





REPUBLICQUE GABONAISE  
 DIRECTION GENERALE DES STATISTIQUES  
 ENQUETE DEMOGRAPHIQUE ET DE SANTE  
 QUESTIONNAIRE MENAGE

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> <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 MENAGE _____																						
NUMÉRO DE GRAPPE . . . . .																						
NUMÉRO DE STRUCTURE . . . . .																						
NUMÉRO DU MENAGE . . . . .																						
ORDRE DE SELECTION DU MENAGE DANS LA GRAPPE . . . . .																						
LIBREVILLE (=1), PORT GENTIL (=2), AUTRES VILLES (=3), RURAL (=4) . . . . .																						

MÉNAGE SÉLECTIONNÉ POUR L'ENQUÊTE HOMME, LES MESURES ANTHROPOMÉTRIQUES, LE TEST D'ANÉMIE ET LE TEST DU VIH: OUI = 1; NON = 2	<input type="checkbox"/>
--	--------------------------

VISITES D'ENQUÊTEURS							
	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></table>			
NOM DE L'ENQUÊTEUR/ ENQUÊTRICE	_____	_____	_____	MOIS <table border="1" style="width: 100%; height: 100%; border-collapse: collapse;"><tr><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></tr></table>			
PROCHAINE DATE VISITE:	_____	_____		CODE ENQU. <table border="1" style="width: 100%; height: 100%; border-collapse: collapse;"><tr><td> </td><td> </td><td> </td></tr></table>			
HEURE	_____	_____		RÉSULTAT <table border="1" style="width: 100%; height: 100%; border-collapse: collapse;"><tr><td> </td><td> </td><td> </td></tr></table>			
				NOMBRE TOTAL DE VISITES <input type="checkbox"/>			

*CODES RÉSULTAT: 1 REMPLI 2 PAS DE MEMBRE DU MÉNAGE À LA MAISON OU PAS D'ENQUÊTÉ COMPÉTENT À LA MAISON AU MOMENT DE LA VISITE 3 MÉNAGE TOTALEMENT ABSENT POUR UNE LONGUE PÉRIODE 4 DIFFÉRÉ 5 REFUSÉ 6 LOGEMENT VACANT OU PAS DE LOGEMENT À L'ADRESSE 7 LOGEMENT DÉTRUIT 8 LOGEMENT NON TROUVÉ 9 AUTRE _____ (PRÉCISER)	TOTAL DANS LE MÉNAGE <input type="checkbox"/> TOTAL DE FEMMES ÉLIGIBLES <input type="checkbox"/> TOTAL D'HOMMES ÉLIGIBLE <input type="checkbox"/> N° DE LIGNE DE L'ENQUÊTÉ POUR QUESTIONNAIRE MÉNAGE <input type="checkbox"/>
--	--

CHEF D'ÉQUIPE	CONTRÔLEUSE	CONTROLE BUREAU	SAISI PAR
NOM _____ <input type="checkbox"/>	NOM _____ <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

**PRÉSENTATION ET CONSENTEMENT APRÈS INFORMATION**

Bonjour. Je m'appelle \_\_\_\_\_. Je travaille pour l'Enquête Démographique et de Santé, commanditée par le Gouvernement et ses partenaires. Nous effectuons une enquête nationale sur la santé. Les informations que nous collectons aideront le gouvernement à améliorer les services de santé. Votre ménage a été sélectionné pour cette enquête. Nous voudrions vous poser quelques questions sur votre ménage. Les questions prennent habituellement entre 20 et 25 minutes. Toutes les informations que vous nous donnerez sont strictement confidentielles et elles ne seront transmises à personne d'autres que les membres de l'équipe d'enquête. Vous n'êtes pas obligé de participer à cette enquête, mais nous espérons que vous accepterez d'y participer car votre opinion est très importante. S'il arrivait que je pose une question à laquelle vous ne voulez pas répondre, dites-le moi et je passerai à la question suivante ; vous pouvez également interrompre l'interview à n'importe quel moment. Si vous souhaitez plus d'informations sur l'enquête, vous pouvez contacter les personnes figurant sur cette carte.

DONNEZ LA CARTE AVEC LES INFORMATIONS POUR CONTACTER CES PERSONNES

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

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

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

**TABLEAU MÉNAGE**

N° LIGNE	RÉSIDENTS HABITUELS ET VISITEURS	LIEN AVEC LE CHEF DE MÉNAGE	SEXE	RÉSIDENCE		ÂGE	SI 15 ANS OU PLUS	ÉLIGIBILITÉ		
				ÉTAT MATRIMONIAL	9		10	11		
1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11
	<p>S'il vous plait, donnez-moi les noms des personnes qui vivent habituellement dans votre ménage et des visiteurs qui ont passé la nuit dernière ici, en commençant par le chef de ménage.</p> <p>APRÈS AVOIR LISTÉ LES NOMS ET ENREGISTRÉ LE LIEN DE PARENTÉ ET LE SEXE POUR CHAQUE PERSONNE, POSEZ LES QUESTIONS 2A-2C POUR VOUS ASSURER QUE LA LISTE EST COMPLÈTE.</p> <p>POSEZ ENSUITE LES QUESTIONS APPROPRIÉES DES COLONNES 5-20 POUR CHAQUE PERSONNE.</p>	<p>Quel est le lien de parenté de (NOM) avec le chef de ménage ?</p> <p>VOIR CODES CI-DESSOUS</p>	<p>(NOM) est-il de sexe masculin ou féminin ?</p>	<p>(NOM) vit-il/elle ici habituellement ?</p>	<p>(NOM) a-t-elle/elle passé la nuit dernière ici ?</p>	<p>Quel âge a (NOM) ?</p> <p>SI MOINS D'UN AN, INSCRIVEZ '00'</p> <p>SI 95 OU PLUS, INSCRIVEZ '95'.</p>	<p>Quel est l'état matrimonial actuel de (NOM) ?</p> <p>1 = MARIÉ OU VIVANT ENSEMBLE 2 = DIVORCÉ/ SÉPARÉ 3 = VEUF/VEUVE 4 = JAMAIS MARIÉ ET N'A JAMAIS VÉCU AVEC QUELQU'UN</p>	<p>ENCERCLEZ LE N° DE LIGNE DE TOUTES LES FEMMES DE 15-49 ANS</p>	<p><b>VÉRIFIEZ LA PAGE DE COUVERTURE: MÉNAGE SÉLECTIONNÉ POUR L'ENQUÊTE HOMME OUI=1</b></p> <p>ENCERCLEZ LE N° DE LIGNE DE TOUTES LES HOMMES DE 15-59 ANS</p>	<p>ENCERCLEZ LE N° DE LIGNE DE TOUS LES ENFANTS DE 0-5 ANS</p>
01		<input type="text"/>	M F 1 2	O N 1 2	O N 1 2	EN ANNÉES <input type="text"/>	<input type="checkbox"/>	01	01	01
02		<input type="text"/>	1 2	1 2	1 2	<input type="text"/>	<input type="checkbox"/>	02	02	02
03		<input type="text"/>	1 2	1 2	1 2	<input type="text"/>	<input type="checkbox"/>	03	03	03
04		<input type="text"/>	1 2	1 2	1 2	<input type="text"/>	<input type="checkbox"/>	04	04	04
05		<input type="text"/>	1 2	1 2	1 2	<input type="text"/>	<input type="checkbox"/>	05	05	05
06		<input type="text"/>	1 2	1 2	1 2	<input type="text"/>	<input type="checkbox"/>	06	06	06
07		<input type="text"/>	1 2	1 2	1 2	<input type="text"/>	<input type="checkbox"/>	07	07	07
08		<input type="text"/>	1 2	1 2	1 2	<input type="text"/>	<input type="checkbox"/>	08	08	08
09		<input type="text"/>	1 2	1 2	1 2	<input type="text"/>	<input type="checkbox"/>	09	09	09
10		<input type="text"/>	1 2	1 2	1 2	<input type="text"/>	<input type="checkbox"/>	10	10	10

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

01 = CHEF DE MÉNAGE  
02 = FEMME OU MARI  
03 = FILS OU FILLE  
04 = GENDRE/BELLE-FILLE  
05 = PETIT-FILS/FILLE  
06 = PÈRE/MÈRE  
07 = BEAUX-PARENTS

08 = FRÈRE OU SOEUR  
09 = NIÈCES/NEUVEUX  
10 = ONCLE /TANTE  
11 = AUTRE PARENT  
12 = ADOPTÉ/EN GARDE/  
ENFANT DE LA FEMME/MARI

13 = SANS PARENTÉ  
98 = NE SAIT PAS

N° LIGNE	SI AGE DE 0-17 ANS				SI AGE DE 3 ANS OU PLUS		SI AGE DE 3-24 ANS		SI AGE 0-4 ANS
	ÉTAT DE SURVIE ET RÉSIDENCE DES PARENTS BIOLOGIQUES				A FRÉQUENTÉ L'ÉCOLE		FRÉQUENTATION SCOLAIRE ACTUELLE OU RÉCENTE		DÉCLARATION DE NAISSANCE
	12	13	14	15	16	17	18	19	20
	La mère biologique de (NOM) est-elle en vie ?	La mère biologique de (NOM) vit-elle habituellement dans ce ménage ou était-elle en visite ici la nuit dernière ?  SI OUI: Quel est son nom ? INSCRIVEZ LE N° DE LIGNE DE LA MÈRE.  SI NON, INSCRIVEZ '00'.	Le père biologique de (NOM) est-il en vie ?	Le père biologique de (NOM) vit-il habituellement dans ce ménage ou était-il en visite ici la nuit dernière ?  SI OUI: Quel est son nom ? INSCRIVEZ LE N° DE LIGNE DU PÈRE.  SI NON, INSCRIVEZ '00'.	(NOM) a-t-il/elle déjà fréquenté l'école ?	Quel est le plus haut niveau d'études que (NOM) a atteint ?  VOIR CODES CI-DESSOUS  Quelle est la dernière classe que (NOM) a achevée à ce niveau ?  VOIR CODES CI-DESSOUS	(Nom) a-t-il/elle fréquenté l'école à n'importe quel moment durant l'année scolaire 2011-2012 ?	Au cours de l'année scolaire 2011-2012, à quel niveau et en quelle classe est/était (NOM) ?  VOIR CODES CI-DESSOUS	(NOM) a-t-il/elle un acte de naissance ?  SI NON, INSISTEZ: La naissance de (NOM) a-t-elle été déclarée à l'état civil ?  1 = A UN CERTIFICAT 2 = DÉCLARÉE 3 = NI L'UN, NI L'AUTRE 8 = NE SAIT PAS
01	O N NSP 1 2 8 ↓ ALLEZ À 14	<input type="text"/>	O N NSP 1 2 8 ↓ ALLEZ À 16	<input type="text"/>	O N 1 2 ↓ ALLEZ À 20	NIVEAU CLASSE <input type="text"/>	O N 1 2 ↓ ALLEZ À 20	NIVEAU CLASSE <input type="text"/>	<input type="text"/>
02	O N NSP 1 2 8 ↓ ALLEZ À 14	<input type="text"/>	O N NSP 1 2 8 ↓ ALLEZ À 16	<input type="text"/>	O N 1 2 ↓ ALLEZ À 20	<input type="text"/>	O N 1 2 ↓ ALLEZ À 20	<input type="text"/>	<input type="text"/>
03	O N NSP 1 2 8 ↓ ALLEZ À 14	<input type="text"/>	O N NSP 1 2 8 ↓ ALLEZ À 16	<input type="text"/>	O N 1 2 ↓ ALLEZ À 20	<input type="text"/>	O N 1 2 ↓ ALLEZ À 20	<input type="text"/>	<input type="text"/>
04	O N NSP 1 2 8 ↓ ALLEZ À 14	<input type="text"/>	O N NSP 1 2 8 ↓ ALLEZ À 16	<input type="text"/>	O N 1 2 ↓ ALLEZ À 20	<input type="text"/>	O N 1 2 ↓ ALLEZ À 20	<input type="text"/>	<input type="text"/>
05	O N NSP 1 2 8 ↓ ALLEZ À 14	<input type="text"/>	O N NSP 1 2 8 ↓ ALLEZ À 16	<input type="text"/>	O N 1 2 ↓ ALLEZ À 20	<input type="text"/>	O N 1 2 ↓ ALLEZ À 20	<input type="text"/>	<input type="text"/>
06	O N NSP 1 2 8 ↓ ALLEZ À 14	<input type="text"/>	O N NSP 1 2 8 ↓ ALLEZ À 16	<input type="text"/>	O N 1 2 ↓ ALLEZ À 20	<input type="text"/>	O N 1 2 ↓ ALLEZ À 20	<input type="text"/>	<input type="text"/>
07	O N NSP 1 2 8 ↓ ALLEZ À 14	<input type="text"/>	O N NSP 1 2 8 ↓ ALLEZ À 16	<input type="text"/>	O N 1 2 ↓ ALLEZ À 20	<input type="text"/>	O N 1 2 ↓ ALLEZ À 20	<input type="text"/>	<input type="text"/>
08	O N NSP 1 2 8 ↓ ALLEZ À 14	<input type="text"/>	O N NSP 1 2 8 ↓ ALLEZ À 16	<input type="text"/>	O N 1 2 ↓ ALLEZ À 20	<input type="text"/>	O N 1 2 ↓ ALLEZ À 20	<input type="text"/>	<input type="text"/>
09	O N NSP 1 2 8 ↓ ALLEZ À 14	<input type="text"/>	O N NSP 1 2 8 ↓ ALLEZ À 16	<input type="text"/>	O N 1 2 ↓ ALLEZ À 20	<input type="text"/>	O N 1 2 ↓ ALLEZ À 20	<input type="text"/>	<input type="text"/>
10	O N NSP 1 2 8 ↓ ALLEZ À 14	<input type="text"/>	O N NSP 1 2 8 ↓ ALLEZ À 16	<input type="text"/>	O N 1 2 ↓ ALLEZ À 20	<input type="text"/>	O N 1 2 ↓ ALLEZ À 20	<input type="text"/>	<input type="text"/>

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

NIVEAU	0 = PRÉ-PRIMAIRE	1 = PRIMAIRE	2 = SECONDAIRE 1er CYCLE/ COLLÈGE ENSEIGN. TECHNIQUE	3 = SECONDAIRE 2nd CYCLE/ LYCÉE ENSEIGN. TECHNIQUE	4 = SUPÉRIEUR	8 = NE SAIT PAS
CLASSE	'1' POUR TOUTES LES ANNÉES	0= MOINS D'1 AN ACHÉVÉ 1= 1ère an./Cf 4= 4è an./CE2/CE 2= 2è an./CP2 5= 5è an./CM1 3= 3è an./CE1 6= 6è an./CM2	0= MOINS D'1 AN ACHÉVÉ 1= 6è / 1è An. 3= 4è / 3è An. 2= 5è / 2è An. 4= 3è / 4è An.	0= MOINS D'1 AN ACHÉVÉ 1= 2nde / 1è An. 2= 1ère / 2è An. 3= Terminale / 3è An	0= MOINS D'1 AN ACHÉVÉ 1= 1è an.. 2= 2è an. 3= 3è an. ou +	LAISSER EN BLANC
		'0' N'EST PAS AUTORISÉ À Q.19		---	'8' = NE SAIT PAS	

N° LIGNE	RÉSIDENTS HABITUELS ET VISITEURS	LIEN AVEC LE CHEF DE MÉNAGE	SEXE	RÉSIDENCE		ÂGE	SI 15 ANS OU PLUS	ÉLIGIBILITÉ		
				ÉTAT MATRIMONIAL	9		10	11		
1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11
	<p>S'il vous plaît, donnez-moi les noms des personnes qui vivent habituellement dans votre ménage et des visiteurs qui ont passé la nuit dernière ici, en commençant par le chef de ménage.</p> <p>APRÈS AVOIR LISTÉ LES NOMS ET ENREGISTRÉ LE LIEN DE PARENTÉ ET LE SEXE POUR CHAQUE PERSONNE, POSEZ LES QUESTIONS 2A-2C POUR VOUS ASSURER QUE LA LISTE EST COMPLÈTE.</p> <p>POSEZ ENSUITE LES QUESTIONS APPROPRIÉES DES COLONNES 5-20 POUR CHAQUE PERSONNE.</p>	<p>Quel est le lien de parenté de (NOM) avec le chef de ménage ?</p> <p>VOIR CODES CI-DESSOUS</p>	<p>(NOM) est-il de sexe masculin ou féminin ?</p>	<p>(NOM) vit-il/elle ici habituellement ?</p>	<p>(NOM) a-t-il/elle passé la nuit dernière ici ?</p>	<p>Quel âge a (NOM) ?</p> <p>SI MOINS D'UN AN, INSCRIVEZ '00'</p> <p>SI 95 OU PLUS, INSCRIVEZ '95'.</p>	<p>Quel est l'état matrimonial actuel de (NOM) ?</p> <p>1 = MARIÉ OU VIVANT ENSEMBLE 2 = DIVORCÉ/ SÉPARÉ 3 = VEUF/VEUVE 4 = JAMAIS MARIÉ ET N'A JAMAIS VÉCU AVEC QUELQU'UN</p>	<p>ENCERCLEZ LE N° DE LIGNE DE TOUTES LES FEMMES DE 15-49 ANS</p>	<p><b>VÉRIFIEZ LA PAGE DE COUVERTURE: MÉNAGE SÉLECTIONNÉ POUR L'ENQUÊTE HOMME OUI=1</b></p> <p>ENCERCLEZ LE N° DE LIGNE DE TOUS LES HOMMES DE 15-59 ANS</p>	<p>ENCERCLEZ LE N° DE LIGNE DE TOUS LES ENFANTS DE 0-5 ANS</p>
11		<input type="text"/>	M F 1 2	O N 1 2	O N 1 2	EN ANNÉE <input type="text"/>	<input type="checkbox"/>	11	11	11
12		<input type="text"/>	1 2	1 2	1 2	<input type="text"/>	<input type="checkbox"/>	12	12	12
13		<input type="text"/>	1 2	1 2	1 2	<input type="text"/>	<input type="checkbox"/>	13	13	13
14		<input type="text"/>	1 2	1 2	1 2	<input type="text"/>	<input type="checkbox"/>	14	14	14
15		<input type="text"/>	1 2	1 2	1 2	<input type="text"/>	<input type="checkbox"/>	15	15	15
16		<input type="text"/>	1 2	1 2	1 2	<input type="text"/>	<input type="checkbox"/>	16	16	16
17		<input type="text"/>	1 2	1 2	1 2	<input type="text"/>	<input type="checkbox"/>	17	17	17
18		<input type="text"/>	1 2	1 2	1 2	<input type="text"/>	<input type="checkbox"/>	18	18	18
19		<input type="text"/>	1 2	1 2	1 2	<input type="text"/>	<input type="checkbox"/>	19	19	19
20		<input type="text"/>	1 2	1 2	1 2	<input type="text"/>	<input type="checkbox"/>	20	20	20

COCHER ICI SI UNE AUTRE FEUILLE EST UTILISÉE

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

2A) Juste pour être sûre que j'ai une liste complète : y a-t-il d'autres personnes telles que des petits enfants ou des nourrissons que nous n'avons pas listés ?

OUI  AJOUTER AU TABLEAU NON

2B) Ya t-il d'autres personnes qui ne sont peut-être pas membres de votre famille, tels que des domestiques, locataires ou amis qui vivent habituellement ici ?

OUI  AJOUTER AU TABLEAU NON

2C) Avez-vous des invités ou des visiteurs temporaires qui sont chez vous, ou d'autres personnes qui ne sont pas membres de votre ménage ?

OUI  AJOUTER AU TABLEAU NON

01 = CHEF DE MÉNAGE  
02 = FEMME OU MARI

03 = FILS OU FILLE  
04 = GENDRE/BELLE-FILLE

05 = PETIT-FILS/FILLE

06 = PÈRE/MÈRE

07 = BEAUX-PARENTS

08 = FRÈRE OU SOEUR

09 = NIÈCES/NEUVEUX

10 = ONCLE /TANTE

11 = AUTRE PARENT

12 = ADOPTÉ/EN GARDE/ ENFANT DE LA FEMME/MARI

13 = SANS PARENTÉ

98 = NE SAIT PAS

N° LIGNE	SI AGE DE 0-17 ANS				SI AGE DE 3 ANS OU PLUS		SI AGE DE 3-24 ANS		SI AGE 0-4 ANS
	ÉTAT DE SURVIE ET RÉSIDENCE DES PARENTS BIOLOGIQUES				A FRÉQUENTÉ L'ÉCOLE		FRÉQUENTATION SCOLAIRE ACTUELLE OU RÉCENTE		DÉCLARATION DE NAISSANCE
	12	13	14	15	16	17	18	19	20
	La mère biologique de (NOM) est-elle en vie ?	La mère biologique de (NOM) vit-elle habituellement dans ce ménage ou était-elle en visite ici la nuit dernière ?  SI OUI: Quel est son nom ? INSCRIVEZ LE N° DE LIGNE DE LA MÈRE.  SI NON, INSCRIVEZ '00'.	Le père biologique de (NOM) est-il en vie ?	Le père biologique de (NOM) vit-il habituellement dans ce ménage ou était-il en visite ici la nuit dernière ?  SI OUI: Quel est son nom ? INSCRIVEZ LE N° DE LIGNE DU PÈRE.  SI NON, INSCRIVEZ '00'.	(NOM) a-t-il/elle déjà fréquenté l'école ?	Quel est le plus haut niveau d'études que (NOM) a atteint ?  VOIR CODES CI-DESSOUS  Quelle est la dernière classe que (NOM) a achevée à ce niveau ?  VOIR CODES CI-DESSOUS	(Nom) a-t-il/elle fréquenté l'école à n'importe quel moment durant l'année scolaire 2011-2012 ?	Au cours de l'année scolaire 2011-2012, à quel niveau et en quelle classe est/était (NOM) ?  VOIR CODES CI-DESSOUS	(NOM) a-t-il/elle un acte de naissance ?  SI NON, INSISTEZ: La naissance de (NOM) a-t-elle été déclarée à l'état civil ?  1 = A UN CERTIFICAT 2 = DÉCLARÉE 3 = NI L'UN, NI L'AUTRE 8 = NE SAIT PAS
11	0 N NSP 1 2 8 ↓ ALLEZ À 14	<input type="text"/>	0 N NSP 1 2 8 ↓ ALLEZ À 16	<input type="text"/>	0 N 1 2 ↓ ALLEZ À 20	NIVEAU- CLASSE <input type="text"/> <input type="text"/>	0 N 1 2 ↓ ALLEZ À 20	NIVEAU CLASSE <input type="text"/> <input type="text"/>	<input type="text"/>
12	1 2 8 ↓ ALLEZ À 14	<input type="text"/>	1 2 8 ↓ ALLEZ À 16	<input type="text"/>	1 2 ↓ ALLEZ À 20	<input type="text"/> <input type="text"/>	1 2 ↓ ALLEZ À 20	<input type="text"/> <input type="text"/>	<input type="text"/>
13	1 2 8 ↓ ALLEZ À 14	<input type="text"/>	1 2 8 ↓ ALLEZ À 16	<input type="text"/>	1 2 ↓ ALLEZ À 20	<input type="text"/> <input type="text"/>	1 2 ↓ ALLEZ À 20	<input type="text"/> <input type="text"/>	<input type="text"/>
14	1 2 8 ↓ ALLEZ À 14	<input type="text"/>	1 2 8 ↓ ALLEZ À 16	<input type="text"/>	1 2 ↓ ALLEZ À 20	<input type="text"/> <input type="text"/>	1 2 ↓ ALLEZ À 20	<input type="text"/> <input type="text"/>	<input type="text"/>
15	1 2 8 ↓ ALLEZ À 14	<input type="text"/>	1 2 8 ↓ ALLEZ À 16	<input type="text"/>	1 2 ↓ ALLEZ À 20	<input type="text"/> <input type="text"/>	1 2 ↓ ALLEZ À 20	<input type="text"/> <input type="text"/>	<input type="text"/>
16	1 2 8 ↓ ALLEZ À 14	<input type="text"/>	1 2 8 ↓ ALLEZ À 16	<input type="text"/>	1 2 ↓ ALLEZ À 20	<input type="text"/> <input type="text"/>	1 2 ↓ ALLEZ À 20	<input type="text"/> <input type="text"/>	<input type="text"/>
17	1 2 8 ↓ ALLEZ À 14	<input type="text"/>	1 2 8 ↓ ALLEZ À 16	<input type="text"/>	1 2 ↓ ALLEZ À 20	<input type="text"/> <input type="text"/>	1 2 ↓ ALLEZ À 20	<input type="text"/> <input type="text"/>	<input type="text"/>
18	1 2 8 ↓ ALLEZ À 14	<input type="text"/>	1 2 8 ↓ ALLEZ À 16	<input type="text"/>	1 2 ↓ ALLEZ À 20	<input type="text"/> <input type="text"/>	1 2 ↓ ALLEZ À 20	<input type="text"/> <input type="text"/>	<input type="text"/>
19	1 2 8 ↓ ALLEZ À 14	<input type="text"/>	1 2 8 ↓ ALLEZ À 16	<input type="text"/>	1 2 ↓ ALLEZ À 20	<input type="text"/> <input type="text"/>	1 2 ↓ ALLEZ À 20	<input type="text"/> <input type="text"/>	<input type="text"/>
20	1 2 8 ↓ ALLEZ À 14	<input type="text"/>	1 2 8 ↓ ALLEZ À 16	<input type="text"/>	1 2 ↓ ALLEZ À 20	<input type="text"/> <input type="text"/>	1 2 ↓ ALLEZ À 20	<input type="text"/> <input type="text"/>	<input type="text"/>

