



ENQUETE DEMOGRAPHIQUE ET DE SANTE (EDSII) 1992/1993
QUESTIONNAIRE MENAGE

IDENTIFICATION	
NOM DE LA LOCALITE (COMMUNE/VILLAGE) _____ DEBUT	H. <input type="checkbox"/>
NOM DU CHEF DE MENAGE _____	M. <input type="checkbox"/>
N° DU DR.....	<input type="checkbox"/>
N° DU MENAGE.....	<input type="checkbox"/>
REGION.....	<input type="checkbox"/>
URBAIN/RURAL (urbain=1, rural=2).....	<input type="checkbox"/>
DAKAR/GRANDE VILLE/VILLE/CAMPAGNE *.....	<input type="checkbox"/>
NOM ET N° DE LIGNE DU REpondant SUR LA FEUILLE MENAGE.....	<input type="checkbox"/>

ENQUETE HOMME :	OUI = 1	NON = 2	<input type="checkbox"/>
-----------------	---------	---------	--------------------------

VISITES D'ENQUETRICE				
	1	2	3	VISITE FINALE
DATE	_____	_____	_____	JOUR <input type="checkbox"/>
				MOIS <input type="checkbox"/>
				ANNEE <input type="checkbox"/>
NOM DE L'ENQUETRICE	_____	_____	_____	CODE ENQ <input type="checkbox"/>
RESULTAT**	_____	_____	_____	RESULTAT <input type="checkbox"/>
PROCHAINE VISITE: DATE HEURE	_____	_____	<input type="checkbox"/>	NOMBRE TOTAL DE VISITES <input type="checkbox"/>
**CODES RESULTAT: 1 ENTIEREMENT REMPLI 2 MENAGE PRESENT OU PAS: PAS D'ENQ. COMPET. A MAISON 3 MENAGE ABSENT POUR LONGUE PERIODE 4 DIFFERE 5 REFUSE 6 LOGEMENT VIDE OU PAS DE LOGEMENT A L'ADRESSE 7 LOGEMENT DETRUIT 8 LOGEMENT NON TROUVE 9 AUTRE _____ (PRECISER)				TOTAL DANS LE MENAGE <input type="checkbox"/> TOTAL DES FEMMES ELIGIBLES <input type="checkbox"/> TOTAL DES HOMMES ELIGIBLES <input type="checkbox"/>

NOM DATE	CONTROLE TERRAIN _____	CONTROLE BUREAU _____	NOM ET CODE A. SAISIE _____ <input type="checkbox"/>
----------	------------------------	-----------------------	--

* DAKAR: REGION DAKAR SAUF ZONE RURALE=1
 GRANDES VILLES: COM. DE THIES, KAOLACK, ZIGUINCHOR, SAINT-LOUIS, DIOURB=2
 VILLES: AUTRES COMMUNES=3, CAMPAGNE: ZONE RURALE=4

TABLEAU DE MENAGE

Maintenant je voudrais des renseignements sur les personnes qui vivent habituellement dans votre ménage ou qui sont en visite chez vous actuellement.

