



QUESTIONNAIRE INDIVIDUEL FEMME REPUBLIQUE DE TUNISIE

PANNEAU D'INFORMATION SUR LA FEMME		WM
Ce questionnaire doit être administré à toutes les femmes âgées de 15 à 49 ans (voir colonne HL7 de la Feuille d'Enregistrement du Ménage). Un questionnaire séparé doit être utilisé pour chaque femme éligible.		
WM1. Numéro de grappe :	WM2. Numéro de ménage :	
_____	_____	
WM3. Nom de la femme :	WM4. Numéro de ligne de la femme:	
Nom.....	_____	
WM5. Nom et code de l'enquêteur/enquêtrice :	WM6. Jour / Mois / Année de l'interview :	
Nom.....	_____/_____/_____	

Si vous ne l'avez pas déjà fait, présentez-vous à l'enquêtée :

NOUS FAISONS PARTIE DE L'INSTITUT NATIONAL DE STATISTIQUE. NOUS TRAVAILLONS SUR UN PROJET CONCERNANT LA SANTÉ FAMILIALE ET L'ÉDUCATION. JE VOUDRAIS PARLER AVEC VOUS DE CES SUJETS. L'INTERVIEW DEVRAIT PRENDRE ENVIRON 30 MINUTES. TOUTES LES INFORMATIONS QUE NOUS RECUEILLONS RESTERONT STRICTEMENT CONFIDENTIELLES ET VOS RÉPONSES NE SERONT JAMAIS DIVULGUÉES À PERSONNE EN DEHORS DE L'ÉQUIPE DU PROJET.

PUIS-JE COMMENCER MAINTENANT?

- Oui, permission accordée ➔ Allez à WM10 pour enregistrer l'heure et commencez l'interview.
 Non, permission non accordée ➔ Complétez WM7. Discutez ce résultat avec votre superviseur.

Si la présentation au début du questionnaire ménage a déjà été faite à cette répondante, lisez la phrase suivante:

MAINTENANT, JE VOUDRAIS VOUS PARLER DE VOTRE SANTÉ ET D'AUTRES SUJETS. L'INTERVIEW DEVRAIT PRENDRE ENVIRON 30 MINUTES. TOUTES LES INFORMATIONS QUE NOUS RECUEILLONS RESTERONT STRICTEMENT CONFIDENTIELLES ET VOS RÉPONSES NE SERONT JAMAIS DIVULGUÉES À PERSONNE EN DEHORS DE L'ÉQUIPE DU PROJET.

WM7. Résultat de l'interview de la femme	Rempli..... 01 Pas à la maison..... 02 Refusé..... 03 Partiellement rempli..... 04 Incapacité..... 05 Autre (précisez)..... 96
WM8. Contrôlé sur le terrain par (Nom et numéro): Nom.....	WM9. Agent de saisie (Nom et code) : Nom.....

WM10. Enregistrez l'heure	Heure et minutes : ..	
---------------------------	-----------------------------	--

CARACTERISTIQUES DE LA FEMME		WB
WB1. EN QUEL MOIS ET QUELLE ANNÉE ÊTES-VOUS NÉE ?	Date de naissance : Mois NSP mois 98 Année NSP année 9998	
WB2. QUEL ÂGE AVEZ-VOUS ? Insistez : QUEL ÂGE AVEZ-VOUS À VOTRE DERNIER ANNIVERSAIRE ? Comparez et corrigez WB1 et/ou WB2 si incohérentes	Âge (en années révolues) — —	
WB3. AVEZ-VOUS DÉJÀ FRÉQUENTÉ L'ÉCOLE OU L'ÉCOLE MATERNELLE ?	Oui 1 Non 2	2 ➡ WB7
WB4. QUEL EST LE PLUS HAUT NIVEAU D'ÉTUDES QUE VOUS AVEZ ATTEINT ?	Maternelle 0 Primaire 1 Secondaire 1er degré 2 Secondaire 2 ^{ème} degré 3 Formation professionnelle 4 Supérieur 5	0 ➡ WB7
WB5. QUELLE EST LA DERNIÈRE ANNÉE/CLASSE QUE VOUS AVEZ ACHEVÉE À CE NIVEAU ? Si moins d'1 classe/année, inscrivez "00"	Année/classe — —	
WB6. Vérifiez WB4: <input type="checkbox"/> Secondaire ou supérieur. ➡ Allez au module suivant <input type="checkbox"/> Primaire ➡ Continuez avec WB7		
WB7. J'AIMERAI MAINTENANT QUE VOUS ME LISIEZ CETTE PHRASE. Montrez les phrases à l'enquêtée. Si l'enquêtée ne peut pas lire une phrase entière, insistez : POUVEZ-VOUS ME LIRE CERTAINES PARTIES DE LA PHRASE ?	Ne peut pas lire du tout 1 Peut lire certaines parties 2 Peut lire la phrase entière 3 Pas de phrase dans la langue de l'enquêtée 4 (précisez langue) Aveugle/muette/problème de vue et/ou d'élocution 5	

ACCÈS AUX MEDIAS ET UTILISATION DE LA TECHNOLOGIE DE L'INFORMATION/COMMUNICATION		MT
MT1. Vérifier WB7: <input type="checkbox"/> Question laissée vide (Le répondant a fait des études secondaires ou supérieure) ➡ Continuer avec MT2 <input type="checkbox"/> Être capable de lire ou non une phrase dans une des langues demandées (codes 2, 3 or 4) ➡ Continuer avec MT2 <input type="checkbox"/> Ne peut pas lire du tout ou aveugle (codes 1 or 5) ➡ Passer à MT3		
MT2. A QUELLE FRÉQUENCE LISEZ-VOUS UN JOURNAL OU UN MAGAZINE: PRESQUE CHAQUE JOUR, AU MOINS UNE FOIS PAR SEMAINE, MOINS D'UNE FOIS PAR SEMAINE OU PAS DU TOUT?	Presque chaque jour 1 Au moins une fois par semaine..... 2 Moins d'une fois par semaine 3 Pas du tout 4	
MT3. ECOUTEZ-VOUS LA RADIO: PRESQUE CHAQUE JOUR, AU MOINS UNE FOIS PAR SEMAINE, MOINS D'UNE FOIS PAR SEMAINE OU PAS DU TOUT?	Presque chaque jour 1 Au moins une fois par semaine..... 2 Moins d'une fois par semaine 3 Pas du tout 4	
MT4. A QUELLE FRÉQUENCE REGARDEZ-VOUS LA TÉLÉVISION: DIRIEZ-VOUS PRESQUE CHAQUE JOUR, AU MOINS UNE FOIS PAR SEMAINE, MOINS D'UNE FOIS PAR SEMAINE OU PAS DU TOUT?	Presque chaque jour 1 Au moins une fois par semaine..... 2 Moins d'une fois par semaine 3 Pas du tout 4	
MT5. Voir WB2: Age de la répondante : <input type="checkbox"/> " 15-24 ans ➡ Continuer avec MT6 <input type="checkbox"/> " 25-49 ans ➡ Passer au module suivant		
MT6. AVEZ-VOUS DÉJÀ UTILISÉ UN ORDINATEUR?	Oui..... 1 Non 2	2 ➡ MT9
MT7. AVEZ-VOUS UTILISÉ UN ORDINATEUR, QUEL QUE SOIT LE LIEU AU COURS DES 12 DERNIERS MOIS?	Oui..... 1 Non 2	2 ➡ MT9
MT8. AU COURS DU DERNIER MOIS, À QUELLE FRÉQUENCE AVEZ-VOUS UTILISÉ UN ORDINATEUR: PRESQUE CHAQUE JOUR, AU MOINS UNE FOIS PAR SEMAINE, MOINS D'UNE FOIS PAR SEMAINE OU PAS DU TOUT?	Presque chaque jour 1 Au moins une fois par semaine..... 2 Moins d'une fois par semaine 3 Pas du tout 4	
MT9. AVEZ-VOUS DÉJÀ UTILISÉ INTERNET?	Oui..... 1 Non 2	2 ➡ Module suivant
MT10. AU COURS DES 12 DERNIERS MOIS, AVEZ-VOUS UTILISÉ INTERNET? SI NÉCESSAIRE, INSISTER POUR CONNAÎTRE L'UTILISATION QUEL QUE SOIT LE LIEU ET AVEC N'IMPORTE QUEL APPAREIL.	Oui..... 1 Non 2	2 ➡ Module suivant
MT11. AU COURS DU DERNIER MOIS, À QUELLE FRÉQUENCE AVEZ-VOUS UTILISÉ INTERNET: PRESQUE CHAQUE JOUR, AU MOINS UNE FOIS PAR SEMAINE, MOINS D'UNE FOIS PAR SEMAINE OU PAS DU TOUT?	Presque chaque jour 1 Au moins une fois par semaine..... 2 Moins d'une fois par semaine 3 Pas du tout 4	