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

NIVEAU	0 = PRÉ-PRIMAIRE	1 = PRIMAIRE	2 = SECONDAIRE 1er CYCLE/ COLLÈGE ENSEIGN. TECHNIQUE	3 = SECONDAIRE 2nd CYCLE/ LYCÉE ENSEIGN. TECHNIQUE	4 = SUPÉRIEUR	8 = NE SAIT PAS
CLASSE	'1' POUR TOUTES LES ANNÉES	0= MOINS D'1 AN ACHÉVÉ 1= 1ère an./Cf 4= 4è an./CE2/CE 2= 2è an./CP2 5= 5è an./CM1 3= 3è an./CE1 6= 6è an./CM2	0= MOINS D'1 AN ACHÉVÉ 1= 6è / 1è An. 3= 4è / 3è An. 2= 5è / 2è An. 4= 3è / 4è An.	0= MOINS D'1 AN ACHÉVÉ 1= 2nde / 1è An. 2= 1ère / 2è An. 3= Terminale / 3è An	0= MOINS 1 AN ACHÉVÉ 1= 1è an.. 2= 2è an. 3= 3è an. ou +	LAISSER EN BLANC
		'0' N'EST PAS AUTORISÉ À Q.19		---	'8' = NE SAIT PAS	

						SI 15 ANS OU PLUS				
N° LIGNE	RÉSIDENTS HABITUELS ET VISITEURS	LIEN AVEC LE CHEF DE MÉNAGE	SEXE	RÉSIDENCE		ÂGE	ÉTAT MATRIMONIAL	ÉLIGIBILITÉ		
1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11
	<p>S'il vous plaît, donnez-moi les noms des personnes qui vivent habituellement dans votre ménage et des visiteurs qui ont passé la nuit dernière ici, en commençant par le chef de ménage.</p> <p>APRÈS AVOIR LISTÉ LES NOMS ET ENREGISTRÉ LE LIEN DE PARENTÉ ET LE SEXE POUR CHAQUE PERSONNE, POSEZ LES QUESTIONS 2A-2C POUR VOUS ASSURER QUE LA LISTE EST COMPLÈTE.</p> <p>POSEZ ENSUITE LES QUESTIONS APPROPRIÉES DES COLONNES 5-20 POUR CHAQUE PERSONNE.</p>	<p>Quel est le lien de parenté de (NOM) avec le chef de ménage ?</p> <p>VOIR CODES CI-DESSOUS</p>	<p>(NOM) est-il de sexe masculin ou féminin ?</p>	<p>(NOM) vit-il/elle ici habituellement ?</p>	<p>(NOM) a-t-il/elle passé la nuit dernière ici ?</p>	<p>Quel âge a (NOM) ?</p> <p>SI MOINS D'UN AN, INSCRIVEZ '00'</p> <p>SI 95 OU PLUS, INSCRIVEZ '95'.</p>	<p>Quel est l'état matrimonial actuel de (NOM) ?</p> <p>1 = MARIÉ OU VIVANT ENSEMBLE 2 = DIVORCÉ/ SÉPARÉ 3 = VEUF/VEUVE 4 = JAMAIS MARIÉ ET N'A JAMAIS VÉCU AVEC QUELQU'UN</p>	<p>ENCERCLEZ LE N° DE LIGNE DE TOUTES LES FEMMES DE 15-49 ANS</p>	<p><b>VÉRIFIEZ LA PAGE DE COUVERTURE: MÉNAGE SÉLECTIONNÉ POUR L'ENQUÊTE HOMME OUI=1</b></p> <p>ENCERCLEZ LE N° DE LIGNE DE TOUS LES HOMMES DE 15-59 ANS</p>	<p>ENCERCLEZ LE N° DE LIGNE DE TOUS LES ENFANTS DE 0-5 ANS</p>

personnes qui ont dormi la nuit dernière et qui n'ont pas été listés?



	SI AGE DE 0-17 ANS				SI AGE DE 3 ANS OU PLUS		SI AGE DE 3-24 ANS		SI AGE 0-4 ANS
N° LIGNE	ÉTAT DE SURVIE ET RÉSIDENCE DES PARENTS BIOLOGIQUES				A FRÉQUENTÉ L'ÉCOLE		FRÉQUENTATION SCOLAIRE ACTUELLE OU RÉCENTE		DÉCLARATION DE NAISSANCE
	12	13	14	15	16	17	18	19	20
	La mère biologique de (NOM) est-elle en vie ?	La mère biologique de (NOM) vit-elle habituellement dans ce ménage ou était-elle en visite ici la nuit dernière ?  SI OUI: Quel est son nom ? INSCRIVEZ LE N° DE LIGNE DE LA MÈRE.  SI NON, INSCRIVEZ '00'.	Le père biologique de (NOM) est-il en vie ?	Le père biologique de (NOM) vit-il habituellement dans ce ménage ou était-il en visite ici la nuit dernière ?  SI OUI: Quel est son nom ? INSCRIVEZ LE N° DE LIGNE DU PÈRE.  SI NON, INSCRIVEZ '00'.	(NOM) a-t-il/elle déjà fréquenté l'école ?	Quel est le plus haut niveau d'études que (NOM) a atteint ?  VOIR CODES CI-DESSOUS  Quelle est la dernière classe que (NOM) a achevée à ce niveau ?  VOIR CODES CI-DESSOUS	(Nom) a-t-il /elle fréquenté l'école à n'importe quel moment durant l'année scolaire 2011-2012 ?	Au cours de l'année scolaire 2011-2012, à quel niveau et en quelle classe est/était (NOM) ?  VOIR CODES CI-DESSOUS	(NOM) a-t-il/elle un acte de naissance ?  SI NON, INSISTEZ: La naissance de (NOM) a-t-elle été déclarée à l'état civil ?  1 = A UN CERTIFICAT 2 = DÉCLARÉE 3 = NI L'UN, NI L'AUTRE 8 = NE SAIT PAS

**CARACTÉRISTIQUES DU MÉNAGE**

N°	QUESTIONS ET FILTRES	CODES	PASSER À
101	Est-ce qu'il arrive que quelqu'un fume dans votre maison ? Diriez-vous que cela arrive tous les jours, une fois par semaine, une fois par mois, moins d'une fois par mois ou jamais ?	TOUS LES JOURS ..... 1 UNE FOIS PAR SEMAINE ..... 2 UNE FOIS PAR MOIS ..... 3 MOINS D'UNE FOIS PAR MOIS ..... 4 JAMAIS ..... 5	
102	D'où provient principalement l'eau que boivent les membres de votre ménage ?	EAU DU ROBINET ROBINET DANS LOGEMENT ..... 11 ROBINET DANS COUR/PARCELLE ..... 12 POMPE PUBLIQUE/BORNE FONTAINE/ ROBINET DU VOISIN/EAU ROBINET ACHETÉE ..... 13 PUITS PROTÉGÉ/FORAGE PUITS PROTÉGÉ DANS LA COURS ... 21 HYDRAULIQUE VILLAGEOISE/ AUTRE Puits PROTÉGÉ ..... 22 PUITS OUVERT PUITS OUVERT DANS LA COURS ..... 31 PUITS PUBLIC OU AUTRE PUITS OUVERT ..... 32 EAU DE SURFACE SOURCE ..... 41 FLEUVE/RIVIÈRE/CANAL ..... 42 MARE/LAC ..... 43 EAU DE PLUIE ..... 51 CAMION CITERNE ..... 61 EAU EN BOUTEILLE ..... 91 AUTRE _____ 96 (PRÉCISEZ)	→ 105 → 105 → 105 → 105
104	Combien de temps faut-il pour aller chercher l'eau, prendre l'eau et revenir ?	MINUTES ..... <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> NE SAIT PAS ..... 998	
105	Faites-vous quelque chose pour rendre l'eau plus saine à boire ?	OUI ..... 1 NON ..... 2 NE SAIT PAS ..... 8	→ 107
106	Habituellement, que faites-vous pour rendre l'eau que vous buvez plus saine ?  Quelque chose d'autre ?  ENREGISTREZ TOUT CE QUI EST MENTIONNÉ.	LA FAIRE BOUILLIR ..... A AJOUTER EAU DE JAVEL/CHLORE ..... B LA FILTRER À TRAVERS UN LINGE ..... C UTILISER UN FILTRE (CÉRAMIQUE/ SABLE/COMPOSITE/ ETC.) ..... D DÉSINFECTION SOLAIRE ..... E LA LAISSER REPOSER ..... F  AUTRE _____ X (PRÉCISEZ) NE SAIT PAS ..... Z	
107	Quel type de toilettes les membres de votre ménage utilisent-ils habituellement ?	W.C. MODERNES AVEC CHASSE D'EAU ..... 11 FOSSE/LATRINES FOSSES/LATRINES VENTILÉES AMÉLIORÉES ..... 21 LATRINES AVEC DALLE ..... 22 FOSSE RUDIMENTAIRE/ LATRINES SANS DALLE ..... 23 TOILETTES/LATRINES SUSPENDUES ... 31 PAS DE TOILETTES/NATURE ..... 41  AUTRE _____ 96 (PRÉCISEZ)	→ 110

N°	QUESTIONS ET FILTRES	CODES	PASSER À
108	Partagez-vous ces toilettes avec d'autres ménages ?	OUI ..... 1 NON ..... 2	→ 110
109	Combien de ménages utilisent ces toilettes ?	NOMBRE DE MÉNAGES SI MOINS DE 10 ..... <input type="text" value="0"/> <input type="text"/> 10 MÉNAGES OU PLUS ..... 95 NE SAIT PAS ..... 98	
110	Dans ce ménage, avez-vous :	OUI NON	
	- l'électricité?	ÉLECTRICITÉ ..... 1 2	
	- une tronçonneuse ?	TRONÇONNEUSE ..... 1 2	
	- un poste radio ?	RADIO ..... 1 2	
	- un fer à repasser ?	FER À REPASSER ..... 1 2	
	- un groupe électrogène/générateur?	GROUPE ÉLECTROGÈNE . 1 2	
	- un poste télévision?	TÉLÉVISION ..... 1 2	
	- un chaîne HIFI ?	CHAÎNE HIFI ..... 1 2	
	- un magnétoscope ?	MAGNÉTOSCOPE ..... 1 2	
	- un lecteur DVD/VCD ?	LECTEUR DVD/VCD ..... 1 2	
	- un réfrigérateur ?	RÉFRIGÉRATEUR ..... 1 2	
	- un congélateur?	CONGÉLATEUR ..... 1 2	
	- un fusil de chasse ?	FUSIL DE CHASSE ..... 1 2	
	- un filet de pêche ?	FILET DE PECHE ..... 1 2	
	- une cuisinière (à gaz, électrique) ?	CUISINIÈRE ..... 1 2	
	- un rechaud à gaz?	RECHAUD À GAZ ..... 1 2	
	- un ventilateur?	VENTILATEUR ..... 1 2	
	- une débroussailleuse ?	DÉBROUSSAILLEUSE ..... 1 2	
	- une machine à coudre ?	MACUINE À COUDRE . 1 2	
	- un téléphone fixe?	TÉLÉPHONE FIXE ..... 1 2	
	- un téléphone portable?	TELEPHONE PORTABLE .. 1 2	
	- un ordinateur?	ORDINATEUR ..... 1 2	
	- un climatiseur?	CLIMATISEUR ..... 1 2	
	- une machine à laver ?	MACHINE À LAVER ..... 1 2	
	- une antenne/décodeur	ANTENNE/DÉCODEUR ..... 1 2	
	- une torche indigène ?	TORCHE INDIGÈNE ..... 1 2	
	- une lampe à pétrole ?	LAMPE À PÉTROLE ..... 1 2	
	- une lampe à gaz ?	LAMPE À GAZ ..... 1 2	
111	Quel type de combustible votre ménage utilise-t-il principalement pour cuisiner ?	ÉLECTRICITÉ ..... 01 GAZ BUTANE ..... 02 PÉTROLE ..... 03 CHARBON DE BOIS ..... 04 BOIS DE CHAUFFE ..... 05 SCIURE/COPEAUX DE BOIS ..... 06 PAILLE/BRANCHAGES/HERBES ..... 07 PAS DE REPAS PRÉPARÉ DANS LE MÉNAGE ..... 95 AUTRE ..... 96 (PRÉCISEZ)	→ 114

N°	QUESTIONS ET FILTRES	CODES	PASSER À
112	Est-ce que la cuisine est faite habituellement dans la maison, dans un bâtiment séparé ou à l'extérieur ?	DANS LA MAISON ..... 1 DANS UN BÂTIMENT SÉPARÉ ..... 2 À L'EXTÉRIEUR ..... 3  AUTRE _____ 6 (PRÉCISEZ)	→ 114
113	Avez-vous une pièce séparée que vous utilisez comme cuisine ?	OUI ..... 1 NON ..... 2	
114	PRINCIPAL MATÉRIAU DU SOL  ENREGISTREZ L'OBSERVATION.	MATÉRIAU NATUREL TERRE/SABLE ..... 11 MATÉRIAU RUDIMENTAIRE PLANCHES EN BOIS ..... 21 MATÉRIAU ÉLABORÉ PARQUET OU BOIS CIRÉ ..... 31 LINO/GERFLEX ..... 32 CARRELAGE ..... 33 CIMENT ..... 34 MOQUETTE ..... 35  AUTRE _____ 96 (PRÉCISEZ)	
115	PRINCIPAL MATÉRIAU DU TOIT  ENREGISTREZ L'OBSERVATION.	MATÉRIAU RUDIMENTAIRE PLASTIQUE/CARTON/TOLE USÉE ..... 11 ÉCORCE/PAILLE/PALME/BAMBOU ..... 12 MATÉRIAU ÉLABORÉ TOLE SEULE ..... 21 TOLE ET PLAFOND ..... 22 TUILES/ARDOISE ..... 23 BÉTON ..... 24 SHINGLES ..... 25  AUTRE _____ 96 (PRÉCISEZ)	
116	PRINCIPAL MATÉRIAU DES MURS EXTÉRIEURS  ENREGISTREZ L'OBSERVATION.	MATÉRIAU DE RÉCUPÉRATION PLASTIQUE/CARTON/TOLE USÉ ..... 12 MATÉRIAU NATUREL ÉCORCE/PAILLE/PALME/BAMBOU ..... 21 MATÉRIAU RUDIMENTAIRE TERRE BATTUE ..... 31 BRIQUE DE TERRE ..... 32 MATÉRIAU ÉLABORÉ TOLE ..... 41 PLANCHES ..... 42 SEMI-DUR (DUR ET AUTRE) ..... 43 PARPAING/CIMENT ..... 44  AUTRE _____ 96 (PRÉCISEZ)	

N°	QUESTIONS ET FILTRES	CODES	PASSER À																					
117	Dans ce ménage, combien de pièces utilisez-vous pour dormir ?	NOMBRE DE PIÈCES ..... <input type="text"/> <input type="text"/>																						
118	Est-ce qu'un membre de votre ménage possède : Une montre ? Une bicyclette ? Une motocyclette/mobilette ou moto? Une voiture, camion, ou une camionnette ? Une pirogue sans moteur Une pirogue avec moteur / Hors-bord?	<table style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <thead> <tr> <th></th> <th>OUI</th> <th>NON</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>MONTRE .....</td> <td>1</td> <td>2</td> </tr> <tr> <td>BICYCLETTE .....</td> <td>1</td> <td>2</td> </tr> <tr> <td>MOTOCYCLETTE/SCOOTER .....</td> <td>1</td> <td>2</td> </tr> <tr> <td>VOITURE/CAMIONNETTE .....</td> <td>1</td> <td>2</td> </tr> <tr> <td>PIROGUE SANS MOTEUR .....</td> <td>1</td> <td>2</td> </tr> <tr> <td>PIROGUE À MOTEUR .....</td> <td>1</td> <td>2</td> </tr> </tbody> </table>		OUI	NON	MONTRE .....	1	2	BICYCLETTE .....	1	2	MOTOCYCLETTE/SCOOTER .....	1	2	VOITURE/CAMIONNETTE .....	1	2	PIROGUE SANS MOTEUR .....	1	2	PIROGUE À MOTEUR .....	1	2	
	OUI	NON																						
MONTRE .....	1	2																						
BICYCLETTE .....	1	2																						
MOTOCYCLETTE/SCOOTER .....	1	2																						
VOITURE/CAMIONNETTE .....	1	2																						
PIROGUE SANS MOTEUR .....	1	2																						
PIROGUE À MOTEUR .....	1	2																						
119	Est-ce qu'un membre de votre ménage possède des terres cultivables ?	OUI ..... 1 NON ..... 2																						
121	Est-ce que votre ménage possède du bétail, des troupeaux d'autres animaux de ferme ou de la volaille ?	OUI ..... 1 NON ..... 2	→ 123																					
122	Parmi les animaux suivants, combien votre ménage en possède t-il ? SI AUCUN, INSCRIVEZ '00'. SI 95 OU PLUS, INSCRIVEZ '95'. SI NE SAIT PAS, INSCRIVEZ '98'.  Vaches?  Chèvres ?  Moutons ?  Porcs?  Poulets?  Canards/autres volailles?  Lapins ?	<table style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <tbody> <tr> <td>VACHES .....</td> <td><input type="text"/></td> <td><input type="text"/></td> </tr> <tr> <td>CHÈVRES .....</td> <td><input type="text"/></td> <td><input type="text"/></td> </tr> <tr> <td>MOUTONS .....</td> <td><input type="text"/></td> <td><input type="text"/></td> </tr> <tr> <td>PORCS .....</td> <td><input type="text"/></td> <td><input type="text"/></td> </tr> <tr> <td>POULETS .....</td> <td><input type="text"/></td> <td><input type="text"/></td> </tr> <tr> <td>CANARDS .....</td> <td><input type="text"/></td> <td><input type="text"/></td> </tr> <tr> <td>LAPINS .....</td> <td><input type="text"/></td> <td><input type="text"/></td> </tr> </tbody> </table>	VACHES .....	<input type="text"/>	<input type="text"/>	CHÈVRES .....	<input type="text"/>	<input type="text"/>	MOUTONS .....	<input type="text"/>	<input type="text"/>	PORCS .....	<input type="text"/>	<input type="text"/>	POULETS .....	<input type="text"/>	<input type="text"/>	CANARDS .....	<input type="text"/>	<input type="text"/>	LAPINS .....	<input type="text"/>	<input type="text"/>	
VACHES .....	<input type="text"/>	<input type="text"/>																						
CHÈVRES .....	<input type="text"/>	<input type="text"/>																						
MOUTONS .....	<input type="text"/>	<input type="text"/>																						
PORCS .....	<input type="text"/>	<input type="text"/>																						
POULETS .....	<input type="text"/>	<input type="text"/>																						
CANARDS .....	<input type="text"/>	<input type="text"/>																						
LAPINS .....	<input type="text"/>	<input type="text"/>																						
123	Est-ce qu'un membre de votre ménage a un compte en banque ?	OUI ..... 1 NON ..... 2																						
124	Est-ce qu'à n'importe quel moment au cours des 12 derniers mois, quelqu'un est venu dans votre logement pour pulvériser les murs intérieurs contre les moustiques ?	OUI ..... 1 NON ..... 2 NE SAIT PAS ..... 8	→ 126																					
125	Qui a pulvérisé les murs du logement ?	EMPLOYÉ/PROGRAMME GOUVERNEMENT ..... A SOCIÉTÉ PRIVÉE ..... B ORGANISATION NON GOUVERNEMENTALE (ONG) ..... C  AUTRE _____ X (PRÉCISEZ) NE SAIT PAS ..... Y																						
126	Est-ce que votre ménage a des moustiquaires qui peuvent être utilisées pour dormir ?	OUI ..... 1 NON ..... 2	→ 140																					
127	Combien de moustiquaires votre ménage a-t-il ?  SI 7 MOUSTIQUAIRES OU PLUS, ENREGISTREZ '7'.	NOMBRE DE MOUSTIQUAIRES ..... <input type="text"/>																						

