

ENQUETE DEMOGRAPHIQUE ET DE SANTE
QUESTIONNAIRE MENAGE

Confidentiel

IDENTIFICATION	
PROVINCE _____	PROVINCE..... <input type="checkbox"/>
DEPARTEMENT _____	N° de la STRATE.... <input type="checkbox"/>
ARROND./DISTRICT _____	ARROND./DISTRICT <input type="checkbox"/>
VILLE/CANTON/GROUPEMENT _____	N° de la GRAPPE <input type="checkbox"/>
VILLAGE _____	N° de STRUCTURE <input type="checkbox"/>
QUARTIER DE VILLE/LOCALITE _____	N° du MENAGE..... <input type="checkbox"/>
NOM DE L'ENQUETE(E) _____	N° de la ZD _____

ENQUETE MARI: OUI 1 NON 2

VISITES D'ENQUETRICE				
	1	2	3	VISITE FINALE
DATE	_____	_____	_____	JOUR.... <input type="checkbox"/>
NOM DE L'ENQUETRICE	_____	_____	_____	MOIS.... <input type="checkbox"/>
RESULTAT*	_____	_____	_____	ANNEE... <input type="checkbox"/>
PROCHAINE VISITE: DATE	_____	_____	<input type="checkbox"/>	CODE ENQUETRICE <input type="checkbox"/>
HEURE	_____	_____	<input type="checkbox"/>	RESULTAT... <input type="checkbox"/>
*CODES RESULTAT: 1 REMPLI 2 MENAGE PRESENT MAIS PERSONNE COMPET. POUR REpondRE 3 MENAGE ABSENT 4 DIFFERE 5 REFUS DE REpondRE 6 LOGEMENT VIDE 7 LOGEMENT DETRUIT 8 LOGEMENT NON TROUVE 9 AUTRE _____ (PRECISER)				NOMBRE TOTAL DE VISITES <input type="checkbox"/>
				TOTAL DANS LE MENAGE <input type="checkbox"/>
				TOTAL DES FEMMES ELIGIBLES <input type="checkbox"/>
				TOTAL DE(S) MARI(S) ELIGIBLE(S) <input type="checkbox"/>

N° du QUESTIONNAIRE <input type="checkbox"/>	NOMBRE DE QUESTIONNAIRES <input type="checkbox"/>
--	---

NOM DATE	CONTROLE TERRAIN _____	CONTROLE BUREAU _____	SAISI PAR _____	SAISI PAR <input type="checkbox"/>
-------------	---------------------------	--------------------------	--------------------	---------------------------------------