MARIAGE		MA
MA1. ÊTES-VOUS ACTUELLEMENT MARIÉE?	Oui, actuellement mariée 1 Non, non mariée 3	3 ⇒ MA5
MA2. QUEL ÂGE A VOTRE MARI ? Insistez : QUEL ÂGE AVAIT-IL À SON DERNIER ANNIVERSAIRE ?	Âge en années __ __ NSP 98	
MA3. EN PLUS DE VOUS-MÊME, EST-CE QUE VOTRE MARI A D'AUTRES ÉPOUSES?	Oui 1 Non 2	2 ⇒ MA7
MA4. COMBIEN D'AUTRES FEMMES A-T-IL ?	Nombre __ __ NSP 98	⇒ MA7 98 ⇒ MA7
MA5. AVEZ-VOUS DÉJÀ ÉTÉ MARIÉE ?	Oui, a été mariée 1 Non 2	3 ⇒ MA9A
MA6. QUELLE EST VOTRE SITUATION MATRIMONIALE ACTUELLE : ÊTES-VOUS VEUVE, DIVORCÉE OU SÉPARÉE ?	Veuve 1 Divorcée 2 Séparée 3	
MA7. AVEZ-VOUS ÉTÉ MARIÉE UNE FOIS OU PLUS D'UNE FOIS ?	Une seule fois 1 Plus d'une fois 2	
MA8. EN QUEL MOIS ET QUELLE ANNÉE VOUS ÊTES-VOUS MARIÉE POUR LA PREMIÈRE FOIS ?	Date du premier mariage Mois __ __ NSP mois 98 Année __ __ NSP année 9998	⇒ MA9A
MA9. QUEL ÂGE AVIEZ-VOUS LORSQUE VOUS AVEZ COMMENCÉ À VIVRE AVEC VOTRE PREMIER MARI?	Âge en années __ __	
MA9A. QU'EST-CE QUE VOUS PRÉFÉREZ AVOIR COMME PREMIER ENFANT ? GARÇON, FILLE OU PEU IMPORTE LE SEXE DE L'ENFANT.	Garçon 1 Fille 2 Peu importe 3	
MA9B. vérifiez MA1, MA5 et MA9A : femme jamais mariée et ne voudrait pas de garçon ? <input type="checkbox"/> Oui, allez au module sur la Violence Domestique. <input type="checkbox"/> Non, ⇒ Continuez à MA9C.		
MA9C. POURQUOI ?	Porteur l'espoir de la famille 01 Successeur le nom de la famille 02 L'héritage des biens 03 L'image de la virilité du père 04 Protecteur de l'honneur de la famille contrairement à la fille qui risque d'être une source de honte 05 Source de grâce 06 Autre (précisez) 96	
MA9D. vérifiez MA1 et MA5 : femme jamais mariée (MA1 = 3 et MA5 = 3) ? <input type="checkbox"/> Oui, allez au module sur la Violence Domestique. <input type="checkbox"/> Non, ⇒ Continuez avec le module suivant (MORTALITE DES ENFANTS).		

MORTALITÉ DES ENFANTS		CM
Toutes les questions portent sur des naissances VIVANTES.		
CM1. MAINTENANT JE VOUDRAIS VOUS POSER DES QUESTIONS SUR TOUTES LES NAISSANCES QUE VOUS AVEZ EUES AU COURS DE VOTRE VIE. AVEZ-VOUS DÉJÀ ENFANTÉ ?	Oui..... 1 Non 2	2 ➔ CM8
CM2. QUELLE EST LA DATE DE VOTRE PREMIÈRE NAISSANCE ? JE VEUX DIRE LA TOUTE PREMIÈRE FOIS QUE VOUS AVEZ ENFANTÉ, MÊME SI L'ENFANT N'EST PLUS EN VIE, OU SI LE PÈRE N'EST PLUS VOTRE PARTENAIRE ACTUEL. Sauter à CM4 seulement si l'année de naissance est donnée. Sinon, continuez avec CM3.	Date de la première naissance Jour.....__ __ NSP Jour..... 98 Mois.....__ __ NSP mois 98 Année__ __ __ __ NSP année 9998	➔ CM4
CM3. IL Y A COMBIEN D'ANNÉES QUE VOUS AVEZ EU VOTRE PREMIÈRE NAISSANCE ?	Années révolues depuis la première naissance__ __	
CM4. AVEZ-VOUS DES FILS OU DES FILLES À QUI VOUS AVEZ DONNÉ NAISSANCE ET QUI VIVENT ACTUELLEMENT AVEC VOUS ?	Oui..... 1 Non 2	2 ➔ CM6
CM5. COMBIEN DE FILS VIVENT AVEC VOUS ? COMBIEN DE FILLES VIVENT AVEC VOUS ? Si aucun, enregistrez '00'.	Fils à la maison__ __ Filles à la maison.....__ __	
CM6. AVEZ-VOUS DES FILS OU DES FILLES À QUI VOUS AVEZ DONNÉ NAISSANCE QUI SONT EN VIE MAIS QUI NE VIVENT PAS AVEC VOUS ?	Oui..... 1 Non 2	2 ➔ CM8
CM7. COMBIEN DE FILS SONT EN VIE MAIS NE VIVENT PAS AVEC VOUS ? COMBIEN DE FILLES SONT EN VIE MAIS NE VIVENT PAS AVEC VOUS ? Si aucun, enregistrez '00'.	Fils ailleurs__ __ Filles ailleurs__ __	
CM8. AVEZ-VOUS DONNÉ NAISSANCE A UN FILS OU UNE FILLE QUI EST NÉ(E) VIVANT(E) MAIS QUI EST DÉCÉDÉ(E) PAR LA SUITE ? Si "Non" insistez et demandez : JE VEUX DIRE UN ENFANT QUI A RESPIRÉ, CRIÉ OU MONTRÉ D'AUTRES SIGNES DE VIE – MÊME S'IL N'A VÉCU QUE QUELQUES MINUTES OU QUELQUES HEURES ?	Oui..... 1 Non 2	2 ➔ CM10
CM9. COMBIEN DE GARÇONS SONT DÉCÉDÉS ? COMBIEN DE FILLES SONT DÉCÉDÉES ? Si aucun, enregistrez '00'.	Garçons décédés.....__ __ Filles décédées__ __	
CM10. Faites la somme des réponses à CM5, CM7, et CM9.	Somme.....__ __	
CM11. JE VOUDRAIS ÊTRE SÛRE D'AVOIR BIEN COMPRIS : VOUS AVEZ EU AU TOTAL (nombre total) NAISSANCES AU COURS DE VOTRE VIE. EST-CE BIEN EXACT ? <input type="checkbox"/> Oui. Vérifiez ci-dessous : <input type="checkbox"/> Pas de naissance ➔ Allez au module des SYMPTÔMES DE MALADIES <input type="checkbox"/> Une naissance ou plus ➔ Continuez avec L'HISTORIQUE DES NAISSANCES <input type="checkbox"/> Non. ➔ Vérifiez les réponses aux questions CM1-CM10 et faites les corrections si nécessaire avant de continuer avec le module des SYMPTÔMES DE MALADIES ou le module sur L'HISTORIQUE DES NAISSANCES.		

HISTORIQUE DES NAISSANCES

BH

MAINTENANT, JE VOUDRAI FAIRE LA LISTE DE TOUTES VOS NAISSANCES QU'ELLES SOIENT ENCORE EN VIE OU NON, EN COMMENÇANT PAR LA PREMIÈRE QUE VOUS AVEZ EUE.

Enregistrer le nom de toutes les naissances en BH1. Enregistrer les jumeaux/triplés sur des lignes séparées. S'il y a plus de 14 naissances, utiliser un autre questionnaire.

BH No. De Ligne	BH1. QUEL PRÉNOM A ÉTÉ DONNÉ À VOTRE (premier/ suivant) ENFANT?	BH2. PARMI CES NAISSANCES Y AVAIT-IL DES JUMEAUX?	BH3. (nom) EST UN GARÇON OU UNE FILLE ?	BH4. EN QUEL MOIS ET QUELLE ANNÉE EST NÉ(E) (nom)? Insister: QUELLE EST SA DATE DE NAISSANCE?	BH5. (nom) ES-IL/ELLE TOUJOURS EN VIE ?	BH6. QUEL ÂGE A EU (nom) À SON DERNIER ANNÉE VERSARE ?	BH7. EST-CE QU'IL A (nom) HABITÉ AVEC VOUS ?	BH8. Enregistrer le numéro de ligne de l'enfant (à partir de BH1)	BH9. Si déclaré: QUEL ÂGE AVAIT (nom) QUAND IL/ELLE EST DÉCÉDÉ(E) ? Si "1 an", Insister: QUEL ÂGE AVAIT (nom) EN MOIS ? Noter en jours si moins d'1 mois; noter en mois si moins de 2 ans ; ou en ans	BH10. Y - A-T-IL D'AUTRES NAISSANCES VIVANTES ENTRE (nom de la naissance précédente) ET (nom), Y COMPRIS UN ENFANT QUI SERAIT MORT JUSTE APRÈS LA NAISSANCE?
01		1 2	1 2	----	1 2 → BH9	----	1 2	---- → ligne suivante	Jours 1 Mois 2 Années 3	
02		1 2	1 2	----	1 2 → BH9	----	1 2	---- → BH10	Jours 1 Mois 2 Années 3	Ajouter Prochaine Naissan. Naissan. 1 2
03		1 2	1 2	----	1 2 → BH9	----	1 2	---- → BH10	Jours 1 Mois 2 Années 3	Ajouter Prochaine Naissance. Naissance. 1 2
04		1 2	1 2	----	1 2 → BH9	----	1 2	---- → BH10	Jours 1 Mois 2 Années 3	Ajouter Prochaine Naissance. Naissance. 1 2
05		1 2	1 2	----	1 2 → BH9	----	1 2	---- → BH10	Jours 1 Mois 2 Années 3	Ajouter Prochaine Naissan. Naissan. 1 2
06		1 2	1 2	----	1 2 → BH9	----	1 2	---- → BH10	Jours 1 Mois 2 Années 3	Ajouter Prochaine Naissan. Naissan. 1 2

