI 1 NON 2 (PASSEZ À 510G) ← NE SAIT PAS 8	OUI 1 NON 2 (PASSEZ À 510G) ← NE SAIT PAS 8
510F	Combien de fois le vaccin du DTCoq a-t-il été donné ?	NOMBRE DE FOIS .. <input type="text"/>	NOMBRE DE FOIS .. <input type="text"/>	NOMBRE DE FOIS .. <input type="text"/>
510G	Le vaccin TETRACOQ, c'est-à-dire une injection faite généralement à la cuisse ou à l'épaule qui protège contre plusieurs maladies à la fois ?	OUI 1 NON 2 (PASSEZ À 510I) ← NE SAIT PAS 8	OUI 1 NON 2 (PASSEZ À 510I) ← NE SAIT PAS 8	OUI 1 NON 2 (PASSEZ À 510I) ← NE SAIT PAS 8
510H	Combien de fois le vaccin du TETRACOQ a-t-il été donné ?	NOMBRE DE FOIS .. <input type="text"/>	NOMBRE DE FOIS .. <input type="text"/>	NOMBRE DE FOIS .. <input type="text"/>
510I	Le vaccin PENTACOQ ou PENTAVALENT, c'est-à-dire une injection faite généralement à la cuisse ou à l'épaule qui protège contre plusieurs maladies à la fois ?	OUI 1 NON 2 (PASSEZ À 510K) ← NE SAIT PAS 8	OUI 1 NON 2 (PASSEZ À 510K) ← NE SAIT PAS 8	OUI 1 NON 2 (PASSEZ À 510K) ← NE SAIT PAS 8
510J	Combien de fois le vaccin du PENTACOQ ou PENTAVALENT a-t-il été donné ?	NOMBRE DE FOIS .. <input type="text"/>	NOMBRE DE FOIS .. <input type="text"/>	NOMBRE DE FOIS .. <input type="text"/>

N°	QUESTIONS ET FILTRES	DERNIÈRE NAISSANCE	AVANT-DERNIÈRE NAISSANCE	AVANT-AVANT DERNIÈRE NAISSANCE
		NOM _____	NOM _____	NOM _____
510K	Le vaccin contre l'hépatite B, c'est-à-dire une injection faite généralement à la cuisse ou à l'épaule qui protège contre l'hépatite B ?	OUI 1 NON 2 (PASSEZ À 510M) ← NE SAIT PAS 8	OUI 1 NON 2 (PASSEZ À 510M) ← NE SAIT PAS 8	OUI 1 NON 2 (PASSEZ À 510M) ← NE SAIT PAS 8
510L	Combien de fois le vaccin de l'hépatite B a-t-il été donné ?	NOMBRE DE FOIS .. <input type="text"/>	NOMBRE DE FOIS .. <input type="text"/>	NOMBRE DE FOIS .. <input type="text"/>
510M	Le vaccin ACT-HIB, c'est-à-dire une injection faite généralement à la cuisse ou à l'épaule qui protège contre La méningite ?	OUI 1 NON 2 (PASSEZ À 510P) ← NE SAIT PAS 8	OUI 1 NON 2 (PASSEZ À 510P) ← NE SAIT PAS 8	OUI 1 NON 2 (PASSEZ À 510P) ← NE SAIT PAS 8
510N	Combien de fois le vaccin ACT-HIB a-t-il été donné ?	NOMBRE DE FOIS .. <input type="text"/>	NOMBRE DE FOIS .. <input type="text"/>	NOMBRE DE FOIS .. <input type="text"/>
510P	Le vaccin contre la rougeole ou Rouvax, c'est-à-dire une injection dans l'épaule ou la cuisse à l'âge de 9 mois ou plus tard, pour lui éviter la rougeole ?	OUI 1 NON 2 NE SAIT PAS 8	OUI 1 NON 2 NE SAIT PAS 8	OUI 1 NON 2 NE SAIT PAS 8
510Q	Le vaccin contre la fièvre jaune, c'est-à-dire une injection dans l'épaule ou la cuisse à l'âge de 9 mois ou plus tard, pour lui éviter la fièvre jaune ?	OUI 1 NON 2 NE SAIT PAS 8	OUI 1 NON 2 NE SAIT PAS 8	OUI 1 NON 2 NE SAIT PAS 8
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) ? MONTREZ DES MODÈLES COURANTS DE CAPSULES	OUI 1 NON 2 NE SAIT PAS 8	OUI 1 NON 2 NE SAIT PAS 8	OUI 1 NON 2 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) ? MONTREZ DES MODÈLES COURANTS DE COMPRIMÉS, GRANULES OU SIROP.	OUI 1 NON 2 NE SAIT PAS 8	OUI 1 NON 2 NE SAIT PAS 8	OUI 1 NON 2 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 NON 2 NE SAIT PAS 8	OUI 1 NON 2 NE SAIT PAS 8	OUI 1 NON 2 NE SAIT PAS 8
514	(NOM) a-t-il eu la diarrhée au cours des deux dernières semaines ?	OUI 1 NON 2 (PASSEZ À 525) ← NE SAIT PAS 8	OUI 1 NON 2 (PASSEZ À 525) ← NE SAIT PAS 8	OUI 1 NON 2 (PASSEZ À 525) ← NE SAIT PAS 8
515	Y avait-il du sang dans les selles ?	OUI 1 NON 2 NE SAIT PAS 8	OUI 1 NON 2 NE SAIT PAS 8	OUI 1 NON 2 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). Lui a-t-on donné à boire moins que d'habitude, environ la même quantité ou plus que d'habitude ? SI MOINS, INSISTEZ : Lui a-t-on donné à boire beaucoup moins que d'habitude ou un peu moins ?	BEUCOUP MOINS 1 UN PEU MOINS ... 2 ENVIRON LA MÊME QUANTITÉ ... 3 PLUS 4 RIEN À BOIRE ... 5 NE SAIT PAS 8	BEUCOUP MOINS 1 UN PEU MOINS ... 2 ENVIRON LA MÊME QUANTITÉ ... 3 PLUS 4 RIEN À BOIRE ... 5 NE SAIT PAS 8	BEUCOUP MOINS 1 UN PEU MOINS ... 2 ENVIRON LA MÊME QUANTITÉ ... 3 PLUS 4 RIEN À BOIRE ... 5 NE SAIT PAS 8

N°	QUESTIONS ET FILTRES	DERNIÈRE NAISSANCE	AVANT-DERNIÈRE NAISSANCE	AVANT-AVANT DERNIÈRE NAISSANCE																																																
		NOM _____	NOM _____	NOM _____																																																
517	<p>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 ?</p> <p>SI MOINS, INSISTEZ: Lui a-t-on donné à manger beaucoup moins que d'habitude ou un peu moins ?</p>	BEAUCOUP MOINS 1 UN PEU MOINS ... 2 ENVIRON LA MÊME QUANTITÉ 3 PLUS 4 A STOPPÉ NOURRITURE ... 5 N'A JAMAIS DONNÉ À MANGER 6 NE SAIT PAS 8	BEAUCOUP MOINS 1 UN PEU MOINS ... 2 ENVIRON LA MÊME QUANTITÉ 3 PLUS 4 A STOPPÉ NOURRITURE ... 5 N'A JAMAIS DONNÉ À MANGER 6 NE SAIT PAS 8	BEAUCOUP MOINS 1 UN PEU MOINS ... 2 ENVIRON LA MÊME QUANTITÉ 3 PLUS 4 A STOPPÉ NOURRITURE ... 5 N'A JAMAIS DONNÉ À MANGER 6 NE SAIT PAS 8																																																
518	<p>Avez-vous recherché des conseils ou un traitement pour la diarrhée ?</p>	OUI 1 NON 2 (PASSEZ À 522) ←	OUI 1 NON 2 (PASSEZ À 522) ←	OUI 1 NON 2 (PASSEZ À 522) ←																																																
519	<p>Où êtes-vous allée pour rechercher des conseils ou un traitement ?</p> <p>Quelque part ailleurs ?</p> <p>INSISTEZ POUR DÉTERMINEZ LE TYPE D'ENDROIT.</p> <p>SI VOUS NE POUVEZ DÉTERMINER SI L'ÉTABLISSEMENT EST DU SECTEUR PUBLIC OU PRIVÉ, INSCRIVEZ LE NOM DE L'ENDROIT.</p> <p>_____ (NOM DE L'ENDROIT/ NOM DES ENDROITS)</p>	SECTEUR PUBLIC HÔPITAL/ CENTRE SANTÉ A DISPENSAIRE ... B CENTRE SMI ... C INFIR. MILITAIRE .. D CASE DE SANTÉ .. E PHARMACIE DE HOPITAL ... F AUTRE PUBLIC .. G SECTEUR PARA-PUBLIC HÔPITAL CNSS .. H CENTRE MÉDICO-SOCIAL CNSS .. I PHARMA. CNSS .. J SECT. MÉDICAL PRIVÉ CLINIQUE..... K MEDECIN PRIVE .. L CABINET INFIRMIER ... M PHARMACIE ... N AUTRE MED. PRIV. O NGANGA/MARAB. .. P BOUTIQUE/MARCHI . Q AUTRE X	SECTEUR PUBLIC HÔPITAL/ CENTRE SANTÉ A DISPENSAIRE ... B CENTRE SMI ... C INFIR. MILITAIRE .. D CASE DE SANTÉ .. E PHARMACIE DE HOPITAL ... F AUTRE PUBLIC .. G SECTEUR PARA-PUBLIC HÔPITAL CNSS .. H CENTRE MÉDICO-SOCIAL CNSS .. I PHARMA. CNSS .. J SECT. MÉDICAL PRIVÉ CLINIQUE..... K MEDECIN PRIVE .. L CABINET INFIRMIER ... M PHARMACIE ... N AUTRE MED. PRIV. O NGANGA/MARAB. .. P BOUTIQUE/MARCHI . Q AUTRE X	SECTEUR PUBLIC HÔPITAL/ CENTRE SANTÉ A DISPENSAIRE ... B CENTRE SMI ... C INFIR. MILITAIRE .. D CASE DE SANTÉ .. E PHARMACIE DE HOPITAL ... F AUTRE PUBLIC .. G SECTEUR PARA-PUBLIC HÔPITAL CNSS .. H CENTRE MÉDICO-SOCIAL CNSS .. I PHARMA. CNSS .. J SECT. MÉDICAL PRIVÉ CLINIQUE..... K MEDECIN PRIVE .. L CABINET INFIRMIER ... M PHARMACIE ... N AUTRE MED. PRIV. O NGANGA/MARAB. .. P BOUTIQUE/MARCHI . Q AUTRE X																																																
520	<p>VÉRIFIEZ 519 :</p>	2 CODES UN SEUL <input type="checkbox"/> OU CODE <input type="checkbox"/> PLUS EN CERCLÉS CLÉ ↓ (PASSEZ À 522) ←	2 CODES UN SEUL <input type="checkbox"/> OU CODE <input type="checkbox"/> PLUS EN CERCLÉS CLÉ ↓ (PASSEZ À 522) ←	2 CODES UN SEUL <input type="checkbox"/> OU CODE <input type="checkbox"/> PLUS EN CERCLÉS CLÉ ↓ (PASSEZ À 522) ←																																																
521	<p>Où êtes-vous allée en premier pour rechercher des conseils ou un traitement ?</p> <p>UTILISEZ LES CODES 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 SRO ?</p> <p>b) Une solution maison sucrée salée ?</p> <p>c) Eau de riz ?</p>	<table style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <thead> <tr> <th></th> <th>OUI</th> <th>NON</th> <th>NSP</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>SACHET SRO</td> <td>1</td> <td>2</td> <td>8</td> </tr> <tr> <td>SUCRÉ SALÉ</td> <td>1</td> <td>2</td> <td>8</td> </tr> <tr> <td>EAU DE RIZ</td> <td>1</td> <td>2</td> <td>8</td> </tr> </tbody> </table>		OUI	NON	NSP	SACHET SRO	1	2	8	SUCRÉ SALÉ	1	2	8	EAU DE RIZ	1	2	8	<table style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <thead> <tr> <th></th> <th>OUI</th> <th>NON</th> <th>NSP</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>SACHET SRO</td> <td>1</td> <td>2</td> <td>8</td> </tr> <tr> <td>SUCRÉ SALÉ</td> <td>1</td> <td>2</td> <td>8</td> </tr> <tr> <td>EAU DE RIZ</td> <td>1</td> <td>2</td> <td>8</td> </tr> </tbody> </table>		OUI	NON	NSP	SACHET SRO	1	2	8	SUCRÉ SALÉ	1	2	8	EAU DE RIZ	1	2	8	<table style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <thead> <tr> <th></th> <th>OUI</th> <th>NON</th> <th>NSP</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>SACHET SRO</td> <td>1</td> <td>2</td> <td>8</td> </tr> <tr> <td>SUCRÉ SALÉ</td> <td>1</td> <td>2</td> <td>8</td> </tr> <tr> <td>EAU DE RIZ</td> <td>1</td> <td>2</td> <td>8</td> </tr> </tbody> </table>		OUI	NON	NSP	SACHET SRO	1	2	8	SUCRÉ SALÉ	1	2	8	EAU DE RIZ	1	2	8
	OUI	NON	NSP																																																	
SACHET SRO	1	2	8																																																	
SUCRÉ SALÉ	1	2	8																																																	
EAU DE RIZ	1	2	8																																																	
	OUI	NON	NSP																																																	
SACHET SRO	1	2	8																																																	
SUCRÉ SALÉ	1	2	8																																																	
EAU DE RIZ	1	2	8																																																	
	OUI	NON	NSP																																																	
SACHET SRO	1	2	8																																																	
SUCRÉ SALÉ	1	2	8																																																	
EAU DE RIZ	1	2	8																																																	