(0) ENREGISTRER L'HEURE		HEURE <input type="text"/> <input type="text"/>		MINUTES <input type="text"/> <input type="text"/>		TABLEAU DE MENAGE														ENQUETE MARI	
						Maintenant nous voudrions des renseignements sur les personnes qui vivent habituellement dans votre ménage ou qui habitent chez vous actuellement.														OUI 1 NON 2	
N°	NOM ET PRENOM	LIEN DE PARENTE AVEC LE CHEF DE MENAGE*	SITUATION DE RESIDENCE		SEXE	AGE	EDUCATION				ENCADREMENT DES ENFANTS***				FEMMES EN UNION	ELIGIBILITE DES FEMMES	ELIGIBILITE DES MARIS				
			(NOM) vit-il/elle habituellement dans ce ménage?	(NOM) a-t-il/elle dormi dans ce ménage la nuit dernière?			(NOM) est-il/elle de sexe masculin ou féminin?	Quel âge (NOM) a-t-il/elle?	(NOM) sait-il/elle lire et écrire?	(NOM) a-t-il/elle fréquenté l'école?	Quel est le plus haut niveau d'études qu'il/elle a atteint et la dernière classe qu'il/elle a achevé à ce niveau?*	POUR TOUS CEUX AGES DE MOINS DE 25 ANS	Est-ce que la mère (NOM) au monde est toujours en vie?	SI EN VIE				Est-ce que le père (NOM) au monde est toujours en vie?	SI EN VIE	POUR LES FEMMES DE 15 à 49 ANS	ENTOURER LE NUMERO D'ORDRE DES FEMMES DE 15 à 49 ANS (VOIR Q.7) QUI ONT DORMI DANS LE MENAGE LA NUIT DERNIERE (OUI A Q.5)
(1)	(2)	(3)	(4)	(5)	(6)	(7)	(8)	(9)	(10)	(11)	(12)	(13)	(14)	(15)	(16)	(17)	(18)				
	S'il vous plaît, donnez-moi le nom des personnes qui vivent habituellement dans votre ménage ou qui ont dormi chez vous la nuit dernière, en commençant par le chef de ménage.	Quel est le lien de parenté de (NOM) avec le chef de ménage?																			
01		<input type="text"/>	1 2	1 2	1 2	<input type="text"/>	1 2	1 2	<input type="text"/>	<input type="text"/>	1 2	1 2 8	<input type="text"/>	1 2 8	<input type="text"/>	1 2	01				
02		<input type="text"/>	1 2	1 2	1 2	<input type="text"/>	1 2	1 2	<input type="text"/>	<input type="text"/>	1 2	1 2 8	<input type="text"/>	1 2 8	<input type="text"/>	1 2	02				
03		<input type="text"/>	1 2	1 2	1 2	<input type="text"/>	1 2	1 2	<input type="text"/>	<input type="text"/>	1 2	1 2 8	<input type="text"/>	1 2 8	<input type="text"/>	1 2	03				
04		<input type="text"/>	1 2	1 2	1 2	<input type="text"/>	1 2	1 2	<input type="text"/>	<input type="text"/>	1 2	1 2 8	<input type="text"/>	1 2 8	<input type="text"/>	1 2	04				
05		<input type="text"/>	1 2	1 2	1 2	<input type="text"/>	1 2	1 2	<input type="text"/>	<input type="text"/>	1 2	1 2 8	<input type="text"/>	1 2 8	<input type="text"/>	1 2	05				
06		<input type="text"/>	1 2	1 2	1 2	<input type="text"/>	1 2	1 2	<input type="text"/>	<input type="text"/>	1 2	1 2 8	<input type="text"/>	1 2 8	<input type="text"/>	1 2	06				
07		<input type="text"/>	1 2	1 2	1 2	<input type="text"/>	1 2	1 2	<input type="text"/>	<input type="text"/>	1 2	1 2 8	<input type="text"/>	1 2 8	<input type="text"/>	1 2	07				
08		<input type="text"/>	1 2	1 2	1 2	<input type="text"/>	1 2	1 2	<input type="text"/>	<input type="text"/>	1 2	1 2 8	<input type="text"/>	1 2 8	<input type="text"/>	1 2	08				
09		<input type="text"/>	1 2	1 2	1 2	<input type="text"/>	1 2	1 2	<input type="text"/>	<input type="text"/>	1 2	1 2 8	<input type="text"/>	1 2 8	<input type="text"/>	1 2	09				
10		<input type="text"/>	1 2	1 2	1 2	<input type="text"/>	1 2	1 2	<input type="text"/>	<input type="text"/>	1 2	1 2 8	<input type="text"/>	1 2 8	<input type="text"/>	1 2	10				

11			1 2	1 2	1 2		1 2	1 2			1 2	1 2 8		1 2 8		1 2	11	
12			1 2	1 2	1 2		1 2	1 2			1 2	1 2 8		1 2 8		1 2	12	
13			1 2	1 2	1 2		1 2	1 2			1 2	1 2 8		1 2 8		1 2	13	
14			1 2	1 2	1 2		1 2	1 2			1 2	1 2 8		1 2 8		1 2	14	
15			1 2	1 2	1 2		1 2	1 2			1 2	1 2 8		1 2 8		1 2	15	
16			1 2	1 2	1 2		1 2	1 2			1 2	1 2 8		1 2 8		1 2	16	
17			1 2	1 2	1 2		1 2	1 2			1 2	1 2 8		1 2 8		1 2	17	
18			1 2	1 2	1 2		1 2	1 2			1 2	1 2 8		1 2 8		1 2	18	
19			1 2	1 2	1 2		1 2	1 2			1 2	1 2 8		1 2 8		1 2	19	

COCHER ICI SI UNE AUTRE FEUILLE EST UTILISEE
ET NOTER LE NUMERO DE FEUILLE EN 1^{er} PAGE

NOMBRE TOTAL DE FEMME(S) ELIGIBLE(S)

NOMBRE TOTAL DE MARI(S) ELIGIBLE(S)