BH No.	BH1. QUEL PRÉNOM A ÉTÉ DONNÉ À VOTRE (premier/ suivant) ENFANT?	BH2. PARMI CES NAISSANCES Y AVAIT-IL DES JUMEAUX?	BH3. (nom) EST UN GARÇON OU UNE FILLE ?	BH4. EN QUEL MOIS ET QUELLE ANNÉE EST NÉ(E) (nom)? Insister: QUELLE EST SA DATE DE NAISSANCE?	BH5. (nom) EST-IL/ELLE TOUJOURS EN VIE ?	BH6. QUEL ÂGE A EU (nom) À SON DERNIER ANNIVERSAIRE ?	BH7. EST-CE QUE (nom) HABITE AVEC VOUS ?	BH8. Enregistrer le numéro de ligne de l'enfant (à partir de HL1)	BH9. Si décédé: QUEL ÂGE AVAIT (nom) QUAND IL/ELLE EST DÉCÉDÉ(E) ? Si "1 an", Insister: QUEL ÂGE AVAIT (nom) EN MOIS ? Noter en jours si moins d'1 mois; noter en mois si moins de 2 ans ; ou en ans	BH10. Y - A T-IL EU D'AUTRES NAISSANCES VIVANTES ENTRE (nom de la naissance précédente) ET (nom), Y COMPRIS UN ENFANT QUI SERAIT MORT JUSTE APRÈS LA NAISSANCE?	
Ligne		S M	G F	Mois	Année	Age	O N	No deligne	Unité	Nombre	O N
07	1 Simple 2 Multiple	1 2	1 2	---	---	---	1 2	--- ➔ BH10	Jours1 Mois 2 Années 3	---	1 2 Ajouter Prochaine Naissan. Naissan.
08	1 Simple 2 Multiple	1 2	1 2	---	---	---	1 2	--- ➔ BH10	Jours1 Mois 2 Années 3	---	1 2 Ajouter Prochaine Naissan. Naissan.
09	1 Simple 2 Multiple	1 2	1 2	---	---	---	1 2	--- ➔ BH10	Jours1 Mois 2 Années 3	---	1 2 Ajouter Prochaine Naissan. Naissan.
10	1 Simple 2 Multiple	1 2	1 2	---	---	---	1 2	--- ➔ BH10	Jours1 Mois 2 Années 3	---	1 2 Ajouter Prochaine Naissan. Naissan.
11	1 Simple 2 Multiple	1 2	1 2	---	---	---	1 2	--- ➔ BH10	Jours1 Mois 2 Années 3	---	1 2 Ajouter Prochaine Naissan. Naissan.
BH11. AVEZ-VOUS D'AUTRES NAISSANCES VIVANTES DEPUIS LA NAISSANCE DE (nom de la dernière naissance figurant dans le tableau de l'historique des naissances)? Non.....1 Oui.....2										1 ➔ Enregistrer dans l'historique	
CM12. Comparer le nombre en CM10 avec le nombre de naissances dans l'historique ci-dessus et vérifier: <input type="checkbox"/> Les nombres sont les mêmes ➔ Continuer avec CM13 <input type="checkbox"/> Les nombres sont différents ➔ Insister et corriger											
CM13. Vérifier BH4 dans L'HISTORIQUE DES NAISSANCES: La dernière naissance a eu lieu dans les 2 dernières années, c'est-à-dire depuis (jour et mois de l'entretien) en 2009 ? <input type="checkbox"/> Pas de naissances vivantes dans les 2 dernières années. ➔ Aller au module SYMPTOMES DES MALADIES. <input type="checkbox"/> Une ou plusieurs naissances vivantes dans les 2 dernières années. ➔ Enregistrer le nom du dernier-né et continuer avec le module suivant Nom de l'enfant _____ Si l'enfant est décédé, faites preuve de tact quand vous référez à l'enfant par son nom dans les modules suivants.											

DESIR DE LA DERNIERE NAISSANCE		DB
Ce module doit être administré à toutes les femmes qui ont eu une naissance vivante dans les 2 ans précédant la date de l'enquête. Vérifier CM13 dans le module mortalité des enfants et enregistrer le nom du dernier enfant ici : _____. Utilisez le nom de cet enfant dans les questions suivantes là où c'est indiqué.		
DB1. QUAND VOUS ETES TOMBÉE ENCEINTE DE (nom), VOULIEZ-VOUS TOMBER ENCEINTE A CE MOMENT LA?	Oui..... 1 Non 2	1 ➔ Module suivant
DB2. VOULIEZ-VOUS AVOIR UN ENFANT PLUS TARD OU VOULIEZ VOUS NE PAS (NE PLUS) AVOIR D'(AUTRES) ENFANTS?	Plus tard 1 Pas d'enfant 2	2 ➔ Module suivant
DB3. COMBIEN DE TEMPS AURIEZ- VOUS SOUHAITE ATTENDRE?	Mois 1 __ __ Années 2 __ __ NSP..... 998	

SANTÉ DE LA MÈRE ET DU NOUVEAU-NÉ		MN
Ce module concerne toutes les femmes qui ont eu une naissance vivante dans les deux années ayant précédé la date de l'interview. Vérifiez le module sur la mortalité des enfants à CM13 et enregistrez ici le nom de l'enfant dernier-né _____. Quand vous posez les questions suivantes, utilisez le nom de l'enfant, là où c'est indiqué.		
MN1. AVEZ-VOUS REÇU DES SOINS PRÉNATALS AU COURS DE LA GROSSESSE DE (nom) ?	Oui..... 1 Non 2	2 ➔ MN5
MN2. QUI AVEZ-VOUS VU ? <i>Insistez :</i> QUELQU'UN D'AUTRE ? Insistez pour obtenir le type de personne vue et encerclez toutes les réponses données.	Professionnel de la santé : Médecin A Infirmière/sage-femme B Sage-femme auxiliaire C Autre personne Accoucheuse traditionnelle F Agent de santé communautaire G Autre (précisez) X	
MN3. COMBIEN DE FOIS AVEZ-VOUS REÇU DES SOINS PRÉNATALS AU COURS DE CETTE GROSSESSE ?	Nombre de fois __ __ NSP..... 98	
MN3A. Enquêtrice : quel est le nombre de visites mentionnées à la question MN3? <input type="checkbox"/> 1, 2, 3 ou 4 fois. ➔ Allez à MN4 <input type="checkbox"/> Cinq fois ou plus. ➔ Continuez avec la MN3B		
MN3B. Enquêtrice: regardez le carnet de santé de la femme: les visites respectent-elles le calendrier national des visites?	Oui..... 1 Non 2 Pas de carnet 3	
MN4. DANS LE CADRE DES SOINS PRÉNATALS POUR CETTE GROSSESSE. AVEZ-VOUS EU LES EXAMENS SUIVANTS, AU MOINS UNE FOIS ?	Oui Non	
[A] VOUS A-T-ON PRIS LA TENSION ?	Tension 1 2	
[B] VOUS A-T-ON PRÉLEVÉ DE L'URINE ?	Échantillon d'urine 1 2	
[C] VOUS A-T-ON PRÉLEVÉ DU SANG ?	Prélèvement sanguin 1 2	
[D] AVEZ-VOUS BÉNÉFICIÉ D'UNE ÉCHOGRAPHIE ?	Echographie 1 2	
[E] AVEZ-VOUS ÉTÉ PESÉE ?	Poids 1 2	
MN5. AVEZ-VOUS UN CARNET OU AUTRE DOCUMENT DANS LEQUEL SONT INSCRITES TOUTES VOS VACCINATIONS ? PUIS-JE LE VOIR, S'IL VOUS PLAÎT ? Si un carnet vous est présenté, utilisez-le pour les réponses aux questions suivantes.	Oui (carnet vu) 1 Oui (carnet non vu) 2 Non 3 NSP..... 8	
MN6. QUAND VOUS ÉTIEZ ENCEINTE DE (nom), VOUS A-T-ON FAIT UNE INJECTION DANS LE BRAS OU À L'ÉPAULE POUR ÉVITER AU BÉBÉ DE CONTRACTER LE TÉTANOS, C'EST-À-DIRE DES CONVULSIONS APRÈS LA NAISSANCE ?	Oui..... 1 Non 2 NSP..... 8	2 ➔ MN9 8 ➔ MN9
MN7. COMBIEN DE FOIS AVEZ-VOUS REÇU CETTE INJECTION CONTRE LE TÉTANOS AU COURS DE LA GROSSESSE DE (nom) ? Si 7 fois ou plus, enregistrez '7'.	Nombre de fois __ __ NSP..... 8	8 ➔ MN9