N°	QUESTIONS ET FILTRES	DERNIÈRE NAISSANCE	AVANT-DERNIÈRE NAISSANCE	AVANT-AVANT DERNIÈRE NAISSANCE
		NOM _____	NOM _____	NOM _____
523	A-t-on donné quelque chose (d'autre) pour traiter la diarrhée ?	OUI 1 NON 2 (PASSEZ À 525) ← NE SAIT PAS 8	OUI 1 NON 2 (PASSEZ À 525) ← NE SAIT PAS 8	OUI 1 NON 2 (PASSEZ À 525) ← NE SAIT PAS 8
524	Qu'a-t-on donné (d'autre) pour traiter la diarrhée ? Rien d'autre ? ENREGISTREZ TOUS LES TRAITEMENTS DONNÉS.	COMPRIMÉ OU SIROP A INJECTION B PERFUSION/INTRA-VEINEUSE/SONDE GASTRIQUE ... C REMÈDE MAISON/PLANTES/ DÉCOCTIONS ... D AUTRE X	COMPRIMÉ OU SIROP A INJECTION B PERFUSION/INTRA-VEINEUSE/SONDE GASTRIQUE ... C REMÈDE MAISON/PLANTES/ DÉCOCTIONS ... D AUTRE X	COMPRIMÉ OU SIROP A INJECTION B PERFUSION/INTRA-VEINEUSE/SONDE GASTRIQUE ... C REMÈDE MAISON/PLANTES/ DÉCOCTIONS ... D AUTRE X
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 NON 2 (PASSEZ À 527) ← NE SAIT PAS 8	OUI 1 NON 2 (PASSEZ À 527) ← NE SAIT PAS 8	OUI 1 NON 2 (PASSEZ À 527) ← 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 NON 2 NE SAIT PAS 8	OUI 1 NON 2 NE SAIT PAS 8	OUI 1 NON 2 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 NON 2 (PASSEZ À 530) ← NE SAIT PAS 8	OUI 1 NON 2 (PASSEZ À 530) ← NE SAIT PAS 8	OUI 1 NON 2 (PASSEZ À 530) ← 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 NON 2 (PASSEZ À 531) ← NE SAIT PAS 8	OUI 1 NON 2 (PASSEZ À 531) ← NE SAIT PAS 8	OUI 1 NON 2 (PASSEZ À 531) ← 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 ?	BRONCHES SEULES 1 NEZ SEUL 2 LES DEUX 3 AUTRE 6 (PRÉCISEZ) NE SAIT PAS 8 (PASSEZ À 531) ←	BRONCHES SEULES 1 NEZ SEUL 2 LES DEUX 3 AUTRE 6 (PRÉCISEZ) NE SAIT PAS 8 (PASSEZ À 531) ←	BRONCHES SEULES 1 NEZ SEUL 2 LES DEUX 3 AUTRE 6 (PRÉCISEZ) NE SAIT PAS 8 (PASSEZ À 531) ←
530	VÉRIFIEZ 525 : A-T-IL EU DE LA FIÈVRE ?	OUI NON OU NSP <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> (RETOURNEZ À 503 À LA COLONNE SUIVANTE OU, SI PLUS DE NAISSANCE, ALLEZ À 555)	OUI NON OU NSP <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> (RETOURNEZ À 503 À LA COLONNE SUIVANTE OU, SI PLUS DE NAISSANCE, ALLEZ À 555)	OUI NON OU NSP <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> (ALLEZ À 503 À L'AVANT-DERNIÈRE COL. DU NOUVEAU QUESTIONNAIRE OU, SI PLUS DE NAISSANCE ALLEZ À 555)
531	Je voudrais savoir maintenant quelle quantité de boisson a été donnée à (NOM) (y compris le lait maternel) pendant sa maladie avec (de la fièvre et de la toux). Lui a-t-on donné à boire moins que d'habitude, environ la même quantité ou plus que d'habitude ? SI MOINS, INSISTEZ : Lui en a-t-on donné beaucoup moins que d'habitude, ou un peu moins ?	BEAUCOUP MOINS 1 UN PEU MOINS ... 2 ENVIRON LA MÊME QUANTITÉ ... 3 PLUS 4 RIEN À BOIRE 5 NE SAIT PAS 8	BEAUCOUP MOINS 1 UN PEU MOINS ... 2 ENVIRON LA MÊME QUANTITÉ ... 3 PLUS 4 RIEN À BOIRE 5 NE SAIT PAS 8	BEAUCOUP MOINS 1 UN PEU MOINS ... 2 ENVIRON LA MÊME QUANTITÉ ... 3 PLUS 4 RIEN À BOIRE 5 NE SAIT PAS 8

N°	QUESTIONS ET FILTRES	DERNIÈRE NAISSANCE	AVANT-DERNIÈRE NAISSANCE	AVANT-AVANT DERNIÈRE NAISSANCE
		NOM _____	NOM _____	NOM _____
532	<p>Quand (NOM) a eu de la (fièvre/toux), lui a-t-on donné à manger moins que d'habitude, environ la même quantité, plus que d'habitude ou ne lui a-t-on rien donné à manger ?</p> <p>SI MOINS, INSISTEZ : Lui en a-t-on donné beaucoup moins que d'habitude, ou un peu moins ?</p>	BEAUCOUP MOINS 1 UN PEU MOINS ... 2 ENVIRON LA MÊME QUANTITÉ 3 PLUS 4 A STOPPÉ NOURRITURE ... 5 N'A JAMAIS DONNÉ À MANGER 6 NE SAIT PAS 8	BEAUCOUP MOINS 1 UN PEU MOINS ... 2 ENVIRON LA MÊME QUANTITÉ 3 PLUS 4 A STOPPÉ NOURRITURE ... 5 N'A JAMAIS DONNÉ À MANGER 6 NE SAIT PAS 8	BEAUCOUP MOINS 1 UN PEU MOINS ... 2 ENVIRON LA MÊME QUANTITÉ 3 PLUS 4 A STOPPÉ NOURRITURE ... 5 N'A JAMAIS DONNÉ À MANGER 6 NE SAIT PAS 8
533	Avez-vous recherché des conseils ou un traitement pour la maladie ?	OUI 1 NON 2 (PASSEZ À 537) ←	OUI 1 NON 2 (PASSEZ À 537) ←	OUI 1 NON 2 (PASSEZ À 537) ←
534	<p>Où êtes-vous allée pour rechercher des conseils ou un traitement ? (9)</p> <p>Quelque part ailleurs ?</p> <p>INSISTEZ POUR DÉTERMINER 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>_____ (NOM DE L'ENDROIT/ NOM DES ENDROITS)</p>	SECTEUR PUBLIC HÔPITAL/ CENTRE SANTÉ A DISPENSAIRE ... B CENTRE SMI ... C INFIR. MILITAIRE .. D CASE DE SANTÉ .. E PHARMACIE DE HOPITAL ... F AUTRE PUBLIC .. G SECTEUR PARA-PUBLIC HÔPITAL CNSS .. H CENTRE MÉDICO- SOCIAL CNSS ... I PHARMA. CNSS .. J SECT. MÉDICAL PRIVÉ CLINIQUE..... K MEDECIN PRIVE .. L CABINET INFIRMIER ... M PHARMACIE ... N AUTRE MED. PRIV. O NGANGA/MARAB. .. P BOUTIQUE/MARCHI . Q AUTRE X	SECTEUR PUBLIC HÔPITAL/ CENTRE SANTÉ A DISPENSAIRE ... B CENTRE SMI ... C INFIR. MILITAIRE .. D CASE DE SANTÉ .. E PHARMACIE DE HOPITAL ... F AUTRE PUBLIC .. G SECTEUR PARA-PUBLIC HÔPITAL CNSS .. H CENTRE MÉDICO- SOCIAL CNSS ... I PHARMA. CNSS .. J SECT. MÉDICAL PRIVÉ CLINIQUE..... K MEDECIN PRIVE .. L CABINET INFIRMIER ... M PHARMACIE ... N AUTRE MED. PRIV. O NGANGA/MARAB. .. P BOUTIQUE/MARCHI . Q AUTRE X	SECTEUR PUBLIC HÔPITAL/ CENTRE SANTÉ A DISPENSAIRE ... B CENTRE SMI ... C INFIR. MILITAIRE .. D CASE DE SANTÉ .. E PHARMACIE DE HOPITAL ... F AUTRE PUBLIC .. G SECTEUR PARA-PUBLIC HÔPITAL CNSS .. H CENTRE MÉDICO- SOCIAL CNSS ... I PHARMA. CNSS .. J SECT. MÉDICAL PRIVÉ CLINIQUE..... K MEDECIN PRIVE .. L CABINET INFIRMIER ... M PHARMACIE ... N AUTRE MED. PRIV. O NGANGA/MARAB. .. P BOUTIQUE/MARCHI . Q AUTRE X
535	VÉRIFIEZ 534 :	2 CODES 1 SEUL <input type="checkbox"/> OU <input type="checkbox"/> PLUS EN- ENCER- CERCLÉ CLÉS ↓ (PASSEZ À 537) ←	2 CODES 1 SEUL <input type="checkbox"/> OU <input type="checkbox"/> PLUS EN- ENCER- CERCLÉ CLÉS ↓ (PASSEZ À 537) ←	2 CODES 1 SEUL <input type="checkbox"/> OU <input type="checkbox"/> PLUS EN- ENCER- CERCLÉ CLÉS ↓ (PASSEZ À 537) ←
536	<p>Où êtes-vous allée en premier pour rechercher des conseils ou un traitement ?</p> <p>UTILISEZ LES CODES DE 534.</p>	1er ENDROIT ... <input type="checkbox"/>	1er ENDROIT ... <input type="checkbox"/>	1er ENDROIT ... <input type="checkbox"/>
537	Est-ce qu'à n'importe quel moment au cours de la maladie, (NOM) a pris des médicaments pour la maladie ?	OUI 1 NON 2 (RETOURNEZ À 503 À COL.SUIVANTE ; OU, SI PLUS DE ← NAISSANCE, ALLEZ À 555) NE SAIT PAS 8	OUI 1 NON 2 (RETOURNEZ À 503 À COL.SUIVANTE ; OU, SI PLUS DE ← NAISSANCE, ALLEZ À 555) NE SAIT PAS 8	OUI 1 NON 2 (ALLEZ À 503 À L'AVANT-DERNIÈRE COLONNE DU NOUVEAU ← QUESTIONNAIRE ; OU, SI PLUS DE NAISSANCE, ALLEZ À 555). NE SAIT PAS 8

N°	QUESTIONS ET FILTRES	DERNIÈRE NAISSANCE	AVANT-DERNIÈRE NAISSANCE	AVANT-AVANT DERNIÈRE NAISSANCE
		NOM _____	NOM _____	NOM _____
538	<p>Quels médicaments (NOM) a-t-il/elle pris ?</p> <p>Aucun autre médicament ?</p> <p>ENREGISTREZ TOUT CE QUI EST MENTIONNÉ.</p>	ANTIPALUDÉENS ACT ARSUCAM A COARTEM B AUTRES ANTIPALU. QUININE C QUINIMAX D SP/FANSIDAR ... E CHLOROQUINE .. F AMODIAQUINE/ FLAVOQUINE/ CAMOQUIN/ MALOXINE/ NIVAQUINE ... G AUTRE H ANTIBIOTIQUES COMPRIMÉS/ SIROP I INJECTION J AUTRE MÉDICAMENT K AUTRE X NE SAIT PAS Z	ANTIPALUDÉENS ACT ARSUCAM A COARTEM B AUTRES ANTIPALU. QUININE C QUINIMAX D SP/FANSIDAR ... E CHLOROQUINE .. F AMODIAQUINE/ FLAVOQUINE/ CAMOQUIN/ MALOXINE/ NIVAQUINE ... G AUTRE H ANTIBIOTIQUES COMPRIMÉS/ SIROP I INJECTION J AUTRE MÉDICAMENT K AUTRE X NE SAIT PAS Z	ANTIPALUDÉENS ACT ARSUCAM A COARTEM B AUTRES ANTIPALU. QUININE C QUINIMAX D SP/FANSIDAR ... E CHLOROQUINE .. F AMODIAQUINE/ FLAVOQUINE/ CAMOQUIN/ MALOXINE/ NIVAQUINE ... G AUTRE H ANTIBIOTIQUES COMPRIMÉS/ SIROP I INJECTION J AUTRE MÉDICAMENT K AUTRE X NE SAIT PAS Z
538A	<p>VÉRIFIEZ 538 :</p> <p>AU MOINS 3 CODES ENCERCLÉS DONT 'A', 'B', ET/OU 'C'</p>	3 CODES AUTRE DONT 'A', <input type="checkbox"/> B' ET/OU 'C' <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> (PASSEZ À 542) ←	3 CODES AUTRE DONT 'A', <input type="checkbox"/> B' ET/OU 'C' <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> (PASSEZ À 542) ←	3 CODES AUTRE DONT 'A', <input type="checkbox"/> B' ET/OU 'C' <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> (PASSEZ À 542) ←
538B	<p>Quel médicament a été donné en premier ?</p> <p>UTILISEZ LES CODES DE 538.</p>	1er MÉDICAMENT <input type="checkbox"/>	1er MÉDICAMENT <input type="checkbox"/>	1er MÉDICAMENT <input type="checkbox"/>
538C	<p>Quel médicament a été donné en deuxième ?</p> <p>UTILISEZ LES CODES DE 538.</p>	2è MÉDICAMENT <input type="checkbox"/>	2è MÉDICAMENT <input type="checkbox"/>	2è MÉDICAMENT <input type="checkbox"/>
538D	<p>Quel médicament a été donné en troisième ?</p> <p>UTILISEZ LES CODES DE 538.</p>	3è MÉDICAMENT <input type="checkbox"/>	3è MÉDICAMENT <input type="checkbox"/>	3è MÉDICAMENT <input type="checkbox"/>
538E	<p>VÉRIFIEZ 538 :</p> <p>2 CODES ENCERCLÉS DONT 'A', 'B', ET/OU 'C'</p>	2 CODES AUTRE DONT 'A', <input type="checkbox"/> B' ET/OU 'C' <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> (PASSEZ À 539) ←	2 CODES AUTRE DONT 'A', <input type="checkbox"/> B' ET/OU 'C' <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> (PASSEZ À 539) ←	2 CODES AUTRE DONT 'A', <input type="checkbox"/> B' ET/OU 'C' <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> (PASSEZ À 539) ←
538F	<p>Quel médicament a été donné en premier ?</p> <p>UTILISEZ LES CODES DE 538.</p>	1er MÉDICAMENT <input type="checkbox"/>	1er MÉDICAMENT <input type="checkbox"/>	1er MÉDICAMENT <input type="checkbox"/>
538G	<p>Quel médicament a été donné en deuxième ?</p> <p>UTILISEZ LES CODES DE 538.</p>	2è MÉDICAMENT <input type="checkbox"/>	2è MÉDICAMENT <input type="checkbox"/>	2è MÉDICAMENT <input type="checkbox"/>
539	<p>VÉRIFIEZ 538 :</p> <p>Y A-T-IL UN CODE A-H ENCERCLÉ ?</p>	OUI <input type="checkbox"/> NON <input type="checkbox"/> (RETOURNEZ À 503 À COL. SUIVANTE OU SI PLUS DE NAISSANCE, ALLEZ À 555).	OUI <input type="checkbox"/> NON <input type="checkbox"/> (RETOURNEZ À 503 À COL. SUIVANTE OU SI PLUS DE NAISSANCE, ALLEZ À 555)	OUI <input type="checkbox"/> NON <input type="checkbox"/> (ALLEZ À 503 À L'AVANT-DERNIÈRE COL. DU NOUVEAU QUESTIONNAIRE; OU SI PLUS DE NAISSANCE ALLEZ À 555)

