



## QUESTIONNAIRE MÉNAGE

## ENQUÊTE DÉMOGRAPHIQUE ET DE SANTÉ ET A INDICATEURS MULTIPLES (EDSN-MICSIII, 2006)

IDENTIFICATION																			
NOM DE LA LOCALITÉ _____	<table border="1"> <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>																		
NUMÉRO DE GRAPPE .....	N. GRAPPE																		
NUMÉRO DE CONCESSION .....	N. CONCES.																		
NOM ET PRENOM DU CHEF DE MÉNAGE _____ NUMÉRO DU MÉNAGE .....	N. MÉNAGE																		
RÉGION .....	RÉGION																		
URBAIN/RURAL (URBAIN=1, RURAL=2) .....	MILIEU																		
NIAMEY/CHEF-LIEU REGION/AUTRE VILLE/RURAL (NIAMEY=1, CHEF-LIEU REGION=2, AUTRE VILLE=3, RURAL=4) .....	MILIEU (DÉTAILLÉ)																		
ZONE UNICEF (OUI=1, NON=2, COMMUNE=3) .....																			
MÉNAGE SÉLECTIONNÉ POUR UNE ENQUÊTE HOMME (OUI=1, NON=2) .....	ENQUÊTE HOMME <input type="checkbox"/>																		
MESURE DE POIDS/TAILLE, HEMOGLOBINE ET TEST VIH ? .....																			

VISITES D'ENQUÊTRICES				
	1	2	3	VISITE FINALE
DATE	_____	_____	_____	JOUR
				MOIS
				ANNÉE
NOM DE L'ENQUÊTRICE	_____	_____	_____	NOM
RÉSULTAT*	_____	_____	_____	RÉSULTAT
PROCHAINE DATE VISITE : HEURE	_____	_____		NOMBRE TOTAL DE VISITES <input type="checkbox"/>
*CODES RÉSULTATS : 1 REMPLI 2 PAS DE MEMBRE DU MÉNAGE À LA MAISON OU PAS D'ENQUÊTE COMPÉTENT AU MOMENT DE LA VISITE 3 MÉNAGE TOTALEMENT ABSENT POUR UNE LONGUE PÉRIODE 4 DIFFÉRÉ 5 REFUSÉ 6 LOGEMENT VIDE OU PAS DE LOGEMENT À L'ADRESSE 7 LOGEMENT DÉTRUIT 8 LOGEMENT NON TROUVÉ 9 AUTRE				TOTAL DANS LE MÉNAGE <input type="checkbox"/> TOTAL FEMMES ÉLIGIBLES <input type="checkbox"/> TOTAL HOMMES ÉLIGIBLES <input type="checkbox"/> N° LIGNE ENQUÊTÉ POUR QUESTION. MÉNAGE <input type="checkbox"/>
(PRÉCISER)				
1 Français      4 TAMASHEQ      LANGUE INTERVIEW <input type="checkbox"/> 2 HAOUSSA      5 FULFULDE 3 ZARMA      6 AUTRES      INTERPRETE <input type="checkbox"/> (OUI=1 NON=2)				

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

# **TABLEAU DE MÉNAGE**

Nous voudrions, maintenant, des renseignements sur les personnes qui vivent habituellement dans votre ménage ou qui vivent chez vous actuellement.