<p>MN8. Combien d'injections antitétaniques ont été déclarées à MN7 pour la dernière grossesse ?</p> <p><input type="checkbox"/> Au moins deux injections antitétaniques au cours de la dernière grossesse. ➔ Allez à MN12</p> <p><input type="checkbox"/> Moins de deux injections au cours de la dernière grossesse. ➔ Continuez avec MN9</p>		
MN9. EST-CE QU'À N'IMPORTE QUEL MOMENT AVANT LA GROSSESSE DE (nom), VOUS AVEZ REÇU UNE INJECTION ANTITÉTANIQUE, SOIT POUR VOUS PROTÉGER VOUS-MÊME, SOIT POUR PROTÉGER UN AUTRE BÉBÉ ?	Oui..... 1 Non 2 NSP..... 8	2 ➔ MN12 8 ➔ MN12
MN10. AVANT LA GROSSESSE DE (nom), COMBIEN DE FOIS AVEZ-VOUS REÇU UNE INJECTION ANTITÉTANIQUE ? Si 7 fois ou plus, enregistrez '7'.	Nombre de fois — NSP..... 8	8 ➔ MN12
MN11. CELA FAIT COMBIEN D'ANNÉES QUE VOUS AVEZ REÇU LA DERNIÈRE INJECTION ANTITÉTANIQUE AVANT LA GROSSESSE DE (nom) ?	Il y a année..... — —	
MN17. QUI VOUS A ASSISTÉ PENDANT L'ACCOUCHEMENT DE (nom) ? Insistez : QUELQU'UN D'AUTRE ? Insistez pour le type de personne qui a assisté l'accouchement et encerclez toutes les réponses mentionnées. Si l'enquêtée déclare que personne ne l'a assistée, insistez pour déterminer si aucun adulte n'était présent lors de l'accouchement.	Professionnel de la santé: Médecin A sage-femme..... B Autre personne Accoucheuse traditionnelle F Parent(e) / Am(e) H Autre (précisez) X Personne Y	
MN18. OÙ AVEZ-VOUS ACCOUCHÉ DE (nom) ? Insistez pour obtenir le type d'endroit. Si vous ne pouvez déterminer si l'endroit est un établissement public ou privé, inscrivez le nom de l'endroit. _____	Domicile Votre domicile..... 11 Autre Domicile 12 Secteur public Hôpital du Gouvernement 21 Autre public (précisez) 26 Secteur médical privé Clinique privée 32 Autre médical privé (précisez)..... 36 Autre (précisez)..... 96	11 ➔ MN20 12 ➔ MN20 96 ➔ MN20
MN19. AVEZ-VOUS ACCOUCHÉ DE (nom) PAR CÉSARIENNE, C'EST-À-DIRE EST-CE QU'ON VOUS A OUVERT LE VENTRE POUR SORTIR LE BÉBÉ ?	Oui..... 1 Non 2	
MN19A. EST-CE QUE CET ACCOUCHEMENT A NÉCESSITÉ UNE PRISE EN CHARGE EN RÉANIMATION OU UN ACTE CHIRURGICAL DE SAUVETAGE (AUTRE QU'UNE CÉSARIENNE) ?	Oui..... 1 Non 2	
MN20. QUAND (nom) EST NÉ(E), ÉTAIT-IL/ELLE : TRÈS GROS, PLUS GROS QUE LA MOYENNE, MOYEN, PLUS PETIT QUE LA MOYENNE, OU TRÈS PETIT ?	Très gros 1 Plus gros que la moyenne 2 Moyen 3 Plus petit que la moyenne..... 4 Très petit 5 NSP..... 8	
MN21. (nom) A-T-IL /ELLE ÉTÉ PESÉ (E) À LA NAISSANCE ?	Oui..... 1 Non 2 NSP..... 8	2 ➔ MN23 8 ➔ MN23
MN22. COMBIEN (nom) PESAIT-IL/ELLE ? Enregistrez le poids du carnet de santé, s'il est disponible.	Du carnet de santé 1 (kg) _ _ _ _ De mémoire 2 (kg) _ _ _ _ NSP..... 99998	
MN23. EST-CE QUE VOS RÈGLES SONT REVENUES DEPUIS LA NAISSANCE DE (nom) ?	Oui..... 1 Non 2	
MN24. AVEZ-VOUS ALLAITÉ (nom) ?	Oui..... 1 Non 2	2 ➔ Module suivant
MN25. COMBIEN DE TEMPS APRÈS LA NAISSANCE AVEZ-VOUS MIS (nom) AU SEIN POUR LA PREMIÈRE FOIS ? Si moins d'1 heure, notez '00' heure. Si moins de 24 heures, notez en heures. Autrement, notez en jours	Immédiatement..... 000 Heures 1 _ _ Jours 2 _ _ Ne sait pas/ Ne se rappelle pas..... 998	
MN26. DANS LES 3 JOURS QUI ONT SUIVI L'ACCOUCHEMENT, EST-CE QUE (nom) A BU AUTRE CHOSE QUE DU LAIT MATERNEL ?	Oui..... 1 Non 2	2 ➔ Module suivant
MN27. QU'À-T-ON DONNÉ À BOIRE À (nom) ? Insistez : RIEN D'AUTRE ?	Lait (autre que du lait maternel)..... A Eau B Eau sucrée/eau glucosée C Calmant pour coliques D Solution eau salée/sucrée..... E Jus de fruit F Préparation pour bébé G Thé / Infusions..... H Miel..... I Autre (précisez)..... X	
MN27A. COMMENT LUI A-T-ON DONNÉ A BOIRE ?	biberon 1 Cuillère 2 Tasse/verre 3 Autre..... 6	

EXAMENS DE SANTE POST-NATALE		PN
Ce module doit être administré à toutes les femmes ayant eu une naissance vivante au cours des 2 années précédant la date de l'entretien. Vérifiez le module de mortalité infantile CM13 et enregistrez le nom du dernier nouveau-né ici		
Utiliser le nom de cet enfant dans les questions suivantes, à l'endroit indiqué.		
PN1. Vérifiez MN18: L'enfant est-il né dans un centre de santé? <input type="checkbox"/> Oui, l'enfant est né dans un centre de santé (MN18=21-26 ou 31-36) ➔ Continuez avec PN2 <input type="checkbox"/> Non, l'enfant n'est pas né dans un centre de santé (MN18=11-12 or 96) ➔ Allez à PN6		
PN2. MAINTENANT, JE VOUDRAIS VOUS POSER QUELQUES QUESTIONS SUR CE QUI S'EST PASSÉ DANS LES HEURES ET LES JOURS SUIVANT LA NAISSANCE DE (nom). Vous avez dit que vous avez accouché a (nom ou type de structure sanitaire MN18). Combien de temps êtes-vous restée là-bas après l'accouchement? Si c'est moins d'une journée, notez en heures. Si c'est moins d'une semaine, notez en jours. Autrement, notez en semaines.	Heures 1 ___ Jours 2 ___ Semaines 3 ___ Ne sait pas/ne se rappelle pas 998	
PN3. JE VOUDRAIS VOUS PARLER DES EXAMENS DE SANTÉ DE (nom) APRÈS L'ACCOUCHEMENT – PAR EXEMPLE, SI QUELQU'UN A EXAMINÉ (nom), VÉRIFIÉ LE CORDON OMBILICAL, OU VOIR SI (nom) SE PORTE BIEN. AVANT D'AVOIR QUITTÉ (NOM OU TYPE DE STRUCTURE SANITAIRE MN18), EST-CE QUE QUELQU'UN A VÉRIFIÉ L'ÉTAT DE SANTÉ DE (NOM)?	Oui 1 Non 2	
PN4. ET QU'EN EST-IL DES EXAMENS DE VOTRE SANTÉ – JE VEUX DIRE, QUELQU'UN A-T-IL FAIT LE BILAN DE VOTRE SANTÉ, PAR EXEMPLE EN VOUS POSANT DES QUESTIONS SUR VOTRE SANTÉ OU EN VOUS EXAMINANT. A-T-ON CONTRÔLÉ VOTRE SANTÉ AVANT QUE VOUS NE QUITTIEZ (NOM OU TYPE DE STRUCTURE SANITAIRE MN18)?	Oui 1 Non 2	
PN5. MAINTENANT JE VOUDRAIS QUE NOUS PARLIONS DE CE QUI S'EST PASSÉ QUAND VOUS AVEZ QUITTÉ (NOM OU TYPE DE STRUCTURE SANITAIRE MN18). EST-CE QUE QUELQU'UN A EXAMINÉ L'ÉTAT DE SANTÉ DE (NOM) APRÈS QUE VOUS AYEZ QUITTÉ (NOM OU TYPE DE STRUCTURE SANITAIRE MN18)?	Oui 1 Non 2	1 ➔ PN11 2 ➔ PN16
PN6. Vérifier MN17: Est-ce qu'un professionnel de la santé, accoucheuse traditionnelle, ou agent de santé communautaire vous a assisté à l'accouchement? <input type="checkbox"/> Oui, accouchement assisté par un professionnel de la santé, accoucheuse traditionnelle, ou agent de santé communautaire (MN17=AG) ➔ Continuer avec PN7 <input type="checkbox"/> Non, accouchement pas assisté par un professionnel de la santé, ni accoucheuse traditionnelle, ni agent de santé communautaire (A-G pas encerclé à MN17) ➔ Aller à PN10		
PN7. VOUS AVEZ DÉJÀ DIT QUE (LA OU LES PERSONNES À MN17) VOUS A/ONT ASSISTÉ À L'ACCOUCHEMENT. MAINTENANT, JE VOUDRAIS VOUS PARLER DES EXAMENS DE SANTÉ DE (NOM) APRÈS L'ACCOUCHEMENT, PAR EXEMPLE EXAMINER (NOM), VÉRIFIER LE CORDON OMBILICAL, OU VOIR SI (NOM) SE PORTE BIEN. APRÈS L'ACCOUCHEMENT ET AVANT QUE (LA OU LES PERSONNES À MN17) NE VOUS QUITTE, EST-CE QUE (LA OU LES PERSONNES À MN17) A/ONT CONTRÔLÉ LA SANTÉ DE (NOM) ?	Oui 1 Non 2	
PN8. ET EST-CE QUE (LA OU LES PERSONNES À MN17) A/ONT CONTRÔLÉ VOTRE SANTÉ AVANT SON/LEUR DÉPART? PAR CONTRÔLE DE SANTÉ, JE VEUX DIRE UN BILAN DE SANTÉ, PAR EXEMPLE POSER DES QUESTIONS SUR VOTRE SANTÉ OU VOUS EXAMINER.	Oui 1 Non 2	
PN9. APRÈS LE DÉPART DE (LA OU LES PERSONNES À MN17), EST-CE QUE QUELQU'UN D'AUTRE A CONTRÔLÉ LA SANTÉ DE (NOM)?	Oui 1 Non 2	1 ➔ PN11 2 ➔ PN18
PN10. JE VOUDRAIS VOUS PARLER DES EXAMENS DE SANTÉ DE (NOM) APRÈS L'ACCOUCHEMENT, PAR EXEMPLE EXAMINER (NOM), VÉRIFIER LE CORDON OMBILICAL, OU VOIR SI (NOM) SE PORTE BIEN. APRÈS LA NAISSANCE DE (NOM), EST-CE QUE QUELQU'UN A CONTRÔLÉ SA SANTÉ?	Oui 1 Non 2	2 ➔ PN19
PN11. CES CONTRÔLES ONT-ILS EU LIEU SEULEMENT UNE FOIS OU PLUS D'UNE FOIS?	Une fois 1 Plus d'une fois 2	1 ➔ PN12A 2 ➔ PN12B
PN12A. COMBIEN DE TEMPS APRÈS L'ACCOUCHEMENT CES CONTRÔLES ONT-ILS EU LIEU? PN12B. COMBIEN DE TEMPS APRÈS L'ACCOUCHEMENT A EU LIEU LE PREMIER CONTRÔLE? Si c'est moins d'une journée, notez en heures. Si c'est moins d'une semaine, notez en jours. Autrement, notez en semaines.	Heures 1 ___ Jours 2 ___ Semaines 3 ___ Ne sait pas/ne se rappelle pas 998	
PN13. QUI AVAIT CONTRÔLÉ LA SANTÉ DE (nom) A CE MOMENT-LÀ?	Professionnel de la santé: Docteur A Infirmière/Sage-femme B Auxiliaire accoucheuse C Autre personne Accoucheuse traditionnelle F Agent de santé communautaire G Parent/Ami H Autre (à préciser) X	