N°	QUESTIONS ET FILTRES	CODES	PASSEZ À
555	VÉRIFIEZ 522(a), TOUTES LES COLONNES : AUCUN ENFANT N'A REÇU DE <input type="checkbox"/> LIQUIDE DE SACHET SRO	UN ENFANT A REÇU DU <input type="checkbox"/> LIQUIDE DE SACHET SRO	→ 557
556	Avez-vous déjà entendu parler d'un produit spécial appelé SRO que vous pouvez obtenir pour le traitement de la diarrhée ?	OUI 1 NON 2	
557	VÉRIFIEZ 215 ET 218, TOUTES LES LIGNES : NOMBRE D'ENFANTS NÉS EN 2010 OU PLUS TARD VIVANT AVEC L'ENQUÊTÉE UN OU PLUS <input type="checkbox"/> AUCUN <input type="checkbox"/> INSCRIVEZ LE NOM DE L'ENFANT LE PLUS JEUNE VIVANT AVEC ELLE ET CONTINUEZ AVEC 558 _____ (NOM)		→ 601
558	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. Est-ce que (NOM DE 557) (a bu ou mangé) :		
		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) Du bouillon ?	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	
	e) Du lait en poudre pour bébé ?	e) 1 2 8	
	f) D'autres liquides ?	f) 1 2 8	
	g) Du yaourt ?	g) 1 2 8	
	h) Une préparation enrichie pour les enfants comme Cerelac ou Bledina ?	h) 1 2 8	
	i) Bouillie de maïs ou de riz, des pâtes, du riz, du pain, bouillie d'avoine ou autres préparations à base de mil ou sorgho ?	i) 1 2 8	
	j) Des patates douces, citrouilles, carottes, courges ou autres tubercules qui sont jaunes ou oranges à l'intérieur ?	j) 1 2 8	
	k) Du manioc, igname, taro, pommes de terre ou préparations à base de tubercules blanches ?	k) 1 2 8	
	l) Feuilles de manioc, amarante, épinard, taro ou autres feuilles vert foncé ?	l) 1 2 8	
	m) Des mangues, papayes, oranges ?	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, porc, agneau, chèvre, poulet, dinde, canard ?	p) 1 2 8	
	q) Des œufs ?	q) 1 2 8	
	r) Du poisson frais ou fumé 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	VÉRIFIEZ 558 (CATÉGORIES "g" À "u") : PAS UN SEUL <input type="checkbox"/> "OUI" ↓ AU MOINS UN 'OUI' <input type="checkbox"/>	→ 561	
560	Est-ce que hier durant le jour ou la nuit (NOM) a mangé des aliments solides, semi solides ou mous ? 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 ?	OUI 1 (RETOURNEZ À 558 POUR ENREGISTRER LES ALIMENTS CONSOMMÉS HIER.) ← NON 2 →	601
561	Combien de fois (NOM DE 557) a-t-il mangé des aliments solides, semi solides ou mous hier durant le jour ou la nuit ? SI 7 FOIS OU PLUS, INSCRIVEZ '7'.	NOMBRE DE FOIS <input type="checkbox"/> NE SAIT PAS 8	

SECTION 6. UNION ET ACTIVITÉ SEXUELLE

N°	QUESTIONS ET FILTRES	CODES	PASSER À
601	Êtes-vous actuellement mariée ?	OUI 1 NON 2	→ 601B
601A	Êtes-vous mariée civilement, religieusement ou coutumièrement? ENREGISTREZ TOUTES LES RÉPONSES	CIVILEMENT A RELIGIEUSEMENT B COUTUMIÈREMENT C	→ 604
601B	Vivez-vous actuellement avec un homme comme si vous étiez mariés ?	OUI 1 NON 2	→ 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 OUI, A VÉCU AVEC UN HOMME ... 2 NON 3	→ 612
603	Quel est votre état matrimonial actuel : êtes-vous veuve, divorcée ou séparée ?	VEUVE 1 DIVORCÉE 2 SÉPARÉE 3	→ 609
604	Est-ce que votre (mari/partenaire) vit actuellement avec vous ou vit-il ailleurs ?	VIT AVEC ELLE 1 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 _____ 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 NON 2 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"/> NE SAIT PAS 98	→ 609
608	Êtes-vous la première, deuxième,.....épouse ?	RANG <input type="text"/> <input type="text"/> NE SAIT PAS 98	
609	Avez-vous été mariée ou avez-vous vécu avec un homme une seule fois ou plus d'une fois ?	SEULEMENT UNE FOIS 1 PLUS D'UNE FOIS 2	
610	VÉRIFIEZ 609 : MARIÉE/A VÉCU AVEC UN HOMME AVEC UN HOMME UNE SEULE FOIS <input type="checkbox"/> ↓ En quel mois et quelle année avez-vous commencé à vivre avec votre (mari/partenaire) ? MARIÉE/A VÉCU AVEC UN HOMME PLUS D'UNE FOIS <input type="checkbox"/> ↓ 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"/> NE CONNAÎT PAS LE MOIS 98 ANNÉE <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> NE CONNAÎT PAS L'ANNÉE 9998	→ 611A
611	Quel âge aviez-vous quand vous avez commencé à vivre avec lui pour la première fois ?	ÂGE <input type="text"/> <input type="text"/>	
611A	VÉRIFIER 603: L'ENQUÊTÉE EST-ELLE ACTUELLEMENT VEUVE? PAS POSÉE <input type="checkbox"/> OU PAS VEUVE ↓ VEUVE <input type="checkbox"/>		→ 611D
611B	VÉRIFIER 609: MARIÉE/A VÉCU AVEC UN HOMME PLUS D'UNE FOIS <input type="checkbox"/> ↓ MARIÉE/A VÉCU AVEC UN HOMME UNE SEULE FOIS <input type="checkbox"/>		→ 612

		DERNIER PARTENAIRE SEXUEL	AVANT-DERNIER PARTENAIRE SEXUEL	AVANT AVANT-DERNIER PARTENAIRE SEXUEL
616	Quand avez-vous eu des rapports sexuels avec cette personne pour la dernière fois ?		IL Y A... JOURS 1 <input type="text"/> <input type="text"/> IL Y A... SEMAINE 2 <input type="text"/> <input type="text"/> IL Y A... MOIS 3 <input type="text"/> <input type="text"/>	IL Y A... JOURS 1 <input type="text"/> <input type="text"/> IL Y A... SEMAINE 2 <input type="text"/> <input type="text"/> IL Y A... MOIS 3 <input type="text"/> <input type="text"/>
617	La dernière fois que vous avez eu des rapports sexuels (avec cette 2nde/3è personne), un préservatif a-t-il été utilisé ?	OUI 1 NON 2 (PASSEZ À 619) ←	OUI 1 NON 2 (PASSEZ À 619) ←	OUI 1 NON 2 (PASSEZ À 619) ←
618	Un préservatif 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 NON 2	OUI 1 NON 2	OUI 1 NON 2
619	Quelle était votre relation avec cette personne avec qui vous avez eu des rapports sexuels ? SI PETIT AMI : Viviez-vous ensemble comme si vous étiez mariés ? SI OUI, ENCERCLER '2' SI NON, ENCERCLER '3'	MARI 1 PARTENAIRE VIVANT AVEC L'ENQUÊTÉE ... 2 PETIT AMI VIVANT PAS AVEC L'ENQUÊTÉE ... 3 RENCONTRE OCCASIONNELLE 4 CLIENT/PROSTITUÉ 5 AUTRE 6 (PASSEZ À 622) ←	MARI 1 PARTENAIRE VIVANT AVEC L'ENQUÊTÉE ... 2 PETIT AMI VIVANT PAS AVEC L'ENQUÊTÉE ... 3 RENCONTRE OCCASIONNELLE 4 CLIENT/PROSTITUÉ 5 AUTRE 6 (PASSEZ À 622) ←	MARI 1 PARTENAIRE VIVANT AVEC L'ENQUÊTÉE ... 2 PETIT AMI VIVANT PAS AVEC L'ENQUÊTÉE ... 3 RENCONTRE OCCASIONNELLE 4 CLIENT/PROSTITUÉ 5 AUTRE 6 (PASSEZ À 622) ←
620	VÉRIFIEZ 609 :	MARIÉE MARIÉE UNE PLUS SEULE D'UNE <input type="text"/> FOIS FOIS <input type="text"/> <input type="text"/> (PASSEZ) ↓ À 622) ←	MARIÉE MARIÉE UNE PLUS SEULE D'UNE <input type="text"/> FOIS FOIS <input type="text"/> <input type="text"/> (PASSEZ) ↓ À 622) ←	MARIÉE MARIÉE UNE PLUS SEULE D'UNE <input type="text"/> FOIS FOIS <input type="text"/> <input type="text"/> (PASSEZ) ↓ À 622) ←
621	VÉRIFIEZ 613 :	1 ^{re} FOIS QUAND ELLE A COMMENCÉ À VIVRE AVEC 1 ^{er} MARI AUTRE <input type="text"/> <input type="text"/> ↓ (PASSEZ À 623) ↓	1 ^{re} FOIS QUAND ELLE A COMMENCÉ À VIVRE AVEC 1 ^{er} MARI AUTRE <input type="text"/> <input type="text"/> ↓ (PASSEZ À 623) ↓	1 ^{re} FOIS QUAND ELLE A COMMENCÉ À VIVRE AVEC 1 ^{er} MARI AUTRE <input type="text"/> <input type="text"/> ↓ (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... JOURS 1 <input type="text"/> <input type="text"/> IL Y A... SEMAINE 2 <input type="text"/> <input type="text"/> IL Y A... MOIS 3 <input type="text"/> <input type="text"/> IL Y A... ANNÉES 4 <input type="text"/> <input type="text"/>	IL Y A... JOURS 1 <input type="text"/> <input type="text"/> IL Y A... SEMAINE 2 <input type="text"/> <input type="text"/> IL Y A... MOIS 3 <input type="text"/> <input type="text"/> IL Y A... ANNÉES 4 <input type="text"/> <input type="text"/>	IL Y A... JOURS 1 <input type="text"/> <input type="text"/> IL Y A... SEMAINE 2 <input type="text"/> <input type="text"/> IL Y A... MOIS 3 <input type="text"/> <input type="text"/> IL Y A... ANNÉES 4 <input type="text"/> <input type="text"/>
623	Au cours des 12 derniers mois, combien de fois avez-vous eu des rapports sexuels avec cette personne ? SI RÉPONSE NON NUMÉRIQUE INSISTEZ POUR OBTENIR UNE ESTIMATION. SI LE NBRE EST 95 OU +, INSCRIVEZ '95'.	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"/> NE SAIT PAS 98	ÂGE DU PARTENAIRE <input type="text"/> <input type="text"/> NE SAIT PAS 98	ÂGE DU PARTENAIRE <input type="text"/> <input type="text"/> 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 (RETOURNEZ À 616 ← À COL.SUIVANTE) NON 2 (PASSEZ À 627) ←	OUI 1 (RETOURNEZ À 616 ← À COL.SUIVANTE) NON 2 (PASSEZ À 627) ←	
626	En tout, avec combien de personnes différentes avez-vous eu des rapports sexuels au cours des 12 derniers mois ? SI RÉPONSE NON NUMÉRIQUE INSISTEZ POUR OBTENIR UNE ESTIMATION. SI LE NBRE EST 95 OU +, INSCRIVEZ '95'.			NOMBRE DE PARTENAIRE AU COURS DES 12 DER- NIERS MOIS ... <input type="text"/> <input type="text"/> NE SAIT PAS 98