		MOUSTIQUAIRE #1	MOUSTIQUAIRE #2	MOUSTIQUAIRE #3
128	DEMANDEZ À L'ENQUÊTÉ DE VOUS MONTRER LES MOUSTIQUAIRES DU MÉNAGE  SI PLUS DE 3 MOUSTIQUAIRES, UTILISEZ UN/DES QUESTIONNAIRES SUPPLÉMENTAIRES	OBSERVÉE ..... 1 NON OBSERVÉE... 2	OBSERVÉE ..... 1 NON OBSERVÉE... 2	OBSERVÉE ..... 1 NON OBSERVÉE... 2
128A	Où avez-vous obtenu la moustiquaire?	CAMPAGNE DE DISTRIBUTION. 1 CENTRE DE SANTÉ. 2 MARCHÉ/BOUTIQUE 3 AUTRE ..... 6 NE SAIT PAS ..... 8	CAMPAGNE DE DISTRIBUTION. 1 CENTRE DE SANTÉ. 2 MARCHÉ/BOUTIQUE 3 AUTRE ..... 6 NE SAIT PAS ..... 8	CAMPAGNE DE DISTRIBUTION. 1 CENTRE DE SANTÉ. 2 MARCHÉ/BOUTIQUE 3 AUTRE ..... 6 NE SAIT PAS ..... 8
129	Cela fait combien de mois que votre ménage a la moustiquaire ?  SI MOINS D'UN MOIS, ENREGISTREZ '00'.	IL Y A... <input type="text"/> <input type="text"/> MOIS ...  PLUS DE 36 MOIS ..... 95 PAS SÛR ..... 98	IL Y A... <input type="text"/> <input type="text"/> MOIS ...  PLUS DE 36 MOIS ..... 95 PAS SÛR ..... 98	IL Y A... <input type="text"/> <input type="text"/> MOIS ...  PLUS DE 36 MOIS ..... 95 PAS SÛR ..... 98
130	OBSERVEZ OU DEMANDEZ LA MARQUE/TYPE DE LA MOUSTIQUAIRE  SI LA MARQUE N'EST PAS CONNUE ET QUE VOUS NE POUVEZ PAS OBSERVER LA MOUSTIQUAIRE, MONTREZ UNE PHOTO D'UNE MOUSTIQUAIRE COURANTE À L'ENQUÊTÉ.	MOUSTIQUAIRE IMPRÉ- GNÉE D'INSECTICIDE LONGUE DURÉE D' ACTION (MIILDA) INTERCEPTOR... 11 AUTRE/ NSP MARQUE 16 (PASSER À 134) ←  MOUSTIQUAIRE 'PRÉ- TRAITÉE' PERMANET ..... 21 OLYSET ..... 22 AUTRE/ NSP MARQUE 26 (PASSER À 132) ←  AUTRE MARQUE... 96 NSP MARQUE ..... 98	MOUSTIQUAIRE IMPRÉ- GNÉE D'INSECTICIDE LONGUE DURÉE D' ACTION (MIILDA) INTERCEPTOR... 11 AUTRE/ NSP MARQUE 16 (PASSER À 134) ←  MOUSTIQUAIRE 'PRÉ- TRAITÉE' PERMANET ..... 21 OLYSET ..... 22 AUTRE/ NSP MARQUE 26 (PASSER À 132) ←  AUTRE MARQUE... 96 NSP MARQUE ..... 98	MOUSTIQUAIRE IMPRÉ- GNÉE D'INSECTICIDE LONGUE DURÉE D' ACTION (MIILDA) INTERCEPTOR... 11 AUTRE/ NSP MARQUE 16 (PASSER À 134) ←  MOUSTIQUAIRE 'PRÉ- TRAITÉE' PERMANET ..... 21 OLYSET ..... 22 AUTRE/ NSP MARQUE 26 (PASSER À 132) ←  AUTRE MARQUE... 96 NSP MARQUE ..... 96
131	Quand vous avez obtenu cette moustiquaire, était-elle déjà traitée avec un insecticide pour tuer ou éloigner les moustiques ?	OUI ..... 1 NON ..... 2 PAS SÛR ..... 8	OUI ..... 1 NON ..... 2 PAS SÛR ..... 8	OUI ..... 1 NON ..... 2 PAS SÛR ..... 8
132	Depuis que vous avez cette moustiquaire, a-t-elle été trempée-ou plongée dans un liquide pour tuer ou éloigner les moustiques ?	OUI ..... 1 NON ..... 2 (PASSER À 134) ← PAS SÛR ..... 8	OUI ..... 1 NON ..... 2 (PASSER À 134) ← PAS SÛR ..... 8	OUI ..... 1 NON ..... 2 (PASSER À 134) ← PAS SÛR ..... 8
133	Cela fait combien de mois que la moustiquaire a été trempée ou plongée pour la dernière fois ?  SI MOINS D'1 MOIS, ENREGISTREZ '00'.	IL Y A... <input type="text"/> <input type="text"/> MOIS ...  PLUS DE 24 MOIS ..... 95 PAS SÛR ..... 98	IL Y A... <input type="text"/> <input type="text"/> MOIS ...  PLUS DE 24 MOIS ..... 95 PAS SÛR ..... 98	IL Y A... <input type="text"/> <input type="text"/> MOIS ...  PLUS DE 24 MOIS ..... 95 PAS SÛR ..... 98
134	Est-ce que, la nuit dernière, quelqu'un a dormi sous la moustiquaire ?	OUI ..... 1 NON..... 2 (PASSER À 136) ← PAS SÛR ..... 8	OUI ..... 1 NON..... 2 (PASSER À 136) ← PAS SÛR ..... 8	OUI ..... 1 NON..... 2 (PASSER À 136) ← PAS SÛR ..... 8

		MOUSTIQUAIRE #1	MOUSTIQUAIRE #2	MOUSTIQUAIRE #3
135	<p>Qui a dormi sous la moustiquaire la nuit dernière ?</p> <p>ENREGISTREZ LE NOM ET LE NUMÉRO DE LIGNE DE LA PERSONNE À PARTIR DU TABLEAU MÉNAGE.</p>	<p>NOM _____</p> <p>N° DE LIGNE ..... <input type="text"/> <input type="text"/></p>	<p>NOM _____</p> <p>N° DE LIGNE ..... <input type="text"/> <input type="text"/></p>	<p>NOM _____</p> <p>N° DE LIGNE ..... <input type="text"/> <input type="text"/></p>
		<p>NOM _____</p> <p>N° DE LIGNE ..... <input type="text"/> <input type="text"/></p>	<p>NOM _____</p> <p>N° DE LIGNE ..... <input type="text"/> <input type="text"/></p>	<p>NOM _____</p> <p>N° DE LIGNE ..... <input type="text"/> <input type="text"/></p>
		<p>NOM _____</p> <p>N° DE LIGNE ..... <input type="text"/> <input type="text"/></p>	<p>NOM _____</p> <p>N° DE LIGNE ..... <input type="text"/> <input type="text"/></p>	<p>NOM _____</p> <p>N° DE LIGNE ..... <input type="text"/> <input type="text"/></p>
		<p>NOM _____</p> <p>N° DE LIGNE ..... <input type="text"/> <input type="text"/></p>	<p>NOM _____</p> <p>N° DE LIGNE ..... <input type="text"/> <input type="text"/></p>	<p>NOM _____</p> <p>N° DE LIGNE ..... <input type="text"/> <input type="text"/></p>
136		<p>RETOURNEZ À 128 POUR LA MOUSTIQUAIRE SUIVANTE OU SI PLUS DE MOUSTIQUAIRES, ALLEZ À 140.</p>	<p>RETOURNEZ À 128 POUR LA MOUSTIQUAIRE SUIVANTE OU SI PLUS DE MOUSTIQUAIRES, ALLEZ À 140.</p>	<p>ALLEZ À 128 À LA PREMIÈRE COLONNE D'UN NOUVEAU QUESTIONNAIRE; OU SI PLUS DE MOUSTIQUAIRES, ALLEZ À 140.</p>
140	<p>DEMANDER À L'ENQUÊTÉ UNE PETITE CUILLÈRE DE SEL POUR LA CUISINE.</p> <p>TEST DU SEL POUR LA TENEUR EN IODE</p>	<p>PRÉSENCE D'IODE ..... 1</p> <p>PAS D'IODE ..... 2</p> <p>PAS DE SEL DANS LE MÉNAGE ..... 3</p> <p>SEL NON TESTÉ ..... 6</p> <p>(PRÉCISEZ LA RAISON)</p>		

**TRAVAIL DES ENFANTS DE 5-14 ANS**

141		VÉRIFIER COLONNES (5) ET (7): NOMBRE D'ENFANTS DE 5 A 14 ANS QUI RÉSIDENT HABITUELLEMENT DANS LE MÉNAGE :						AUCUN	→	ALLER A 201
		UN OU PLUS						→		
		REMPLEZ LE TABLEAU SUIVANT POUR CHAQUE ENFANT DE 5 A 14 ANS								
142	143	144	145	146	147	148	149	150		
ENREGISTRER LE N° DE LIGNE DE CHAQUE ENFANT DANS L'ORDRE DE LA COLONNE 1 DU TABLEAU DE MÉNAGE	ENREGISTRER LE NOM DE CHAQUE ENFANT	Depuis (JOUR DE LA SEMAINE PENDANT LEQUEL A LIEU L'ENQUÊTE) dernier, il/elle fait un travail quelconque pour lequel un qui n'est pas un membre de ce ménage ?  Si « OUI » : A-t-il/elle été payé(e) en espèces ou en nature pour ce travail ?	Depuis (JOUR DE LA SEMAINE PENDANT LEQUEL A LIEU L'ENQUÊTE) dernier, environ combien d'heures (NOM) a-t-il/elle travaillé pour lequel un qui n'est pas un membre de ce ménage ?  (SI PLUS D'UN TRAVAIL, ADDITIONNER TOUTES LES HEURES DE TRAVAIL EFFECTUÉES)	Au cours des 12 derniers mois, (NOM) a-t-il/elle fait un travail quelconque pour lequel un qui n'est pas un membre de ce ménage ?  Si « OUI » : A-t-il/elle été payé(e) en espèces ou en nature pour ce travail ?	Depuis (JOUR DE LA SEMAINE PENDANT LEQUEL A LIEU L'ENQUÊTE) dernier, (NOM) a-t-il/elle aidé aux travaux de ce ménage ? Par exemple, faire la vaisselle, faire des courses, nettoyer, laver les vêtements, chercher de l'eau ou garder les enfants ?	Depuis (JOUR DE LA SEMAINE PENDANT LEQUEL A LIEU L'ENQUÊTE) dernier, environ combien d'heures (NOM) a-t-il/elle passé à faire des travaux ménagers ?	Depuis (JOUR DE LA SEMAINE PENDANT LEQUEL A LIEU L'ENQUÊTE) dernier, (NOM) a-t-il/elle fait d'autres travaux pour la famille aux champs ou dans l'affaire de famille (ferme, commerce ou vente des marchandises dans la rue) ?	Depuis (JOUR DE LA SEMAINE PENDANT LEQUEL A LIEU L'ENQUÊTE) dernier, environ combien d'heures (NOM) a-t-il/elle passé à faire ce type de travail aux champs ou dans l'affaire de famille ?		
		OUI, PAYÉ	OUI, PAYÉ	OUI, PAYÉ	OUI, NON	OUI, NON	OUI, NON			
		1 2 3 ALLER À 146		1 2 3	1 2 ALLER À 149		1 2 PASSER LIGNE SUIVANTE			
		1 2 3 ALLER À 146		1 2 3	1 2 ALLER À 149		1 2 PASSER LIGNE SUIVANTE			
		1 2 3 ALLER À 146		1 2 3	1 2 ALLER À 149		1 2 PASSER LIGNE SUIVANTE			
		1 2 3 ALLER À 146		1 2 3	1 2 ALLER À 149		1 2 PASSER LIGNE SUIVANTE			
		1 2 3 ALLER À 146		1 2 3	1 2 ALLER À 149		1 2 PASSER LIGNE SUIVANTE			
		1 2 3 ALLER À 146		1 2 3	1 2 ALLER À 149		1 2 PASSER LIGNE SUIVANTE			
		1 2 3 ALLER À 146		1 2 3	1 2 ALLER À 149		1 2 PASSER LIGNE SUIVANTE			



**POIDS, TAILLE ET NIVEAU D'HÉMOGLOBINE DES ENFANTS DE 0-5 ANS**

201	VÉRIFIEZ LA COUVERTURE: MÉNAGE SÉLECTIONNÉ POUR ENQUÊTE HOMME, ANTHROPOMÉTRIE, TESTS D'ANÉMIE ET DU VIH?  <p align="center">OUI <input type="checkbox"/>                      NON <input type="checkbox"/> → ALLEZ À 300</p>			
201A	VÉRIFIEZ LA COLONNE 11 DU TABLEAU MÉNAGE. INSCRIVEZ LE NUMÉRO DE LIGNE ET LE NOM DE TOUS LES ENFANTS ÉLIGIBLES DE 0- 5 ANS À Q.202. S'IL Y A PLUS DE 6 ENFANTS, UTILISEZ UN/DES QUESTIONNAIRES SUPPLÉMENTAIRES.			
		ENFANT 1	ENFANT 2	ENFANT 3
202	NUMÉRO DE LIGNE DE LA COL.11  NOM DE LA COLONNE 2	N° LIGNE ..... <input type="text"/> <input type="text"/> NOM .....	N° LIGNE ..... <input type="text"/> <input type="text"/> NOM .....	N° LIGNE ..... <input type="text"/> <input type="text"/> NOM .....
203	SI LA MÈRE EST ENQUÊTÉE, COPIER LE MOIS ET L'ANNÉE DE NAISSANCE À PARTIR DU TABLEAU DES NAISSANCES ET DEMANDER LE JOUR ; SI LA MÈRE N'EST PAS ENQUÊTÉE, DEMANDER: Quelle est la date de naissance de (NOM) ?	JOUR ..... <input type="text"/> <input type="text"/> MOIS ..... <input type="text"/> <input type="text"/> AN <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>	JOUR ..... <input type="text"/> <input type="text"/> MOIS ..... <input type="text"/> <input type="text"/> AN <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>	JOUR ..... <input type="text"/> <input type="text"/> MOIS ..... <input type="text"/> <input type="text"/> AN <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>
204	VÉRIFIEZ 203: ENFANT NÉ EN JANVIER 2007 OU PLUS TARD ?	OUI ..... 1 NON ..... 2 (ALLEZ À 203 POUR ENFANT SUIVANT OU SI PLUS D'ENFANT, ALLEZ À 214)	OUI ..... 1 NON ..... 2 (ALLEZ À 203 POUR ENFANT SUIVANT OU SI PLUS D'ENFANT, ALLEZ À 214)	OUI ..... 1 NON ..... 2 (ALLEZ À 203 POUR ENFANT SUIVANT OU SI PLUS D'ENFANT, ALLEZ À 214)
205	POIDS EN KILOGRAMMES	KG. <input type="text"/> <input type="text"/> . <input type="text"/> ABSENT ..... 994 REFUS ..... 995 AUTRE ..... 996	KG. <input type="text"/> <input type="text"/> . <input type="text"/> ABSENT ..... 994 REFUS ..... 995 AUTRE ..... 996	KG. <input type="text"/> <input type="text"/> . <input type="text"/> ABSENT ..... 994 REFUS ..... 995 AUTRE ..... 996
206	TAILLE EN IN CENTIMÈTRES	CM. <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> . <input type="text"/> ABSENT ..... 9994 REFUS ..... 9995 AUTRE ..... 9996	CM. <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> . <input type="text"/> ABSENT ..... 9994 REFUS ..... 9995 AUTRE ..... 9996	CM. <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> . <input type="text"/> ABSENT ..... 9994 REFUS ..... 9995 AUTRE ..... 9996
207	MESURÉ ALLONGÉ OU DEBOUT ?	ALLONGÉ ..... 1 DEBOUT ..... 2 PAS MESURÉ ..... 3	ALLONGÉ ..... 1 DEBOUT ..... 2 PAS MESURÉ ..... 3	ALLONGÉ ..... 1 DEBOUT ..... 2 PAS MESURÉ ..... 3
208	VÉRIFIEZ 203: EST-CE QUE L'ENFANT A 0-5 MOIS, C'EST-À-DIRE QU'IL EST NÉ AU COURS DU MOIS DE L'ENQUÊTE OU DANS LES 5 MOIS PRÉCÉDENTS ?	0-5 MOIS ..... 1 (ALLEZ À 203 POUR ENFANT SUIVANT OU SI PLUS D'ENFANT ALLEZ À 214) PLUS ÂGÉ ..... 2	0-5 MOIS ..... 1 (ALLEZ À 203 POUR ENFANT SUIVANT OU SI PLUS D'ENFANT ALLEZ À 214) PLUS ÂGÉ ..... 2	0-5 MOIS ..... 1 (ALLEZ À 203 POUR ENFANT SUIVANT OU SI PLUS D'ENFANT ALLEZ À 214) PLUS ÂGÉ ..... 2
209	N° DE LIGNE DU PARENT/AUTRE ADULTE RESPONSABLE DE L'ENFANT (DE LA COLONNE 1 DU TABLEAU MÉNAGE). INSCRIVEZ '00' SI NON LISTÉ.	N° LIGNE ..... <input type="text"/> <input type="text"/>	N° LIGNE ..... <input type="text"/> <input type="text"/>	N° LIGNE ..... <input type="text"/> <input type="text"/>

		ENFANT 1	ENFANT 2	ENFANT 3
210	<p>DEMANDEZ LE CONSENTEMENT POUR LE TEST D'ANÉMIE AU PARENT/AUTRE ADULTE</p> <p>IDENTIFIÉ À 209 COMME RESPONSABLE DE L'ENFANT.</p>	<p>Dans cette enquête, nous demandons à des gens dans tout le pays de participer au test d'anémie. L'anémie est un problème de santé sérieux qui résulte généralement d'une alimentation pauvre, d'infections ou de maladies chroniques. Les résultats de cette enquête permettront d'aider le gouvernement à développer des programmes pour prévenir et traiter l'anémie.</p> <p>Nous demandons que tous les enfants nés en 2007 ou plus tard participent au test d'anémie inclus dans cette enquête en donnant quelques gouttes de sang d'un doigt ou du talon. Pour ce test, on utilise un équipement propre et sans risque. Il n'a jamais été utilisé auparavant et il sera jeté après chaque test.</p> <p>Le sang sera testé pour l'anémie immédiatement et les résultats vous seront communiqués tout de suite. Les résultats sont strictement confidentiels et ne seront transmis à personne en dehors de l'équipe de l'enquête.</p> <p>Avez-vous des questions à me poser ?</p> <p>Vous pouvez dire 'oui' pour le test ou vous pouvez dire 'non'. C'est votre décision.</p> <p>Autorisez-vous (NOM DE L'ENFANT) à participer au test d'anémie ?</p>		
211	ENCERCLEZ LE CODE APPROPRIÉ ET APPOSEZ VOTRE SIGNATURE.	ACCORDÉE ..... 1 _____ ←   (SIGNATURE) REFUSÉE ..... 2	ACCORDÉE ..... 1 _____ ←   (SIGNATURE) REFUSÉE ..... 2	ACCORDÉE ..... 1 _____ ←   (SIGNATURE) REFUSÉE ..... 2
212	INSCRIVEZ LE NIVEAU D'HÉMOGLOBINE ICI ET DANS LA BROCHURE ANÉMIE.	G/DL <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> . ABSENT .....994 REFUS .....995 AUTRE .....996	G/DL <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> . ABSENT .....994 REFUS .....995 AUTRE .....996	G/DL <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> . ABSENT .....994 REFUS .....995 AUTRE .....996
213	RETOURNEZ À Q.203 À LA COLONNE SUIVANTE DE CE QUESTIONNAIRE OU À LA PREMIERE COLONNE DE LA PAGE SUIVANTE; S'IL N'Y A PLUS D'ENFANTS, ALLEZ À 214.			

		ENFANT 4	ENFANT 5	ENFANT 6
202	NUMÉRO DE LIGNE DE LA COL.11  NOM DE LA COLONNE 2	N° LIGNE ..... <input type="text"/> <input type="text"/> NOM _____	N° LIGNE ..... <input type="text"/> <input type="text"/> NOM _____	N° LIGNE ..... <input type="text"/> <input type="text"/> NOM _____
203	SI LA MÈRE EST ENQUÊTÉE, COPIER LE MOIS ET ANNÉE DE NAISSANCE À PARTIR DU TABLEAU DES NAISSANCES ET DEMANDER LE JOUR ; SI LA MÈRE N'EST PAS ENQUÊTÉE, DEMANDER: Quelle est la date de naissance de (NOM) ?	JOUR ..... <input type="text"/> <input type="text"/> MOIS ..... <input type="text"/> <input type="text"/> AN <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>	JOUR ..... <input type="text"/> <input type="text"/> MOIS ..... <input type="text"/> <input type="text"/> AN <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>	JOUR ..... <input type="text"/> <input type="text"/> MOIS ..... <input type="text"/> <input type="text"/> AN <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>
204	VÉRIFIEZ 203: ENFANT NÉ EN JANVIER 2007 OU PLUS TARD ?	OUI ..... 1 NON ..... 2 (ALLEZ À 203 POUR ENFANT SUIVANT OU SI PLUS D'ENFANT, ← ALLEZ À 214)	OUI ..... 1 NON ..... 2 (ALLEZ À 203 POUR ENFANT SUIVANT OU SI PLUS D'ENFANT, ← ALLEZ À 214)	OUI ..... 1 NON ..... 2 (ALLEZ À 203 À LA PRE- MIÈRE COL DU NOUVEAU QUESTIONNAIRE; OU, ← SI PLUS D'ENFANT, ALLEZ À 214)
205	POIDS EN KILOGRAMMES	KG. <input type="text"/> <input type="text"/> . <input type="text"/> ABSENT ..... 994 REFUS ..... 995 AUTRE ..... 996	KG. <input type="text"/> <input type="text"/> . <input type="text"/> ABSENT ..... 994 REFUS ..... 995 AUTRE ..... 996	KG. <input type="text"/> <input type="text"/> . <input type="text"/> ABSENT ..... 994 REFUS ..... 995 AUTRE ..... 996
206	TAILLE EN CENTIMÈTRES	CM. <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> . <input type="text"/> ABSENT ..... 9994 REFUS ..... 9995 AUTRE ..... 9996	CM. <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> . <input type="text"/> ABSENT ..... 9994 REFUS ..... 9995 AUTRE ..... 9996	CM. <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> . <input type="text"/> ABSENT ..... 9994 REFUS ..... 9995 AUTRE ..... 9996
207	MESURÉ ALLONGÉ OU DEBOUT	ALLONGÉ ..... 1 DEBOUT ..... 2 PAS MESURÉ ..... 3	ALLONGÉ ..... 1 DEBOUT ..... 2 PAS MESURÉ ..... 3	ALLONGÉ ..... 1 DEBOUT ..... 2 PAS MESURÉ ..... 3
207A	VÉRIFIEZ LA COUVERTURE.  MÉNAGE SÉLECTIONNÉ POUR L'ENQUÊTE HOMME, LE TEST D'ANÉMIE ET LE TEST DU VIH?	OUI ..... 1 NON ..... 2 (ALLEZ À 203 POUR ENFANT SUIVANT OU SI PLUS D'ENFANT, ← ALLEZ À 214)	OUI ..... 1 NON ..... 2 (ALLEZ À 203 POUR ENFANT SUIVANT OU SI PLUS D'ENFANT, ← ALLEZ À 214)	OUI ..... 1 NON ..... 2 (ALLEZ À 203 POUR ENFANT SUIVANT OU SI PLUS D'ENFANT, ← ALLEZ À 214)
208	VÉRIFIEZ 203: EST-CE QUE L'ENFANT A 0-5 MOIS, C'EST-À-DIRE QU'IL EST NÉ AU COURS DU MOIS DE L'ENQUÊTE OU DANS LES 5 MOIS PRÉCÉDENTS ?	0-5 MOIS ..... 1 (ALLEZ À 203 POUR ENFANT SUIVANT OU SI PLUS D'ENFANT, ← ALLEZ À 214)  PLUS ÂGÉ ..... 2	0-5 MOIS ..... 1 (ALLEZ À 203 POUR ENFANT SUIVANT OU SI PLUS D'ENFANT, ← ALLEZ À 214)  PLUS ÂGÉ ..... 2	0-5 MOIS ..... 1 (ALLEZ À 203 À LA PRE- MIÈRE COL DU NOUVEAU QUESTIONNAIRE; OU, ← SI PLUS D'ENFANT, ALLEZ À 214) PLUS ÂGÉ ..... 2
209	N° DE LIGNE DU PARENT/AUTRE ADULTE RESPONSABLE DE L'ENFANT (DE LA COLONNE 1 DU TABLEAU MÉNAGE). INSCRIVEZ '00' SI NON LISTÉ.	N° LIGNE ..... <input type="text"/> <input type="text"/>	N° LIGNE ..... <input type="text"/> <input type="text"/>	N° LIGNE ..... <input type="text"/> <input type="text"/>

		ENFANT 4	ENFANT 5	ENFANT 6
210	DEMANDEZ LE CONSENTEMENT POUR LE TEST D'ANÉMIE AU PARENT/ AUTRE ADULTE IDENTIFIÉ À 209 COMME RESPONSABLE DE L'ENFANT.	<p>Dans cette enquête, nous demandons à des gens dans tout le pays de participer au test d'anémie. L'anémie est un problème de santé sérieux qui résulte généralement d'une alimentation pauvre, d'infections ou de maladies chroniques. Les résultats de cette enquête permettront d'aider le gouvernement à développer des programmes pour prévenir et traiter l'anémie.</p> <p>Nous demandons que tous les enfants nés en 2007 ou plus tard participent au test d'anémie inclus dans cette enquête en donnant quelques gouttes de sang d'un doigt ou du talon. Pour ce test, on utilise un équipement propre et sans risque. Il n'a jamais été utilisé auparavant et il sera jeté après chaque test.</p> <p>Le sang sera testé pour l'anémie immédiatement et les résultats vous seront communiqués tout de suite. Les résultats sont strictement confidentiels et ne seront transmis à personne en dehors de l'équipe de l'enquête.</p> <p>Avez-vous des questions à me poser ?</p> <p>Vous pouvez dire 'oui' pour le test ou vous pouvez dire 'non'. C'est votre décision.</p> <p>Autorisez-vous (NOM DE L'ENFANT) à participer au test d'anémie ?</p>		
211	ENCERCLEZ LE CODE APPROPRIÉ ET APPOSEZ VOTRE SIGNATURE.	ACCORDÉE ..... 1 _____ ←   (SIGNATURE) REFUSÉE ..... 2	ACCORDÉE ..... 1 _____ ←   (SIGNATURE) REFUSÉE ..... 2	ACCORDÉE ..... 1 _____ ←   (SIGNATURE) REFUSÉE ..... 2
212	INSCRIVEZ LE NIVEAU D'HÉMOGLOBINE ICI ET DANS LA BROCHURE ANÉMIE.	G/DL <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> ABSENT ..... 994 REFUS ..... 995 AUTRE ..... 996	G/DL <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> ABSENT ..... 994 REFUS ..... 995 AUTRE ..... 996	G/DL <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> ABSENT ..... 994 REFUS ..... 995 AUTRE ..... 996
213	RETOURNEZ À Q.203 À LA COLONNE SUIVANTE DE CE QUESTIONNAIRE OU À LA PREMIERE COLONNE D'UN/DES QUESTIONNAIRE(S) SUPPLÉMENTAIRES; S'IL N'Y A PLUS D'ENFANTS, ALLEZ À 214.			