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

- 1) Y a-t-il d'autres personnes telles que des petits enfants ou des nourrissons que nous n'avons pas portés sur la liste? OUI → INSCRIRE CHACUN(E) DANS LE TABLEAU NON
- 2) De plus, y-a-t-il d'autres personnes qui ne sont peut-être pas membres de votre famille tels que des domestiques ou des amis qui vivent habituellement dans votre ménage? OUI → INSCRIRE CHACUN(E) DANS LE TABLEAU NON
- 3) En plus de toutes les personnes déjà citées, avez-vous des invités ou des visiteurs temporaires, ou d'autres personnes qui ont dormi dans votre ménage la nuit dernière? OUI → INSCRIRE CHACUN(E) DANS LE TABLEAU NON

* CODES POUR Q.3
LIEN DE PARENTE AVEC LE CHEF DE MENAGE:
01= CHEF DE MENAGE
02= FEMME OU MARI DU C.M.
03= FILS OU FILLE DU C.M.
04= BEAU-FILS OU BELLE-FILLE DU C.M.
05= PETIT-FILS OU -FILLE DU C.M.
06= PERE OU MERE DU C.M.
07= BEAU-PERE OU BELLE-MERE DU C.M.
08= FRERE OU SOEUR DU C.M.
09= ONCLE OU TANTE DU C.M.
10= COUSIN/COUSINE/NEVEU/NIECE DU C.M.
11= AUTRES PARENTS DU C.M.
12= SANS PARENTE AVEC LE C.M.
98= NSP

** CODES POUR Q.10
NIVEAU D'EDUCATION:
0= MATERNELLE
1= PRIMAIRE
2= SECONDAIRE
3= SUPERIEUR
8= NSP

CLASSE: CODES SELON LES DIFFERENTS SYSTEMES D'EDUCATION
0=MOINS D'UNE ANNEE 8=NSP POUR LE SUPERIEUR: VOIR LE MANUEL D'INSTRUCTIONS

PRIMAIRE			SECONDAIRE		
ANGLOPHONE	CODES	FRANCOPHONE	ANGLOPHONE	CODES	FRANCOPHONE
INFANT/CLASS ONE	1	SIL	FORM 1	1	SIXIEME/1 ^{er} ANNEE
STANDARD ONE/CLASS TWO	2	CP	FORM 2	2	CINQUIEME/2 ^{er} ANNEE
STANDARD TWO/CLASS THREE	3	CE1	FORM 3	3	QUATRIEME/3 ^{er} ANNEE
STANDARD THREE/CLASS FOUR	4	CE2	FORM 4	4	TROISIEME/4 ^{er} ANNEE
STANDARD FOUR/CLASS FIVE	5	CM1	FORM 5	5	SECONDE
STANDARD FIVE/CLASS SIX	6	CM2	LOWER SIXTH FORM	6	PREMIERE
STANDARD SIX/CLASS SEVEN	7	-	UPPER SIXTH FORM	7	TERMINALE