N°	QUESTIONS ET FILTRES	CODES	PASSEZ A
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. 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 <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 préservatifs ?	<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> <hr/> <p>(NOM DE L'ENDROIT/ NOM DES ENDROITS)</p>	<p>SECTEUR PUBLIC</p> <p>HÔPITAL/CENTRE MÉDICAL/ CENTRE DE SANTÉ A</p> <p>INFIRMERIE MILITAIRE. B</p> <p>CENTRE DE SMI C</p> <p>CENTRE DE PLANNING FAMILIAL .. D</p> <p>DISPENSAIRE E</p> <p>CASE DE SANTÉ F</p> <p>CENTRE DE TRAITEMENT AMBULATOIRE (CTA) G</p> <p>PHARMACIE DE L'HOPITAL/ CENTRE SANTÉ H</p> <p>AUTRE PUBLIC I</p> <p>SECTEUR PARA-PUBLIC</p> <p>HÔPITAL DE LA CNSS J</p> <p>CENTRE MÉDICO-SOCIAL CNSS .. K</p> <p>PHARMACIE DE LA CNSS L</p> <p>SECTEUR MÉDICAL PRIVÉ</p> <p>CLINIQUE PRIVÉE M</p> <p>CABINET MÉDECIN PRIVÉ N</p> <p>CABINET SOINS/INFIRMERIE O</p> <p>PHARMACIE PRIVÉE P</p> <p>AUTRE MÉD. PRIVÉ Q</p> <p>MOUVEMENT GABONAIS</p> <p>DE BIEN ETRE FAMILIAL R</p> <p>MARCHÉ/BOUTIQUE/ÉTALAGE S</p> <p>BAR/BOITE DE NUIT/HOTEL T</p> <p>DISTRIBUTEUR AUTOMATIQUE ... U</p> <p>AMIS/PARENTS V</p> <p>AUTRE X</p>	
631	Est-ce que vous pouvez vous procurer des préservatifs si vous le souhaitez ?	<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 A				
701	VÉRIFIEZ 304 : PAS POSÉE <input type="checkbox"/> ↓ NI LUI, NI ELLE STÉRILISÉ <input type="checkbox"/> ↓ (CODES A ET B NON ENCERCLES)	IL OU ELLE STÉRILISÉ <input type="checkbox"/> →	712				
702	VÉRIFIEZ 226 : ENCEINTE <input type="checkbox"/> ↓ 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 PAS D'AUTRE 2 INDÉCISE/NE SAIT PAS 8	→ 705 <input type="checkbox"/> → 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 PAS D'AUTRE/AUCUN 2 DIT QU'ELLE NE PEUT PAS TOMBER ENCEINTE 3 INDÉCISE/NE SAIT PAS 8	→ 707 → 712 → 710				
705	VÉRIFIEZ 226 : PAS ENCEINTE OU PAS SÛRE <input type="checkbox"/> ↓ Combien de temps voudriez-vous attendre à partir de maintenant avant la naissance (d'un/un autre) enfant ? ENCEINTE <input type="checkbox"/> ↓ Après la naissance de l'enfant que vous attendez, combien de temps voudriez-vous attendre avant la naissance d'un autre enfant ?	MOIS 1 ANNÉE 2 BIENTÔT/MAINTENANT 993 DIT QU'ELLE NE PEUT PAS TOMBER ENCEINTE 994 APRÈS LE MARIAGE 995 AUTRE 996 (PRÉCISEZ) NE SAIT PAS 998	<table border="1" style="display: inline-table; vertical-align: middle;"><tr><td> </td><td> </td></tr><tr><td> </td><td> </td></tr></table> → 710 → 712 → 710				
706	VÉRIFIEZ 226 : PAS ENCEINTE OU PAS SÛRE <input type="checkbox"/> ↓ ENCEINTE <input type="checkbox"/> →		→ 711				
707	VÉRIFIEZ 303 : UTILISE UNE MÉTHODE CONTRACEPTIVE ? N'UTILISE PAS ACTUELLEMENT <input type="checkbox"/> ↓ UTILISE ACTUELLEMENT <input type="checkbox"/> →		→ 712				
708	VÉRIFIEZ 705 : PAS POSÉE <input type="checkbox"/> ↓ 24 MOIS OU PLUS OU 02 ANS OU PLUS <input type="checkbox"/> ↓ 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> <p style="text-align: center;"> VEUT <input type="checkbox"/> NE VEUT PLUS <input type="checkbox"/> UN/UN AUTRE ENFANT D'ENFANT/AUCUN </p> <p>Vous avez dit que dans l'immédiat, vous ne souhaitez 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> <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> <p>ENREGISTREZ TOUTES LES RAISONS MENTIONNÉES.</p>	PAS MARIÉE A RAISONS RELATIVES À LA FÉCONDITÉ PAS DE RAPPORTS SEXUELS ... B RAP. SEXUELS PEU FRÉQUENTS C MÉNOPAUSEL/HYSTÉRECTOMIE D NE PEUT PAS TOMBER ENCEINTE E PAS DE RÉGLES DEPUIS DERNIÈRE NAISSANCE F ALLAITE G FATALISTE H OPPOSITION À L'UTILISATION ENQUÊTÉE OPPOSÉE I MARI/PARTENAIRE OPPOSÉ ... J AUTRES OPPOSÉS K INTERDITS RELIGIEUX L MANQUE DE CONNAISSANCE NE CONNAÎT AUCUNE MÉTHODE M NE CONNAÎT AUCUNE SOURCE N RAISONS LIÉES AUX MÉTHODES EFFETS SECONDAIRES/PROBLÈMES DE SANTÉ O PAS ACCESSIBLE /TROP LOIN ... P TROP CHÈRE Q MÉTHODE PRÉFÉRÉE NON DISPONIBLE R AUCUNE MÉTHODE DISPONIBLE S PAS PRATIQUE À UTILISER ... T INTERFÈRE AVEC LES FONCTIONS NORMALES DU CORPS U AUTRE X (PRÉCISEZ) NE SAIT PAS Z	
710	VÉRIFIEZ 303 : UTILISE UNE MÉTHODE CONTRACEPTIVE ? <p style="text-align: center;"> PAS POSÉE <input type="checkbox"/> NON, N'UTILISE PAS ACTUELLEMENT <input type="checkbox"/> OUI, UTILISE ACTUELLEMENT <input type="checkbox"/> </p>		→ 712
711	Pensez-vous que vous utiliserez, à un certain moment dans le futur, une méthode contraceptive pour retarder ou éviter une grossesse ?	OUI 1 NON 2 NE SAIT PAS 8	
712	VÉRIFIEZ 216 : <p style="text-align: center;"> A DES ENFANTS VIVANTS <input type="checkbox"/> PAS D'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> <p>Si vous pouviez choisir exactement le nombre d'enfants à avoir dans votre vie, combien en voudriez-vous ?</p> <p>INSISTEZ POUR OBTENIR UNE RÉPONSE NUMÉRIQUE.</p>	AUCUN 00 → 714 NOMBRE <input style="width: 20px; height: 20px;" type="text"/> <input style="width: 20px; height: 20px;" type="text"/> AUTRE 96 → 714 (PRÉCISEZ)	

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 ?	<p style="text-align: center;">GARÇONS FILLES N'IMPORTE</p> <p>NOMBRE <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></p> <p>AUTRE _____ 96 (PRÉCISEZ)</p>							
714	Au cours des derniers mois, avez-vous : - Entendu parler de la planification familiale à la radio ? - Vu quelque chose sur la planification familiale à la télévision ? - Lu quelque chose sur la planification familiale dans les journaux ou magazines ? - Vu quelque chose sur la planification familiale sur des affiches ? - Entendu parler de la planification familiale au cours de causeries éducatives ?	<p style="text-align: right;">OUI NON</p> <p>RADIO 1 2</p> <p>TÉLÉVISION 1 2</p> <p>JOURNAUX OU MAGAZINES ... 1 2</p> <p>AFFICHES 1 2</p> <p>CAUSERIES 1 2</p>							
715	Avez-vous entendu parler du Centre de Planning Familial, situé à l'hôpital chinois de Libreville ?	OUI 1 NON 2							
716	VÉRIFIEZ 601 ET 601B : OUI, ACTUELLEMENT MARIÉE <input type="checkbox"/> OUI, VIT AVEC UN HOMME <input type="checkbox"/> NON, PAS EN UNION <input type="checkbox"/>		→ 801						
717	VÉRIFIEZ 303 : UTILISE UNE MÉTHODE CONTRACEPTIVE ? UTILISE ACTUELLEMENT <input type="checkbox"/> N'UTILISE PAS ACTUELLEMENT OU PAS POSÉE <input type="checkbox"/>		→ 720						
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 ?	DÉCISION DE L'ENQUÊTÉE 1 DÉCISION DU MARI/PARTENAIRE ... 2 DÉCISION COMMUNE 3 AUTRE _____ 6 (PRÉCISEZ)							
719	VÉRIFIEZ 304 : PAS POSÉE <input type="checkbox"/> NI LUI, NI ELLE STÉRILISÉ (CODE A ET B NON ENCERCLES) <input type="checkbox"/> IL OU ELLE STÉRILISÉ (CODE A OU B ENCERCLES) <input type="checkbox"/>		→ 801						
720	Est-ce que votre (mari/partenaire) veut le même nombre d'enfants que vous ou en veut-il plus ou moins que vous ?	MÊME NOMBRE 1 PLUS D'ENFANTS 2 MOINS D'ENFANTS 3 NE SAIT PAS 8							

SECTION 8. CARACTÉRISTIQUES DU MARI ET TRAVAIL DE LA FEMME

N°	QUESTIONS ET FILTRES	CODES	PASSEZ À
801	VÉRIFIEZ 601, 601B ET 602 : ACTUELLEMENT MARIÉE/ VIVANT AVEC UN HOMME <input type="checkbox"/> A ÉTÉ MARIÉE/ A VÉCU AVEC UN HOMME <input type="checkbox"/>	JAMAIS MARIÉE ET N'A JAMAIS VÉCU AVEC UN HOMME <input type="checkbox"/>	→ 803 → 807
802	Quel âge avait votre (mari/partenaire) à son dernier anniversaire ?	<input type="text"/> <input type="text"/>	
803	Est-ce que votre (dernier) (mari/partenaire) a fréquenté l'école ?	OUI 1 NON 2	→ 806
804	Quel est le plus haut niveau d'études qu'il a atteint primaire, secondaire premier cycle, secondaire second cycle ou supérieur ?	PRIMAIRE 1 SECONDAIRE 1er CYCLE/ COLLÈGE ENSEIGN. TECHNIQUE 2 SECONDAIRE 2nd CYCLE/ LYCÉE ENSEIGN. TECHNIQUE .. 3 SUPÉRIEUR 4 NE SAIT PAS 8	→ 806
805	Quelle est la (classe/année) la plus élevée qu'il a achevée à ce niveau ? SI MOINS D'1 CLASSE/ANNÉE A ÉTÉ ACHEVÉE À CE NIVEAU, INSCRIVEZ '0'.	CLASSE/ANNÉE <input type="text"/> NE SAIT PAS 98	
806	VÉRIFIEZ 801 : ACTUELLEMENT MARIÉE/VIT AVEC UN HOMME <input type="checkbox"/> A ÉTÉ MARIÉE/ A VÉCU AVEC UN HOMME <input type="checkbox"/>	 _____ _____ _____	<input type="text"/> <input type="text"/>
	Quelle est l'occupation de votre(mari/ partenaire) ? C'est-à-dire quel genre de travail fait-il principalement ?	Quelle était l'occupation de votre (dernier) (mari/ partenaire) ? C'est-à-dire quel genre de travail faisait-il principalement ?	
807	En dehors de votre travail domestique, avez-vous travaillé au cours des sept derniers jours ?	OUI 1 NON 2	→ 811
808	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. Au cours des sept derniers jours, avez-vous fait quelque chose de ce genre ou un autre travail ?	OUI 1 NON 2	→ 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 ?	OUI 1 NON 2	→ 811
810	Avez-vous fait un travail quelconque au cours des 12 derniers mois ?	OUI 1 NON 2	→ 815

CODES POUR Q.805

NIVEAU	1=PRIMAIRE	2=SECONDAIRE 1er CYCLE/ COLLÈGE ENSEIGN. TECHNIQUE	3=SECONDAIRE 2nd CYCLE/ LYCÉE ENSEIGN.	4 = SUPÉRIEUR
	0= MOINS D'1 AN ACHEVÉ			
CLASSE	1= 1ère an./CP1 2= 2è an./CP2 3= 3è an./CE1 4= 4è an./CE2 5= 5è an./CM1 6= 6èan./CM2	1= 6è / 1è An. 2= 5è / 2è An. 3= 4è / 3è An. 4= 3è / 4è An.	1= 2nde / 1è An. 2= 1ère / 2è An. 3= Terminale / 3è An	1= 1è an.. 2= 2è an. 3= 3è an. ou +

N°	QUESTIONS ET FILTRES	CODES	PASSEZ À
811	Quelle est votre occupation, c'est-à-dire quel genre de travail faites-vous principalement ?	 	
812	Faites-vous ce travail pour un membre de votre famille, pour quelqu'un d'autre ou êtes-vous à votre compte ?	MEMBRE DE LA FAMILLE 1 QUELQU'UN D'AUTRE 2 A SON COMPTE 3	
813	Travaillez-vous habituellement toute l'année, ou de manière saisonnière ou travaillez-vous seulement de temps en temps ?	TOUTE L'ANNÉE 1 SAISONNIER/PARTIE DE L'ANNÉE 2 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 ARGENT ET NATURE 2 NATURE SEULEMENT 3 PAS PAYÉE 4	
815	VÉRIFIEZ 601 ET 601B : ACTUELLEMENT MARIÉE/VIVANT AVEC UN HOMME <input type="checkbox"/> PAS EN UNION <input type="checkbox"/>		→ 823
816	VÉRIFIEZ 814 : CODE 1 OU 2 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 MARI/PARTENAIRE 2 CONJOINTEMENT ENQUÊTÉE ET MARI/PARTENAIRE 3 AUTRE 6 (PRÉCISEZ)	
818	Diriez-vous que vous gagnez plus que votre (mari/partenaire), moins ou à peu près la même chose ?	PLUS QUE LUI 1 MOINS QUE LUI 2 À PEU PRÈS LA MÊME CHOSE 3 MARI/PARTENAIRE NE RAPPORTE PAS D'ARGENT 4 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 MARI/PARTENAIRE 2 CONJOINTEMENT ENQUÊTÉE ET MARI/PARTENAIRE 3 MARI/PARTENAIRE NE RAPPORTE PAS D'ARGEN 4 AUTRE 6 (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 MARI/PARTENAIRE 2 CONJOINTEMENT ENQUÊTÉE ET MARI/PARTENAIRE 3 QUELQU'UN D'AUTRE 4 AUTRE 6	