<p>PN14. OÙ A EU LIEU CE PREMIER CONTRÔLE?</p> <p>Insister pour déterminer le type de source.</p> <p>S'il est impossible de déterminer si c'est public ou privé, écrivez le nom du lieu.</p> <p>_____</p> <p>(Nom du lieu)</p>	<p>Maison</p> <p>Votre maison..... 11</p> <p>Autre maison 12</p> <p>Secteur public</p> <p>Hôpital gouvernemental..... 21</p> <p>Clinique/centre de santé gouvernemental 22</p> <p>Poste de santé gouvernementale..... 23</p> <p>Autre public (à préciser)..... 26</p> <p>Secteur médical privé</p> <p>Hôpital privé 31</p> <p>Clinique privée 32</p> <p>Maternité privée..... 33</p> <p>Autre médical privé</p> <p>(à préciser) 36</p> <p>Autre (à préciser)..... 96</p>	
<p>PN15. Vérifiez MN18: L'enfant est-il né dans un centre de santé?</p> <p><input type="checkbox"/> Oui, l'enfant est né dans un centre de santé (MN18=21-26 ou 31-36) ➔ Continuez avec PN16</p> <p><input type="checkbox"/> Non, l'enfant n'est pas né dans un centre de santé (MN18=11-12 ou 96) ➔ Allez à PN17</p>		
<p>PN16. APRÈS AVOIR QUITTÉ (nom ou type de structure sanitaire/MN18), EST-CE QUE QUELQU'UN A EXAMINÉ VOTRE SANTÉ?</p>	<p>Oui..... 1</p> <p>Non 2</p>	<p>1 ➔ PN20</p> <p>2 ➔ Module suivant</p>
<p>PN17. Vérifiez MN17: Est-ce qu'un professionnel de la santé, accoucheuse traditionnelle, ou agent de santé communautaire vous a assisté à l'accouchement?</p> <p><input type="checkbox"/> Oui, accouchement assisté par un professionnel de la santé ou autre agent de santé (MN17=A-G) ➔ Continuez avec PN18</p> <p><input type="checkbox"/> Non, accouchement pas assisté par un professionnel de la santé ou autre agent de santé (A-G pas encerclé à MN17) ➔ Allez à PN18</p>		
<p>PN18. APRÈS L'ACCOUCHEMENT ET LE DÉPART DE (la ou les personnes à MN17), EST-CE QUE QUELQU'UN A EXAMINÉ VOTRE SANTÉ?</p>	<p>Oui..... 1</p> <p>Non 2</p>	<p>1 ➔ PN20</p> <p>2 ➔ Module suivant</p>
<p>PN19. APRÈS LA NAISSANCE DE (nom), A TON CONTRÔLE VOTRE SANTÉ? PAR CONTRÔLE DE SANTÉ, JE VEUX DIRE UN BILAN DE SANTÉ, PAR EXEMPLE POSER DES QUESTIONS SUR VOTRE SANTÉ OU VOUS EXAMINER.</p>	<p>Oui..... 1</p> <p>Non 2</p>	<p>2 ➔ Module suivant</p>
<p>PN20. CES CONTRÔLES ONT-ILS EU LIEU SEULEMENT UNE FOIS OU PLUS D'UNE FOIS?</p>	<p>Une fois..... 1</p> <p>Plus d'une fois..... 2</p>	<p>1 ➔ PN21A</p> <p>2 ➔ PN21B</p>
<p>PN21A. COMBIEN DE TEMPS APRÈS L'ACCOUCHEMENT CES CONTRÔLES ONT-ILS EU LIEU?</p> <p>PN21B. COMBIEN DE TEMPS APRÈS L'ACCOUCHEMENT A EU LIEU LE PREMIER CONTRÔLE?</p> <p>Si c'est moins d'une journée, notez en heures.</p> <p>Si c'est moins d'une semaine, notez en jours.</p> <p>Autrement, notez en semaines.</p>	<p>Heures 1 __ __</p> <p>Jours 2 __ __</p> <p>Semaines..... 3 __ __</p> <p>Ne sait pas/ne se rappelle pas 998</p>	
<p>PN22. QUI AVAIT CONTRÔLÉ LA SANTÉ DE (nom) À CE MOMENT-LÀ ?</p>	<p>Professionnel de la santé:</p> <p>Docteur A</p> <p>Infirmière/Sage-femme B</p> <p>Auxiliaire accoucheuse C</p> <p>Autre personne</p> <p>Accoucheuse traditionnelle F</p> <p>Agent de santé communautaire G</p> <p>Parent/Ami H</p> <p>Autre (à préciser)..... X</p>	
<p>PN23. OÙ A EU LIEU CE CONTRÔLE?</p> <p>Insister pour déterminer le type de source.</p> <p>S'il est impossible de déterminer si c'est public ou privé, écrivez le nom du lieu.</p> <p>_____</p> <p>(Nom du lieu)</p>	<p>Maison</p> <p>Votre maison..... 11</p> <p>Autre maison 12</p> <p>Secteur public</p> <p>Hôpital gouvernemental..... 21</p> <p>Clinique/centre de santé gouvernemental 22</p> <p>Poste de santé gouvernementale..... 23</p> <p>Autre public (à préciser)..... 26</p> <p>Secteur médical privé</p> <p>Hôpital privé 31</p> <p>Clinique privée 32</p> <p>Maternité privée..... 33</p> <p>Autre médical privé</p> <p>(à préciser) 36</p> <p>Autre (à préciser)..... 96</p>	

SYMPTÔMES DE MALADIES		IS
<p>IS1. Vérifiez la feuille d'enregistrement du ménage HL9</p> <p>L'enquêtée est-elle la mère ou la gardienne qui prend soin d'un enfant de moins de cinq ans ?</p> <p><input type="checkbox"/> Oui. ➔ Continuez avec IS2.</p> <p><input type="checkbox"/> Non. ➔ Allez au Module suivant.</p>		
<p>IS2. IL ARRIVE PARFOIS QUE LES ENFANTS SOIENT GRAVEMENT MALADES ET DOIVENT ÊTRE CONDUITS IMMÉDIATEMENT DANS UN ÉTABLISSEMENT DE SANTÉ.</p> <p>QUELS SONT LES TYPES DE SYMPTÔMES QUI VOUS INCITERAIENT À MENER IMMÉDIATEMENT VOTRE ENFANT DANS UN ÉTABLISSEMENT DE SANTÉ ?</p> <p><i>Insistez :</i></p> <p>AUCUN AUTRE SYMPTÔME ?</p> <p>Insistez pour autres signes ou symptômes jusqu'à ce que la mère ou gardienne ne se souvienne plus d'autres signes ou symptômes.</p> <p>Encerclez tous les symptômes mentionnés, mais ne suggérez PAS de réponses</p>	<p>Enfant incapable de boire ou de téter..... A</p> <p>État de l'enfant s'aggrave.....B</p> <p>Enfant devient fiévreux..... C</p> <p>Enfant respire rapidement..... D</p> <p>Enfant a des difficultés pour respirerE</p> <p>Enfant a du sang dans les selles F</p> <p>Enfant boit difficilement.....G</p> <p>Enfant cyanosé H</p> <p>Enfant a des convulsions.....I</p> <p>Autre (précisez).....X</p> <p>Autre (précisez).....Y</p> <p>Autre (précisez).....Z</p>	

CONTRACEPTION		CP
<p>CP0. Vérifiez MA1 : la femme est-elle actuellement mariée ?</p>	<p>Oui..... 1</p> <p>Non (veuve, divorcée, séparée) 2</p>	<p>2 ➔ Module Violence Domestique</p>
<p>CP1. JE VOUDRAIS VOUS PARLER D'UN AUTRE SUJET - LA PLANIFICATION FAMILIALE.</p> <p>ÊTES-VOUS ENCEINTE EN CE MOMENT ?</p>	<p>Oui, actuellement enceinte 1</p> <p>Non 2</p> <p>Pas sûre ou NSP 8</p>	<p>1 ➔ Module suivant</p>
<p>CP2. CERTAINS COUPLES UTILISENT DIFFÉRENTS MOYENS OU MÉTHODES POUR RETARDER OU ÉVITER UNE GROSSESSE.</p> <p>EN CE MOMENT, FAITES-VOUS QUELQUE CHOSE OU UTILISEZ-VOUS UNE MÉTHODE POUR RETARDER OU ÉVITER UNE GROSSESSE ?</p>	<p>Oui..... 1</p> <p>Non 2</p>	<p>2 ➔ Module suivant</p>
<p>CP3. QUE FAITES-VOUS ACTUELLEMENT POUR RETARDER OU ÉVITER UNE GROSSESSE ?</p> <p>Ne suggérez pas de réponse.</p> <p>Si plus d'une méthode est mentionnée, encerclez chaque méthode.</p>	<p>Stérilisation féminine..... A</p> <p>Stérilisation masculine.....B</p> <p>DIUC</p> <p>Injections D</p> <p>Implants.....E</p> <p>Pilules.....F</p> <p>Condom masculin.....G</p> <p>Condom féminin H</p> <p>DiaphragmeI</p> <p>Mousse/gelée.....J</p> <p>Méthode de l'Allaitement Maternel et de l'Aménorrhée (MAMA).....K</p> <p>Abstinence périodique/Rythme/Calendrier L</p> <p>Retrait..... M</p> <p>Autre (précisez).....X</p>	