N°	RESIDENTS HABITUELS ET VISITEURS	LIEN AVEC LE CHEF DE MENAGE*	RESIDENCE		SEXE	AGE	EDUCATION			SURVIE ET RESIDENCE DES PARENTS POUR LES PERSONNES DE MOINS DE 15 ANS (VOIR COLONNE 7)				ELIGIBILITE DES	
			(NOM) vit-il /elle ici d'habitude?	(NOM) a-t-il /elle dormi ici la nuit dernière?			(NOM) est-il de sexe masculin ou féminin?	Quel âge a (NOM)?	(NOM) a-t-il /elle fréquenté l'école?	SI A FREQUENTE ECOLE	SI AGE DE 6 ANS ET PLUS	Est-ce que la mère biologique de (NOM) est toujours en vie?	SI EN VIE	Est-ce que le père biologique de (NOM) est toujours en vie?	SI EN VIE
(1)	(2)	(3)	(4)	(5)	(6)	(7)	(8)	(9)	(10)	(11)	(12)	(13)	(14)	(15)	(16)
	S'il vous plaît, donnez-moi le nom 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.	Quel est le lien de parenté de (NOM) avec le chef de ménage?	(NOM) vit-il /elle ici d'habitude?	(NOM) a-t-il /elle dormi ici la nuit dernière?	(NOM) est-il de sexe masculin ou féminin?	Quel âge a (NOM)? NOTER: 97 pour 97 ans et plus	(NOM) a-t-il /elle fréquenté l'école? SI NON PASSER A Q.11	SI A FREQUENTE ECOLE Quel est le plus haut niveau d'études que (NOM) a atteint? SI NON Quel est la dernière classe que (NOM) a achevé à ce niveau?***	SI AGE DE MOINS DE 25 ANS (NOM) va-t-il /elle encore à l'école?	Est-ce que la mère biologique de (NOM) est toujours en vie? SI NON OU NSP PASSER A Q.13	SI EN VIE Est-ce que la mère biologique de (NOM) vit dans ce ménage? SI OUI: Quel est son nom? INSCRIRE LE NUMERO DE LIGNE DE LE MERE	Est-ce que le père biologique de (NOM) est toujours en vie? SI NON OU NSP PASSER A Q.15	SI EN VIE Est-ce que le père biologique de (NOM) vit dans ce ménage? SI OUI: Quel est son nom? INSCRIRE LE NUMERO DE LIGNE DU PERE	ENTOURER LE NUMERO DE LIGNE DES FEMMES AGEES DE 15 A 49 ANS (VOIR Q5, Q6 ET Q7)	ENTOURER LE NUMERO DE LIGNE DES HOMMES AGEES DE 20 ANS ET + (VOIR Q5, Q6 ET Q7)
01		<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	OUI NON 1 2	OUI NON 1 2	H F 1 2	EN ANS. <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	OUI NON 1 2	NIVEAU CLAS. <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	OUI NON 1 2	OUI NON NSP? 1 2 8	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	OUI NON NSP 1 2 8	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	01	01
02		<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	1 2	1 2	1 2	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	1 2	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	1 2	1 2 8	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	1 2 8	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	02	02
03		<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	1 2	1 2	1 2	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	1 2	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	1 2	1 2 8	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	1 2 8	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	03	03
04		<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	1 2	1 2	1 2	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	1 2	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	1 2	1 2 8	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	1 2 8	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	04	04
05		<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	1 2	1 2	1 2	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	1 2	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	1 2	1 2 8	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	1 2 8	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	05	05
06		<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	1 2	1 2	1 2	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	1 2	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	1 2	1 2 8	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	1 2 8	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	06	06
07		<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	1 2	1 2	1 2	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	1 2	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	1 2	1 2 8	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	1 2 8	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	07	07
08		<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	1 2	1 2	1 2	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	1 2	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	1 2	1 2 8	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	1 2 8	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	08	08
09		<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	1 2	1 2	1 2	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	1 2	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	1 2	1 2 8	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	1 2 8	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	09	09
10		<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	1 2	1 2	1 2	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	1 2	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	1 2	1 2 8	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	1 2 8	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	10	10

SUITE DU TABLEAU DE MENAGE

(1)	(2)	(3)	(4)	(5)	(6)	(7)	(8)	(9)	(10)	(11)	(12)	(13)	(14)	(15)	(16)
			OUI NON	OUI NON	H F	EN ANS.	OUI NON	NIVEAU CLAS.	OUI NON	OUI NON MSP		OUI NON MSP			
11			1 2	1 2	1 2		1 2		1 2	1 2 8		1 2 8		11	11
12			1 2	1 2	1 2		1 2		1 2	1 2 8		1 2 8		12	12
13			1 2	1 2	1 2		1 2		1 2	1 2 8		1 2 8		13	13
14			1 2	1 2	1 2		1 2		1 2	1 2 8		1 2 8		14	14
15			1 2	1 2	1 2		1 2		1 2	1 2 8		1 2 8		15	15
16			1 2	1 2	1 2		1 2		1 2	1 2 8		1 2 8		16	16
17			1 2	1 2	1 2		1 2		1 2	1 2 8		1 2 8		17	17
18			1 2	1 2	1 2		1 2		1 2	1 2 8		1 2 8		18	18
19			1 2	1 2	1 2		1 2		1 2	1 2 8		1 2 8		19	19
20			1 2	1 2	1 2		1 2		1 2	1 2 8		1 2 8		20	20

COCHER ICI SI UNE AUTRE FEUILLE EST UTILISEE
ET NOTER LE NUMERO DE FEUILLE EN 1ERE PAGE

NOMBRE TOTAL DE
PERSONNES ELIGIBLES

Juste pour être sûre 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 domestiques, des locataires ou des amis, qui vivent habituellement ici ?