N°	QUESTIONS ET FILTRES	CODES	PASSEZ À																								
821	Qui prend habituellement les décisions concernant les achats importants pour le ménage ?	ENQUÊTÉE 1 MARI/PARTENAIRE 2 CONJOINTEMENT ENQUÊTÉE ET MARI/PARTENAIRE 3 QUELQU'UN D'AUTRE 4 AUTRE 6																									
822	Qui prend habituellement les décisions concernant les visites à votre famille ou parents ?	ENQUÊTÉE 1 MARI/PARTENAIRE 2 CONJOINTEMENT ENQUÊTÉE ET MARI/PARTENAIRE 3 QUELQU'UN D'AUTRE 4 AUTRE 6																									
823	Est-ce que vous possédez cette maison ou une autre maison seule ou conjointement avec quelqu'un d'autre ?	SEULE 1 CONJOINTEMENT 2 SEULE ET CONJOINTEMENT 3 N'EN POSSÈDE PAS 4																									
824	Est-ce que vous possédez de la terre, seule ou conjointement avec quelqu'un d'autre ?	SEULE 1 CONJOINTEMENT 2 SEULE ET CONJOINTEMENT 3 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> <thead> <tr> <th></th> <th>PRES./ ÉCOUTE</th> <th>PRES./ ÉCOUTE</th> <th>PAS PRES.</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>ENFANTS < 10</td> <td>1</td> <td>2</td> <td>3</td> </tr> <tr> <td>MARI</td> <td>1</td> <td>2</td> <td>3</td> </tr> <tr> <td>AUTRES HOMMES</td> <td>1</td> <td>2</td> <td>3</td> </tr> <tr> <td>AUTRES FEMMES</td> <td>1</td> <td>2</td> <td>3</td> </tr> </tbody> </table>		PRES./ ÉCOUTE	PRES./ ÉCOUTE	PAS PRES.	ENFANTS < 10	1	2	3	MARI	1	2	3	AUTRES HOMMES	1	2	3	AUTRES FEMMES	1	2	3					
	PRES./ ÉCOUTE	PRES./ ÉCOUTE	PAS PRES.																								
ENFANTS < 10	1	2	3																								
MARI	1	2	3																								
AUTRES HOMMES	1	2	3																								
AUTRES FEMMES	1	2	3																								
826	<p>Selon vous, est-il justifié qu'un mari frappe ou batte sa femme dans les situations suivantes :</p> <p>Si elle sort sans le lui dire ?</p> <p>Si elle néglige les enfants ?</p> <p>Si elle argumente avec lui ?</p> <p>Si elle refuse d'avoir des rapports sexuels avec lui ?</p> <p>Si elle brûle la nourriture ?</p>	<table> <thead> <tr> <th></th> <th>OUI</th> <th>NON</th> <th>NSP</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>SORT SANS LUI DIRE</td> <td>1</td> <td>2</td> <td>8</td> </tr> <tr> <td>NÉGLIGE ENFANTS</td> <td>1</td> <td>2</td> <td>8</td> </tr> <tr> <td>ARGUMENTE</td> <td>1</td> <td>2</td> <td>8</td> </tr> <tr> <td>REFUSES RAPP. SEX</td> <td>1</td> <td>2</td> <td>8</td> </tr> <tr> <td>BRÛLE NOURRITURE</td> <td>1</td> <td>2</td> <td>8</td> </tr> </tbody> </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 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 NON 2 NE SAIT PAS 8	
903	Est-ce qu'on peut contracter le virus du sida par les piqûres de moustiques ?	OUI 1 NON 2 NE SAIT PAS 8	
904	Est-ce qu'on peut réduire le risque de contracter le virus du sida en utilisant des préservatifs au cours de chaque rapport sexuel ?	OUI 1 NON 2 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 NON 2 NE SAIT PAS 8	
906	Est-ce qu'on peut contracter le virus du sida par sorcellerie ou par des moyens surnaturels ?	OUI 1 NON 2 NE SAIT PAS 8	
907	Est-il possible qu'une personne paraissant en bonne santé ait, en fait, le virus du sida ?	OUI 1 NON 2 NE SAIT PAS 8	
908	Est-ce que le virus qui cause le sida peut être transmis de la mère à son enfant :		
	Pendant la grossesse ?	GROSSESSE. 1 2 8	
	Au cours de l'accouchement ?	ACCOUCHEMENT ... 1 2 8	
	Pendant l'allaitement ?	ALLAITEMENT 1 2 8	
909	VÉRIFIEZ 908 : AU MOINS <input type="checkbox"/> UN 'OUI' ↓ 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 NON 2 NE SAIT PAS 8	
911	VÉRIFIEZ 208 ET 215 : AUCUNE NAISSANCE <input type="checkbox"/> → DERNIÈRE NAISSANCE DEPUIS JANVIER 2009 <input type="checkbox"/> ↓ DERNIÈRE NAISSANCE AVANT JANVIER 2009 <input type="checkbox"/> →		→ 926 → 926
912	VÉRIFIEZ 408 POUR DERNIÈRE NAISSANCE : A EU DES SOINS PRÉNATALS <input type="checkbox"/> ↓ AUCUN SOIN PRÉNATAL <input type="checkbox"/> →		→ 920
913	VÉRIFIER S'IL Y A D'AUTRES 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 ?		
	Des bébés qui contractent le virus du sida de leur mère ?	SIDA DE LA MÈRE 1 2 8	
	Des choses qu'on peut faire pour ne pas contracter le sida ?	CHOSSES À FAIRE 1 2 8	
	Effectuer un test du virus du sida ?	TEST 1 2 8	
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 NON 2	
916	Je ne veux pas connaître les résultats mais avez-vous effectué un test du virus du sida dans le cadre de vos soins prénatals ?	OUI 1 NON 2	→ 920

N°	QUESTIONS ET FILTRES	CODES	PASSEZ À
917	<p>Où le test a-t-il été fait ?</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/CENTRE MÉDICAL/ CENTRE DE SANTÉ..... 11</p> <p>CENTRE DE SMI 12</p> <p>CENTRE DE PLANNING FAMILIAL .. 13</p> <p>LABORATOIRE PUBLIC 14</p> <p>CENTRE DE TRAITEMENT AMBULATOIRE (CTA) 15</p> <p>AUTRE PUBLIC 15</p> <p>SECTEUR PARA-PUBLIC</p> <p>HÔPITAL DE LA CNSS 21</p> <p>CENTRE MÉDICO-SOCIAL CNS... 22</p> <p>SECTEUR MÉDICAL PRIVÉ</p> <p>CLINIQUE PRIVÉ..... 31</p> <p>LABORATOIRE PRIVÉ 32</p> <p>AUTRE MÉDICAL PRIVÉ 33</p> <p>MOUVEMENT GABONAIS DE BIEN ETRE FAMILIAL 41</p> <p>AUTRE 96</p>	
918	Je ne veux pas connaître les résultats mais avez-vous reçu les résultats du test ?	<p>OUI 1</p> <p>NON 2</p>	→ 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 ?	<p>OUI 1</p> <p>NON 2</p> <p>NE SAIT PAS 8</p>	→ 924
920	<p>VÉRIFIEZ 434 POUR DERNIÈRE NAISSANCE :</p> <p>N'IMPORTE QUEL CODE <input type="checkbox"/> AUTRE <input type="checkbox"/></p> <p>21-44 ENCERCLÉ ↓</p>		→ 926
921	Entre le moment où vous arrivez pour accoucher et le moment où l'enfant est né, vous a-t-on proposé de faire un test du virus du sida ?	<p>OUI 1</p> <p>NON 2</p>	
922	Je ne veux pas connaître les résultats mais vous a-t-on fait un test du virus du sida à ce moment-là ?	<p>OUI 1</p> <p>NON 2</p>	→ 926
923	Je ne veux pas connaître les résultats mais avez-vous reçu les résultats du test ?	<p>OUI 1</p> <p>NON 2</p>	
924	Avez-vous effectué un test du virus du sida depuis ce moment où vous avez fait un test durant votre grossesse ?	<p>OUI 1</p> <p>NON 2</p>	→ 927
925	Il y a combien de mois que vous avez effectué votre test du pour le sida le plus récent ?	<p>IL Y AMOIS <input type="text"/> <input type="text"/></p> <p>DEUX ANNÉES OU PLUS 95</p>	→ 932
926	Je ne veux pas connaître les résultats mais avez-vous déjà fait un test pour savoir si vous avez le virus du sida ?	<p>OUI 1</p> <p>NON 2</p>	→ 930
927	Il y a combien de mois que vous avez effectué votre test du sida le plus récent ?	<p>IL Y AMOIS <input type="text"/> <input type="text"/></p> <p>DEUX ANNÉES OU PLUS 95</p>	
928	Je ne veux pas connaître les résultats mais avez-vous reçu les résultats du test ?	<p>OUI 1</p> <p>NON 2</p>	

N°	QUESTIONS ET FILTRES	CODES	PASSEZ À
929	<p>Où le test a-t-il été fait ?</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> <hr/> <p>(NOM DE L'ENDROIT)</p>	<p>SECTEUR PUBLIC</p> <p>HÔPITAL/CENTRE MÉDICAL/ CENTRE DE SANTÉ..... 11</p> <p>CENTRE DE SMI 12</p> <p>CENTRE DE PLANNING FAMILIAL .. 13</p> <p>LABORATOIRE PUBLIC 14</p> <p>CENTRE DE TRAITEMENT AMBULATOIRE (CTA) 15</p> <p>AUTRE PUBLIC 15</p> <p>SECTEUR PARA-PUBLIC</p> <p>HÔPITAL DE LA CNSS 21</p> <p>CENTRE MÉDICO-SOCIAL CNS§... 22</p> <p>SECTEUR MÉDICAL PRIVÉ</p> <p>CLINIQUE PRIVÉ..... 31</p> <p>LABORATOIRE PRIVÉ 32</p> <p>AUTRE MÉDICAL PRIVÉ 33</p> <p>MOUVEMENT GABONAIS DE BIEN ETRE FAMILIAL 41</p> <p>AUTRE 96</p>	<p>→ 932</p>
930	<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>→ 932</p>
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> <hr/> <p>(NOM DE L'ENDROIT/NOM DES ENDROITS)</p>	<p>SECTEUR PUBLIC</p> <p>HÔPITAL/CENTRE MÉDICAL/ CENTRE DE SANTÉ..... A</p> <p>INFIRMERIE MILITAIRE. B</p> <p>CENTRE DE SMI C</p> <p>CENTRE DE PLANNING FAMILIAL .. D</p> <p>LABORATOIRE PUBLIC E</p> <p>CENTRE DE TRAITEMENT AMBULATOIRE (CTA) F</p> <p>PLIST/VIHSIDA G</p> <p>DISPENSARE H</p> <p>CASE DE SANTÉ..... I</p> <p>PHARMACIE DE L'HOPITAL/ CENTRE SANTÉ J</p> <p>SECTEUR PARA-PUBLIC</p> <p>HÔPITAL DE LA CNSS K</p> <p>CENTRE MÉDICO-SOCIAL CNSS .. L</p> <p>PHARMACIE DE LA CNSS M</p> <p>SECTEUR MÉDICAL PRIVÉ</p> <p>CLINIQUE PRIVÉE N</p> <p>CABINET MÉDECIN PRIVÉ O</p> <p>CABINET SOINS/INFIRMERIE P</p> <p>LABORATOIRE PRIVÉ..... Q</p> <p>PHARMACIE PRIVÉE R</p> <p>MOUVEMENT GABONAIS DE DE BIEN ETRE FAMILI..... S</p> <p>ÉGLISE T</p> <p>NGANGA U</p> <p>AUTRE ENDROIT..... X</p>	
932	<p>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>	<p>OUI 1</p> <p>NON 2</p> <p>NE SAIT PAS 8</p>	
933	<p>Si un membre de votre famille contractait le virus du sida, souhaiteriez-vous que son état reste secret ou non ?</p>	<p>OUI, RESTE SECRET 1</p> <p>NON 2</p> <p>NSP/PAS SÛRE/CELA DÉPEND 8</p>	

N°	QUESTIONS ET FILTRES	CODES	PASSEZ À
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 ?	OUI 1 NON 2 NSP/PAS SÛRE/CELA DÉPEND 8	
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 ?	DEVRAIT ÊTRE AUTORISÉE 1 NE DEVRAIT PAS ÊTRE AUTORISÉE 2 NSP/PAS SÛRE/CELA DÉPEND 8	
936	Est-ce qu'on devrait éduquer les enfants de 12-14 ans sur l'utilisation de préservatifs pour éviter de contracter le sida ?	OUI 1 NON 2 NSP/PAS SÛRE/CELA DÉPEND 8	
937	VÉRIFIEZ 901 : A ENTENDU PARLER DU SIDA <input type="checkbox"/> N'A PAS ENTENDU PARLER DU SIDA <input type="checkbox"/> Mis à part le sida, avez-vous entendu parler d'autres infections qui peuvent se transmettre par contact sexuel ? Avez-vous entendu parler d'infections qui peuvent se transmettre par contact sexuel ?	OUI 1 NON 2	
938	VÉRIFIEZ 613 : A EU DES RAPPORTS SEXUELS <input type="checkbox"/> N'A JAMAIS EU DE RAPPORTS SEXUELS <input type="checkbox"/>		→ 946
939	VÉRIFIEZ 937 : A ENTENDU PARLER D'AUTRES INFECTIONS SEXUELLEMENT TRANSMISSIBLES ? 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 NON 2 NE SAIT PAS 8	
941	Il arrive parfois que les femmes aient des pertes vaginales, anormales et malodorantes. Au cours des 12 derniers mois, avez-vous eu des pertes vaginales anormales et malodorantes ?	OUI 1 NON 2 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 NON 2 NE SAIT PAS 8	
943	VÉRIFIEZ 940, 941, ET 942 : 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 NON 2	→ 946