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

214	VÉRIFIER LA COLONNE 9 DU TABLEAU MÉNAGE. ENREGISTRER LE NUMÉRO DE LIGNE ET LE NOM DE TOUTES LES FEMMES ÉLIGIBLES À LA QUESTION 215. (S'IL Y A PLUS DE 3 FEMMES, UTILISEZ UN/DES QUESTIONNAIRES SUPPLÉMENTAIRES).			
		FEMME 1	FEMME 2	FEMME 3
215	N° DE LIGNE DE LA COLONNE 9 NOM DE LA COLONNE 2	N° LIGNE ..... <input type="text"/> <input type="text"/> NOM _____	N° LIGNE ..... <input type="text"/> <input type="text"/> NOM _____	N° LIGNE ..... <input type="text"/> <input type="text"/> NOM _____
216	POIDS EN KILOGRAMMES	KG. <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> ABSENTE ..... 9994 REFUS ..... 9995 AUTRE ..... 9996	KG. <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> ABSENTE ..... 9994 REFUS ..... 9995 AUTRE ..... 9996	KG. <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> ABSENTE ..... 9994 REFUS ..... 9995 AUTRE ..... 9996
217	TAILLE EN CENTIMÈTRES	CM. <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> ABSENTE ..... 9994 REFUS ..... 9995 AUTRE ..... 9996	CM. <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> ABSENTE ..... 9994 REFUS ..... 9995 AUTRE ..... 9996	CM. <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> ABSENTE ..... 9994 REFUS ..... 9995 AUTRE ..... 9996
218	ÂGE: VÉRIFIEZ COLONNE 7.	15-17 ANS ..... 1 18-49 ANS ..... 2 (ALLEZ À 223) ↙	15-17 ANS ..... 1 18-49 ANS ..... 2 (ALLEZ À 223) ↙	15-17 ANS ..... 1 18-49 ANS ..... 2 (ALLEZ À 223) ↙
219	ÉTAT MATRIMONIAL: VÉRIFIEZ COLONNE 8.	CODE 4 (JAMAIS EN UNION) ... 1 AUTRE ..... 2 (ALLEZ À 223) ↙	CODE 4 (JAMAIS EN UNION) ... 1 AUTRE ..... 2 (ALLEZ À 223) ↙	CODE 4 (JAMAIS EN UNION) ... 1 AUTRE ..... 2 (ALLEZ À 223) ↙
220	INSCRIVEZ LE N° DE LIGNE DU PARENT/AUTRE ADULTE RESPONSABLE DE L'ADOLESCENTE. INSCRIVEZ '00' SI NON LISTÉ.	N° DE LIGNE DU PARENT OU AUTRE ADULTE RESPONSABLE <input type="text"/> <input type="text"/>	N° DE LIGNE DU PARENT OU AUTRE ADULTE RESPONSABLE <input type="text"/> <input type="text"/>	N° DE LIGNE DU PARENT OU AUTRE ADULTE RESPONSABLE <input type="text"/> <input type="text"/>
221	DEMANDEZ LE CONSENTEMENT POUR LE TEST D'ANÉMIE AU PARENT/AUTRE ADULTE IDENTIFIÉ À Q.220 COMME RESPONSABLE POUR LES FEMMES DE 15-17 ANS QUI N'ONT JAMAIS ÉTÉ EN UNION.	<p>Dans cette enquête, nous demandons à des gens dans tout le pays de participer au test d'anémie. L'anémie est un problème de santé sérieux qui résulte généralement d'une alimentation pauvre, d'infections ou de maladies chroniques. Les résultats de cette enquête permettront d'aider le gouvernement à développer des programmes pour prévenir et traiter l'anémie.</p> <p>Pour le test d'anémie, nous avons besoin de gouttes de sang d'un doigt. Pour ce test, on utilise un équipement propre et sans risque. Il n'a jamais été utilisé auparavant et sera jeté après chaque test.</p> <p>Le sang sera testé pour l'anémie immédiatement et les résultats vous seront communiqués, à vous et à (NOM DE L'ADOLESCENTE), tout de suite. Les résultats sont strictement confidentiels et ne seront transmis à personne en dehors de</p> <p>Avez-vous des questions à me poser ? Vous pouvez dire 'Oui' ou vous pouvez dire 'Non' pour le test de (NOM DE L'ADOLESCENTE). C'est votre décision. Autorisez-vous (NOM DE L'ADOLESCENTE) à participer au test d'anémie ?</p>		
222	ENCERCLEZ LE CODE APPROPRIÉ ET APOSEZ VOTRE SIGNATURE	ACCORDÉE ..... 1 REFUSÉE PAR PARENT/AUTRE ADULTE RESPONSABLE ..... 2 _____ (SIGNATURE) (SI REFUSÉE, ALLEZ À 228)	ACCORDÉE ..... 1 REFUSÉE PAR PARENT/AUTRE ADULTE RESPONSABLE ..... 2 _____ (SIGNATURE) (SI REFUSÉE, ALLEZ À 228)	ACCORDÉE ..... 1 REFUSÉE PAR PARENT/AUTRE ADULTE RESPONSABLE ..... 2 _____ (SIGNATURE) (SI REFUSÉE, ALLEZ À 228)

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

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

		FEMME 1	FEMME 2	FEMME 3
	NOM DE LA COLONNE 2	NOM _____	NOM _____	NOM _____
		FEMME 1	FEMME 2	FEMME 3
237	NOM DE LA COLONNE 2 ENCERCLEZ LE CODE APPROPRIÉ, ET APPOSEZ VOTRE SIGNATURE	NOM _____ ENQUÊTÉE ACCEPTE ..... 1 ENQUÊTÉE REFUSE ..... 2 _____ (SIGNATURE) (SI ACCEPTE, ALLEZ À 239)	NOM _____ ENQUÊTÉE ACCEPTE ..... 1 ENQUÊTÉE REFUSE ..... 2 _____ (SIGNATURE) (SI ACCEPTE, ALLEZ À 239)	NOM _____ ENQUÊTÉE ACCEPTE ..... 1 ENQUÊTÉE REFUSE ..... 2 _____ (SIGNATURE) (SI ACCEPTE, ALLEZ À 239)
238	TESTS SUPPLÉMENTAIRES	VÉRIFIEZ 235 ET 237 : SI LE CONSENTEMENT N'A PAS ÉTÉ DONNÉ, INSCRIVEZ "PAS DE TESTS SUPPLÉMENTAIRES" SUR LE PAPIER FILTRE.	VÉRIFIEZ 235 ET 237 : SI LE CONSENTEMENT N'A PAS ÉTÉ DONNÉ, INSCRIVEZ "PAS DE TESTS SUPPLÉMENTAIRES" SUR LE PAPIER FILTRE.	VÉRIFIEZ 235 ET 237 : SI LE CONSENTEMENT N'A PAS ÉTÉ DONNÉ, INSCRIVEZ "PAS DE TESTS SUPPLÉMENTAIRES" SUR LE PAPIER FILTRE.
239	PRÉPAREZ L'ÉQUIPEMENT ET LES FOURNITURES SEULEMENT POUR LE/LES TEST(S) POUR LEQUELS/LESQUELS LE CONSENTEMENT A ÉTÉ OBTENU ET CONTINUEZ AVEC LE/LES TEST(S).			
240	INSCRIVEZ LE NIVEAU D'HÉMOGLOBINE ICI ET DANS LA BROCHURE ANÉMIE.	G/DL ..... <input type="text"/> <input type="text"/> . <input type="text"/> ABSENTE ..... 994 REFUS ..... 995 AUTRE ..... 996	G/DL ..... <input type="text"/> <input type="text"/> . <input type="text"/> ABSENTE ..... 994 REFUS ..... 995 AUTRE ..... 996	G/DL ..... <input type="text"/> <input type="text"/> . <input type="text"/> ABSENTE ..... 994 REFUS ..... 995 AUTRE ..... 996
241	ÉTIQUETTE CODE BARRE	<div style="border: 1px dashed black; padding: 5px; width: fit-content; margin: 0 auto;">COLLEZ LA 1<sup>re</sup> ÉTIQUETTE CODE BARRE ICI</div> ABSENTE ..... 99994 REFUS ..... 99995 AUTRE ..... 99996 COLLEZ LA 2 <sup>e</sup> ÉTIQUETTE CODE BARRE SUR LE PAPIER FILTRE DE L'ENQUÊTÉE ET LA 3 <sup>e</sup> SUR LA FICHE DE TRANSMISSION.	<div style="border: 1px dashed black; padding: 5px; width: fit-content; margin: 0 auto;">COLLEZ LA 1<sup>re</sup> ÉTIQUETTE CODE BARRE ICI</div> ABSENTE ..... 99994 REFUS ..... 99995 AUTRE ..... 99996 COLLEZ LA 2 <sup>e</sup> ÉTIQUETTE CODE BARRE SUR LE PAPIER FILTRE DE L'ENQUÊTÉE ET LA 3 <sup>e</sup> SUR LA FICHE DE TRANSMISSION.	<div style="border: 1px dashed black; padding: 5px; width: fit-content; margin: 0 auto;">COLLEZ LA 1<sup>re</sup> ÉTIQUETTE CODE BARRE ICI</div> ABSENTE ..... 99994 REFUS ..... 99995 AUTRE ..... 99996 COLLEZ LA 2 <sup>e</sup> ÉTIQUETTE CODE BARRE SUR LE PAPIER FILTRE DE L'ENQUÊTÉE ET LA 3 <sup>e</sup> SUR LA FICHE DE TRANSMISSION.
242	RETOURNEZ À 216 À LA COLONNE SUIVANTE DE CE QUESTIONNAIRE OU AUX PREMIÈRES COLONNES DU/DES QUESTIONNAIRE(S) SUPPLÉMENTAIRES; S'IL N'Y A PLUS DE FEMMES, ALLEZ À 243.			



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

243	VÉRIFIER LA COLONNE 10 DU TABLEAU MÉNAGE. ENREGISTRER LE NUMÉRO DE LIGNE ET LE NOM DE TOUS LES HOMMES ÉLIGIBLES À Q.244. S'IL Y A PLUS DE TROIS HOMMES, UTILISEZ UN/DES QUESTIONNAIRE(S) SUPPLÉMENTAIRE(S).					
	HOMME 1		HOMME 2		HOMME 3	
244	N° DE LIGNE DE COLONNE 10 NOM DE LA COLONNE 2	N° LIGNE ..... <input type="text"/> NOM _____	N° LIGNE ..... <input type="text"/> NOM _____	N° LIGNE ..... <input type="text"/> NOM _____	N° LIGNE ..... <input type="text"/> NOM _____	N° LIGNE ..... <input type="text"/> NOM _____
247	ÂGE: VÉRIFIEZ COLONNE 7.	15-17 ANS ..... 1 18-59 ANS ..... 2 (ALLEZ À 252) ←	15-17 ANS ..... 1 18-59 ANS ..... 2 (ALLEZ À 252) ←	15-17 ANS ..... 1 18-59 ANS ..... 2 (ALLEZ À 252) ←	15-17 ANS ..... 1 18-59 ANS ..... 2 (ALLEZ À 252) ←	15-17 ANS ..... 1 18-59 ANS ..... 2 (ALLEZ À 252) ←
248	ÉTAT MATRIMONIAL : VÉRIFIEZ COLONNE 8.	CODE 4 (JAMAIS EN UNION) ... 1 AUTRE ..... 2 (ALLEZ À 252) ←	CODE 4 (JAMAIS EN UNION) ... 1 AUTRE ..... 2 (ALLEZ À 252) ←	CODE 4 (JAMAIS EN UNION) ... 1 AUTRE ..... 2 (ALLEZ À 252) ←	CODE 4 (JAMAIS EN UNION) ... 1 AUTRE ..... 2 (ALLEZ À 252) ←	CODE 4 (JAMAIS EN UNION) ... 1 AUTRE ..... 2 (ALLEZ À 252) ←
249	INSCRIVEZ LE N° DE LIGNE DU PARENT/AUTRE ADULTE RESPONSABLE POUR L'ADOLESCENT. INSCRIVEZ '00' SI NON LISTÉ.	N° DE LIGNE DU PARENT OU AUTRE ADULTE RESPONSABLE <input type="text"/>	N° DE LIGNE DU PARENT OU AUTRE ADULTE RESPONSABLE <input type="text"/>	N° DE LIGNE DU PARENT OU AUTRE ADULTE RESPONSABLE <input type="text"/>	N° DE LIGNE DU PARENT OU AUTRE ADULTE RESPONSABLE <input type="text"/>	N° DE LIGNE DU PARENT OU AUTRE ADULTE RESPONSABLE <input type="text"/>
250	DEMANDEZ LE CONSENTEMENT POUR LE TEST D'ANÉMIE AU PARENT/AUTRE ADULTE IDENTIFIÉ À Q.249 COMME RESPONSABLE POUR LES HOMMES DE 15-17 ANS QUI N'ONT JAMAIS ÉTÉ EN UNION.	<p>Dans cette enquête, nous demandons à des gens dans tout le pays de participer au test d'anémie. L'anémie est un problème de santé sérieux qui résulte généralement d'une alimentation pauvre, d'infections ou de maladies chroniques. Les résultats de cette enquête permettront d'aider le gouvernement à développer des programmes pour prévenir et traiter l'anémie.</p> <p>Pour le test d'anémie, nous avons besoin de gouttes de sang d'un doigt. Pour ce test, on utilise un équipement propre et sans risque. Il n'a jamais été utilisé auparavant et sera jété après chaque test.</p> <p>Le sang sera testé pour l'anémie immédiatement et les résultats vous seront communiqués, à vous et à (NOM DE L'ADOLESCENT), tout de suite. Les résultats sont strictement confidentiels et ne seront transmis à personne en dehors de l'équipe de l'enquête.</p> <p>Avez-vous des questions à me poser ?</p> <p>Vous pouvez dire 'Oui' ou vous pouvez dire 'Non' pour le test de (NOM DE L'ADOLESCENT). C'est votre décision. Autorisez-vous (NOM DE L'ADOLESCENT) à participer au test d'anémie ?</p>				
251	ENCERCLEZ LE CODE APPROPRIÉ ET APOSEZ VOTRE SIGNATURE	ACCORDÉE! ..... 1 REFUSÉE PAR PARENT/AUTRE ADULTE RESPONSABLE ..... 2 _____ (SIGNATURE) (SI REFUS, ALLEZ À 256)	ACCORDÉE! ..... 1 REFUSÉE PAR PARENT/AUTRE ADULTE RESPONSABLE ..... 2 _____ (SIGNATURE) (SI REFUS, ALLEZ À 256)	ACCORDÉE! ..... 1 REFUSÉE PAR PARENT/AUTRE ADULTE RESPONSABLE ..... 2 _____ (SIGNATURE) (SI REFUS, ALLEZ À 256)	ACCORDÉE! ..... 1 REFUSÉE PAR PARENT/AUTRE ADULTE RESPONSABLE ..... 2 _____ (SIGNATURE) (SI REFUS, ALLEZ À 256)	ACCORDÉE! ..... 1 REFUSÉE PAR PARENT/AUTRE ADULTE RESPONSABLE ..... 2 _____ (SIGNATURE) (SI REFUS, ALLEZ À 256)
252	DEMANDEZ LE CONSENTEMENT DE L'ENQUÊTÉ POUR LE TEST D'ANÉMIE.	<p>Dans cette enquête, nous demandons à des gens dans tout le pays de participer au test d'anémie. L'anémie est un problème de santé sérieux qui résulte généralement d'une alimentation pauvre, d'infections ou de maladies chroniques. Les résultats de cette enquête permettront d'aider le gouvernement à développer des programmes pour prévenir et traiter l'anémie.</p> <p>Pour le test d'anémie, nous avons besoin de gouttes de sang d'un doigt. Pour ce test, on utilise un équipement propre et sans risque. Il n'a jamais été utilisé auparavant et sera jété après chaque test.</p> <p>Le sang sera testé pour l'anémie immédiatement et les résultats vous seront communiqués tout de suite. Les résultats sont strictement confidentiels et ne seront transmis à personne en dehors de l'équipe de l'enquête.</p> <p>Avez-vous des questions à me poser ?</p> <p>Vous pouvez dire 'Oui' ou vous pouvez dire 'Non' pour le test. C'est votre décision. Êtes-vous d'accord pour participer au test d'anémie ?</p>				
253	ENCERCLEZ LE CODE APPROPRIÉ ET APOSEZ VOTRE SIGNATURE	ENQUÊTÉ ACCEPTE ..... 1 ENQUÊTÉ REFUSE ..... 2 _____ (SIGNATURE)	ENQUÊTÉ ACCEPTE ..... 1 ENQUÊTÉ REFUSE ..... 2 _____ (SIGNATURE)	ENQUÊTÉ ACCEPTE ..... 1 ENQUÊTÉ REFUSE ..... 2 _____ (SIGNATURE)	ENQUÊTÉ ACCEPTE ..... 1 ENQUÊTÉ REFUSE ..... 2 _____ (SIGNATURE)	ENQUÊTÉ ACCEPTE ..... 1 ENQUÊTÉ REFUSE ..... 2 _____ (SIGNATURE)

		HOMME 1	HOMME 2	HOMME 3
	NOM DE LA COLONNE 2	NOM _____	NOM _____	NOM _____
254	ÂGE: VÉRIFIEZ COLONNE 7.	15-17 ANS ..... 1 18-59 ANS ..... 2 (ALLEZ À 258) ←	15-17 ANS ..... 1 18-59 ANS ..... 2 (ALLEZ À 258) ←	15-17 ANS ..... 1 18-59 ANS ..... 2 (ALLEZ À 258) ←
255	ÉTAT MATRIMONIAL: VÉRIFIEZ COLONNE 8.	CODE 4 (JAMAIS EN UNION) ... 1 AUTRE ..... 2 (ALLEZ À 258) ←	CODE 4 (JAMAIS EN UNION) ... 1 AUTRE ..... 2 (ALLEZ À 258) ←	CODE 4 (JAMAIS EN UNION) ... 1 AUTRE ..... 2 (ALLEZ À 258) ←
256	DEMANDEZ LE CONSENTEMENT POUR LA COLLECTE DE DBS AU PARENT/AUTRE ADULTE DENTIFIÉ À 249 COMME RESPONSABLE POUR LES HOMMES DE 15-17 ANS QUI N'ONT JAMAIS ÉTÉ EN UNION.	<p>Dans cette enquête, nous demandons à des gens dans tout le pays de participer au test du VIH. Le VIH est le virus qui cause le sida. Le sida est une maladie grave. Le test du VIH est effectué dans cette enquête pour connaître l'importance du problème du sida au Gabon.</p> <p>Pour le test du VIH, nous avons besoin de gouttes de sang d'un doigt. Pour ce test, on utilise un équipement propre et sans risque. Il n'a jamais été utilisé auparavant et sera jeté après chaque test. Aucun nom ne sera lié au prélèvement de sang et nous ne pourrions donc pas vous donner les résultats du test. Personne d'autre ne pourra, non plus, connaître les résultats de (NOM DE L'ADOLESCENT). Si (NOM DE L'ADOLESCENT) voulait savoir s'il a ou non le VIH, je peux lui fournir la liste des centres [les plus proches] qui offrent des services de test et de conseils pour le VIH. Je lui donnerai également un coupon pour bénéficier de services gratuits dans ces centres.</p> <p>Avez-vous des questions à me poser ? Vous pouvez dire 'Oui' ou vous pouvez dire 'Non' pour le test de (NOM DE L'ADOLESCENT). C'est votre décision. Autorisez-vous (NOM DE L'ADOLESCENT) à participer au test du VIH ?</p>		
257	ENCERCLEZ LE CODE APPROPRIÉ ET APOSEZ VOTRE SIGNATURE	ACCORDÉE! ..... 1 REFUSÉE PAR PARENT/AUTRE ADULTE RESPONSABLE ..... 2  _____ (SIGNATURE) (SI REFUS, ALLEZ À 267)	ACCORDÉE! ..... 1 REFUSÉE PAR PARENT/AUTRE ADULTE RESPONSABLE ..... 2  _____ (SIGNATURE) (SI REFUS, ALLEZ À 267)	ACCORDÉE! ..... 1 REFUSÉE PAR PARENT/AUTRE ADULTE RESPONSABLE ..... 2  _____ (SIGNATURE) (SI REFUS, ALLEZ À 267)
258	DEMANDEZ LE CONSENTEMENT À L'ENQUÊTE POUR LA COLLECTE DE DBS.	<p>Dans cette enquête, nous demandons à des gens dans tout le pays de participer au test du VIH. Le VIH est le virus qui cause le sida. Le sida est une maladie grave. Le test du VIH est effectué dans cette enquête pour connaître l'importance du problème du sida au Gabon.</p> <p>Pour le test du VIH, nous avons besoin de gouttes de sang d'un doigt. Pour ce test, on utilise un équipement propre et sans risque. Il n'a jamais été utilisé auparavant et sera jeté après chaque test. Aucun nom ne sera lié au prélèvement de sang et nous ne pourrions donc pas vous donner les résultats du test. Personne d'autre ne pourra, non plus, connaître les résultats. Si vous voulez savoir si vous avez ou non le VIH, je peux vous fournir la liste des centres [les plus proches] qui offrent des services de test et de conseils pour le VIH. Je vous donnerai également un coupon pour bénéficier, vous (et votre partenaire si vous le souhaitez), de services gratuits dans ces centres.</p> <p>Avez-vous des questions à me poser ? Vous pouvez dire 'Oui' ou vous pouvez dire 'Non' pour le test. C'est votre décision. Êtes-vous d'accord pour participer au test du VIH ?</p>		
259	ENCERCLEZ LE CODE APPROPRIÉ, APOSEZ VOTRE SIGNATURE ET INSCRIVEZ VOTRE CODE D'ENQUÊTEUR.	ENQUÊTÉ ACCEPTE ..... 1 ENQUÊTÉ REFUSE ..... 2  _____ (SIGNATURE) [ ][ ] SI REFUS, ALLEZ À 267	ENQUÊTÉ ACCEPTE ..... 1 ENQUÊTÉ REFUSE ..... 2  _____ (SIGNATURE) [ ][ ] (SI REFUS, ALLEZ À 267)	ENQUÊTÉ ACCEPTE ..... 1 ENQUÊTÉ REFUSE ..... 2  _____ (SIGNATURE) [ ][ ] (SI REFUS, ALLEZ À 267)
260	ÂGE: VÉRIFIEZ À 247	15-17 ANS ..... 1 18-59 ANS ..... 2 (ALLEZ À 264) ←	15-17 ANS ..... 1 18-59 ANS ..... 2 (ALLEZ À 264) ←	15-17 ANS ..... 1 18-59 ANS ..... 2 (ALLEZ À 264) ←
261	ÉTAT MATRIMONIAL VÉRIFIEZ LA À 248	CODE 4 (JAMAIS EN UNION) ... 1 AUTRE ..... 2 (ALLEZ À 264) ←	CODE 4 (JAMAIS EN UNION) ... 1 AUTRE ..... 2 (ALLEZ À 264) ←	CODE 4 (JAMAIS EN UNION) ... 1 AUTRE ..... 2 (ALLEZ À 264) ←