*** Cette question concerne les parents biologiques de l'enfant. Noter 00 si les parents ne sont pas membres du ménage

N°	QUESTIONS ET FILTRES	CODES	PASSER																													
				A																												
19	Où vous approvisionnez-vous en eau pour faire la vaisselle, pour laver les habits et pour vous laver?	EAU DU ROBINET ROBINET DANS LE LOGEMENT.....11 ROBINET DANS LA COUR.....12 ROBINET DU VOISIN.....13 BORNE FONTAINE.....14 EAU DE PUITTS PUITTS A POMPE MANUELLE.....21 PUITTS SANS POMPE MANUELLE.....22 EAU DE SURFACE RIVIERE, SOURCE, MARIGOT.....31 EAU DE PLUIE.....41 AUTRE.....51 (PRECISER)		21																												
20	Combien de temps faut-il pour aller chercher l'eau et revenir? SI 90 MINUTES OU MOINS, ENREGISTRER EN MINUTES. DANS LES AUTRES CAS, ENREGISTRER EN HEURES.	MINUTES..... <input type="text" value="1"/> <input type="text"/> <input type="text"/> HEURES..... <input type="text" value="2"/> <input type="text"/> <input type="text"/> SUR PLACE.....996																														
21	Pour boire, utilisez-vous l'eau de la même source que celle dont nous venons de parler?	OUI.....1 NON.....2		24																												
22	Où vous approvisionnez-vous en eau pour boire dans votre ménage?	EAU DU ROBINET ROBINET DANS LE LOGEMENT.....11 ROBINET DANS LA COUR.....12 ROBINET DU VOISIN.....13 BORNE FONTAINE.....14 EAU DE PUITTS PUITTS A POMPE MANUELLE.....21 PUITTS SANS POMPE MANUELLE.....22 EAU DE SURFACE RIVIERE, SOURCE, MARIGOT.....31 EAU DE PLUIE.....41 AUTRE.....51 (PRECISER)		24																												
23	Combien de temps faut-il pour aller chercher l'eau pour boire et revenir? SI 90 MINUTES OU MOINS, ENREGISTRER EN MINUTES. DANS LES AUTRES CAS, ENREGISTRER EN HEURES.	MINUTES..... <input type="text" value="1"/> <input type="text"/> <input type="text"/> HEURES..... <input type="text" value="2"/> <input type="text"/> <input type="text"/> SUR PLACE.....996																														
24	Quel type de w.c. utilisez-vous dans votre ménage?	CHASSE D'EAU.....11 LATRINES LATRINES AMENAGEES.....21 LATRINES SOMMAIRES.....22 PAS DE TOILETTES/NATURE CIEL OUVERT.....31 RIVIERE.....32 PAS DE W.C.....33 AUTRE.....41 (PRECISER)																														
25	Dans votre ménage, avez-vous? L'électricité? Une radio? Une télévision? Un réfrigérateur? Une cuisinière à gaz ou électrique? Un réchaud à gaz ou électrique?	<table border="0"> <tr> <td></td> <td></td> <td style="text-align: center;">OUI</td> <td style="text-align: center;">NON</td> </tr> <tr> <td>ELECTRICITE.....</td> <td>1</td> <td></td> <td>2</td> </tr> <tr> <td>RADIO.....</td> <td>1</td> <td></td> <td>2</td> </tr> <tr> <td>TELEVISION.....</td> <td>1</td> <td></td> <td>2</td> </tr> <tr> <td>REFRIGERATEUR.....</td> <td>1</td> <td></td> <td>2</td> </tr> <tr> <td>CUISINIERE.....</td> <td>1</td> <td></td> <td>2</td> </tr> <tr> <td>RECHAUD.....</td> <td>1</td> <td></td> <td>2</td> </tr> </table>			OUI	NON	ELECTRICITE.....	1		2	RADIO.....	1		2	TELEVISION.....	1		2	REFRIGERATEUR.....	1		2	CUISINIERE.....	1		2	RECHAUD.....	1		2		
		OUI	NON																													
ELECTRICITE.....	1		2																													
RADIO.....	1		2																													
TELEVISION.....	1		2																													
REFRIGERATEUR.....	1		2																													
CUISINIERE.....	1		2																													
RECHAUD.....	1		2																													
26	Dans votre ménage, combien de pièces utilisez-vous pour dormir?	PIECES..... <input type="text"/> <input type="text"/>																														
27	Combien de personnes dorment dans la pièce où il y a le plus de gens qui dorment?	NOMBRE DE PERSONNES..... <input type="text"/> <input type="text"/>																														
28	PRINCIPAL MATERIAU DU PLANCHER. (ENREGISTRER L'OBSERVATION.)	PLANCHER NATUREL TERRE.....11 PLANCHER SOMMAIRE BOIS.....21 PLANCHER FINI CIMENT.....31 CARRELAGE.....32 AUTRE.....41 (PRECISER)																														
29	Dans votre ménage quelqu'un possède-t-il: Une bicyclette/vélo? Une moto/motocyclette? Une voiture?	<table border="0"> <tr> <td></td> <td></td> <td style="text-align: center;">OUI</td> <td style="text-align: center;">NON</td> </tr> <tr> <td>BICYCLETTE/VELO.....</td> <td>1</td> <td></td> <td>2</td> </tr> <tr> <td>MOTO/MOTOCYCLETTE.....</td> <td>1</td> <td></td> <td>2</td> </tr> <tr> <td>VOITURE.....</td> <td>1</td> <td></td> <td>2</td> </tr> </table>			OUI	NON	BICYCLETTE/VELO.....	1		2	MOTO/MOTOCYCLETTE.....	1		2	VOITURE.....	1		2														
		OUI	NON																													
BICYCLETTE/VELO.....	1		2																													
MOTO/MOTOCYCLETTE.....	1		2																													
VOITURE.....	1		2																													
30	ENREGISTRER L'HEURE	HEURE..... <input type="text"/> <input type="text"/> MINUTES..... <input type="text"/> <input type="text"/>																														