N°	QUESTIONS ET FILTRES	CODES	PASSEZ A
945	<p>Où êtes-vous allée ?</p> <p>Pas d'autre endroit ?</p> <p>INSISTER POUR DÉTERMINER LE 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> <hr/> <p>(NOM DE L'ENDROIT/ NOM DES ENDROITS)</p>	<p>SECTEUR PUBLIC</p> <p>HÔPITAL/CENTRE MÉDICAL/ CENTRE DE SANTÉ..... A INFIRMERIE MILITAIRE..... B CENTRE DE SMI C CENTRE DE PLANNING FAMILIAL .. D LABORATOIRE PUBLIC E CENTRE DE TRAITEMENT AMBULATOIRE (CTA) F PLIST/VIHSIDA G DISPENSAIRE H CASE DE SANTÉ..... I PHARMACIE DE L'HOPITAL/ CENTRE SANTÉ J</p> <p>SECTEUR PARA-PUBLIC</p> <p>HÔPITAL DE LA CNSS K CENTRE MÉDICO-SOCIAL CNSS .. L PHARMACIE DE LA CNSS M</p> <p>SECTEUR MÉDICAL PRIVÉ</p> <p>CLINIQUE PRIVÉE N CABINET MÉDECIN PRIVÉ O CABINET SOINS/INFIRMERIE P LABORATOIRE PRIVÉ..... Q PHARMACIE PRIVÉE R</p> <p>MOUVEMENT GABONAIS DE BIEN ETRE FAMILIAL S ÉGLISE T NGANGA U MARCHÉ/BOUTIQUE/ÉTALAGE V AUTRE ENDROIT..... X</p>	
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 préservatifs quand ils ont des rapports sexuels ?	<p>OUI 1 NON 2 NE SAIT PAS 8</p>	
946A	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 refuse d'avoir des rapports sexuels avec lui ?	<p>OUI 1 NON 2 NE SAIT PAS 8</p>	
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 une ou des femmes autres que ses épouses ?	<p>OUI 1 NON 2 NE SAIT PAS 8</p>	
947B	Quand une femme sait que son mari a des relations sexuelles avec une ou des femmes autres que ses épouses, est-ce que vous pensez qu'il est justifié qu'elle demande à son mari qu'ils utilisent des préservatifs quand ils ont des rapports sexuels ?	<p>OUI 1 NON 2 NE SAIT PAS 8</p>	
948	<p>VÉRIFIEZ 601 :</p> <p>ACTUELLEMENT MARIÉE/ <input type="checkbox"/></p> <p>VIVANT AVEC UN HOMME <input type="checkbox"/></p> <p>PAS EN UNION <input type="checkbox"/> → 1001</p>		
949	Pouvez-vous refuser d'avoir des rapports sexuels avec votre mari/partenaire quand vous ne souhaitez pas en avoir ?	<p>OUI 1 NON 2 CELA DÉPEND/PAS SÛRE 8</p>	
950	Pourriez-vous demander à votre mari/partenaire d'utiliser un préservatif si vous vouliez qu'il en utilise un ?	<p>OUI 1 NON 2 CELA DÉPEND/PAS SÛRE 8</p>	

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, fumez-vous ou utilisez vous du tabac autrement que sous forme de cigarette ?</p>	<p>OUI 1</p> <p>NON 2</p>	→ 1008																		
1007	<p>Sous quelle autre forme, fumez-vous ou utilisez vous du tabac ?</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>																			
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 pouvoir y aller seule ?</p> <p>Ne pas vouloir y aller seule ?</p>	<table border="0"> <thead> <tr> <th></th> <th>PROBLÈME IMPOR- TANT</th> <th>PAS PRO- BLÈME IMPOR- 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>POUVOIR Y ALLER SEULE</td> <td>1</td> <td>2</td> </tr> <tr> <td>VOULOIR Y ALLER SEULE</td> <td>1</td> <td>2</td> </tr> </tbody> </table>		PROBLÈME IMPOR- TANT	PAS PRO- BLÈME IMPOR- TANT	PERMISSION D'ALLER	1	2	OBTENIR L'ARGENT ...	1	2	DISTANCE	1	2	POUVOIR Y ALLER SEULE	1	2	VOULOIR Y ALLER SEULE	1	2	
	PROBLÈME IMPOR- TANT	PAS PRO- BLÈME IMPOR- TANT																			
PERMISSION D'ALLER	1	2																			
OBTENIR L'ARGENT ...	1	2																			
DISTANCE	1	2																			
POUVOIR Y ALLER SEULE	1	2																			
VOULOIR Y ALLER SEULE	1	2																			
1009	<p>Êtes-vous couverte par une assurance médicale ?</p>	<p>OUI 1</p> <p>NON 2</p>																			
1009A	<p>Au cours des 12 derniers mois avez-vous eu l'occasion de vous rendre dans un établissement de santé public pour vous-même ou un de vos proches?</p>	<p>OUI 1</p> <p>NON 2</p>	→ 1100																		

N°	QUESTIONS ET FILTRES	CODES	PASSEZ À
1009B	Avez-vous été satisfaite des services que vous avez reçus au moment de cette visite ?	OUI 1 NON 2	→ 1100
1009C	Quelle est la raison principale pour laquelle vous n'avez pas été satisfaite ?	ÉTABLISS. DIFFICILEMENT ACCESSIBLE/TROP LOIN 01 TROP CHER 02 TEMPS ATTENTE TROP LONG 03 MAUVAIS ÉQUIPEMENT 04 MÉDICAMENTS ESSENTIELS NON DISPONIBLES 05 MANQUE D'HYGIÈNE 06 MANQUE DE CONFIDENTIALITÉ/ D'INTIMITÉ 07 MANQUE DE PERSONNEL 08 PERSONNEL PAS QUALIFIÉ 09 PERSONNEL PAS AIMABLE 10 AUTRE 96 NE SAIT PAS 98	

SECTION 11. MORTALITE MATERNELLE

N°.	QUESTIONS ET FILTRES	CODES	ALLER À
1100	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. Est-ce que votre mère a donné naissance à des enfants, en plus de vous-même ?	OUI 1 NON 2	→ 1107
1101	Combien votre mère a-t-elle eu de garçons qui sont encore en vie ?	GARÇONS VIVANTS <input type="text"/> <input type="text"/>	
1102	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"/>	
1103	Combien votre mère a-t-elle eu de garçons qui sont décédés ?	GARÇONS DÉCÉDÉS <input type="text"/> <input type="text"/>	
1104	Combien votre mère a-t-elle eu de filles qui sont décédées ?	FILLES DÉCÉDÉES <input type="text"/> <input type="text"/>	
1105	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 NON 2	→ 1107
1106	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"/>	
1107	ADDITIONNER LES REPONSES À 1101, 1102, 1103, 1104 ET 1106 AJOUTER 1 (L'ENQUÊTÉE) ET NOTER LE TOTAL.	TOTAL <input type="text"/> <input type="text"/>	
1108	VÉRIFIER '1107: Juste pour être sûre que j'ai bien compris, y compris vous-même, votre mère a donné naissance à _____ enfants en tout. Est-ce bien exact ? OUI <input type="checkbox"/> NON <input type="checkbox"/> → INSISTER ET CORRIGER 1100 - 1107 COMME IL SE DOIT.		
1109	VÉRIFIER '1107: DEUX NAISSANCES OU PLUS <input type="checkbox"/> → UNE NAISSANCE SEULEMENT (ENQUÊTÉE SEULE) <input type="checkbox"/> →		→ 1200
1110	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 sœurs, qu'ils/elles soient encore en vie ou non, en partant du plus âgé.
 NOTER LE NOM DE TOUS LES FRÈRES ET SŒURS DE MEME MERE BIOLOGIQUE.

1111	Quel nom a été donné à votre frère ou sœur le/la plus âgé(e) (ou suivant) ?	[1] _____	[2] _____	[3] _____	[4] _____	[5] _____	[6] _____
1112	(NOM) est-il de sexe masculin ou féminin ?	MASC. 1 FEM. 2					
1113	Est-ce que (NOM) est toujours en vie ?	OUI 1 NON 2 ALLER À 1115 ← NSP 8 ALLER À [2] ←	OUI 1 NON 2 ALLER À 1115 ← NSP 8 ALLER À [3] ←	OUI 1 NON 2 ALLER À 1115 ← NSP 8 ALLER À [4] ←	OUI 1 NON 2 ALLER À 1115 ← NSP 8 ALLER À [5] ←	OUI 1 NON 2 ALLER À 1115 ← NSP 8 ALLER À [6] ←	OUI 1 NON 2 ALLER À 1115 ← NSP 8 ALLER À [7] ←
1114	Quel âge a (NOM) ?	<input type="text"/> <input type="text"/> ALLER À [2]	<input type="text"/> <input type="text"/> ALLER À [3]	<input type="text"/> <input type="text"/> ALLER À [4]	<input type="text"/> <input type="text"/> ALLER À [5]	<input type="text"/> <input type="text"/> ALLER À [6]	<input type="text"/> <input type="text"/> ALLER À [7]
1115	Combien y a-t-il d'années que (NOM) est décédé(e) ?	<input type="text"/> <input type="text"/>					
1116	Quel âge avait (NOM) lorsqu'il/elle est décédé(e) ? SI NE SAIT PAS, INSISTER : Est-ce que [NOM] est mort(e) avant l'âge de douze ans ? SI OUI, NOTER '95'. SI NON, POSER D'AUTRES QUESTIONS POUR OBTENIR UNE ESTIMATION. PAR EXEMPLE : Est-ce que [NOM] est mort(e) avant de se marier ?	<input type="text"/> <input type="text"/> SI HOMME, OU SI FEMME DÉCÉDÉE AVANT L'ÂGE DE 12 ANS, ALLER À [2]	<input type="text"/> <input type="text"/> SI HOMME, OU SI FEMME DÉCÉDÉE AVANT L'ÂGE DE 12 ANS, ALLER À [3]	<input type="text"/> <input type="text"/> SI HOMME, OU SI FEMME DÉCÉDÉE AVANT L'ÂGE DE 12 ANS, ALLER À [4]	<input type="text"/> <input type="text"/> SI HOMME, OU SI FEMME DÉCÉDÉE AVANT L'ÂGE DE 12 ANS, ALLER À [5]	<input type="text"/> <input type="text"/> SI HOMME, OU SI FEMME DÉCÉDÉE AVANT L'ÂGE DE 12 ANS, ALLER À [6]	<input type="text"/> <input type="text"/> SI HOMME, OU SI FEMME DÉCÉDÉE AVANT L'ÂGE DE 12 ANS, ALLER À [7]
1117	(NOM) était-elle enceinte quand elle est décédée ?	OUI ... 1 ALLER À 1120 ← NON ... 2	OUI ... 1 ALLER À 1120 ← NON ... 2	OUI ... 1 ALLER À 1120 ← NON ... 2	OUI ... 1 ALLER À 1120 ← NON ... 2	OUI ... 1 ALLER À 1120 ← NON ... 2	OUI ... 1 ALLER À 1120 ← NON ... 2
1118	Est-ce que (NOM) est décédée au cours d'un accouchement ?	OUI ... 1 ALLER À 1120 ← NON ... 2	OUI ... 1 ALLER À 1120 ← NON ... 2	OUI ... 1 ALLER À 1120 ← NON ... 2	OUI ... 1 ALLER À 1120 ← NON ... 2	OUI ... 1 ALLER À 1120 ← NON ... 2	OUI ... 1 ALLER À 1120 ← NON ... 2
1119	Est-ce que (NOM) est décédée dans les deux mois suivant la fin d'une grossesse ou d'un accouchement ?	OUI ... 1 NON ... 2					
1120	À combien d'enfants vivants (NOM) a-t-elle donné naissance au cours de sa vie ?	<input type="text"/> <input type="text"/> ALLER À [2]	<input type="text"/> <input type="text"/> ALLER À [3]	<input type="text"/> <input type="text"/> ALLER À [4]	<input type="text"/> <input type="text"/> ALLER À [5]	<input type="text"/> <input type="text"/> ALLER À [6]	<input type="text"/> <input type="text"/> ALLER À [7]