		HOMME 1	HOMME 2	HOMME 3
	NOM DE LA COLONNE 2	NOM _____	NOM _____	NOM _____
262	DEMANDEZ LE CONSENTEMENT POUR DES TESTS SUPPLÉMENTAIRES AU PARENT/AUTRE ADULTE IDENTIFIÉ À 249 COMME RESPONSABLE POUR LES HOMMES 15-17 ANS JAMAIS EN UNION.	<p>Nous vous demandons d'autoriser le Ministère de la Santé à conserver au laboratoire national une partie des échantillons sanguins pour des tests ou recherches supplémentaires. Nous ne savons pas exactement quels test pourront être effectués.</p> <p>L'échantillon de sang ne sera lié à aucun nom ni à aucune autre donnée qui pourrait permettre d'identifier (NOM DE L'ADOLESCENT). Vous n'êtes pas obligé d'accepter. Si vous ne voulez pas qu'un échantillon de sang soit conservé pour une utilisation future, (NOM DE L'ADOLESCENT) peut quand même participer au test du VIH dans le cadre de cette enquête. Est-ce que vous nous donnez l'autorisation de conserver un échantillon de sang pour des recherches ou tests supplémentaires ?</p>		
263	ENCERCLEZ LE CODE APPROPRIÉ, ET APOSEZ VOTRE SIGNATURE	ACCORDÉE ..... 1 REFUSÉE PAR PARENT/AUTRE ADULTE RESPONSABLE ..... 2  _____ (SIGNATURE) (SI REFUS, ALLEZ À 266)	ACCORDÉE ..... 1 REFUSÉE PAR PARENT/AUTRE ADULTE RESPONSABLE ..... 2  _____ (SIGNATURE) (SI REFUS, ALLEZ À 266)	ACCORDÉE ..... 1 REFUSÉE PAR PARENT/AUTRE ADULTE RESPONSABLE ..... 2  _____ (SIGNATURE) (SI REFUS, ALLEZ À 266)
264	DEMANDEZ LE CONSENTEMENT À L'ENQUÊTÉ POUR DES TESTS SUPPLÉMENTAIRES.	<p>Nous vous demandons d'autoriser le Ministère de la Santé à conserver au laboratoire national une partie des échantillons sanguins pour des tests ou recherches supplémentaires. Nous ne savons pas exactement quels test pourront être effectués.</p> <p>L'échantillon de sang ne sera lié à aucun nom ni à aucune autre donnée qui pourrait permettre de vous identifier. Vous n'êtes pas obligé d'accepter. Si vous ne voulez pas qu'un échantillon de sang soit conservé pour une utilisation future, vous pouvez quand même participer au test du VIH dans le cadre de cette enquête. Est-ce que vous nous donnez l'autorisation de conserver un échantillon de sang pour des recherches ou tests supplémentaires ?</p>		
265	ENCERCLEZ LE CODE APPROPRIÉ, ET APOSEZ VOTRE SIGNATURE	ENQUÊTÉ ACCEPTE ..... 1 ENQUÊTE REFUSE ..... 2  _____ (SIGNATURE) (SI ACCEPTE, ALLEZ À 267)	ENQUÊTÉ ACCEPTE ..... 1 ENQUÊTÉ REFUSE ..... 2  _____ (SIGNATURE) (SI ACCEPTE, ALLEZ À 267)	ENQUÊTÉ ACCEPTE ..... 1 ENQUÊTÉ REFUSE ..... 2  _____ (SIGNATURE) (SI ACCEPTE, ALLEZ À 267)
266	TESTS SUPPLÉMENTAIRES	VÉRIFIEZ 263 ET 265 : SI LE CONSENTEMENT N'A PAS ÉTÉ DONNÉ, INSCRIVEZ "PAS DE TESTS SUPPLÉMENTAIRES" SUR LE PAPIER FILTRE.	VÉRIFIEZ 263 ET 265 : SI LE CONSENTEMENT N'A PAS ÉTÉ DONNÉ, INSCRIVEZ "PAS DE TESTS SUPPLÉMENTAIRES" SUR LE PAPIER FILTRE.	VÉRIFIEZ 263 ET 265 : SI LE CONSENTEMENT N'A PAS ÉTÉ DONNÉ, INSCRIVEZ "PAS DE TESTS SUPPLÉMENTAIRES" SUR LE PAPIER FILTRE.
267	PRÉPAREZ L'ÉQUIPEMENT ET LES FOURNITURES SEULEMENT POUR LE/LES TEST(S) POUR LEQUELS/LESQUELS LE CONSENTEMENT A ÉTÉ OBTENU ET CONTINUEZ AVEC LE/LES TEST(S).			
268	INSCRIVEZ LE NIVEAU D'HEMOGLOBINE ICI ET DANS LA BROCHURE ANÉMIE.	G/DL ..... <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> ABSENT ..... 994 REFUS ..... 995 AUTRE ..... 996	G/DL ..... <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> ABSENT ..... 994 REFUS ..... 995 AUTRE ..... 996	G/DL ..... <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> ABSENT ..... 994 REFUS ..... 995 AUTRE ..... 996
269	ÉTIQUETTE CODE BARRE	<div style="border: 1px dashed black; padding: 10px; text-align: center;">           COLLEZ LA 1<sup>re</sup> ÉTIQUETTE CODE BARRE ICI         </div> ABSENT ..... 99994 REFUS ..... 99995 AUTRE ..... 99996 COLLEZ LA 2 <sup>e</sup> ÉTIQUETTE CODE BARRE SUR LE PAPIER FILTRE DE L'ENQUÊTÉE ET LA 3 <sup>e</sup> SUR LA FICHE DE TRANSMISSION.	<div style="border: 1px dashed black; padding: 10px; text-align: center;">           COLLEZ LA 1<sup>re</sup> ÉTIQUETTE CODE BARRE ICI         </div> ABSENT ..... 99994 REFUS ..... 99995 AUTRE ..... 99996 COLLEZ LA 2 <sup>e</sup> ÉTIQUETTE CODE BARRE SUR LE PAPIER FILTRE DE L'ENQUÊTÉE ET LA 3 <sup>e</sup> SUR LA FICHE DE TRANSMISSION.	<div style="border: 1px dashed black; padding: 10px; text-align: center;">           COLLEZ LA 1<sup>re</sup> ÉTIQUETTE CODE BARRE ICI         </div> ABSENT ..... 99994 REFUS ..... 99995 AUTRE ..... 99996 COLLEZ LA 2 <sup>e</sup> ÉTIQUETTE CODE BARRE SUR LE PAPIER FILTRE DE L'ENQUÊTÉE ET LA 3 <sup>e</sup> SUR LA FICHE DE TRANSMISSION.
270	RETOURNEZ À 245 À LA COLONNE SUIVANTE DE CE QUESTIONNAIRE OU AUX PREMIÈRES COLONNES DU/DES QUESTIONNAIRE(S) SUPPLÉMENTAIRES; S'IL N'Y A PLUS D'HOMMES, PASSEZ À 300.			

### 300. Tableau de sélection de la femme pour la violence domestique

**UNE SEULE FEMME SERA ENQUÊTÉE PAR MENAGE POUR CETTE SECTION : LE TABLEAU CI-APRÈS VOUS PERMET DE SÉLECTIONNER AU HASARD CETTE FEMME DANS LE MÉNAGE**

**1- IL N'Y A QU'UNE SEULE FEMME ÉLIGIBLE DANS LE MÉNAGE**

Cette femme sera sélectionnée pour la section "Violence domestique" du questionnaire femme.

**2- IL Y A PLUS D'UNE FEMME ÉLIGIBLE DANS LE MÉNAGE**

- a) Prenez le dernier chiffre du numéro de la structure inscrit sur la page de couverture du questionnaire.
- b) Ce chiffre est celui de la ligne à sélectionner.
- c) Vérifier le nombre total de femmes éligibles à la Colonne 9 du Tableau de Ménage.
- d) Ce nombre est celui de la colonne à sélectionner.
- e) Trouver la case qui correspond à l'intersection de la ligne et de la colonne identifiées et encercler ce chiffre.
- f) Ce chiffre correspond à la femme qui sera sélectionnée pour la "Violence domestique": la 1<sup>ère</sup>, 2<sup>e</sup>, 3<sup>e</sup> femme, etc.
- g) À la Colonne 9 du tableau ménage, encercler le numéro de ligne de cette femme.

Exemple:

Le numéro de structure du ménage est 136: sélectionner la ligne 6.

Il y a 3 femmes éligibles dans ce ménage, (numéro de ligne: '02', '04' et '07'), sélectionner la colonne 3.

La case à l'intersection de la ligne 6 et de la colonne 3 est 2: la 2<sup>e</sup> femme éligible listée dans le tableau ménage sera sélectionnée.

Si le numéro de ligne des 3 femmes éligibles est: '02', '04' et '07', la femme sélectionnée est la 2<sup>e</sup> femme listée, soit celle du numéro de ligne '04'.

Dernier chiffre du numéro de structure	Nombre total de femmes éligibles dans le ménage									
	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10+
0	1	2	2	3	5	5	3	6	8	9
1	1	1	3	4	1	6	4	7	9	10
2	1	2	1	1	2	1	5	8	1	1
3	1	1	2	2	3	2	6	1	2	2
4	1	2	3	3	4	3	7	2	3	3
5	1	1	1	4	5	4	1	3	4	4
6	1	2	2	1	1	5	2	4	5	5
7	1	1	3	2	2	6	3	5	6	6
8	1	2	1	3	3	1	4	6	7	7
9	1	1	2	4	4	2	5	7	8	8

**NOM DE LA FEMME SÉLECTIONNÉE:** \_\_\_\_\_

**NUMÉRO DE LIGNE DE LA FEMME**

**SÉLECTIONNÉE DANS LE TABLEAU DE MÉNAGE:** .....

--	--

**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></tr><tr><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></tr><tr><td> </td><td> </td><td> </td></tr></table>						
PROCHAINE DATE VISITE :	_____	_____		N° ENQUÊT. <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>						
HEURE	_____	_____		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: 40px;" 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: 40px; height: 20px; border-collapse: collapse;"><tr><td> </td><td> </td><td> </td></tr></table>				NOM _____ <table border="1" style="width: 40px; height: 20px; border-collapse: collapse;"><tr><td> </td><td> </td><td> </td></tr></table>				<table border="1" style="width: 40px; height: 20px; border-collapse: collapse;"><tr><td> </td><td> </td></tr></table>			<table border="1" style="width: 40px; height: 20px; border-collapse: collapse;"><tr><td> </td><td> </td></tr></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 type="text"/> <input type="text"/> MINUTES ..... <input type="text"/> <input type="text"/>	
102	En quel mois et en quelle année êtes-vous née ?	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	
103	Quel âge aviez-vous à votre dernier anniversaire ? COMPAREZ ET CORRIGEZ 102 ET/OU 103 SI INCOHÉRENT.	ÂGE EN ANNÉES RÉVOLUES <input type="text"/> <input type="text"/>	
104	Êtes-vous allée à l'école ?	OUI ..... 1 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 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' OU '4' <input type="checkbox"/> ENCERCLÉ CODE '1' OU '5' ENCERCLÉ <input type="checkbox"/>		→ 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<sup>re</sup>.  
**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 RÉVOLUES.  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 grossesse 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 &amp; 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 À
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 RÉGLES COMMENCENT ..... 1</p> <p>PENDANT LES RÉGLES ..... 2</p> <p>JUSTE APRÈS LA FIN DES RÉGLES ..... 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><b>Stérilisation féminine.</b> INSISTEZ : Les femmes peuvent avoir une opération pour ne plus avoir d'enfants.</p>	<p>OUI ..... 1</p> <p>NON ..... 2</p>
02	<p><b>Stérilisation masculine.</b> INSISTEZ : Les hommes peuvent avoir une opération pour ne plus avoir d'enfants.</p>	<p>OUI ..... 1</p> <p>NON ..... 2</p>
03	<p><b>DIU.</b> 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><b>Injectables.</b> INSISTEZ : Les femmes peuvent avoir une injection faite par du personnel de santé qui les empêche de tomber enceinte pendant un mois ou plus.</p>	<p>OUI ..... 1</p> <p>NON ..... 2</p>
05	<p><b>Implants.</b> INSISTEZ : Les femmes peuvent se faire insérer par un médecin ou une infirmière un batonnet ou plus sous la peau du haut du bras pour les empêcher de tomber enceinte, pendant une année ou plus.</p>	<p>OUI ..... 1</p> <p>NON ..... 2</p>
06	<p><b>Pilule.</b> 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><b>Préservatif.</b> 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><b>Préservatif féminin.</b> 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><b>Méthode du rythme.</b> INSISTEZ : Les femmes peuvent éviter une grossesse en évitant d'avoir des rapports sexuels les jours du mois où elles ont le plus de chances de tomber enceintes.</p>	<p>OUI ..... 1</p> <p>NON ..... 2</p>
11	<p><b>Retrait.</b> INSISTEZ : Les hommes peuvent faire attention et se retirer avant l'éjaculation.</p>	<p>OUI ..... 1</p> <p>NON ..... 2</p>
12	<p><b>Pilule du lendemain.</b> INSISTEZ : Les femmes peuvent prendre pendant trois jours après des rapports sexuels non protégés des pilules spéciales qui les empêchent de tomber enceintes.</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>	STÉRILISATION FÉMININE ..... A STÉRILISATION MASCULINE ..... B DIU ..... C INJECTABLES ..... D IMPLANTS ..... E PILULE ..... F PRÉSERVATIF ..... G PRÉSERVATIF FÉMININ ..... H DIAPHRAGME ..... I MOUSSE/GELÉE ..... J MÉTHODE DU RYTHME ..... K RETRAIT ..... L AUTRE MÉTHODE MODERNE ... X AUTRE MÉTHODE TRADITION. ... Y	→ 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>	SECTEUR PUBLIC HÔPITAL/CENTRE MÉDICAL/ CENTRE DE SANTÉ..... 11 SECTEUR PARA-PUBLIC HÔPITAL DE LA CNSS ..... 21 SECTEUR MÉDICAL PRIVÉ HÔPITAL/CLINIQUE PRIVÉ ..... 31 CABINET MÉDICAL PRIVÉ ..... 32 AUTRE _____ 96 (PRÉCISEZ) NE SAIT PAS ..... 98									
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>	MOIS ..... <table border="1" style="display: inline-table; vertical-align: middle;"><tr><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td></tr></table> ANNÉE ..... <table border="1" style="display: inline-table; vertical-align: middle;"><tr><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td></tr></table>									→ 314
313	<p>Avez-vous déjà utilisé quelque chose ou essayé de n'importe quelle manière de retarder ou d'éviter une grossesse ?</p>	OUI ..... 1 NON ..... 2	→ 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>	STÉRILISATION FÉMININE ..... 01 STÉRILISATION MASCULINE ..... 02 DIU ..... 03 INJECTABLES ..... 04 IMPLANTS ..... 05 PILULE ..... 06 PRÉSERVATIF ..... 07 PRÉSERVATIF FÉMININ ..... 08 DIAPHRAGME ..... 09 MOUSSE/GELÉE ..... 10 MÉTHODE DU RYTHME ..... 11 RETRAIT ..... 12 AUTRE MÉTHODE MODERNE ..... 95 AUTRE MÉTHODE TRADITION. ... 96	→ 317A → 327 → 315A → 327								

N°.	QUESTIONS ET FILTRES	CODES	PASSEZ À				
315	Vous avez commencé à utiliser (MÉTHODE ACTUELLE) en (DATE DE Q.308/308A). Où l'avez-vous obtenue à ce moment-là ?	SECTEUR PUBLIC HÔPITAL/CENTRE MÉDICAL/ CENTRE DE SANTÉ ..... 11 INFIRMERIE MILITAIRE ..... 12 CENTRE DE SMI ..... 13 CENTRE DE PLANNING FAMILIAL ..14 DISPENSAIRE ..... 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 CNSÉ ... 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)					
315A	Où avez-vous appris comment utiliser la méthode du rythme ?						
	INSISTEZ POUR DÉTERMINER LE TYPE D'ENDROIT.						
	SI VOUS NE POUVEZ PAS DÉTERMINEZ SI L'ENDROIT EST DU SECTEUR PUBLIC OU PRIVÉ, INSCRIVEZ LE NOM DE L'ENDROIT.						
	_____ (NOM DE L'ENDROIT)						
316	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.	DIU ..... 03 INJECTABLES ..... 04 IMPLANTS ..... 05 PILULE ..... 06 PRÉSERVATIF ..... 07 PRÉSERVATIF FÉMININ ..... 08 DIAPHRAGME ..... 09 MOUSSE/GELÉE ..... 10 MÉTHODE DU RYTHME ..... 11	→ 323 → 320 → 327				
317	À ce moment-là, vous a-t-on parlé d'effets secondaires ou de problèmes que vous pourriez avoir en utilisant cette méthode ?	OUI ..... 1 NON ..... 2	→ 319				
317A	Quand vous avez été stérilisée, vous a-t-on parlé d'effets secondaires ou de problèmes que vous pourriez avoir à cause de la méthode ?						
318	Est-ce qu'un agent de santé ou de planification familiale vous a parlé des effets secondaires ou des problèmes que vous pourriez avoir à cause de l'utilisation de la méthode ?	OUI ..... 1 NON ..... 2	→ 320				
319	Vous a-t-on dit ce qu'il fallait faire si vous aviez ces effets secondaires ou ces problèmes ?	OUI ..... 1 NON ..... 2					
320	VÉRIFIEZ 317 :  <table style="width: 100%; border: none;"> <tr> <td style="width: 50%; text-align: center;">CODE '1' ENCERCLÉ</td> <td style="width: 50%; text-align: center;">CODE '1' NON ENCERCLÉ</td> </tr> </table> <table style="width: 100%; border: none;"> <tr> <td style="width: 50%;">À ce moment-là, vous a-t-on parlé d'autres méthodes de planification familiale que vous pourriez utiliser ?</td> <td style="width: 50%;">Quand vous avez obtenu (MÉTHODE ACTUELLE DE 314) de (ENDROIT DE 307 OU 315), vous a-t-on parlé d'autres méthodes de PF que vous pouviez utiliser ?</td> </tr> </table>	CODE '1' ENCERCLÉ	CODE '1' NON ENCERCLÉ	À ce moment-là, vous a-t-on parlé d'autres méthodes de planification familiale que vous pourriez utiliser ?	Quand vous avez obtenu (MÉTHODE ACTUELLE DE 314) de (ENDROIT DE 307 OU 315), vous a-t-on parlé d'autres méthodes de PF que vous pouviez utiliser ?	OUI ..... 1 NON ..... 2	→ 322
CODE '1' ENCERCLÉ	CODE '1' NON ENCERCLÉ						
À ce moment-là, vous a-t-on parlé d'autres méthodes de planification familiale que vous pourriez utiliser ?	Quand vous avez obtenu (MÉTHODE ACTUELLE DE 314) de (ENDROIT DE 307 OU 315), vous a-t-on parlé d'autres méthodes de PF que vous pouviez utiliser ?						

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 DISPENSAIRE ..... 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.	1    KG DU CARNET <input type="text"/> <input type="text"/> . <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>  2    KG DE MÉMOIRE <input type="text"/> <input type="text"/> . <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>  NE SAIT PAS    99998	1    KG DU CARNET <input type="text"/> <input type="text"/> . <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>  2    KG DE MÉMOIRE <input type="text"/> <input type="text"/> . <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>  NE SAIT PAS    99998	1    KG DU CARNET <input type="text"/> <input type="text"/> . <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>  2    KG DE MÉMOIRE <input type="text"/> <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 à 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				OUI ..... 1 NON ..... 2 NE SAIT PAS ..... 8	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)									

**SECTION 5. VACCINATIONS DES ENFANTS, SANTÉ ET NUTRITION**

501	INSCRIVEZ DANS LE TABLEAU LE NUMÉRO DE LIGNE DE L'HISTORIQUE DES NAISSANCES, LE NOM ET L'ÉTAT DE SURVIE DE CHAQUE NAISSANCE SURVENUE EN 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).											
502	N° DE LIGNE DE 212 DANS L'HISTORIQUE DES NAISSANCES	DERNIÈRE NAISSANCE N° HISTORIQUE <input style="width:20px;" type="text"/> <input style="width:20px;" type="text"/>			AVANT-DERNIÈRE NAISSANCE N° HISTORIQUE <input style="width:20px;" type="text"/> <input style="width:20px;" type="text"/>			AV.-AV. DERNIÈRE NAISSANCE N° HISTORIQUE <input style="width:20px;" type="text"/> <input style="width:20px;" type="text"/>				
503	À PARTIR DE 212 ET 216	NOM _____ EN VIE <input type="checkbox"/> DÉCÉDÉ <input type="checkbox"/> (ALLEZ À 503 À LA COL.SUIVANTE OU S'IL N'Y A PLUS DE NAISSANCE, ALLEZ À 555)			NOM _____ EN VIE <input type="checkbox"/> DÉCÉDÉ <input type="checkbox"/> (ALLEZ À 503 À LA COL.SUIVANTE OU S'IL N'Y A PLUS DE NAISSANCE, ALLEZ À 555)			NOM _____ EN VIE <input type="checkbox"/> DÉCÉDÉ <input type="checkbox"/> (ALLEZ À 503 À L'AVANT-DER.COL. DU NOUVEAU QUEST. OU S'IL N'Y A PLUS DE NAISS., ALLEZ À 555)				
504	Avez-vous un carnet où les vaccinations de (NOM) sont inscrites ?  SI OUI : Puis-je le voir ?	OUI, VU ..... 1 (PASSEZ À 506) ← OUI, PAS VU ..... 2 (PASSEZ À 509) ← PAS DE CARNET ..... 3			OUI, VU ..... 1 (PASSEZ À 506) ← OUI, PAS VU ..... 2 (PASSEZ À 509) ← PAS DE CARNET ..... 3			OUI, VU ..... 1 (PASSEZ À 506) ← OUI, PAS VU ..... 2 (PASSEZ À 509) ← PAS DE CARNET ..... 3				
505	Avez-vous déjà eu un carnet de vaccination pour (NOM) ?	OUI ..... 1 (PASSEZ À 509) ← NON ..... 2			OUI ..... 1 (PASSEZ À 509) ← NON ..... 2			OUI ..... 1 (PASSEZ À 509) ← NON ..... 2				
506	(1) COPIEZ LES DATES DU CARNET. (2) INSCRIVEZ '44' À LA COLONNE 'JOUR' SI LE CARNET INDIQUE QU'UNE DOSE A ÉTÉ DONNÉE MAIS QUE LA DATE N'A PAS ÉTÉ ENREGISTRÉE.											
		DERNIÈRE NAISSANCE			AVANT-DERNIÈRE			AV.-AV. DERNIÈRE NAISS.				
		JOUR	MOIS	ANNÉE	JOUR	MOIS	ANNÉE	JOUR	MOIS	ANNÉE		
BCG	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	BCG	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		
POLIO 0 (POLIO À LA NAISSANCE)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	P0	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		
POLIO 1	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	P1	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		
POLIO 2	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	P2	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		
POLIO 3	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	P3	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		
DTCoq 1	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	D1	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		
DTCoq 2	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	D2	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		
DTCoq 3	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	D3	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		
PENTACOQ/VALENT 1	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	PEN1	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		
PENTACOQ/VALENT 2	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	PEN2	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		
PENTACOQ/VALENT 3	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	PEN3	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		
TETRACOQ 1	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	TET 1	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		
TETRACOQ 2	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	TET 2	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		
TETRACOQ 3	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	TET 3	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		
HÉPATITE 1	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	HEP1	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		
HÉPATITE 2	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	HEP2	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		
HÉPATITE 3	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	HEP3	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		
Hib/MÉNINGITE 1	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Hib 1	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		
Hib/MÉNINGITE 2	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Hib 2	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		
Hib/MÉNINGITE 3	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Hib 3	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		
ROUGEOLE	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	ROU	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		
FIÈVRE JAUNE	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	FJ	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		
VITAMINE A (LA PLUS RÉCENTE)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	VIT A	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		