BESOINS NON SATISFAITS		UN
?UN1. Vérifier CP1. Actuellement enceinte <input type="checkbox"/> Oui, actuellement enceinte ➔ Continuer avec UN2 <input type="checkbox"/> Non, pas sure ou NSP ➔ Aller à UN5		
UN2. MAINTENANT JE VOUDRAI VOUS PARLER DE VOTRE GROSSESSE ACTUELLE. QUAND VOUS ETES TOMBEE ENCEINTE, VOULIEZ-VOUS TOMBER ENCEINTE A CE MOMENT-LA ?	Oui..... 1 Non 2	1 ➔ UN4
UN3. VOULIEZ-VOUS AVOIR UN ENFANT PLUS TARD OU VOULIEZ VOUS NE PAS (NE PLUS) AVOIR D'(AUTRES) ENFANTS?	Plus tard 1 Pas d'autre enfant 2	
UN4. MAINTENANT JE VOUDRAI VOUS POSER QUELQUES QUESTIONS AU SUJET DE L'AVENIR. APRES L'ENFANT QUE VOUS ATTENDEZ, VOUDRIEZ-VOUS AVOIR UN AUTRE ENFANT OU PREFERERIEZ-VOUS NE PLUS AVOIR D'ENFANTS DU TOUT?	Avoir un autre enfant 1 Pas d'autre enfant 2 Indécise /Ne Sait Pas..... 8	1 ➔ UN7 2 ➔ UN13 8 ➔ UN13
?UN5. Vérifier CP3. Utilise la stérilisation féminine <input type="checkbox"/> Oui. ➔ Aller à UN13 <input type="checkbox"/> Non. ➔ Continuer avec UN6		
UN6. MAINTENANT JE VOUDRAI VOUS POSER QUELQUES QUESTIONS AU SUJET DE L'AVENIR. VOULEZ-VOUS AVOIR UN (AUTRE) ENFANT OU VOULEZ-VOUS NE PAS/ PLUS AVOIR D'ENFANTS DU TOUT?	Avoir un (autre) enfant 1 Pas d' (autre) enfant 2 Dit qu'elle ne peut pas tomber enceinte 3 Indécise / Ne Sait Pas..... 8	2 ➔ UN9 3 ➔ UN11 8 ➔ UN9
UN7. COMBIEN DE TEMPS VOUDRIEZ-VOUS ATTENDRE AVANT LA NAISSANCE D'UN (AUTRE) ENFANT ?	Mois 1 ___ Années..... 2 ___ Bientôt/Maintenant..... 993 Dit qu'elle ne peut pas tomber enceinte 994 Après le mariage..... 995 Autre..... 996 NSP..... 998	994 ➔ UN11
?UN8. Vérifier CP1. Actuellement enceinte <input type="checkbox"/> Oui, Actuellement enceinte ➔ Aller à UN13 <input type="checkbox"/> Non, pas sure ou NSP ➔ Continuer avec UN9		
?UN9. Vérifier CP2. Utilise une méthode actuellement <input type="checkbox"/> Oui. ➔ Aller à UN13 <input type="checkbox"/> Non ➔ Continuer avec UN10		
UN10. PENSEZ-VOUS QUE VOUS ETES PHYSIQUEMENT CAPABLE DE TOMBER ENCEINTE EN CE MOMENT ?	Oui..... 1 Non 2 NSP..... 8	1 ➔ UN13 8 ➔ UN13
UN11. POURQUOI PENSEZ-VOUS QUE VOUS N'ETES PAS PHYSIQUEMENT CAPABLE DE TOMBER ENCEINTE?	Pas de rapports sexuels/Rapports peu fréquents A Ménopause..... B N'a jamais eu de règles..... C Hystérectomie (utérus enlevé) D Essaye d'être enceinte depuis 2 ans ou plus sans succès..... E Est en aménorrhée postpartum F Allaité G Trop âgée H Fataliste..... I Autre (spécifier)..... X Ne sait pas Z	
UN12. Vérifier UN11. "N'a jamais eu de règles" mentionné? <input type="checkbox"/> Oui. ➔ Aller au Module suivant <input type="checkbox"/> Non ➔ Continuer avec UN13		
UN13. QUAND EST-CE QUE VOS DERNIERES REGLES ONT COMMENCE?	Jours 1 ___ Semaines..... 2 ___ Mois 3 ___ Années 4 ___ Ménopausée / A eu une hystérectomie..... 994 Avant la dernière naissance 995 N'a jamais eu de règles..... 996	

ATTITUDES VIS-À-VIS DE LA VIOLENCE DOMESTIQUE		DV			
DV1 . PARFOIS UN MARI EST CONTRARIÉ OU EN COLÈRE À CAUSE DE CERTAINES CHOSES QUE FAIT SA FEMME. A VOTRE AVIS, EST-IL JUSTIFIÉ QU'UN MARI FRAPPE OU BÂTE SA FEMME DANS LES SITUATIONS SUIVANTES :					
		Oui	Non	NSP	
[A]	SI ELLE SORT SANS LE LUI DIRE ?	Sort sans le lui dire	1	2	8
[B]	SI ELLE NÉGLIGE LES ENFANTS ?	Néglige les enfants.....	1	2	8
[C]	SI ELLE ARGUMENTE AVEC LUI ?	Argumente	1	2	8
[D]	SI ELLE REFUSE D'AVOIR DES RAPPORTS SEXUELS AVEC LUI ?	Refuse les rapports sexuels	1	2	8
[E]	SI ELLE BRÛLE LA NOURRITURE ?	Brûle la nourriture	1	2	8

VIH/SIDA		HA
HA1. MAINTENANT, JE VOUDRAIS VOUS PARLER D'UN AUTRE SUJET. AVEZ-VOUS DÉJÀ ENTENDU PARLER D'UNE MALADIE APPELÉE SIDA ?	Oui..... 1 Non 2	2 ➡ WM11
HA2. EST-CE QUE LES GENS PEUVENT RÉDUIRE LEUR RISQUE DE CONTRACTER LE VIRUS DU SIDA EN AYANT SEULEMENT UN PARTENAIRE SEXUEL QUI N'EST PAS INFECTÉ ET QUI N'A AUCUN AUTRE PARTENAIRE ?	Oui..... 1 Non 2 NSP..... 8	
HA3. EST-CE QUE LES GENS PEUVENT ATTRAPER LE VIRUS DU SIDA PAR SORCELLERIE OU AUTRES MOYENS SURNATURELS ?	Oui..... 1 Non 2 NSP..... 8	
HA4. EST-CE QUE LES GENS PEUVENT RÉDUIRE LEUR RISQUE DE CONTRACTER LE VIRUS DU SIDA EN UTILISANT UN CONDOM CHAQUE FOIS QU'ILS ONT DES RAPPORTS SEXUELS ?	Oui..... 1 Non 2 NSP..... 8	
HA5. EST-CE QUE LES GENS PEUVENT CONTRACTER LE VIRUS DU SIDA PAR DES PIQÛRES DE MOUSTIQUES ?	Oui..... 1 Non 2 NSP..... 8	
HA6. EST-CE QUE LES GENS PEUVENT CONTRACTER LE VIRUS DU SIDA EN PARTAGEANT LA NOURRITURE AVEC UNE PERSONNE ATTEINTE DU VIRUS DU SIDA ?	Oui..... 1 Non 2 NSP..... 8	
HA7. EST-IL POSSIBLE QU'UNE PERSONNE PARAISSANT EN BONNE SANTÉ AIT, EN FAIT, LE VIRUS DU SIDA ?	Oui..... 1 Non 2 NSP..... 8	
HA8. EST-CE QUE LE VIRUS QUI CAUSE LE SIDA PEUT ÊTRE TRANSMIS DE LA MÈRE À SON BÉBÉ :		
	Oui Non NSP	
[A] AU COURS DE LA GROSSESSE ?	Au cours de la grossesse..... 1 2 8	
[B] PENDANT L'ACCOUCHEMENT ?	Pendant l'accouchement..... 1 2 8	
[C] EN ALLAITANT ?	En allaitant..... 1 2 8	
HA9. À VOTRE AVIS, SI UN(E) ENSEIGNANT(E) A LE VIRUS DU SIDA MAIS QU'IL/ELLE N'EST PAS MALADE, EST-CE QU'IL/ELLE DEVRAIT ÊTRE AUTORISÉ(E) À CONTINUER D'ENSEIGNER À L'ÉCOLE ?	Oui..... 1 Non 2 NSP / Pas sûre / Ça dépend..... 8	
HA10. EST-CE QUE VOUS ACHÈTERIEZ DES LÉGUMES FRAIS À UN MARCHAND OU À UN VENDEUR SI VOUS SAVIEZ QUE CETTE PERSONNE A LE VIRUS DU SIDA ?	Oui..... 1 Non 2 NSP / Pas sûre / Ça dépend..... 8	
HA11. SI UN MEMBRE DE VOTRE FAMILLE ÉTAIT INFECTÉ PAR LE VIRUS DU SIDA, SOUHAITERIEZ-VOUS QUE SON ÉTAT RESTE SECRET OU NON ?	Oui..... 1 Non 2 NSP / Pas sûre / Ça dépend..... 8	
HA12. SI UN MEMBRE DE VOTRE FAMILLE ÉTAIT INFECTÉ PAR LE VIRUS DU SIDA, SERIEZ-VOUS PRÊTE À PRENDRE SOIN DE LUI/ELLE DANS VOTRE PROPRE MÉNAGE ?	Oui..... 1 Non 2 NSP / Pas sûre / Ça dépend..... 8	
HA12A. vérifiez MA1 et MA5 : est-ce que la femme est mariée ou a été déjà mariée ?		
<input type="checkbox"/> Non, jamais mariée. ➡ Allez à HA27		
<input type="checkbox"/> Oui, mariée ou a été déjà mariée. ➡ Continuez à HA13.		
HA13. Vérifiez CM13: Une naissance vivante au cours des 2 dernières années ?		
<input type="checkbox"/> Oui, une naissance vivante au cours des 2 dernières années. ➡ Continuez avec HA14		
<input type="checkbox"/> Non, pas de naissance vivante au cours des 2 dernières années. ➡ Allez à HA24.		
HA14. Vérifiez MN1: A reçu des soins prénatals ?		
<input type="checkbox"/> Oui, soins prénatals reçus. ➡ Continuez avec HA15		
<input type="checkbox"/> Non, pas de soins prénatals ➡ Allez à HA24		
HA15. AU COURS D'UNE DES VISITES PRÉNATALES POUR VOTRE GROSSESSE DE (nom), AVEZ-VOUS REÇU DES INFORMATIONS SUR:		
[A] LES BÉBES QUI ATTRAPENT LE VIRUS DU SIDA PAR LEUR MÈRE?	O N NSP	
[B] LES CHOSSES QUE VOUS POUVEZ FAIRE POUR ÉVITER D'ATTRAPER LE VIRUS DU SIDA?	SIDA par la mère 1 2 8 Choses à faire..... 1 2 8 Test de SIDA..... 1 2 8	
[C] LA POSSIBILITÉ DE FAIRE UN TEST POUR LE VIRUS DU SIDA?		
VOUS A T-ON:		
[D] PROPOSE DE FAIRE UN TEST POUR LE VIRUS DU SIDA?	Proposé un test..... 1 2 8	
HA16. JE NE VEUX PAS CONNAÎTRE LES RÉSULTATS MAIS AVEZ-VOUS ÉTÉ TESTÉE POUR LE VIRUS DU SIDA DANS LE CADRE DE VOS SOINS PRÉNATAUX ?	Oui..... 1 Non 2 NSP..... 8	2 ➡ HA19 8 ➡ HA19