SI PLUS AUCUN FRÈRE OU SŒUR, ALLER À 1200

1111	Quel nom a été donné à votre frère ou sœur le plus âgé (ou suivant) ?	_____	_____	_____	_____	_____	_____
1112	(NOM) est-il de sexe masculin ou féminin ?	MASC. 1 FÉM. 2	MASC. 1 FÉM. 2	MASC. 1 FÉM. 2	MASC. 1 FÉM. 2	MASC. 1 FÉM. 2	MASC. 1 FÉM. 2
1113	Est-ce que (NOM) est toujours en vie ?	OUI 1 NON 2 ALLER À 1115 NSP 8 ALLER À [8]	OUI 1 NON 2 ALLER À 1115 NSP 8 ALLER À [9]	OUI 1 NON 2 ALLER À 1115 NSP 8 ALLER À [10]	OUI 1 NON 2 ALLER À 1115 NSP 8 ALLER À [11]	OUI 1 NON 2 ALLER À 1115 NSP 8 ALLER À [12]	OUI 1 NON 2 ALLER À 1115 NSP 8 ALLER À [13]
1114	Quel âge a (NOM) ?	<input type="text"/> <input type="text"/> ALLER À [8]	<input type="text"/> <input type="text"/> ALLER À [9]	<input type="text"/> <input type="text"/> ALLER À [10]	<input type="text"/> <input type="text"/> ALLER À [11]	<input type="text"/> <input type="text"/> ALLER À [12]	<input type="text"/> <input type="text"/> ALLER À [13]
1115	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"/>
1116	Quel âge avait (NOM) lorsqu'il/elle est décédé(e) ? SI NE SAIT PAS, INSISTER : Est-ce que [NOM] est mort(e) avant l'âge de douze ans ? SI OUI, NOTER '95'. SI NON, POSER D'AUTRES QUESTIONS POUR OBTENIR UNE ESTIMATION. PAR EXEMPLE : Est-ce que [NOM] est mort(e) avant de se marier ?	<input type="text"/> <input type="text"/> SI HOMME, OU SI FEMME DÉCÉDÉE AVANT L'ÂGE DE 12 ANS, ALLER À [8]	<input type="text"/> <input type="text"/> SI HOMME, OU SI FEMME DÉCÉDÉE AVANT L'ÂGE DE 12 ANS, ALLER À [9]	<input type="text"/> <input type="text"/> SI HOMME, OU SI FEMME DÉCÉDÉE AVANT L'ÂGE DE 12 ANS, ALLER À [10]	<input type="text"/> <input type="text"/> SI HOMME, OU SI FEMME DÉCÉDÉE AVANT L'ÂGE DE 12 ANS, ALLER À [11]	<input type="text"/> <input type="text"/> SI HOMME, OU SI FEMME DÉCÉDÉE AVANT L'ÂGE DE 12 ANS, ALLER À [12]	<input type="text"/> <input type="text"/> SI HOMME, OU SI FEMME DÉCÉDÉE AVANT L'ÂGE DE 12 ANS, ALLER À [13]
1117	(NOM) était-elle enceinte quand elle est décédée ?	OUI ... 1 ALLER À 1120 ... 2	OUI ... 1 ALLER À 1120 NON... 2	OUI ... 1 ALLER À 1120 NON... 2	OUI ... 1 ALLER À 1120 NON... 2	OUI ... 1 ALLER À 1120 NON... 2	OUI ... 1 ALLER À 1120 NON... 2
1118	Est-ce que (NOM) est décédée au cours d'un accouchement ?	OUI ... 1 ALLER À 1120 NON... 2	OUI ... 1 ALLER À 1120 NON... 2	OUI ... 1 ALLER À 1120 NON... 2	OUI ... 1 ALLER À 1120 NON... 2	OUI ... 1 ALLER À 1120 NON... 2	OUI ... 1 ALLER À 1120 NON... 2
1119	Est-ce que (NOM) est décédée dans les deux mois suivant la fin d'une grossesse ou d'un accouchement ?	OUI ... 1 NON... 2	OUI ... 1 NON... 2	OUI ... 1 NON... 2	OUI ... 1 NON... 2	OUI ... 1 NON... 2	OUI ... 1 NON... 2
1120	À combien d'enfants vivants (NOM) a-t-elle donné naissance au cours de sa vie ?	<input type="text"/> <input type="text"/> ALLER À [8]	<input type="text"/> <input type="text"/> ALLER À [9]	<input type="text"/> <input type="text"/> ALLER À [10]	<input type="text"/> <input type="text"/> ALLER À [11]	<input type="text"/> <input type="text"/> ALLER À [12]	<input type="text"/> <input type="text"/> ALLER À [13]
SI PLUS AUCUN FRERE OU SOEUR, ALLER A 1200							

SECTION 12 . VIOLENCE DOMESTIQUE

N°.	QUESTIONS ET FILTRES	CODES	PASSEZ À																								
1200	<p>VÉRIFIEZ LA COUVERTURE DU QUESTIONNAIRE</p> <p>FEMME SÉLECTIONNÉE <input type="checkbox"/> NON SÉLECTIONNÉE <input type="checkbox"/></p>		1233																								
1201	<p>VÉRIFIEZ LA PRÉSENCE D'AUTRES PERSONNES :</p> <p>NE PAS CONTINUEZ TANT QUE VOUS N'ÊTES PAS CERTAINE D'ÊTRE EN PRIVÉ.</p> <p>VOUS ÊTES EN PRIVÉ 1</p> <p>IMPOSSIBLE D'ÊTRE EN PRIVÉ 2</p>		1232																								
<p>LISEZ À L'ENQUÊTÉE :</p> <p>Maintenant, je voudrais vous poser quelques questions concernant certains autres aspects importants de la vie d'une femme. Vous allez trouver certaines de ces questions très personnelles. Cependant, vos réponses sont très importantes pour nous aider à connaître la condition des femmes au Gabon. Je vous garantis que vos réponses resteront complètement confidentielles et qu'elles ne seront divulguées à personne. Je tiens aussi à vous assurer que personne d'autre que vous dans votre ménage ne saura que l'on vous a posé ces questions.</p>																											
1202	<p>VÉRIFIEZ 601, 601B ET 602 :</p> <p>ACTUELLEMENT EN UNION/ VIVANT AVEC UN HOMME <input type="checkbox"/></p> <p>PRÉCÉDEMMENT EN UNION/ A VÉCU AVEC UN HOMME (LISEZ AU PASSÉ ET UTILISEZ "DERNIER" AVEC MARI/PARTENAIRE) <input type="checkbox"/></p> <p>JAMAIS EN UNION/ JAMAIS VÉCU AVEC UN HOMME <input type="checkbox"/></p>		1216																								
1203	<p>Tout d'abord, je vais vous poser des questions sur des situations auxquelles certaines femmes sont confrontées. Dites-moi, s'il vous plait, si les situations suivantes s'appliquent à vos relations avec votre (dernier) mari/partenaire ?</p> <p>a) Il (est/était) jaloux ou en colère si vous (parlez/parliez) à d'autres hommes ?</p> <p>b) Il vous (accuse/accusait)souvent d'être infidèle ?</p> <p>c) Il ne vous (permet/permettait) pas de voir vos amies ?</p> <p>d) Il (essaye/essayait) de limiter vos contacts avec votre famille ?</p> <p>e) Il (insiste /insistait) pour savoir où vous (êtes/étiez) à tous moments ?</p>	<table border="1"> <thead> <tr> <th></th> <th>OUI</th> <th>NON</th> <th>NSP</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>JALOUX</td> <td>1</td> <td>2</td> <td>8</td> </tr> <tr> <td>ACCUSE</td> <td>1</td> <td>2</td> <td>8</td> </tr> <tr> <td>VOIR AMIES</td> <td>1</td> <td>2</td> <td>8</td> </tr> <tr> <td>VOIR FAMILLE</td> <td>1</td> <td>2</td> <td>8</td> </tr> <tr> <td>OÙ VOUS ÊTES</td> <td>1</td> <td>2</td> <td>8</td> </tr> </tbody> </table>		OUI	NON	NSP	JALOUX	1	2	8	ACCUSE	1	2	8	VOIR AMIES	1	2	8	VOIR FAMILLE	1	2	8	OÙ VOUS ÊTES	1	2	8	
	OUI	NON	NSP																								
JALOUX	1	2	8																								
ACCUSE	1	2	8																								
VOIR AMIES	1	2	8																								
VOIR FAMILLE	1	2	8																								
OÙ VOUS ÊTES	1	2	8																								
1204	<p>Maintenant, je voudrais vous poser d'autres questions sur vos relations avec votre (dernier) mari/partenaire.</p> <p>A Est-ce qu'il est déjà arrivé que votre (dernier) mari/partenaire :</p>	<p>B Combien de fois cela est-il arrivé au cours des 12 derniers mois : souvent, de temps en temps ou pas du tout ?</p> <table border="1"> <thead> <tr> <th></th> <th>DÉJÀ ARRIVÉ</th> <th>SOUVENT</th> <th>TEMPS EN TEMPS</th> <th>PAS DANS 12 DERNIERS MOIS</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>a) Vous dise ou fasse quelque chose pour vous humilier devant d'autres personnes ?</td> <td>OUI 1 → NON 2 ↓</td> <td>1</td> <td>2</td> <td>3</td> </tr> <tr> <td>b) Vous menace de vous blesser ou de vous faire du mal, vous ou quelqu'un qui vous est proche ?</td> <td>OUI 1 → NON 2 ↓</td> <td>1</td> <td>2</td> <td>3</td> </tr> <tr> <td>c) Vous insulte ou vous rabaisse ?</td> <td>OUI 1 → NON 2 ↓</td> <td>1</td> <td>2</td> <td>3</td> </tr> </tbody> </table>		DÉJÀ ARRIVÉ	SOUVENT	TEMPS EN TEMPS	PAS DANS 12 DERNIERS MOIS	a) Vous dise ou fasse quelque chose pour vous humilier devant d'autres personnes ?	OUI 1 → NON 2 ↓	1	2	3	b) Vous menace de vous blesser ou de vous faire du mal, vous ou quelqu'un qui vous est proche ?	OUI 1 → NON 2 ↓	1	2	3	c) Vous insulte ou vous rabaisse ?	OUI 1 → NON 2 ↓	1	2	3					
	DÉJÀ ARRIVÉ	SOUVENT	TEMPS EN TEMPS	PAS DANS 12 DERNIERS MOIS																							
a) Vous dise ou fasse quelque chose pour vous humilier devant d'autres personnes ?	OUI 1 → NON 2 ↓	1	2	3																							
b) Vous menace de vous blesser ou de vous faire du mal, vous ou quelqu'un qui vous est proche ?	OUI 1 → NON 2 ↓	1	2	3																							
c) Vous insulte ou vous rabaisse ?	OUI 1 → NON 2 ↓	1	2	3																							

N°.	QUESTIONS ET FILTRES	CODES	PASSEZ À																																																												
1205	<p>A Est-ce qu'il est déjà arrivé que votre (dernier) mari/partenaire vous ait fait l'une des choses suivantes :</p> <p>a) vous bouscule, secoue ou vous jette quelque chose ?</p> <p>b) vous gifle ?</p> <p>c) vous torde le bras ou vous tire les cheveux ?</p> <p>d) vous frappe à coups de poings ou avec quelque chose qui pouvait vous blesser ?</p> <p>e) vous donne des coups de pieds, vous traîne par terre ou vous batte ?</p> <p>f) essaye de vous étrangler ou de vous brûler avec l'intention de le faire ?</p> <p>g) vous menace ou vous attaque avec un couteau, un fusil ou une autre arme ?</p> <p>h) vous force physiquement à avoir des rapports sexuels avec lui quand vous ne le vouliez pas ?</p> <p>i) vous force physiquement à pratiquer d'autres actes sexuels que vous ne vouliez pas ?</p> <p>j) vous force en vous menaçant ou d'une autre manière à pratiquer des actes sexuels que vous ne vouliez pas ?</p>	<p>B Combien de fois cela est-il arrivé au cours des 12 derniers mois : souvent, de temps en temps ou pas du tout ?</p> <table border="1"> <thead> <tr> <th>DÉJÀ ARRIVÉ</th> <th>SOUVENT</th> <th>TEMPS EN TEMPS</th> <th>PAS DANS 12 DERNIERS MOIS</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>OUI 1 →</td> <td>1</td> <td>2</td> <td>3</td> </tr> <tr> <td>NON 2 ↓</td> <td></td> <td></td> <td></td> </tr> <tr> <td>OUI 1 →</td> <td>1</td> <td>2</td> <td>3</td> </tr> <tr> <td>NON 2 ↓</td> <td></td> <td></td> <td></td> </tr> <tr> <td>OUI 1 →</td> <td>1</td> <td>2</td> <td>3</td> </tr> <tr> <td>NON 2 ↓</td> <td></td> <td></td> <td></td> </tr> <tr> <td>OUI 1 →</td> <td>1</td> <td>2</td> <td>3</td> </tr> <tr> <td>NON 2 ↓</td> <td></td> <td></td> <td></td> </tr> <tr> <td>OUI 1 →</td> <td>1</td> <td>2</td> <td>3</td> </tr> <tr> <td>NON 2 ↓</td> <td></td> <td></td> <td></td> </tr> <tr> <td>OUI 1 →</td> <td>1</td> <td>2</td> <td>3</td> </tr> <tr> <td>NON 2 ↓</td> <td></td> <td></td> <td></td> </tr> <tr> <td>OUI 1 →</td> <td>1</td> <td>2</td> <td>3</td> </tr> <tr> <td>NON 2 ↓</td> <td></td> <td></td> <td></td> </tr> </tbody> </table>	DÉJÀ ARRIVÉ	SOUVENT	TEMPS EN TEMPS	PAS DANS 12 DERNIERS MOIS	OUI 1 →	1	2	3	NON 2 ↓				OUI 1 →	1	2	3	NON 2 ↓				OUI 1 →	1	2	3	NON 2 ↓				OUI 1 →	1	2	3	NON 2 ↓				OUI 1 →	1	2	3	NON 2 ↓				OUI 1 →	1	2	3	NON 2 ↓				OUI 1 →	1	2	3	NON 2 ↓				
DÉJÀ ARRIVÉ	SOUVENT	TEMPS EN TEMPS	PAS DANS 12 DERNIERS MOIS																																																												
OUI 1 →	1	2	3																																																												
NON 2 ↓																																																															
OUI 1 →	1	2	3																																																												
NON 2 ↓																																																															
OUI 1 →	1	2	3																																																												
NON 2 ↓																																																															
OUI 1 →	1	2	3																																																												
NON 2 ↓																																																															
OUI 1 →	1	2	3																																																												
NON 2 ↓																																																															
OUI 1 →	1	2	3																																																												
NON 2 ↓																																																															
OUI 1 →	1	2	3																																																												
NON 2 ↓																																																															
1206	<p>VÉRIFIEZ 1205A (a-j) :</p> <p>AU MOINS UN 'OUI' <input type="checkbox"/></p> <p>PAS UN SEUL 'OUI' <input type="checkbox"/></p>		→ 1209																																																												
1207	<p>Combien de temps après votre mariage/après avoir commencé à vivre avec (dernier) mari/partenaire, cet acte s'est-il produit ou ces actes se sont-ils produits pour la première fois ?</p> <p>SI MOINS D'UNE ANNÉE, INSCRIVEZ '00'.</p>	<p>NOMBRE D'ANNÉES <input type="text"/> <input type="text"/></p> <p>AVANT MARIAGE/AVANT VIVRE ENSEMBLE 95</p>																																																													
1208	<p>Est-ce qu'à la suite d'actes commis envers vous par votre (dernier) mari/partenaire, il vous est arrivé d'avoir :</p> <p>a) des coupures, des hématomes ou des douleurs ?</p> <p>b) des hématomes aux yeux, des entorses, des luxations ou des des brûlures ?</p> <p>c) des blessures profondes, des os cassés, des dents cassées ou d'autres blessures graves ?</p>	<p>OUI 1</p> <p>NON 2</p> <p>OUI 1</p> <p>NON 2</p> <p>OUI 1</p> <p>NON 2</p>																																																													
1209	<p>Est-ce qu'il vous est déjà arrivé de battre, de gifler, de donner des coups de pied ou de faire quelque chose d'autre avec l'intention de blesser physiquement votre (dernier) mari/partenaire alors qu'il ne vous battait pas et ne vous faisait pas de mal physiquement ?</p>	<p>OUI 1</p> <p>NON 2</p>	→ 1211																																																												