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 <sup>RES</sup> SEMAINES ..... 1 PLUS TARD ..... 2	DEUX 1 <sup>RES</sup> SEMAINES ..... 1 PLUS TARD ..... 2	DEUX 1 <sup>RES</sup> 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 <input type="checkbox"/> PLUS EN CERCLÉS <input type="checkbox"/> ENCERCLÉS <input type="checkbox"/> CLÉ (PASSEZ À 522) ←	2 CODES UN SEUL <input type="checkbox"/> OU <input type="checkbox"/> PLUS EN CERCLÉS <input type="checkbox"/> ENCERCLÉS <input type="checkbox"/> CLÉ (PASSEZ À 522) ←	2 CODES UN SEUL <input type="checkbox"/> OU <input type="checkbox"/> PLUS EN CERCLÉS <input type="checkbox"/> ENCERCLÉS <input type="checkbox"/> 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 border="0"> <tr> <td></td> <td>OUI</td> <td>NON</td> <td>NSP</td> </tr> <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> </table>		OUI	NON	NSP	SACHET SRO	1	2	8	SUCRÉ SALÉ	1	2	8	EAU DE RIZ	1	2	8	<table border="0"> <tr> <td></td> <td>OUI</td> <td>NON</td> <td>NSP</td> </tr> <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> </table>		OUI	NON	NSP	SACHET SRO	1	2	8	SUCRÉ SALÉ	1	2	8	EAU DE RIZ	1	2	8	<table border="0"> <tr> <td></td> <td>OUI</td> <td>NON</td> <td>NSP</td> </tr> <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> </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	<p>Avez-vous recherché des conseils ou un traitement pour la maladie ?</p>	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	<p>VÉRIFIEZ 534 :</p>	2 CODES 1 SEUL <input type="checkbox"/> OU CODE <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> PLUS EN- ENCER- CERCLÉ CLÉS ↓ (PASSEZ À 537) ←	2 CODES 1 SEUL <input type="checkbox"/> OU CODE <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> PLUS EN- ENCER- CERCLÉ CLÉS ↓ (PASSEZ À 537) ←	2 CODES 1 SEUL <input type="checkbox"/> OU CODE <input type="checkbox"/> <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	<p>Est-ce qu'à n'importe quel moment au cours de la maladie, (NOM) a pris des médicaments pour la maladie ?</p>	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>	<p>ANTIPALUDÉENS ACT</p> <p>ARSUCAM ..... A</p> <p>COARTEM ..... B</p> <p>AUTRES ANTIPALU.</p> <p>QUININE ..... C</p> <p>QUINIMAX ..... D</p> <p>SP/FANSIDAR ... E</p> <p>CHLOROQUINE .. F</p> <p>AMODIAQUINE/ FLAVOQUINE/ CAMOQUIN/ MALOXINE/ NIVAQUINE ... G</p> <p>AUTRE ..... H</p> <p>ANTIBIOTIQUES COMPRIMÉS/ SIROP ..... I</p> <p>INJECTION ..... J</p> <p>AUTRE MÉDICAMENT K</p> <p>AUTRE ..... X</p> <p>NE SAIT PAS ..... Z</p>	<p>ANTIPALUDÉENS ACT</p> <p>ARSUCAM ..... A</p> <p>COARTEM ..... B</p> <p>AUTRES ANTIPALU.</p> <p>QUININE ..... C</p> <p>QUINIMAX ..... D</p> <p>SP/FANSIDAR ... E</p> <p>CHLOROQUINE .. F</p> <p>AMODIAQUINE/ FLAVOQUINE/ CAMOQUIN/ MALOXINE/ NIVAQUINE ... G</p> <p>AUTRE ..... H</p> <p>ANTIBIOTIQUES COMPRIMÉS/ SIROP ..... I</p> <p>INJECTION ..... J</p> <p>AUTRE MÉDICAMENT K</p> <p>AUTRE ..... X</p> <p>NE SAIT PAS ..... Z</p>	<p>ANTIPALUDÉENS ACT</p> <p>ARSUCAM ..... A</p> <p>COARTEM ..... B</p> <p>AUTRES ANTIPALU.</p> <p>QUININE ..... C</p> <p>QUINIMAX ..... D</p> <p>SP/FANSIDAR ... E</p> <p>CHLOROQUINE .. F</p> <p>AMODIAQUINE/ FLAVOQUINE/ CAMOQUIN/ MALOXINE/ NIVAQUINE ... G</p> <p>AUTRE ..... H</p> <p>ANTIBIOTIQUES COMPRIMÉS/ SIROP ..... I</p> <p>INJECTION ..... J</p> <p>AUTRE MÉDICAMENT K</p> <p>AUTRE ..... X</p> <p>NE SAIT PAS ..... Z</p>
538A	<p>VÉRIFIEZ 538 :</p> <p>AU MOINS 3 CODES ENCERCLÉS DONT 'A', 'B', ET/OU 'C'</p>	<p>3 CODES      AUTRE</p> <p>DONT 'A',      <input type="checkbox"/></p> <p>B' ET/OU 'C'      <input type="checkbox"/></p> <p><input type="checkbox"/> (PASSEZ À 542) ←</p>	<p>3 CODES      AUTRE</p> <p>DONT 'A',      <input type="checkbox"/></p> <p>B' ET/OU 'C'      <input type="checkbox"/></p> <p><input type="checkbox"/> (PASSEZ À 542) ←</p>	<p>3 CODES      AUTRE</p> <p>DONT 'A',      <input type="checkbox"/></p> <p>B' ET/OU 'C'      <input type="checkbox"/></p> <p><input type="checkbox"/> (PASSEZ À 542) ←</p>
538B	<p>Quel médicament a été donné en premier ?</p> <p>UTILISEZ LES CODES DE 538.</p>	<p>1er MÉDICAMENT <input type="checkbox"/></p>	<p>1er MÉDICAMENT <input type="checkbox"/></p>	<p>1er MÉDICAMENT <input type="checkbox"/></p>
538C	<p>Quel médicament a été donné en deuxième ?</p> <p>UTILISEZ LES CODES DE 538.</p>	<p>2è MÉDICAMENT <input type="checkbox"/></p>	<p>2è MÉDICAMENT <input type="checkbox"/></p>	<p>2è MÉDICAMENT <input type="checkbox"/></p>
538D	<p>Quel médicament a été donné en troisième ?</p> <p>UTILISEZ LES CODES DE 538.</p>	<p>3è MÉDICAMENT <input type="checkbox"/></p>	<p>3è MÉDICAMENT <input type="checkbox"/></p>	<p>3è MÉDICAMENT <input type="checkbox"/></p>
538E	<p>VÉRIFIEZ 538 :</p> <p>2 CODES ENCERCLÉS DONT 'A', 'B', ET/OU 'C'</p>	<p>2 CODES      AUTRE</p> <p>DONT 'A',      <input type="checkbox"/></p> <p>B' ET/OU 'C'      <input type="checkbox"/></p> <p><input type="checkbox"/> (PASSEZ À 539) ←</p>	<p>2 CODES      AUTRE</p> <p>DONT 'A',      <input type="checkbox"/></p> <p>B' ET/OU 'C'      <input type="checkbox"/></p> <p><input type="checkbox"/> (PASSEZ À 539) ←</p>	<p>2 CODES      AUTRE</p> <p>DONT 'A',      <input type="checkbox"/></p> <p>B' ET/OU 'C'      <input type="checkbox"/></p> <p><input type="checkbox"/> (PASSEZ À 539) ←</p>
538F	<p>Quel médicament a été donné en premier ?</p> <p>UTILISEZ LES CODES DE 538.</p>	<p>1er MÉDICAMENT <input type="checkbox"/></p>	<p>1er MÉDICAMENT <input type="checkbox"/></p>	<p>1er MÉDICAMENT <input type="checkbox"/></p>
538G	<p>Quel médicament a été donné en deuxième ?</p> <p>UTILISEZ LES CODES DE 538.</p>	<p>2è MÉDICAMENT <input type="checkbox"/></p>	<p>2è MÉDICAMENT <input type="checkbox"/></p>	<p>2è MÉDICAMENT <input type="checkbox"/></p>
539	<p>VÉRIFIEZ 538 :</p> <p>Y A-T-IL UN CODE A-H ENCERCLÉ ?</p>	<p>OUI      NON</p> <p><input type="checkbox"/>      <input type="checkbox"/></p> <p>(RETOURNEZ À 503 À COL. SUIVANTE OU SI PLUS DE NAISSANCE, ALLEZ À 555).</p>	<p>OUI      NON</p> <p><input type="checkbox"/>      <input type="checkbox"/></p> <p>(RETOURNEZ À 503 À COL. SUIVANTE OU SI PLUS DE NAISSANCE, ALLEZ À 555)</p>	<p>OUI      NON</p> <p><input type="checkbox"/>      <input type="checkbox"/></p> <p>(ALLEZ À 503 À L'AVANT-DERNIÈRE COL. DU NOUVEAU QUESTIONNAIRE; OU SI PLUS DE NAISSANCE ALLEZ À 555)</p>

N°	QUESTIONS ET FILTRES	DERNIÈRE NAISSANCE		AVANT-DERNIÈRE NAISSANCE		AVANT-AVANT DERNIÈRE NAISSANCE	
		NOM _____		NOM _____		NOM _____	
540	VÉRIFIEZ 538 : ARSUCAM ('A') DONNÉ	CODE 'A' ENCERCLÉ <input type="checkbox"/> ↓ (PASSEZ À 542)	CODE 'A' NON ENCERCLÉ NON ENCERCLÉ <input type="checkbox"/> ↓	CODE 'A' ENCERCLÉ <input type="checkbox"/> ↓ (PASSEZ À 542)	CODE 'A' NON ENCERCLÉ NON ENCERCLÉ <input type="checkbox"/> ↓	CODE 'A' ENCERCLÉ <input type="checkbox"/> ↓ (PASSEZ À 542)	CODE 'A' NON ENCERCLÉ NON ENCERCLÉ <input type="checkbox"/> ↓
541	Combien de temps après le début de la fièvre, (NOM) a-t-il/elle commencé à prendre (l'Arsucam) ?	JOUR MÊME ..... 0 JOUR SUIVANT ... 1 2 JOURS APRÈS LA FIÈVRE ..... 2 3 JOURS OU PLUS APRÈS FIÈVRE ... 3 NE SAIT PAS ... 8	JOUR MÊME ..... 0 JOUR SUIVANT ... 1 2 JOURS APRÈS LA FIÈVRE ..... 2 3 JOURS OU PLUS APRÈS FIÈVRE ... 3 NE SAIT PAS ... 8	JOUR MÊME ..... 0 JOUR SUIVANT ... 1 2 JOURS APRÈS LA FIÈVRE ..... 2 3 JOURS OU PLUS APRÈS FIÈVRE ... 3 NE SAIT PAS ... 8	JOUR MÊME ..... 0 JOUR SUIVANT ... 1 2 JOURS APRÈS LA FIÈVRE ..... 2 3 JOURS OU PLUS APRÈS FIÈVRE ... 3 NE SAIT PAS ... 8	JOUR MÊME ..... 0 JOUR SUIVANT ... 1 2 JOURS APRÈS LA FIÈVRE ..... 2 3 JOURS OU PLUS APRÈS FIÈVRE ... 3 NE SAIT PAS ... 8	JOUR MÊME ..... 0 JOUR SUIVANT ... 1 2 JOURS APRÈS LA FIÈVRE ..... 2 3 JOURS OU PLUS APRÈS FIÈVRE ... 3 NE SAIT PAS ... 8
542	VÉRIFIEZ 538 : COARTEM ('B') DONNÉE	CODE 'B' ENCERCLÉ <input type="checkbox"/> ↓ (PASSEZ À 544)	CODE 'B' NON ENCERCLÉ NON ENCERCLÉ <input type="checkbox"/> ↓	CODE 'B' ENCERCLÉ <input type="checkbox"/> ↓ (PASSEZ À 544)	CODE 'B' NON ENCERCLÉ NON ENCERCLÉ <input type="checkbox"/> ↓	CODE 'B' ENCERCLÉ <input type="checkbox"/> ↓ (PASSEZ À 544)	CODE 'B' NON ENCERCLÉ NON ENCERCLÉ <input type="checkbox"/> ↓
543	Combien de temps après le début de la fièvre, (NOM) a-t-il/elle commencé à prendre du Coartem ?	JOUR MÊME ..... 0 JOUR SUIVANT ... 1 2 JOURS APRÈS LA FIÈVRE ..... 2 3 JOURS OU PLUS APRÈS FIÈVRE ... 3 NE SAIT PAS ... 8	JOUR MÊME ..... 0 JOUR SUIVANT ... 1 2 JOURS APRÈS LA FIÈVRE ..... 2 3 JOURS OU PLUS APRÈS FIÈVRE ... 3 NE SAIT PAS ... 8	JOUR MÊME ..... 0 JOUR SUIVANT ... 1 2 JOURS APRÈS LA FIÈVRE ..... 2 3 JOURS OU PLUS APRÈS FIÈVRE ... 3 NE SAIT PAS ... 8	JOUR MÊME ..... 0 JOUR SUIVANT ... 1 2 JOURS APRÈS LA FIÈVRE ..... 2 3 JOURS OU PLUS APRÈS FIÈVRE ... 3 NE SAIT PAS ... 8	JOUR MÊME ..... 0 JOUR SUIVANT ... 1 2 JOURS APRÈS LA FIÈVRE ..... 2 3 JOURS OU PLUS APRÈS FIÈVRE ... 3 NE SAIT PAS ... 8	JOUR MÊME ..... 0 JOUR SUIVANT ... 1 2 JOURS APRÈS LA FIÈVRE ..... 2 3 JOURS OU PLUS APRÈS FIÈVRE ... 3 NE SAIT PAS ... 8
544	VÉRIFIEZ 538 : QUININE ('C') DONNÉE	CODE 'C' ENCERCLÉ <input type="checkbox"/> ↓ (PASSEZ À 546)	CODE 'C' NON ENCERCLÉ NON ENCERCLÉ <input type="checkbox"/> ↓	CODE 'C' ENCERCLÉ <input type="checkbox"/> ↓ (PASSEZ À 546)	CODE 'C' NON ENCERCLÉ NON ENCERCLÉ <input type="checkbox"/> ↓	CODE 'C' ENCERCLÉ <input type="checkbox"/> ↓ (PASSEZ À 546)	CODE 'C' NON ENCERCLÉ NON ENCERCLÉ <input type="checkbox"/> ↓
545	Combien de temps après le début de la fièvre, (NOM) a-t-il/elle commencé à prendre de la quinine ?	JOUR MÊME ..... 0 JOUR SUIVANT ... 1 2 JOURS APRÈS LA FIÈVRE ..... 2 3 JOURS OU PLUS APRÈS FIÈVRE ... 3 NE SAIT PAS ... 8	JOUR MÊME ..... 0 JOUR SUIVANT ... 1 2 JOURS APRÈS LA FIÈVRE ..... 2 3 JOURS OU PLUS APRÈS FIÈVRE ... 3 NE SAIT PAS ... 8	JOUR MÊME ..... 0 JOUR SUIVANT ... 1 2 JOURS APRÈS LA FIÈVRE ..... 2 3 JOURS OU PLUS APRÈS FIÈVRE ... 3 NE SAIT PAS ... 8	JOUR MÊME ..... 0 JOUR SUIVANT ... 1 2 JOURS APRÈS LA FIÈVRE ..... 2 3 JOURS OU PLUS APRÈS FIÈVRE ... 3 NE SAIT PAS ... 8	JOUR MÊME ..... 0 JOUR SUIVANT ... 1 2 JOURS APRÈS LA FIÈVRE ..... 2 3 JOURS OU PLUS APRÈS FIÈVRE ... 3 NE SAIT PAS ... 8	JOUR MÊME ..... 0 JOUR SUIVANT ... 1 2 JOURS APRÈS LA FIÈVRE ..... 2 3 JOURS OU PLUS APRÈS FIÈVRE ... 3 NE SAIT PAS ... 8
546	VÉRIFIEZ 538 : QUINIMAX ('D') DONNÉ	CODE 'D' ENCERCLÉ <input type="checkbox"/> ↓ (PASSEZ À 548)	CODE 'D' NON ENCERCLÉ NON ENCERCLÉ <input type="checkbox"/> ↓	CODE 'D' ENCERCLÉ <input type="checkbox"/> ↓ (PASSEZ À 548)	CODE 'D' NON ENCERCLÉ NON ENCERCLÉ <input type="checkbox"/> ↓	CODE 'D' ENCERCLÉ <input type="checkbox"/> ↓ (PASSEZ À 548)	CODE 'D' NON ENCERCLÉ NON ENCERCLÉ <input type="checkbox"/> ↓
547	Combien de temps après le début de la fièvre, (NOM) a-t-il/elle commencé à prendre du Quinimax ?	JOUR MÊME ..... 0 JOUR SUIVANT ... 1 2 JOURS APRÈS LA FIÈVRE ..... 2 3 JOURS OU PLUS APRÈS FIÈVRE ... 3 NE SAIT PAS ... 8	JOUR MÊME ..... 0 JOUR SUIVANT ... 1 2 JOURS APRÈS LA FIÈVRE ..... 2 3 JOURS OU PLUS APRÈS FIÈVRE ... 3 NE SAIT PAS ... 8	JOUR MÊME ..... 0 JOUR SUIVANT ... 1 2 JOURS APRÈS LA FIÈVRE ..... 2 3 JOURS OU PLUS APRÈS FIÈVRE ... 3 NE SAIT PAS ... 8	JOUR MÊME ..... 0 JOUR SUIVANT ... 1 2 JOURS APRÈS LA FIÈVRE ..... 2 3 JOURS OU PLUS APRÈS FIÈVRE ... 3 NE SAIT PAS ... 8	JOUR MÊME ..... 0 JOUR SUIVANT ... 1 2 JOURS APRÈS LA FIÈVRE ..... 2 3 JOURS OU PLUS APRÈS FIÈVRE ... 3 NE SAIT PAS ... 8	JOUR MÊME ..... 0 JOUR SUIVANT ... 1 2 JOURS APRÈS LA FIÈVRE ..... 2 3 JOURS OU PLUS APRÈS FIÈVRE ... 3 NE SAIT PAS ... 8
548	VÉRIFIEZ 538 : SP/FANSIDAR ('E') DONNÉE	CODE 'E' ENCERCLÉ <input type="checkbox"/> ↓ (PASSEZ À 550)	CODE 'E' NON ENCERCLÉ NON ENCERCLÉ <input type="checkbox"/> ↓	CODE 'E' ENCERCLÉ <input type="checkbox"/> ↓ (PASSEZ À 550)	CODE 'E' NON ENCERCLÉ NON ENCERCLÉ <input type="checkbox"/> ↓	CODE 'E' ENCERCLÉ <input type="checkbox"/> ↓ (PASSEZ À 550)	CODE 'E' NON ENCERCLÉ NON ENCERCLÉ <input type="checkbox"/> ↓

N°	QUESTIONS ET FILTRES	DERNIÈRE NAISSANCE	AVANT-DERNIÈRE NAISSANCE	AVANT-AVANT DERNIÈRE NAISSANCE
		NOM _____	NOM _____	NOM _____
549	Combien de temps après le début de la fièvre, (NOM) a-t-il/elle commencé à prendre de la SP/Fansidar ?	JOUR MÊME ..... 0 JOUR SUIVANT ... 1 2 JOURS APRÈS LA FIÈVRE ..... 2 3 JOURS OU PLUS APRÈS FIÈVRE .. 3 NE SAIT PAS ... 8	JOUR MÊME ..... 0 JOUR SUIVANT ... 1 2 JOURS APRÈS LA FIÈVRE ..... 2 3 JOURS OU PLUS APRÈS FIÈVRE .. 3 NE SAIT PAS ... 8	JOUR MÊME ..... 0 JOUR SUIVANT ... 1 2 JOURS APRÈS LA FIÈVRE ..... 2 3 JOURS OU PLUS APRÈS FIÈVRE .. 3 NE SAIT PAS ... 8
550	VÉRIFIEZ 538 :  CHLOROQUINE ('F') DONNÉE	CODE 'F' CODE 'F' ENCERCLÉ NON ENCERCLÉ <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> ↓ (PASSEZ À 551A) ←	CODE 'F' CODE 'F' ENCERCLÉ NON ENCERCLÉ <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> ↓ (PASSEZ À 551A) ←	CODE 'F' CODE 'F' ENCERCLÉ NON ENCERCLÉ <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> ↓ (PASSEZ À 551A) ←
551	Combien de temps après le début de la fièvre, (NOM) a-t-il/elle commencé à prendre de la chloroquine ?	JOUR MÊME ..... 0 JOUR SUIVANT ... 1 2 JOURS APRÈS LA FIÈVRE ..... 2 3 JOURS OU PLUS APRÈS FIÈVRE .. 3 NE SAIT PAS ... 8	JOUR MÊME ..... 0 JOUR SUIVANT ... 1 2 JOURS APRÈS LA FIÈVRE ..... 2 3 JOURS OU PLUS APRÈS FIÈVRE .. 3 NE SAIT PAS ... 8	JOUR MÊME ..... 0 JOUR SUIVANT ... 1 2 JOURS APRÈS LA FIÈVRE ..... 2 3 JOURS OU PLUS APRÈS FIÈVRE .. 3 NE SAIT PAS ... 8
551A	VÉRIFIEZ 538 :  AMODIAQUINE/FLAVOQUINE/ CAMOQUIN/MALOXINE/ NIVAQUINE ('G') DONNÉ	CODE 'G' CODE 'G' ENCERCLÉ NON ENCERCLÉ <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> ↓ (PASSEZ À 551C) ←	CODE 'G' CODE 'G' ENCERCLÉ NON ENCERCLÉ <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> ↓ (PASSEZ À 551C) ←	CODE 'G' CODE 'G' ENCERCLÉ NON ENCERCLÉ <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> ↓ (PASSEZ À 551C) ←
551B	Combien de temps après le début de la fièvre, (NOM) a-t-il/elle commencé à prendre de l'Amodiaquine/Flavoquine/Camoquin/Maloxine/ Nivaquine ?	JOUR MÊME ..... 0 JOUR SUIVANT ... 1 2 JOURS APRÈS LA FIÈVRE ..... 2 3 JOURS OU PLUS APRÈS FIÈVRE .. 3 NE SAIT PAS ... 8	JOUR MÊME ..... 0 JOUR SUIVANT ... 1 2 JOURS APRÈS LA FIÈVRE ..... 2 3 JOURS OU PLUS APRÈS FIÈVRE .. 3 NE SAIT PAS ... 8	JOUR MÊME ..... 0 JOUR SUIVANT ... 1 2 JOURS APRÈS LA FIÈVRE ..... 2 3 JOURS OU PLUS APRÈS FIÈVRE .. 3 NE SAIT PAS ... 8
551C	VÉRIFIEZ 538 :  AUTRE ANTIPALUDÉEN ('H') DONNÉ	CODE 'H' CODE 'H' ENCERCLÉ NON ENCERCLÉ <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> ↓ (RETOURNEZ À 503 À COL.SUIVANTE OU SI PLUS DE NAISSANCE, ALLEZ À 555)	CODE 'H' CODE 'H' ENCERCLÉ NON ENCERCLÉ <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> ↓ (RETOURNEZ À 503 À COL.SUIVANTE OU SI PLUS DE NAISSANCE, ALLEZ À 555)	CODE 'H' CODE 'H' ENCERCLÉ NON ENCERCLÉ <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> ↓ (RETOURNEZ À 503 À L'AVANT-DER. COL. DU NOUVEAU QUEST. OU SI PLUS DE NAISSANCE, ALLEZ À 555)
551D	Combien de temps après le début de la fièvre, (NOM) a-t-il/elle commencé à prendre de la chloroquine ?	JOUR MÊME ..... 0 JOUR SUIVANT ... 1 2 JOURS APRÈS LA FIÈVRE ..... 2 3 JOURS OU PLUS APRÈS FIÈVRE .. 3 NE SAIT PAS ... 8	JOUR MÊME ..... 0 JOUR SUIVANT ... 1 2 JOURS APRÈS LA FIÈVRE ..... 2 3 JOURS OU PLUS APRÈS FIÈVRE .. 3 NE SAIT PAS ... 8	JOUR MÊME ..... 0 JOUR SUIVANT ... 1 2 JOURS APRÈS LA FIÈVRE ..... 2 3 JOURS OU PLUS APRÈS FIÈVRE .. 3 NE SAIT PAS ... 8
552		RETOURNEZ À 503 À COL.SUIVANTE OU SI PLUS DE NAISSANCE, ALLEZ À 555.	RETOURNEZ À 503 À COL.SUIVANTE OU SI PLUS DE NAISSANCE, ALLEZ À 555.	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