HA17. JE NE VEUX PAS CONNAÎTRE LES RÉSULTATS MAIS AVEZ-VOUS OBTENU LES RÉSULTATS DU TEST ?	Oui..... 1 Non 2	2 ➡ HA22
HA18. QUEL QUE SOIT LE RÉSULTAT, TOUTES LES FEMMES QUI ONT EFFECTUÉ LE TEST SONT SUPPOSÉES RECEVOIR DES CONSEILS APRÈS AVOIR REÇU LES RÉSULTATS. APRÈS AVOIR ÉTÉ TESTÉE, AVEZ-VOUS REÇU DES CONSEILS ?	Oui..... 1 Non 2 NSP..... 8	1 ➡ HA22 2 ➡ HA22 8 ➡ HA22
HA19. Vérifiez MN17 : Accouchement par un professionnel de la santé (A, B ou C) ? <input type="checkbox"/> Oui, accouchement par un professionnel de la santé ➡ Continuez avec HA20 <input type="checkbox"/> Non, accouchement pas assisté par un professionnel de la santé ➡ Allez à HA24		
HA20. JE NE VEUX PAS CONNAÎTRE LES RÉSULTATS MAIS AVEZ-VOUS ÉTÉ TESTÉE POUR LE VIRUS DU SIDA ENTRE LE MOMENT OU VOUS ÊTES VENUE POUR L'ACCOUCHEMENT MAIS AVANT LA NAISSANCE DU BÉBÉ ?	Oui..... 1 Non 2	2 ➡ HA24
HA21. JE NE VEUX PAS CONNAÎTRE LES RÉSULTATS MAIS AVEZ-VOUS OBTENU LES RÉSULTATS DU TEST ?	Oui..... 1 Non 2	
HA22. AVEZ-VOUS EFFECTUÉ UN TEST DU VIH/SIDA DEPUIS LE MOMENT OÙ VOUS AVEZ ÉTÉ TESTÉE AU COURS DE VOTRE GROSSESSE ?	Oui..... 1 Non 2	1 ➡ HA25
HA23. QUAND AVEZ-VOUS EFFECTUÉ LE TEST DU VIRUS DU SIDA POUR LA DERNIÈRE FOIS ?	Il y a moins de 12 mois..... 1 Il y a 12-23 mois 2 Il y a 2 ans ou plus..... 3	1 ➡ WM11 2 ➡ WM11 3 ➡ WM11
HA24. JE NE VEUX PAS CONNAÎTRE LES RÉSULTATS MAIS AVEZ-VOUS DÉJÀ EFFECTUÉ UN TEST POUR SAVOIR SI VOUS AVIEZ LE VIRUS DU SIDA ?	Oui..... 1 Non 2	2 ➡ HA27
HA25. QUAND AVEZ-VOUS EFFECTUÉ LE TEST POUR LA DERNIÈRE FOIS ?	Il y a moins de 12 mois..... 1 Il y a 12-23 mois 2 Il y a 2 ans ou plus..... 3	
HA26. JE NE VEUX PAS CONNAÎTRE LES RÉSULTATS MAIS AVEZ-VOUS OBTENU LES RÉSULTATS DU TEST ?	Oui..... 1 Non 2	1 ➡ WM11 2 ➡ WM11
HA27. CONNAISSEZ-VOUS UN ENDROIT OÙ LES GENS PEUVENT SE RENDRE POUR EFFECTUER LE TEST DU VIRUS DU SIDA ?	Oui..... 1 Non 2	

CONSOMMATION DE TABAC ET D'ALCOOL		TA
TA1. AVEZ-VOUS DÉJÀ ESSAYÉ DE FUMER UNE CIGARETTE, MÊME UNE OU DEUX BOUFFÉES?	Oui..... 1 Non 2	2 ➔ TA6
TA2. QUEL ÂGE AVEZ-VOUS LORSQUE VOUS AVEZ FUMÉ UNE CIGARETTE ENTIÈRE POUR LA PREMIÈRE FOIS?	Jamais fumé une cigarette entière..... 00 Age.....	00 ➔ TA6
TA3. FUMEZ-VOUS DES CIGARETTES ACTUELLEMENT?	Oui..... 1 Non 2	2 ➔ TA6
TA4. AU COURS DES DERNIÈRES 24H, COMBIEN DE CIGARETTES AVEZ-VOUS FUMÉ?	Nombre de cigarettes.....	
TA5. AU COURS DU MOIS DERNIER, COMBIEN DE JOURS AVEZ-VOUS FUMÉ DES CIGARETTES? Si c'est moins de 10 jours, notez le nombre de jours. Si c'est 10 jours ou plus, mais moins d'un mois, encerclez "10". Si c'est "chaque jour" ou "presque chaque jour", encerclez "30"	Nombre de jours..... 0 ___ 10 jours ou plus mais moins d'un mois 10 Chaque jour/Presque chaque jour..... 30	
TA6. AVEZ-VOUS DÉJÀ ESSAYÉ DE FUMER DES PRODUITS DE TABAC AUTRES QUE LES CIGARETTES, COMME LES CIGARES, LA CHICHA, LES CIGARILLOS OU LA PIPE?	Oui..... 1 Non 2	2 ➔ TA10
TA7. AU COURS DU DERNIER MOIS, AVEZ-VOUS CONSOMMÉ UN DE CES PRODUITS DE TABAC À FUMER ?	Oui..... 1 Non 2	2 ➔ TA10
TA8. QUEL TYPE DE PRODUITS DE TABAC À FUMER AVEZ-VOUS CONSOMMÉ AU COURS DU DERNIER MOIS? Encerclez tout ce qui a été mentionné.	Cigares..... A Chicha..... B Cigarillos..... C Pipe..... D Autre (à préciser)..... X	
TA9. AU COURS DU DERNIER MOIS, DURANT COMBIEN DE JOURS AVEZ-VOUS UTILISÉ DES PRODUITS DE TABAC À FUMER ? Si c'est moins de 10 jours, notez le nombre de jours. Si c'est 10 jours ou plus, mais moins d'un mois, encerclez "10". Si c'est "chaque jour" ou "presque chaque jour", encerclez "30"	Nombre de jours..... 0 ___ 10 jours ou plus mais moins d'un mois 10 Chaque jour/Presque chaque jour..... 30	
TA10. AVEZ-VOUS DÉJÀ ESSAYÉ DES PRODUITS DE TABAC QUI NE SE FUMENT PAS COMME LE TABAC À CHIQUER, À PRISER OU DIP?	Oui..... 1 Non 2	2 ➔ TA14
TA11. AU COURS DU DERNIER MOIS, AVEZ-VOUS UTILISÉ DES PRODUITS DE TABAC QUI NE SE FUMENT PAS ?	Oui..... 1 Non 2	2 ➔ TA14
TA12. QUEL TYPE DE PRODUITS DE TABAC QUI NE SE FUMENT PAS AVEZ-VOUS UTILISÉ AU COURS DU DERNIER MOIS? Encerclez tout ce qui a été mentionné	Tabac à chiquer..... A A priser..... B Dip..... C Autre (à spécifier)..... X	
TA13. AU COURS DU MOIS DERNIER, COMBIEN DE JOURS AVEZ-VOUS UTILISÉ DES PRODUITS DE TABAC QUI NE SE FUMENT PAS ? Si c'est moins de 10 jours, notez le nombre de jours. Si c'est 10 jours ou plus, mais moins d'un mois, encerclez "10". Si c'est "chaque jour" ou "presque chaque jour", encerclez "30"	Nombre de jours..... 0 ___ 10 jours ou plus mais moins d'un mois 10 Chaque jour/Presque chaque jour..... 30	
TA14. MAINTENANT JE VOUDRAIS VOUS POSER QUELQUES QUESTIONS SUR LA CONSOMMATION D'ALCOOL. AVEZ-VOUS DÉJÀ BU DE L'ALCOOL?	Oui..... 1 Non 2	2 ➔ Module suivant
TA15. NOUS COMPTONS COMME UN VERRE D'ALCOOL, UNE CANETTE OU UNE BOUTEILLE DE BIÈRE, UN VERRE DE VIN, UNE DOSE DE COGNAC, VODKA, WHISKEY OU RHUM. QUEL ÂGE AVEZ-VOUS QUAND VOUS AVEZ BU POUR LA PREMIÈRE FOIS DE L'ALCOOL AUTRE QUE QUELQUES GORGÉES?	Jamais bu d'alcool..... 00 Age.....	00 ➔ Module suivant
TA16. AU COURS DU DERNIER MOIS, COMBIEN DE JOURS AVEZ-VOUS BU AU MOINS UNE DOSE D'ALCOOL? Si le répondant n'a pas bu, encerclez "00". Si c'est moins de 10 jours, notez le nombre de jours. Si c'est 10 jours ou plus, mais moins d'un mois, encerclez "10". Si c'est "chaque jour" ou "presque chaque jour", encerclez "30"	N'a pas bu au cours du dernier mois..... 00 Nombre de jours..... 0 ___ 10 jours ou plus mais moins d'un mois 10 Chaque jour/Presque chaque jour..... 30	00 ➔ Module suivant
TA17. AU COURS DU DERNIER MOIS, LES JOUR OÙ VOUS AVEZ BU DE L'ALCOOL, COMBIEN DE VERRES PRENIEZ-VOUS HABITUELLEMENT ?	Nombre de verres.....	