N°.	QUESTIONS ET FILTRES	CODES	PASSEZ À												
1210	Au cours des 12 derniers mois, combien de fois vous est-il arrivé de faire cela à votre (dernier) mari/partenaire : souvent, de temps en temps ou pas du tout ?	SOUVENT 1 DE TEMPS EN TEMPS 2 PAS DU TOUT 3													
1211	Est-ce que votre (dernier) mari/partenaire boit (buvait) de l'alcool ?	OUI 1 NON 2	→ 1213												
1212	Combien de fois lui arrive-t-il (lui est-il arrivé) d'être ivre : souvent, de temps en temps ou jamais ?	SOUVENT 1 DE TEMPS EN TEMPS 2 JAMAIS 3													
1213	Vous est-il arrivé d'avoir peur (d'avoir eu peur) de votre (dernier) mari/partenaire : de nombreuses fois, parfois ou jamais ?	DE NOMBREUSES FOIS 1 PARFOIS PEUR 2 JAMAIS PEUR 3													
1214	VÉRIFIEZ 609 : MARIÉE PLUS <input type="checkbox"/> MARIÉE SEULEMENT <input type="checkbox"/> D'UNE FOIS UNE FOIS		→ 1216												
1215	A Jusqu'ici, nous avons parlé du comportement de votre actuel/dernier mari/partenaire. Maintenant, je voudrais vous poser des questions sur le comportement de votre ou d'un de vos mari(s)/partenaire(s) précédent(s) .	B Il y a combien de temps que cela s'est produit ?													
	a) Est-ce qu'il est arrivé qu'un mari/partenaire précédent vous batte, vous gifle, vous donne des coups de pieds ou vous fasse quelque chose pour vous blesser physiquement ?	<table border="1"> <thead> <tr> <th>DÉJÀ ARRIVÉ</th> <th>IL Y A 0-11 MOIS</th> <th>IL Y A 12 MOIS OU PLUS</th> <th>NE SE SOUVIENT PAS</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>OUI 1 →</td> <td>1</td> <td>2</td> <td>3</td> </tr> <tr> <td>NON 2 ↓</td> <td></td> <td></td> <td></td> </tr> </tbody> </table>	DÉJÀ ARRIVÉ	IL Y A 0-11 MOIS	IL Y A 12 MOIS OU PLUS	NE SE SOUVIENT PAS	OUI 1 →	1	2	3	NON 2 ↓				
DÉJÀ ARRIVÉ	IL Y A 0-11 MOIS	IL Y A 12 MOIS OU PLUS	NE SE SOUVIENT PAS												
OUI 1 →	1	2	3												
NON 2 ↓															
	b) Est-ce qu'il est arrivé qu'un mari/partenaire précédent vous force physiquement à avoir des rapports sexuels ou à pratiquer des actes sexuels contre votre volonté ?	<table border="1"> <thead> <tr> <th>DÉJÀ ARRIVÉ</th> <th>IL Y A 0-11 MOIS</th> <th>IL Y A 12 MOIS OU PLUS</th> <th>NE SE SOUVIENT PAS</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>OUI 1 →</td> <td>1</td> <td>2</td> <td>3</td> </tr> <tr> <td>NON 2 ↓</td> <td></td> <td></td> <td></td> </tr> </tbody> </table>	DÉJÀ ARRIVÉ	IL Y A 0-11 MOIS	IL Y A 12 MOIS OU PLUS	NE SE SOUVIENT PAS	OUI 1 →	1	2	3	NON 2 ↓				
DÉJÀ ARRIVÉ	IL Y A 0-11 MOIS	IL Y A 12 MOIS OU PLUS	NE SE SOUVIENT PAS												
OUI 1 →	1	2	3												
NON 2 ↓															
1216	VÉRIFIEZ 601 ET 602 : A DÉJÀ ÉTÉ MARIÉE/ A DÉJÀ VÉCU AVEC UN HOMME Depuis l'âge de 15 ans, est-ce que quelqu'un d'autre que votre/un mari/partenaire vous a battu, giflé, donné des coups de pieds ou fait quelque chose pour vous faire mal physiquement ?	JAMAIS MARIÉE/JAMAIS VÉCU AVEC UN HOMME Depuis l'âge de 15 ans, est-ce que quelqu'un vous a battu, giflé ou donné des coups de pieds ou fait quelque chose d'autre pour vous faire mal physiquement ?	OUI 1 NON 2 A REFUSÉ DE RÉPONDRE/ PAS DE RÉPONSE 3 → 1219												
1217	Qui vous a agressé de cette façon ? Quelqu'un d'autre ? ENREGISTREZ TOUT CE QUI EST MENTIONNÉ.	MÈRE A FEMME/PARTENAIRE DU PÈRE B PÈRE C MARI/PARTENAIRE DE LA MÈRE D SOEUR/FRÈRE E FILLE/FILS F TANTE/ONCLE G GRAND PARENTS H AUTRE PARENT I PETIT AMI ACTUEL J PETIT AMI PRÉCÉDENT K BELLE-MÈRE L BEAU-PÈRE M AUTRE BEAU-PARENT N ENSEIGNANT O EMPLOYEUR/QUELQU'UN AU TRAVAIL .. P FORCES DE L' ORDRE Q PRÊTRE/RELIGIEU) R INCONNU DANS LA RUE S AUTRE X													

N°.	QUESTIONS ET FILTRES	CODES	PASSEZ À
1218	Au cours des 12 derniers mois, combien de fois est-il arrivé que cette personne/ces personnes vous agresse (vous agressent) physiquement : souvent, de temps en temps ou pas du tout ?	SOUVENT 1 DE TEMPS EN TEMPS 2 PAS DU TOUT 3	
1219	VÉRIFIEZ 201, 226 ET 230 : A DÉJÀ ÉTÉ ENCEINTE <input type="checkbox"/> OUI À 201 OU 226 OU 230) ↓ N'A JAMAIS ÉTÉ ENCEINTE <input type="checkbox"/>		→ 1222
1220	Est-ce qu'il est arrivé que quelqu'un vous batte, vous gifle, vous donne des coups de pieds ou vous fasse quelque chose d'autre pour vous faire mal physiquement alors que vous étiez enceinte ?	OUI 1 NON 2	→ 1222
1221	Qui a agi ainsi pour vous faire mal physiquement pendant que vous étiez enceinte ? Quelqu'un d'autre ? ENREGISTREZ TOUT CE QUI EST MENTIONNÉ.	MARI/PARTENAIRE ACTUEL A ANCIEN MARI/PARTENAIRE B MÈRE C FEMME/PARTENAIRE DU PÈRE D PÈRE E MARI/PARTENAIRE DE LA MÈRE F SOEUR/FRÈRE G FILLE/FILS H TANTE/ONCLE I GRAND PARENTS J AUTRE PARENT K PETIT AMI ACTUEL L PETIT AMI PRÉCÉDENT M BELLE-MÈRE N BEAU-PÈRE O AUTRE BEAU-PARENT P ENSEIGNANT Q EMPLOYEUR/QUELQU'UN AU TRAVAIL .. R FORCES DE L' ORDRE S PRÊTRE/RELIGIEU)..... T INCONNU DANS LA RUE U AUTRE X	
1222	VÉRIFIEZ 601 ET 602 : A DÉJÀ ÉTÉ MARIÉE/ A DÉJÀ VÉCU AVEC UN HOMME Maintenant, je voudrais vous poser des questions sur des choses qui ont pu vous être faites par quelqu'un d'autre que votre/un mari/partenaire. À n'importe quel moment dans votre vie, quand vous étiez enfant ou adulte, est-ce que quelqu'un vous a forcé à avoir des rapports sexuels ou à pratiquer d'autres actes sexuels contre votre volonté ? JAMAIS MARIÉE/JAMAIS VÉCU AVEC UN HOMME À n'importe quel moment dans votre vie, quand vous étiez enfant ou adulte, est-ce que quelqu'un vous a forcé à avoir des rapports sexuels ou à pratiquer d'autres actes sexuels contre votre volonté ?	OUI 1 NON 2 A REFUSÉ DE RÉPONDRE/ PAS DE RÉPONSE 3	→ 1226
1223	Quel âge aviez-vous la première fois que l'on vous a forcé à avoir des rapports sexuels ou à pratiquer d'autres actes sexuels contre votre volonté ?	ÂGE EN ANNÉES RÉVOLUES <input type="text"/> <input type="text"/> NE SAIT PAS 98	

N°.	QUESTIONS ET FILTRES	CODES	PASSEZ À
1224	Quelle est la personne qui vous a forcé à ce moment-là ?	MARI/PARTENAIRE ACTUEL 01 ANCIEN MARI/PARTENAIRE 02 PETIT AMI ACTUEL 03 ANCIEN PETIT AMI 04 PÈRE05 MARI/PARTENAIRE DE LA MÈRE 06 FRÈRE/BEAU-FRÈRE 07 ONCLE08 GRAND PÈRE 09 AUTRE PARENT 10 BEAU-PARENT 11 AMI/RENCONTRE 12 AMI DE LA FAMILLE..... 13 ENSEIGNANT 14 EMPLOYEUR/QUELQU'UN AU TRAVAIL ..15 FORCES DE L' ORDRE 16 PRÊTRE/RELIGIEUX 17 INCONNU 18 AUTRE 96	
1225	VÉRIFIEZ 601, 601B ET 602 : A DÉJÀ ÉTÉ MARIÉE/ A DÉJÀ VÉCU AVEC UN HOMME Au cours des 12 derniers mois, est-ce que quelqu'un, autre que votre/un mari/partenaire vous a forcé physiquement à avoir des rapports sexuels contre votre volonté ?	JAMAIS MARIÉE/JAMAIS VÉCU AVEC UN HOMME Au cours des 12 derniers mois, est-ce que quelqu'un vous a forcé physiquement à avoir des rapports sexuels contre votre volonté ? OUI 1 NON 2	→ 1226
1225A	Êtes-vous tombé enceinte après avoir eu des rapports sexuels contre votre volonté ?	OUI 1 NON 2 A REFUSÉ DE RÉPONDRE/ PAS DE RÉPONSE 3	
1226	VÉRIFIEZ 1205A (a-j), 1215, 1216, 1220, 1222 ET 1225 : AU MOINS UN <input type="checkbox"/> PAS UN SEUL <input type="checkbox"/> OUI' ↓ OUI'		→ 1230
1227	Pensez à ce qui vous est arrivé parmi les choses dont nous venons de parler. Vous est-il arrivé de rechercher de l'aide ?	OUI 1 NON 2	→ 1229
1228	Auprès de qui avez-vous recherché de l'aide ? Personne d'autre ? ENREGISTREZ TOUT CE QUI EST MENTIONNÉ.	PROPRE FAMILLE A FAMILLE DU MARI/PARTENAIRE B MARI/PARTENAIRE ACTUEL/ANCIEN C PETIT AMI ACTUEL /ANCIEN D AMI E VOISIN F RELIGIEUX G MÉDECIN/PERSONNEL SANTÉ H FORCES DE L'ORDRE I HOMME DE LOI J ASSOCIATION/ONG K SERVICE SOCIAL/CENTRE SOCIAL/ CELLULE D'ECOUTE L AUTRE X	→ 1230

N°.	QUESTIONS ET FILTRES	CODES	PASSEZ À
1229	Avez-vous parlé de cela à quelqu'un ?	OUI 1 NON..... 2	
1230	Pour autant que vous le sachiez, est-ce que votre père battait votre mère ?	OUI 1 NON..... 2 NE SAIT PAS 8	

REMERCIEZ L'ENQUÊTÉE DE SA COOPÉRATION ET RÉAFFIRMEZ-LUI QUE SES RÉPONSES RESTERONT CONFIDENTIELLES. COMPLÉTEZ LES QUESTIONS CI-DESSOUS CONCERNANT LE MODULE SUR LA VIOLENCE DOMESTIQUE SEULEMENT.

1231	AVEZ-VOUS DÛ INTERROMPRE L'INTERVIEW PARCE QU'UN ADULTE A ESSAYÉ D'ÉCOUTER, EST VENU DANS LA PIÈCE OU A ESSAYÉ D'INTERVENIR D'UNE AUTRE MANIÈRE ?	<table border="1"> <thead> <tr> <th></th> <th>OUI 1 FOIS</th> <th>OUI, PLUS D'UNE FOIS</th> <th>NON</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>MARI</td> <td>1</td> <td>2</td> <td>3</td> </tr> <tr> <td>AUTRE HOMME ADULTE</td> <td>1</td> <td>2</td> <td>3</td> </tr> <tr> <td>FEMME ADULTE</td> <td>1</td> <td>2</td> <td>3</td> </tr> </tbody> </table>		OUI 1 FOIS	OUI, PLUS D'UNE FOIS	NON	MARI	1	2	3	AUTRE HOMME ADULTE	1	2	3	FEMME ADULTE	1	2	3	
	OUI 1 FOIS	OUI, PLUS D'UNE FOIS	NON																
MARI	1	2	3																
AUTRE HOMME ADULTE	1	2	3																
FEMME ADULTE	1	2	3																

1232	<p>COMMENTAIRES DE L'ENQUÊTRICE / SI L'ENQUÊTE SUR LA VIOLENCE DOMESTIQUE N'A PU ÊTRE MENÉE, DONNEZ LES RAISONS.</p> <hr/> <hr/> <hr/>	
------	--	--

1233	ENREGISTREZ L'HEURE.	HEURE..... MINUTES.....	<table border="1"> <tr> <td></td> <td></td> </tr> <tr> <td></td> <td></td> </tr> </table>					

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 : _____