N°	QUESTIONS ET FILTRES	CODES	PASSER À
611C	Comment s'est terminé votre précédente union/mariage?	DÉCÈS/VEUVAGE ..... 1 DIVORCE ..... 2 SÉPARATION ..... 3	→ 612
611D	Étiez-vous mariée civilement, religieusement, coutumièrement ou viviez-vous avec cet homme comme si vous étiez mariés ?	MARIÉE CIVILEMENT ..... A MARIÉE RELIGIEUSEMENT ..... B MARIÉE COUTUMIÈREMENT ..... C VIVAIT AVEC CET HOMME ..... C	
611E	À qui est passé la plus grande partie des biens que possédait votre dernier mari/partenaire ?	MOI-MÊME (ENQUÊTÉE) ..... 01 BIENS PARTAGÉS ENTRE MOI ET AUTRES FEMMES ..... 02 BIENS PARTAGÉS ENTRE MOI ET LES ENFANTS ..... 03 BIENS PARTAGÉS ENTRE MOI ET LA FAMILLE ..... 04 AUTRE FEMME ..... 05 MES ENFANTS ..... 06 AUTRES ENFANTS DU MARI ..... 07 FAMILLE DU MARI ..... 08 AUTRES MEMBRES DE LA FAMILLE .. 09 AUTRES PERSONNES PAS MEMBRE DE LA FAMILLE ..... 10 MARI N'AVAIT RIEN (AUCUN BIEN) .. 11 AUTRE ..... 96 (PRÉCISER)	→ 612  → 612
611F	Avez-vous reçu certains biens ou des choses ayant de la valeur de votre dernier mari/partenaire ?	OUI ..... 1 NON ..... 2	
612	<b>VÉRIFIEZ LA PRÉSENCE D'AUTRES PERSONNES. AVANT DE CONTINUER, FAITES TOUT VOTRE POSSIBLE POUR VOUS TROUVER EN PRIVÉ.</b>		
613	Je voudrais maintenant vous poser des questions sur votre activité sexuelle pour mieux comprendre certains aspects importants de la vie.  Quel âge aviez-vous quand vous avez eu, pour la première fois, des rapports sexuels ?	N'A JAMAIS EU DE RAPPORTS SEXUELS ..... 00  ÂGE EN ANNÉES ..... <input type="text"/> <input type="text"/>  1 <sup>ère</sup> FOIS EN COMMENÇANT À VIVRE AVEC (PREMIER) MARI/PARTENAIRE ..... 95	→ 628
614	<b>Je voudrais maintenant vous poser des questions sur votre activité sexuelle récente. Je voudrais vous assurer de nouveau que toutes vos réponses sont absolument confidentielles et qu'elles ne seront divulguées à personne. S'il arrivait que je pose une question à laquelle vous ne voulez pas répondre, dites-le moi et je passerai à la question suivante.</b>		
615	Quand avez-vous eu des rapports sexuels pour la <u>dernière</u> fois ?  S'IL Y A MOINS DE 12 MOIS, LA RÉPONSE DOIT ÊTRE ENREGISTRÉE EN JOURS, SEMAINES OU MOIS. S'IL Y A 12 MOIS (UN AN) OU PLUS, LA RÉPONSE DOIT ÊTRE ENREGISTRÉE EN ANNÉES.	IL Y A .... JOURS ..... 1 IL Y A .... SEMAINES ... 2 IL Y A .... MOIS ..... 3 IL Y A .... ANNÉES ..... 4	<input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>  → 627

		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 <sup>re</sup> FOIS QUAND ELLE A COMMENCÉ À VIVRE AVEC 1 <sup>er</sup> MARI AUTRE <input type="text"/> <input type="text"/> ↓ (PASSEZ À 623) ↓	1 <sup>re</sup> FOIS QUAND ELLE A COMMENCÉ À VIVRE AVEC 1 <sup>er</sup> MARI AUTRE <input type="text"/> <input type="text"/> ↓ (PASSEZ À 623) ↓	1 <sup>re</sup> FOIS QUAND ELLE A COMMENCÉ À VIVRE AVEC 1 <sup>er</sup> 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 &lt;10 ..... 1 2</p> <p>HOMMES ADULTES ..... 1 2</p> <p>FEMMES ADULTES ..... 1 2</p>	
629	Connaissez-vous un endroit où une personne peut se procurer des 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>DISPENSARE ..... 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 <input type="checkbox"/>      D'ENFANT/AUCUN <input type="checkbox"/>  ENFANT      ↓      ↓ </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 ?		
711	PAS POSÉE <input type="checkbox"/> NON, N'UTILISE PAS ACTUELLEMENT <input type="checkbox"/> OUI, UTILISE ACTUELLEMENT <input type="checkbox"/>	OUI ..... 1 NON ..... 2 NE SAIT PAS ..... 8	→ 712
712	VÉRIFIEZ 216 : A DES ENFANTS VIVANTS <input type="checkbox"/> PAS D'ENFANTS VIVANTS <input type="checkbox"/> ↓      ↓ <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 NOMBRE ..... <input type="text"/> <input type="text"/> AUTRE _____ 96 (PRÉCISEZ)	→ 714 → 714



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 ?	GARÇONS    FILLES    N'IMPORTE NOMBRE <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> AUTRE _____ 96 (PRÉCISEZ)	
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 ?	OUI    NON RADIO ..... 1    2 TÉLÉVISION ..... 1    2 JOURNAUX OU MAGAZINES ... 1    2 AFFICHES ..... 1    2 CAUSERIES ..... 1    2	
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"/>  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 ?	<input type="text"/> <input type="text"/>  _____ _____ _____	
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			
<b>CLASSE</b>	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'ARGENT ..... 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. PAS</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>ENFANTS &lt; 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. PAS	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. PAS																								
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 ? Au cours de l'accouchement ? Pendant l'allaitement ?	<table border="0"> <tr> <td></td> <td>OUI</td> <td>NON</td> <td>NSP</td> </tr> <tr> <td>GROSSESSE.</td> <td>..... 1</td> <td>2</td> <td>8</td> </tr> <tr> <td>ACCOUCHEMENT</td> <td>... 1</td> <td>2</td> <td>8</td> </tr> <tr> <td>ALLAITEMENT</td> <td>..... 1</td> <td>2</td> <td>8</td> </tr> </table>		OUI	NON	NSP	GROSSESSE.	..... 1	2	8	ACCOUCHEMENT	... 1	2	8	ALLAITEMENT	..... 1	2	8	
	OUI	NON	NSP																
GROSSESSE.	..... 1	2	8																
ACCOUCHEMENT	... 1	2	8																
ALLAITEMENT	..... 1	2	8																
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"/> → 926 DERNIÈRE NAISSANCE DEPUIS JANVIER 2009 <input type="checkbox"/> ↓ DERNIÈRE NAISSANCE AVANT JANVIER 2009 <input type="checkbox"/> → 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 ? Des choses qu'on peut faire pour ne pas contracter le sida ? Effectuer un test du virus du sida ?	<table border="0"> <tr> <td></td> <td>OUI</td> <td>NON</td> <td>NSP</td> </tr> <tr> <td>SIDA DE LA MÈRE</td> <td>1</td> <td>2</td> <td>8</td> </tr> <tr> <td>CHOSSES À FAIRE</td> <td>1</td> <td>2</td> <td>8</td> </tr> <tr> <td>TEST</td> <td>1</td> <td>2</td> <td>8</td> </tr> </table>		OUI	NON	NSP	SIDA DE LA MÈRE	1	2	8	CHOSSES À FAIRE	1	2	8	TEST	1	2	8	
	OUI	NON	NSP																
SIDA DE LA MÈRE	1	2	8																
CHOSSES À FAIRE	1	2	8																
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 sida le plus récent ?	<p>IL Y A .....MOIS <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 A .....MOIS <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 A
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>DISPENSAIRE ..... 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"/> Mis à part le sida, avez-vous entendu parler d'autres infections qui peuvent se transmettre par contact sexuel ? N'A PAS ENTENDU PARLER DU SIDA <input type="checkbox"/> 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	MASC. 1 FEM. 2	MASC. 1 FEM. 2	MASC. 1 FEM. 2	MASC. 1 FEM. 2	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"/>	<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 [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	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 [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	VÉRIFIEZ LA COUVERTURE DU QUESTIONNAIRE FEMME SÉLECTIONNÉE <input type="checkbox"/> NON SÉLECTIONNÉE <input type="checkbox"/>		1233																																			
1201	VÉRIFIEZ LA PRÉSENCE D'AUTRES PERSONNES : NE PAS CONTINUEZ TANT QUE VOUS N'ÊTES PAS CERTAINE D'ÊTRE EN PRIVÉ. VOUS ÊTES EN PRIVÉ ..... 1 IMPOSSIBLE D'ÊTRE EN PRIVÉ ..... 2		1232																																			
LISEZ À L'ENQUÊTÉE :  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.																																						
1202	VÉRIFIEZ 601, 601B ET 602 : ACTUELLEMENT EN UNION/ VIVANT AVEC UN HOMME <input type="checkbox"/> PRÉCÉDEMMENT EN UNION/ A VÉCU AVEC UN HOMME (LISEZ AU PASSÉ ET UTILISEZ "DERNIER" AVEC MARI/PARTENAIRE) <input type="checkbox"/> JAMAIS EN UNION/ JAMAIS VÉCU AVEC UN HOMME <input type="checkbox"/>		1216																																			
1203	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 ?  a) Il (est/était) jaloux ou en colère si vous (parlez/parliez) à d'autres hommes ? b) Il vous (accuse/accusait)souvent d'être infidèle ? c) Il ne vous (permet/permettait) pas de voir vos amies ? d) Il (essaye/essayait) de limiter vos contacts avec votre famille ? e) Il (insiste /insistait) pour savoir où vous (êtes/étiez) à tous moments ?	<table border="0"> <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	Maintenant, je voudrais vous poser d'autres questions sur vos relations avec votre (dernier) mari/partenaire.  A Est-ce qu'il est déjà arrivé que votre (dernier) mari/partenaire :  a) Vous dise ou fasse quelque chose pour vous humilier devant d'autres personnes ? b) Vous menace de vous blesser ou de vous faire du mal, vous ou quelqu'un qui vous est proche ? c) Vous insulte ou vous rabaisse ?	<table border="0"> <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) OUI</td> <td>1 →</td> <td>1</td> <td>2</td> <td>3</td> </tr> <tr> <td>NON</td> <td>2 ↓</td> <td></td> <td></td> <td></td> </tr> <tr> <td>b) OUI</td> <td>1 →</td> <td>1</td> <td>2</td> <td>3</td> </tr> <tr> <td>NON</td> <td>2 ↓</td> <td></td> <td></td> <td></td> </tr> <tr> <td>c) OUI</td> <td>1 →</td> <td>1</td> <td>2</td> <td>3</td> </tr> <tr> <td>NON</td> <td>2 ↓</td> <td></td> <td></td> <td></td> </tr> </tbody> </table>		DÉJÀ ARRIVÉ	SOUVENT	TEMPS EN TEMPS	PAS DANS 12 DERNIERS MOIS	a) OUI	1 →	1	2	3	NON	2 ↓				b) OUI	1 →	1	2	3	NON	2 ↓				c) OUI	1 →	1	2	3	NON	2 ↓				
	DÉJÀ ARRIVÉ	SOUVENT	TEMPS EN TEMPS	PAS DANS 12 DERNIERS MOIS																																		
a) OUI	1 →	1	2	3																																		
NON	2 ↓																																					
b) OUI	1 →	1	2	3																																		
NON	2 ↓																																					
c) OUI	1 →	1	2	3																																		
NON	2 ↓																																					

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"/> N'A JAMAIS ÉTÉ ENCEINTE <input type="checkbox"/> OUI À 201 OU 226 OU 230) ↓		→ 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 PÈRE .....05 MARI/PARTENAIRE DE LA MÈRE ..... 06 FRÈRE/BEAU-FRÈRE ..... 07 ONCLE .....08 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	

REMERCEZ 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 : \_\_\_\_\_



**REPUBLIQUE GABONAISE**  
 ɗɔɗɔɗɔ  
**DIRECTION GENERALE DES STATISTIQUES**  
 ɗɔɗɔɗɔ  
**ENQUETE DEMOGRAPHIQUE ET DE SANTE**  
 ɗɔɗɔɗɔ  
**QUESTIONNAIRE HOMME**

IDENTIFICATION													
NOM DE LA PROVINCE _____	<table border="1" style="width: 100%; height: 100%; border-collapse: collapse;"> <tr><td style="width: 25px; height: 25px;"></td><td style="width: 25px; height: 25px;"></td><td style="width: 25px; height: 25px;"></td></tr> <tr><td style="width: 25px; height: 25px;"></td><td style="width: 25px; height: 25px;"></td><td style="width: 25px; height: 25px;"></td></tr> <tr><td style="width: 25px; height: 25px;"></td><td style="width: 25px; height: 25px;"></td><td style="width: 25px; height: 25px;"></td></tr> <tr><td style="width: 25px; height: 25px;"></td><td style="width: 25px; height: 25px;"></td><td style="width: 25px; height: 25px;"></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 L'HOMME _____													

VISITES D'ENQUÊTEUR				
	1	2	3	VISITE FINALE
DATE	_____	_____	_____	JOUR <table border="1" style="width: 20px; height: 20px;"></table>
NOM DE L'ENQUÊTEUR	_____	_____	_____	MOIS <table border="1" style="width: 20px; height: 20px;"></table>
RÉSULTAT*	_____	_____	_____	ANNÉE <table border="1" style="width: 20px; height: 20px;"></table>
PROCHAINE DATE VISITE:	_____	_____		N° ENQUÊT. <table border="1" style="width: 20px; height: 20px;"></table>
HEURE	_____	_____		RÉSULTAT <table border="1" style="width: 20px; height: 20px;"></table>
				NOMBRE TOTAL DE VISITES <table border="1" style="width: 20px; height: 20px;"></table>

\* 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;"></table>	NOM _____ <table border="1" style="width: 30px; height: 20px;"></table>	<table border="1" style="width: 30px; height: 20px;"></table>	<table border="1" style="width: 30px; height: 20px;"></table>

## SECTION 1. CARACTÉRISTIQUES SOCIODÉMOGRAPHIQUES DE L'ENQUÊTÉ

### 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 environ 20 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 obligé de participer à cette enquête mais nous espérons que vous accepterez d'y participer car votre opinion est très importante. S'il arrivait que je pose une question à laquelle vous ne voulez pas répondre, dites-le moi et je passerai à la question suivante ; vous pouvez également interrompre l'interview à n'importe quel moment.

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

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

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

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

N°	QUESTIONS ET FILTRES	CODES	PASSEZ À
101	ENREGISTREZ L'HEURE.	HEURE..... <input type="text"/> <input type="text"/> MINUTES..... <input type="text"/> <input type="text"/>	
102	En quel mois et en quelle année êtes-vous né ?	MOIS ..... <input type="text"/> <input type="text"/> NE SAIT PAS MOIS ..... 98 ANNÉE..... <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> NE SAIT PAS 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 type="text"/> <input type="text"/>	
104	Êtes-vous allé 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 '00'.	CLASSE/ANNÉE ..... <input type="text"/>	
107	VÉRIFIEZ 105 : PRIMAIRE <input type="checkbox"/> SECONDAIRE <input type="checkbox"/>		→ 110

#### CODES POUR Q. 106

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



N°	QUESTIONS ET FILTRES	CODES	PASSEZ A
108	Je voudrais maintenant que vous me lisiez cette phrase.  MONTREZ LA CARTE À L'ENQUÊTÉ.  SI L'ENQUÊTÉ 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'ENQUÊTÉ ..... 4 (PRÉCISEZ LANGUE) AVEUGLE/PROBLÈMES DE VUE ... 5	
109	VÉRIFIEZ 108 :  CODE '2', '3' OU '4' <input type="checkbox"/> ENCERCLÉ CODE '1' OU '5' ENCERCLÉ <input type="checkbox"/>		→ 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	
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 Gabonais 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 tous les enfants que vous avez eus durant votre vie. Je m'intéresse à tous vos enfants biologiques, même s'ils ne sont pas légalement les vôtres ou s'ils ne portent pas votre nom. Avez-vous ou avez-vous eu des enfants que vous avez engendrés ?	OUI ..... 1 NON ..... 2 NE SAIT PAS ..... 8	→ 206								
202	Avez-vous des fils ou des filles dont vous êtes le père 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 dont vous êtes le père qui sont toujours en vie mais qui ne vivent pas avec vous ?	OUI ..... 1 NON ..... 2	→ 206								
205	Combien de fils sont 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 eu une fille ou un garçon 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 NE SAIT PAS ..... 8	→ 208								
207	Combien de garçons sont décédés ? Combien de filles sont décédées ? 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 AUCUN, INSCRIVEZ '00'.	TOTAL DES ENFANTS ..... <table border="1" style="display: inline-table; vertical-align: middle;"><tr><td> </td><td> </td></tr></table>									
209	VÉRIFIEZ 208 : A EU PLUS D'UN ENFANT <table border="1" style="display: inline-table; vertical-align: middle;"><tr><td> </td></tr></table> ↓ A EU SEULEMENT UN ENFANT <table border="1" style="display: inline-table; vertical-align: middle;"><tr><td> </td></tr></table> → N'A EU AUCUN ENFANT <table border="1" style="display: inline-table; vertical-align: middle;"><tr><td> </td></tr></table> →					→ 212 → 301					
210	Est-ce que tous les enfants dont vous êtes le père ont tous la même mère biologique ?	OUI ..... 1 NON ..... 2	→ 212								
211	En tout, avec combien de femmes avez-vous eu des enfants ?	NOMBRE DE FEMMES ..... <table border="1" style="display: inline-table; vertical-align: middle;"><tr><td> </td><td> </td></tr></table>									
212	Quel âge aviez-vous quand est né votre (premier) enfant ?	ÂGE EN ANNÉES ..... <table border="1" style="display: inline-table; vertical-align: middle;"><tr><td> </td><td> </td></tr></table>									

**SECTION 3. CONTRACEPTION**

301	Je voudrais maintenant que nous parlions de planification familiale, c'est-à-dire des différents moyens ou méthodes qu'un couple peut utiliser pour retarder ou éviter une grossesse. De quelle MÉTHODE avez-vous déjà entendu parler ?		
01	<b>Stérilisation féminine.</b> INSISTEZ : Les femmes peuvent avoir une opération pour ne plus avoir d'enfants.	OUI ..... 1 NON ..... 2	
02	<b>Stérilisation masculine.</b> INSISTEZ : Les hommes peuvent avoir une opération pour ne plus avoir d'enfants.	OUI ..... 1 NON ..... 2	
03	<b>DIU.</b> INSISTEZ : Les femmes peuvent avoir un stérilet qu'un médecin ou une infirmière leur place dans l'utérus.	OUI ..... 1 NON ..... 2	
04	<b>Injectables.</b> INSISTEZ : Les femmes peuvent avoir une injection faite par du personnel de santé qui les empêche de tomber enceinte pendant un mois ou plus.	OUI ..... 1 NON ..... 2	
05	<b>Implants.</b> INSISTEZ : Les femmes peuvent se faire insérer par un médecin ou une infirmière un batonnet ou plus sous la peau du haut du bras pour les empêcher de tomber enceinte, pendant une année ou plus.	OUI ..... 1 NON ..... 2	
06	<b>Pilule.</b> INSISTEZ : Les femmes peuvent prendre une pilule chaque jour pour éviter de tomber enceinte.	OUI ..... 1 NON ..... 2	
07	<b>Préservatif.</b> INSISTEZ : Les hommes peuvent mettre une capote en caoutchouc sur leur pénis avant les rapports sexuels.	OUI ..... 1 NON ..... 2	
08	<b>Préservatif féminin.</b> INSISTEZ : Les femmes peuvent placer un fourreau dans leur vagin avant les rapports sexuels.	OUI ..... 1 NON ..... 2	
10	<b>Méthode du rythme.</b> INSISTEZ : Les femmes peuvent éviter une grossesse en évitant d'avoir des rapports sexuels les jours du mois où elles ont le plus de chances de tomber enceintes.	OUI ..... 1 NON ..... 2	
11	<b>Retrait.</b> INSISTEZ : Les hommes peuvent faire attention et se retirer avant l'éjaculation.	OUI ..... 1 NON ..... 2	
12	<b>Pilule du lendemain.</b> INSISTEZ : Les femmes peuvent prendre pendant trois jours après des rapports sexuels non protégés des pilules spéciales qui les empêchent de tomber enceintes. <b>(3)</b>	OUI ..... 1 NON ..... 2	
13	Avez-vous entendu parler d'autres moyens ou méthodes qu'une femme ou un homme peut utiliser pour éviter une grossesse ?	OUI ..... 1  _____ (PRÉCISEZ)  _____ (PRÉCISEZ)  NON ..... 2	

N°	QUESTIONS ET FILTRES	CODES	PASSEZ À
307	VÉRIFIEZ 301 (07) : CONNAÎT PRÉSERVATIF MASCULIN OUI <input type="checkbox"/> NON <input type="checkbox"/>		→ 401
308	Connaissez-vous un endroit où une personne peut se procurer des préservatifs ?	OUI ..... 1 NON ..... 2	→ 401
309	Où est-ce ? Pas d'autre endroit ?  INSISTEZ POUR DÉTERMINER CHAQUE TYPE D'ENDROIT  SI VOUS NE POUVEZ PAS DÉTERMINER SI L'ENDROIT EST DU SECTEUR PUBLIC OU PRIVÉ, INSCRIVEZ LE NOM DE L'ENDROIT.  <hr/> (NOM DE L'ENDROIT/ NOM DES ENDROITS)	SECTEUR PUBLIC HÔPITAL/CENTRE MÉDICAL/ CENTRE DE SANTÉ ..... A INFIRMERIE MILITAIRE ..... B CENTRE DE SMI ..... C CENTRE DE PLANNING FAMILIAL .. D DISPENSAIRE ..... E CASE DE SANTÉ ..... F CENTRE DE TRAITEMENT AMBULATOIRE (CTA) ..... G PHARMACIE DE L'HOPITAL/ CENTRE SANTÉ ..... H AUTRE PUBLIC ..... I  SECTEUR PARA-PUBLIC HÔPITAL DE LA CNSS ..... J CENTRE MÉDICO-SOCIAL CNSS .. K PHARMACIE DE LA CNSS ..... L  SECTEUR MÉDICAL PRIVÉ CLINIQUE PRIVÉE ..... M CABINET MÉDECIN PRIVÉ ..... N CABINET SOINS/INFIRMERIE ..... O PHARMACIE PRIVÉE ..... P AUTRE MÉD. PRIVÉ ..... Q  MOUVEMENT GABONAIS DE BIEN ETRE FAMILIAL ..... R MARCHÉ/BOUTIQUE/ÉTALAGE ..... S BAR/BOITE DE NUIT/HOTEL ..... T DISTRIBUTEUR AUTOMATIQUE ... U AMIS/PARENTS ..... V  AUTRE ..... X	
310	Est-ce que vous pouvez vous procurer des préservatifs si vous le souhaitez ?	OUI ..... 1 NON ..... 2	