OUI → INSCRIRE CHACUN(E) DANS LE TABLEAU

NON

3) Avez-vous des invités ou des visiteurs temporaires qui sont chez vous, ou d'autres personnes qui ont dormi ici 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

03= FILS OU FILLE

04= GENDRE OU BELLE-FILLE

05= PETIT-FILS OU -FILLE

06= PERE OU MERE

07= BEAU-PERE OU BELLE-MERE

08= FRERE OU SOEUR

09= COEPOUSE

10= AUTRE PARENT

11= ENFANT CONFIE

12= ENFANT ADOPTE

13= NON PARENT

98= NSP

** CODES POUR Q.9

NIVEAU D'EDUCATION:

1= PRIMAIRE

2= SECONDAIRE

3= SUPERIEUR

8= NSP

CLASSE:

00=MOINS D'UNE ANNEE ACHEVEE

98=NSP

N°	QUESTIONS ET FILTRES	CODES	PASSER A
17	D'où provient l'eau que votre ménage utilise pour se laver les mains et pour laver la vaisselle?	EAU DU ROBINET ROBINET DANS LA CONCESSION...11 BORNE FONTAINE.....12 EAU DE PUIITS PUIITS DANS LA CONCESSION.....21 PUIITS PUBLIC.....22 FORAGE.....23 EAU DE SURFACE RIVIERE/RUISSEAU/FLEUVE.....31 MARE/LAC/MARIGOT.....32 SOURCE.....33 BARRAGE.....34 EAU DE PLUIE.....41 CANTON CITERNE.....51 EAU EN BOUTEILLE.....61 AUTRE.....71 (PRECISER)	→19 →19 →19 →19
18	Combien de temps faut-il pour aller là-bas, prendre de l'eau et revenir?	MINUTES..... <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> SUR PLACE.....096	
19	Pour boire, votre ménage utilise-t-il l'eau de la même origine?	OUI.....1 NON.....2	→21
20	D'où provient l'eau que boivent les membres de votre ménage?	EAU DU ROBINET ROBINET DANS LA CONCESSION...11 BORNE FONTAINE.....12 EAU DE PUIITS PUIITS DANS LA CONCESSION.....21 PUIITS PUBLIC.....22 FORAGE.....23 EAU DE SURFACE RIVIERE/RUISSEAU/FLEUVE.....31 MARE/LAC/MARIGOT.....32 SOURCE.....33 BARRAGE.....34 EAU DE PLUIE.....41 CANTON CITERNE.....51 EAU EN BOUTEILLE.....61 AUTRE.....71 (PRECISER)	
21	Quel genre de toilettes y a-t-il dans votre ménage?	CHASSE D'EAU CHASSE D'EAU PERSONNELLE.....11 CHASSE D'EAU EN COMMUN.....12 FOSSE/LATRINE FOSSE.....21 LATRINE.....22 PAS DE TOILETTES DS LE MEN.....31 AUTRE.....41 (PRECISER)	
22	Dans votre ménage, avez-vous? L'électricité? Une radio? Une télévision? Un réfrigérateur/congélateur? Une vidéo?	OUI NON ELECTRICITE.....1 2 RADIO.....1 2 TELEVISION.....1 2 REFRIGERATEUR/CONGELATEUR..1 2 VIDEO.....1 2	
23	Dans votre ménage, combien de pièces utilisez-vous pour dormir?	PIECES..... <input type="text"/> <input type="text"/>	
24	PRINCIPAL MATERIAU DU PLANCHER OBSERVER ET ENREGISTRER LA REPONSE APPROPRIEE .	PLANCHER NATUREL TERRE/SABLE.....11 BOUSE.....12 PLANCHER FINI PARQUET OU BOIS CIRE.....31 BANDE DE VINYLE OU TAPIS....32 CARRELAGE.....33 CIMENT.....34 MOQUETTE.....35 AUTRE.....41 (PRECISER)	
25	Y-a-t-il quelqu'un de votre ménage qui possède Une bicyclette? Une mobylette ou motocyclette? Une voiture?	OUI NON BICYCLETTE.....1 2 MOBYLETTE/MOTOCYCLETTE....1 2 VOITURE.....1 2	
26	FIM INTERVIEW QUESTIONNAIRE MENAGE .	HEURE..... <input type="text"/> <input type="text"/> MINUTES..... <input type="text"/> <input type="text"/>	