SATISFACTION DE LA VIE		LS
LS1. Vérifier WB2: Age de la répondante entre 15 et 24 ans? <input type="checkbox"/> Age 25 à 49 ➔ Aller à WM11 <input type="checkbox"/> Age 15 à 24 ➔ Continuer avec LS2		
LS2. MAINTENANT JE VOUDRAIS VOUS POSER QUELQUES QUESTIONS SIMPLES À PROPOS DU BONHEUR ET DE LA SATISFACTION. PREMIÈREMENT, DANS L'ENSEMBLE, DIRIEZ-VOUS QUE VOUS ÊTES TRÈS HEUREUSE, ASSEZ HEUREUSE, NI HEUREUSE NI MALHEUREUSE, ASSEZ MALHEUREUSE OU TRÈS MALHEUREUSE ? VOUS POUVEZ ÉGALEMENT REGARDER CES IMAGES POUR GUIDER VOS RÉPONSES. Montrez le coté 1 de la carte réponse et expliquer ce que représente chaque symbole. Encercler la réponse montrée par l'enquêtée.	Très heureuse 1 Assez heureuse 2 Ni heureuse ni malheureuse 3 Assez malheureuse 4 Très malheureuse 5	
LS3. MAINTENANT JE VOUDRAIS VOUS POSER QUELQUES QUESTIONS SUR VOTRE NIVEAU DE SATISFACTION DANS DIFFÉRENTS DOMAINES. POUR CHAQUE CAS, IL Y A CINQ RÉPONSES POSSIBLES : DITES-MOI, SVP, POUR CHAQUE QUESTION SI VOUS ÊTES TRÈS SATISFAITE, ASSEZ SATISFAITE, NI SATISFAITE NI INSATISFAITE, ASSEZ INSATISFAITE OU TRÈS INSATISFAITE. VOUS POUVEZ ÉGALEMENT REGARDER CES IMAGES POUR GUIDER VOS RÉPONSES. Montrez le coté 2 de la carte réponse et expliquer ce que représente chaque symbole. Encercler la réponse montrée par l'enquêtée pour les questions LS3 à LS13. DANS QUELLE MESURE, ÊTES-VOUS SATISFAITE DE VOTRE VIE DE FAMILLE?	N'a pas de famille 0 Très satisfaite 1 Assez satisfaite 2 Ni satisfaite ni insatisfaite 3 Assez insatisfaite 4 Très insatisfaite 5	
LS4. DANS QUELLE MESURE, ÊTES-VOUS SATISFAITE DE VOS AMIS?	N'a pas d'amis 0 Très satisfaite 1 Assez satisfaite 2 Ni satisfaite ni insatisfaite 3 Assez insatisfaite 4 Très insatisfaite 5	
LS5. DURANT L'ANNÉE SCOLAIRE (actuelle / 2010-2011), ÊTES-VOUS ALLÉE À L'ÉCOLE ?	Oui 1 Non 2	2 ➔ LS7
LS6. DANS QUELLE MESURE, (ÊTES/ÉTIEZ)-VOUS SATISFAITE DE VOTRE ÉCOLE ?	Très satisfaite 1 Assez satisfaite 2 Ni satisfaite ni insatisfaite 3 Assez insatisfaite 4 Très insatisfaite 5	
LS7. DANS QUELLE MESURE, ÊTES-VOUS SATISFAITE DE VOTRE TRAVAIL ACTUEL ?	N'a pas de travail 0 Très satisfaite 1 Assez satisfaite 2 Ni satisfaite ni insatisfaite 3 Assez insatisfaite 4 Très insatisfaite 5	
LS8. DANS QUELLE MESURE, ÊTES-VOUS SATISFAITE DE VOTRE SANTÉ ?	Très satisfaite 1 Assez satisfaite 2 Ni satisfaite ni insatisfaite 3 Assez insatisfaite 4 Très insatisfaite 5	
LS9. DANS QUELLE MESURE, ÊTES-VOUS SATISFAITE DE LÀ OÙ VOUS VIVEZ ? Au besoin, expliquez que la question fait référence à l'environnement où elle vit, notamment le quartier et l'habitat.	Très satisfaite 1 Assez satisfaite 2 Ni satisfaite ni insatisfaite 3 Assez insatisfaite 4 Très insatisfaite 5	
LS10. DANS QUELLE MESURE, ÊTES-VOUS SATISFAITE DE LA FAÇON DONT LES GENS AUTOUR DE VOUS VOUS TRAITENT ?	Très satisfaite 1 Assez satisfaite 2 Ni satisfaite ni insatisfaite 3 Assez insatisfaite 4 Très insatisfaite 5	
LS11. DANS QUELLE MESURE, ÊTES-VOUS SATISFAITE DE VOTRE ALLURE PHYSIQUE ?	Très satisfaite 1 Assez satisfaite 2 Ni satisfaite ni insatisfaite 3 Assez insatisfaite 4 Très insatisfaite 5	

LS12. DANS QUELLE MESURE, ÊTES-VOUS SATISFAITE DE VOTRE VIE EN GÉNÉRAL ?	Très satisfaite 1 Assez satisfaite..... 2 Ni satisfaite ni insatisfaite..... 3 Assez insatisfaite 4 Très insatisfaite..... 5	
LS13. DANS QUELLE MESURE, ÊTES-VOUS SATISFAITE DE VOTRE REVENU ACTUEL ? Si l'enquêtée répond qu'elle n'a pas de revenu, encrer le code "0" et aller à la question suivante. Ne pas insister pour savoir comment elle se sent vis-à-vis du fait de ne pas avoir de revenu, à moins qu'elle ne le dise d'elle-même.	N'a pas de revenu 0 Très satisfaite 1 Assez satisfaite..... 2 Ni satisfaite ni insatisfaite..... 3 Assez insatisfaite 4 Très insatisfaite..... 5	
LS14. COMPARÉ À L'ANNÉE DERNIÈRE À LA MÊME ÉPOQUE, DIRIEZ-VOUS QUE, DE MANIÈRE GÉNÉRALE, VOTRE VIE S'EST AMÉLIORÉE, EST RESTÉE PLUS OU MOINS LA MÊME OU A EMPIRÉ ?	Améliorée 1 Plus ou moins la même 2 Empirée..... 3	
LS15. ET DANS UN AN, À COMPTER DE MAINTENANT, PENSEZ-VOUS QUE, DE MANIÈRE GÉNÉRALE, VOTRE VIE SERA MEILLEURE, SERA PLUS OU MOINS LA MÊME OU SERA PIRE ?	Meilleure 1 Plus ou moins la même 2 Pire..... 3	

WM11. Enregistrez l'heure	Heure et minutes _ _ : _ _	
---------------------------	----------------------------------	--

WM12. L'enquêtée est-elle la mère ou la gardienne qui prend soin d'un enfant de 0-4 vivant dans le ménage ?
Vérifiez la feuille d'enregistrement du ménage HL9.

- Oui. ➔ Allez au QUESTIONNAIRE ENFANTS DE MOINS DE CINQ ANS pour cet enfant et commencez l'interview avec cette enquêtée.
- Non. ➔ Terminez l'interview avec cette enquêtée en la remerciant pour sa coopération.
Vérifiez la présence d'autre femme éligible ou d'autre enfant de moins de 5 ans dans le ménage.

Observations de l'enquêteur/enquêtrice

Observations du contrôleur/contrôleuse de terrain

Observations du superviseur

Modifications par rapport à la version standard

- Santé de la mère et du nouveau né: Les questions MN3A, MN3B, MN19A, MN27A ont été ajoutées et les questions MN12, MN13, MN14, MN15, MN16 ont été supprimées
- Contraception : la question CPO a été ajoutée
- VIH/Sida : la question HA12A a été ajoutée