**SECTION 4. UNION ET ACTIVITÉ SEXUELLE**

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

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

		DERNIÈRE PARTENAIRE SEXUELLE	AVANT-DERNIÈRE PART. SEXUELLE	AVANT-AVANT DERNIÈRE PART. SEXUELLE
417	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... SEMAINES 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... SEMAINES 2 <input type="text"/> <input type="text"/> IL Y A... MOIS 3 <input type="text"/> <input type="text"/>
418	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 420) ←	OUI ..... 1 NON ..... 2 (PASSEZ À 420) ←	OUI ..... 1 NON ..... 2 (PASSEZ À 420) ←
419	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
420	Quelle était votre relation avec cette personne avec qui vous avez eu des rapports sexuels ?  SI PETITE AMIE : Viviez-vous ensemble comme si vous étiez marié ?  SI OUI, ENCERCLEZ '2'. SI NON, ENCERCLEZ '3'.	ÉPOUSE ..... 1 PARTENAIRE VIVANT AVEC ENQUÊTÉ ... 2 PETITE AMIE VIVANT PAS AVEC ENQUÊTÉ .... 3 RENCONTRE OCCASIONNELLE 4 PROSTITUÉE/CLIENTE 5 AUTRE ..... 6 (PRÉCISEZ) (PASSEZ À 423) ←	ÉPOUSE ..... 1 PARTENAIRE VIVANT AVEC ENQUÊTÉ ... 2 PETITE AMIE VIVANT PAS AVEC ENQUÊTÉ .... 3 RENCONTRE OCCASIONNELLE 4 PROSTITUÉE/CLIENTE 5 AUTRE ..... 6 (PRÉCISEZ) (PASSEZ À 423) ←	ÉPOUSE ..... 1 PARTENAIRE VIVANT AVEC ENQUÊTÉ ... 2 PETITE AMIE VIVANT PAS AVEC ENQUÊTÉ .... 3 RENCONTRE OCCASIONNELLE 4 PROSTITUÉE/CLIENTE 5 AUTRE ..... 6 (PRÉCISEZ) (PASSEZ À 423) ←
421	VÉRIFIEZ 410 :	MARIÉ MARIÉ PLUS UNE D'UNE SEULE FOIS OU <input type="checkbox"/> FOIS 410 NON POSÉ <input type="checkbox"/> (PASSEZ À 423) ←	MARIÉ MARIÉ PLUS UNE D'UNE SEULE FOIS OU <input type="checkbox"/> FOIS 410 NON POSÉ <input type="checkbox"/> (PASSEZ À 423) ←	MARIÉ MARIÉ PLUS UNE D'UNE SEULE FOIS OU <input type="checkbox"/> FOIS 410 NON POSÉ <input type="checkbox"/> (PASSEZ À 423) ←
422	VÉRIFIEZ 414 :	1 <sup>re</sup> FOIS QUAND IL A COMMENCÉ À VIVRE AVEC 1 <sup>re</sup> <input type="checkbox"/> AUTRE <input type="checkbox"/> FEMME ↓ (PASSEZ À 424) ↓	1 <sup>re</sup> FOIS QUAND IL A COMMENCÉ À VIVRE AVEC 1 <sup>re</sup> <input type="checkbox"/> AUTRE <input type="checkbox"/> FEMME ↓ (PASSEZ À 424) ↓	1 <sup>re</sup> FOIS QUAND IL A COMMENCÉ À VIVRE AVEC 1 <sup>re</sup> <input type="checkbox"/> AUTRE <input type="checkbox"/> FEMME ↓ (PASSEZ À 424) ↓
423	Il y a combien de temps que vous avez eu vos premiers rapports sexuels avec cette (seconde/troisième) personne ?	IL Y A... 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"/>
424	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 <input type="text"/> <input type="text"/> FOIS	NOMBRE DE <input type="text"/> <input type="text"/> FOIS	NOMBRE DE <input type="text"/> <input type="text"/> FOIS
425	Quel âge a cette personne ?	ÂGE DE LA <input type="text"/> <input type="text"/> PERSONNE NE SAIT PAS ..... 98	ÂGE DE LA <input type="text"/> <input type="text"/> PERSONNE NE SAIT PAS ..... 98	ÂGE DE LA <input type="text"/> <input type="text"/> PERSONNE NE SAIT PAS ..... 98
426	À part (cette personne/ces 2 personnes), avez-vous eu des rapports sexuels avec une autre personne au cours des 12 derniers mois ?	OUI ..... 1 (RETOURNEZ À 417 ← À COL. SUIVANTE) NON ..... 2 (PASSEZ À 428) ←	OUI ..... 1 (RETOURNEZ À 417 ← À COL. SUIVANTE) NON ..... 2 (PASSEZ À 428) ←	
427	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 PARTENAIRES AU COURS DES 12 DERNIERS MOIS ... <input type="text"/> <input type="text"/> NE SAIT PAS ... 98

N°	QUESTIONS ET FILTRES	CODES	PASSEZ A
428	VÉRIFIEZ 420 (TOUTES LES COLONNES) : AU MOINS UNE PARTENAIRE EST UNE PROSTITUÉE <input type="checkbox"/>	AUCUNE PARTENAIRE N'EST UNE PROSTITUÉE <input type="checkbox"/>	→ 430
429	VÉRIFIEZ 420 ET 418 (TOUTES LES COLONNES) : PRÉSERVATIF UTILISÉ AVEC CHAQUE PROSTITUÉE <input type="checkbox"/>		→ 433
	AUTRE <input type="checkbox"/>		→ 434
430	Au cours des 12 derniers mois, avez-vous payé quelqu'un en échange de rapports sexuels ?	OUI ..... 1 NON ..... 2	→ 432
431	Avez-vous déjà payé quelqu'un en échange de rapports sexuels ?	OUI ..... 1 NON ..... 2	→ 434
432	La dernière fois que vous avez payé quelqu'un en échange de rapports sexuels, un préservatif a-t-il été utilisé ? (2)	OUI ..... 1 NON ..... 2	→ 434
433	Au cours des 12 derniers mois, est-ce qu'un préservatif a été utilisé chaque fois que vous avez eu des rapports sexuels avec quelqu'un que vous aviez payé ?	OUI ..... 1 NON ..... 2 NE SAIT PAS ..... 8	
434	En tout, durant votre vie, avec combien de personnes différentes avez-vous eu des rapports sexuels ? SI LA RÉPONSE EST NON NUMÉRIQUE, INSISTEZ POUR OBTENIR UNE ESTIMATION. SI LE NOMBRE DE PARTENAIRES EST 95 OU PLUS, INSCRIVEZ '95'.	NOMBRE DE PARTENAIRES SUR LA DURÉE DE VIE ..... <input type="text"/> <input type="text"/> NE SAIT PAS ..... 98	
435	VÉRIFIEZ 418, PARTENAIRE LA PLUS RÉCENTE (PREMIÈRE COLONNE) : PRÉSERVATIF UTILISÉ <input type="checkbox"/>	PAS POSÉE <input type="checkbox"/>	→ 501
		PAS DE PRÉSERVATIF UTILISÉ <input type="checkbox"/>	→ 501
437	Où vous êtes-vous procuré le préservatif la dernière fois ? INSISTEZ POUR DÉTERMINER CHAQUE 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 CENTRE DE TRAITEMENT AMBULATOIRE (CTA) ..... 17 PHARMACIE DE L'HOPITAL/ CENTRE SANTÉ ..... 18 AUTRE PUBLIC ..... 19  SECTEUR PARA-PUBLIC HÔPITAL DE LA CNSS ..... 21 CENTRE MÉDICO-SOCIAL CNSS .. 22 PHARMACIE DE LA CNSS ..... 23  SECTEUR MÉDICAL PRIVÉ CLINIQUE PRIVÉE ..... 31 CABINET MÉDECIN PRIVÉ ..... 32 CABINET SOINS/INFIRMERIE ..... 33 PHARMACIE PRIVÉE ..... 34 AUTRE MÉD. PRIVÉ ..... 35  MOUVEMENT GABONAIS DE BIEN ETRE FAMILIAL ..... 41 MARCHÉ/BOUTIQUE/ÉTALAGE ..... 51 BAR/BOITE DE NUIT/HOTEL ..... 61 DISTRIBUTEURS AUTOMATIQUE ... 71 AMIS/PARENTS ..... 81 AUTRE ..... 96	



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

N°	QUESTIONS ET FILTRES	CODES	PASSEZ À
501	VÉRIFIEZ 401 : ACTUELLEMENT MARIÉ OU VIVANT AVEC UNE PARTENAIRE <input type="checkbox"/> NON MARIÉ ACTUELLEMENT ET NE VIVANT PAS AVEC UNE PARTENAIRE <input type="checkbox"/>		→ 509
503	Est-ce que (votre épouse/partenaire)/(certaines de vos épouses/partenaires) (est/sont) actuellement enceintes ?	OUI ..... 1 NON ..... 2 NE SAIT PAS ..... 8	→ 505
504	Je voudrais maintenant vous poser des questions sur l'avenir. Après (l'enfant/les enfants) que vous et (votre épouse/partenaire)/vos (épouses/partenaires) attendez maintenant, souhaiteriez-vous un autre enfant ou préféreriez-vous ne plus avoir d'enfants ?	AVOIR UN AUTRE ENFANT ..... 1 PAS D'AUTRE ..... 2 INDÉCIS/NE SAIT PAS ..... 8	→ 506 → 509
505	Je voudrais maintenant vous poser des questions sur l'avenir. Voudriez-vous avoir (un/un autre) enfant ou préféreriez-vous ne pas (plus) avoir d'enfant ?	AVOIR (UN/UN AUTRE) ENFANT ... 1 PAS D'AUTRE /AUCUN ..... 2 DIT QUE LE COUPLE NE PEUT PAS AVOIR D'ENFANT ..... 3 ÉPOUSE(S)/PARTENAIRE(S) STÉRILISÉE(S) ..... 4 INDÉCIS/NE SAIT PAS ..... 8	→ 509
506	VÉRIFIEZ 407 : UNE FEMME/PARTENAIRE <input type="checkbox"/> PLUS D'UNE FEMME/PARTENAIRE <input type="checkbox"/>		→ 508
507	VÉRIFIEZ 503 : FEMME/PARTENAIRE NON ENCEINTE OU NE SAIT PAS <input type="checkbox"/> FEMME/PARTENAIRE ENCEINTE <input type="checkbox"/>  Combien de temps voudriez-vous attendre à partir de maintenant avant la naissance (d'un/d'un autre) enfant ? Après la naissance de l'enfant que vous attendez, combien de temps voudriez-vous attendre avant d'avoir un autre enfant ?	MOIS ..... 1 ANNÉE ..... 2  BIENTÔT/MAINTENANT ..... 993 COUPLE INFÉCOND ..... 994 AUTRE ..... 996 (PRÉCISEZ) NE SAIT PAS ..... 998	→ 509
508	Combien de temps voudriez-vous attendre à partir de maintenant avant d'avoir (un/un autre) enfant ?	MOIS ..... 1 ANNÉE ..... 2 BIENTÔT/MAINTENANT ..... 993  LUI/TOUTES SES FEMMES/PARTENAIRES SONT INFÉCONDS ..... 994 AUTRE ..... 996 (PRÉCISEZ) NE SAIT PAS ..... 998	
509	VÉRIFIEZ 203 ET 205 : A DES ENFANTS VIVANTS <input type="checkbox"/> PAS D'ENFANT VIVANT <input type="checkbox"/>  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 ? Si vous pouviez choisir exactement le nombre d'enfants à avoir dans toute votre vie, combien en voudriez-vous ?  INSISTEZ POUR OBTENIR UNE RÉPONSE NUMÉRIQUE	AUCUN ..... 00 NOMBRE ..... AUTRE ..... 96 (PRÉCISEZ)	→ 601 → 601
510	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 ?	GARÇON FILLE N'IMPORTE NOMBRE <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> AUTRE ..... 96 (PRÉCISEZ)	

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

N°	QUESTIONS ET FILTRES	CODES	PASSEZ À
601	Avez-vous fait un travail quelconque au cours des sept derniers jours ?	OUI ..... 1 NON ..... 2	→ 604
602	Bien que vous n'ayez pas travaillé au cours des sept derniers jours, est-ce que vous avez un travail ou une affaire dont vous avez dû vous absenter pour congé, maladie, vacances, ou pour une autre raison ?	OUI ..... 1 NON ..... 2	→ 604
603	Avez-vous fait un travail quelconque au cours des 12 derniers mois ?	OUI ..... 1 NON ..... 2	→ 614
604	Quelle est votre occupation, c'est-à-dire quel genre de travail faites-vous principalement ?	 _____ <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> _____ _____	
605	Travaillez-vous habituellement toute l'année, 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	
606	Êtes-vous payé en argent ou en nature pour ce travail ou n'êtes-vous pas payé du tout ?	ARGENT SEULEMENT ..... 1 ARGENT ET NATURE ..... 2 NATURE SEULEMENT ..... 3 PAS PAYÉ ..... 4	
614	<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>	<p align="right">OUI    NON    NSP</p> <p>SORT SANS LUI DIRE .. 1    2    8</p> <p>NÉGLIGE ENFANTS .. 1    2    8</p> <p>ARGUMENTE ..... 1    2    8</p> <p>REFUSES RAPP. SEX    1    2    8</p> <p>BRÛLE NOURRITURE .. 1    2    8</p>	

**SECTION 7. VIH/SIDA**

N°	QUESTIONS ET FILTRES	CODES	PASSEZ À
701	Je voudrais maintenant que nous parlions d'un autre sujet. Avez-vous déjà entendu parler d'une maladie appelée sida ?	OUI ..... 1 NON ..... 2	→ 723
702	Est-ce qu'on peut réduire le risque de contracter le virus du sida en ayant juste un seul partenaire sexuel qui n'est pas infecté et qui n'a aucun autre partenaire sexuel ?	OUI ..... 1 NON ..... 2 NE SAIT PAS ..... 8	
703	Est-ce qu'on peut contracter le virus du sida par les piqûres de moustiques ?	OUI ..... 1 NON ..... 2 NE SAIT PAS ..... 8	
704	Est-ce qu'on peut réduire le risque de contracter le virus du sida en utilisant un préservatif au cours de chaque rapport sexuel ?	OUI ..... 1 NON ..... 2 NE SAIT PAS ..... 8	
705	Est-ce qu'on peut contracter le virus du sida en partageant la nourriture avec une personne qui a le sida ?	OUI ..... 1 NON ..... 2 NE SAIT PAS ..... 8	
706	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	
707	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	
708	Est-ce que le virus qui cause le sida peut être transmis de la mère à son enfant :		
	Pendant la grossesse ?	GROSSESSE. .... 1	OUI    NON    NSP 2    8
	Au cours de l'accouchement ?	ACCOUCHEMENT ... 1	2    8
	Pendant l'allaitement ?	ALLAITEMENT ... 1	2    8
709	VÉRIFIEZ 708 : AU MOINS <input type="checkbox"/> UN 'OUI' ↓	AUTRE <input type="checkbox"/>	→ 711
710	Y a-t-il des médicaments spéciaux qu'un médecin ou une infirmière peut donner à une femme infectée par le virus pour réduire le risque de transmission à son enfant ?	OUI ..... 1 NON ..... 2 NE SAIT PAS ..... 8	
711	VÉRIFIER S'IL Y A D'AUTRE PERSONNES. AVANT DE CONTINUER, FAITES TOUT VOTRE POSSIBLE POUR ÊTRE EN PRIVÉ.		
712	Je ne veux pas connaître les résultats mais avez-vous déjà fait un test pour savoir si vous avez le virus du sida ?	OUI ..... 1 NON ..... 2	→ 716
713	Il y a combien de mois que vous avez effectué votre test du VIH le plus récent ?	IL Y A .....MOIS <input type="text"/> <input type="text"/> DEUX ANNÉES OU PLUS ..... 95	
714	je ne veux pas connaître les résultats mais avez-vous reçu les résultats du test ?	OUI ..... 1 NON ..... 2	

N°	QUESTIONS ET FILTRES	CODES	PASSEZ À
715	<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 CENTRE DE SMI ..... 12 CENTRE DE PLANNING FAMILIAL .. 13 LABORATOIRE PUBLIC ..... 14 CENTRE DE TRAITEMENT AMBULATOIRE (CTA) ..... 15 AUTRE PUBLIC ..... 15</p> <p>SECTEUR PARA-PUBLIC</p> <p>HÔPITAL DE LA CNSS ..... 21 CENTRE MÉDICO-SOCIAL CNS§... 22</p> <p>SECTEUR MÉDICAL PRIVÉ</p> <p>CLINIQUE PRIVÉ..... 31 LABORATOIRE PRIVÉ ..... 32 AUTRE MÉDICAL PRIVÉ ..... 33</p> <p>MOUVEMENT GABONAIS DE BIEN ETRE FAMILIAL ..... 41</p> <p>AUTRE ..... 96</p>	<p>→ 718</p>
716	<p>Connaissez-vous un endroit où l'on peut se rendre pour faire un test du virus du sida ?</p>	<p>OUI ..... 1 NON ..... 2</p>	<p>→ 718</p>
717	<p>Où est-ce ?</p> <p>Pas d'autre endroit ?</p> <p>INSISTEZ POUR DÉTERMINER LE TYPE D'ENDROIT.</p> <p>SI VOUS NE POUVEZ PAS DÉTERMINER SI L'ENDROIT EST DU SECTEUR PUBLIC OU PRIVÉ, INSCRIVEZ LE NOM DE L'ENDROIT.</p> <p>(NOM DE L'ENDROIT/ NOM DES ENDROITS)</p>	<p>SECTEUR PUBLIC</p> <p>HÔPITAL/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>.....</p> <p>MOUVEMENT GABONAIS DE DE BIEN ETRE FAMILI..... S ÉGLISE ..... T NGANGA ..... U</p> <p>AUTRE ENDROIT..... X</p>	
718	<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 NON ..... 2 NE SAIT PAS ..... 8</p>	

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

N°	QUESTIONS ET FILTRES	CODES	PASSEZ À
731	<p>Où êtes-vous allé ?</p> <p>Un 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</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>.....</p> <p>MOUVEMENT GABONAIS DE BIEN ETRE FAMILIAL..... S</p> <p>ÉGLISE..... T</p> <p>NGANGA..... U</p> <p>MARCHÉ/BOUTIQUE/ÉTALAGE..... V</p> <p>AUTRE ENDROIT..... X</p>	
732	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</p> <p>NON..... 2</p> <p>NE SAIT PAS..... 8</p>	
732A	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</p> <p>NON..... 2</p> <p>NE SAIT PAS..... 8</p>	
733	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</p> <p>NON..... 2</p> <p>NE SAIT PAS..... 8</p>	
733B	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</p> <p>NON..... 2</p> <p>NE SAIT PAS..... 8</p>	

**SECTION 8. AUTRES PROBLÈMES DE SANTE**

N°	QUESTIONS ET FILTRES	CODES	PASSEZ À
801	Certains hommes sont circoncis, c'est-à-dire qu'on leur a enlevé entièrement le prépuce du pénis. Êtes-vous circoncis ?	OUI ..... 1 NON ..... 2 NE SAIT PAS ..... 8	→ 805
802	Quel âge aviez-vous quand vous avez été circoncis ?	ÂGE EN ANNÉES RÉVOLUES ..... <input type="text"/> <input type="text"/> PENDANT L'ENFANCE (<5 ANS) ... 96 NE SAIT PAS ..... 98	
803	Qui a effectué la circoncision ?	PRATICIEN TRADITIONNEL/ FAMILLE/AMI ..... 1 AGENT/PROFESSIONNEL DE SANTÉ ..... 2 AUTRE ..... 3 NE SAIT PAS ..... 8	
804	Où la circoncision a-t-elle été effectuée ?	ÉTABLISSEMENT DE SANTÉ ..... 1 MAISON D'UN AGENT/ PROFESSIONNEL DE SANTÉ ..... 2 CIRCONCISION FAITE À LA MAISON ..... 3 ENDROIT RITUEL ..... 4 AUTRE MAISON/ENDROIT ..... 6 NE SAIT PAS ..... 8	
805	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 ?  SI OUI : Combien d'injections avez-vous eu ? SI LE NOMBRE D'INJECTIONS EST 90 OU PLUS, OU SI LES INJECTIONS ÉTAIENT QUOTIDIENNES PENDANT 3 MOIS OU PLUS, INSCRIVEZ '90'. SI LA RÉPONSE EST NON-NUMÉRIQUE, INSISTEZ POUR OBTENIR UNE ESTIMATION.	NOMBRE D'INJECTIONS ... <input type="text"/> <input type="text"/>  AUCUNE ..... 00	→ 808
806	Parmi ces injections, combien ont été effectuées par un médecin, une infirmière, un pharmacien, un dentiste ou un autre prestataire de santé ?  SI LE NOMBRE D'INJECTIONS EST 90 OU PLUS, OU SI LES INJECTIONS ÉTAIENT QUOTIDIENNES PENDANT 3 MOIS OU PLUS, ENREGISTREZ '90' SI LA RÉPONSE EST NON-NUMÉRIQUE, INSISTEZ POUR OBTENIR UNE ESTIMATION.	NOMBRE D'INJECTIONS ... <input type="text"/> <input type="text"/>  AUCUNE ..... 00	→ 808
807	La dernière fois que vous avez eu une injection effectuée par un prestataire de santé, est-ce qu'il/elle a pris la seringue et l'aiguille d'un emballage neuf qui n'avait pas été ouvert ?	OUI ..... 1 NON ..... 2 NE SAIT PAS ..... 8	
808	Fumez-vous actuellement des cigarettes ?	OUI ..... 1 NON ..... 2	→ 810
809	Au cours des dernières 24 heures, combien de cigarettes avez-vous fumé ?	NOMBRE DE CIGARETTES ..... <input type="text"/> <input type="text"/>	
810	Actuellement, fumez-vous ou utilisez vous du tabac autrement que sous forme de cigarette ?	OUI ..... 1 NON ..... 2	→ 812
811	Sous quelle autre forme, fumez-vous ou utilisez vous du tabac ?  ENREGISTREZ TOUT CE QUI EST MENTIONNÉ	PIPE ..... A TABAC À MÂCHER ..... B TABAC À PRISER ..... C AUTRE ..... X	
812	Êtes-vous couvert par une assurance médicale ?	OUI ..... 1 NON ..... 2	

N°	QUESTIONS ET FILTRES	CODES	PASSEZ A				
812A	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?	OUI ..... 1 NON ..... 2	→ 814				
812B	Avez-vous été satisfait des services que vous avez reçus au moment de cette visite ?	OUI ..... 1 NON ..... 2	→ 814				
812C	Quelle est la raison principale pour laquelle vous n'avez pas été satisfait ?	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					
814	ENREGISTREZ L'HEURE.	HEURE..... MINUTES.....	<table border="1" data-bbox="1217 922 1318 1032"> <tr> <td></td> <td></td> </tr> <tr> <td></td> <td></td> </tr> </table>				



OBSERVATIONS DE L'ENQUÊTEUR

À REMPLIR APRÈS AVOIR TERMINÉ L'INTERVIEW

COMMENTAIRES CONCERNANT L'ENQUÊTE:

---

---

---

---

---

---

---

COMMENTAIRES SUR DES QUESTIONS PARTICULIÈRES :

---

---

---

---

---

---

---

AUTRES COMMENTAIRES :

---

---

---

---

---

---

---

OBSERVATION DU CHEF D'ÉQUIPE

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

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

OBSERVATION DU CONTRÔLEUR

---

---

---

---

---

---

---

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