N°. LIGNE	RÉSIDENTS HABITUELS ET VISITEURS	LIEN AVEC LE CHEF DE MÉNAGE	SEXE	RÉSIDENCE		ÂGE	MALADIE CHRONIQUE	ÉLIGIBILITÉ		
				(Prénom) vit-il/elle ici habituellement ?	(Prénom) a-t-il/elle passé la nuit dernière ici ?			ENTOURER LE NUMÉRO DE LIGNE DE TOUTES LES FEMMES ÂGÉES DE 15-49 ANS	ENTOURER LE NUMÉRO DE LIGNE DE TOUS LES ENFANTS DE MOINS DE 6 ANS	VERIFIER SI LE MENAGE EST SELECTIONNÉ POUR UNE ENQUETE HOMME
(1)	(2)	(3)	(4)	(5)	(6)	(7)	(7A)	(8)	(9)	(9A)
01		<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	H F 1 2	O N 1 2	O N 1 2	EN ANNEES <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	OUI NON 1 2	01	01	01
02		<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	1 2	1 2	1 2	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	1 2	02	02	02
03		<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	1 2	1 2	1 2	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	1 2	03	03	03
04		<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	1 2	1 2	1 2	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	1 2	04	04	04
05		<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	1 2	1 2	1 2	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	1 2	05	05	05
06		<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	1 2	1 2	1 2	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	1 2	06	06	06
07		<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	1 2	1 2	1 2	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	1 2	07	07	07
08		<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	1 2	1 2	1 2	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	1 2	08	08	08
09		<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	1 2	1 2	1 2	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	1 2	09	09	09
10		<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	1 2	1 2	1 2	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	1 2	10	10	10
11		<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	1 2	1 2	1 2	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	1 2	11	11	11
12		<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	1 2	1 2	1 2	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	1 2	12	12	12
13		<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	1 2	1 2	1 2	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	1 2	13	13	13
14		<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	1 2	1 2	1 2	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	1 2	14	14	14
15		<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	1 2	1 2	1 2	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	1 2	15	15	15

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

- |                                |                              |
|--------------------------------|------------------------------|
| 01 = CHEF DE MÉNAGE            | 07 = BEAU-PÈRE OU BELLE MÈRE |
| 02 = MARI OU FEMME             | 08 = FRÈRE OU SOEUR          |
| 03 = FILS OU FILLE             | 09=CO-EPOUSE                 |
| 04 = GENDRE OU BELLE-FILLE     | 10 = AUTRES PARENTS          |
| 05 = PETIT-FILS OU PETITE FILL | 11 = ENFANTS ADOPTÉS/EN      |
| 06 = PÈRE OU MÈRE              | GARDE/ENF DU CONJOINT        |
|                                | 12 = SANS PARENTÉ            |
|                                | 98 = NE SAIT PAS             |

N°. LIGNE	RÉSIDENTS HABITUELS ET VISITEURS	LIEN AVEC LE CHEF DE MÉNAGE	SEXE	RÉSIDENCE		ÂGE	MALADIE CHRONIQUE	ÉLIGIBILITÉ		
				(Prénom) est-il de sexe masculin ou féminin ?	(Prénom) vit-ii/elle ici habituel- lement ?			(Prénom) a-t-ii/elle passé la nuit dernière ici ?	Quel âge a (Prénom)  En années révolues	SI ÂGE DE 15-59 ANS  Est-ce que (Prénom) a été très malade au cours de 12 derniers mois ? Par 'très malade' je veux dire que (Prénom) était trop malade sur plusieurs semaines pour travailler ou pour faire ses activités normales à la maison.
(1)	(2)	(3)	(4)	(5)	(6)	(7)	(7A)	(8)	(9)	(9A)
16		<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	H F 1 2	OUI NON 1 2	OUI NON 1 2	EN ANNEES <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	OUI NON 1 2	16	16	16
17		<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	1 2	1 2	1 2	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	1 2	17	17	17
18		<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	1 2	1 2	1 2	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	1 2	18	18	18
19		<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	1 2	1 2	1 2	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	1 2	19	19	19
20		<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	1 2	1 2	1 2	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	1 2	20	20	20
21		<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	1 2	1 2	1 2	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	1 2	21	21	21
22		<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	1 2	1 2	1 2	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	1 2	22	22	22
23		<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	1 2	1 2	1 2	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	1 2	23	23	23
24		<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	1 2	1 2	1 2	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	1 2	24	24	24
25		<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	1 2	1 2	1 2	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	1 2	25	25	25
26		<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	1 2	1 2	1 2	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	1 2	26	26	26
27		<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	1 2	1 2	1 2	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	1 2	27	27	27
28		<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	1 2	1 2	1 2	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	1 2	28	28	28
29		<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	1 2	1 2	1 2	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	1 2	29	29	29
30		<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	1 2	1 2	1 2	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	1 2	30	30	30

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

01 = CHEF DE MÉNAGE  
02 = MARI OU FEMME  
03 = FILS OU FILLE  
04 = GENDRE OU BELLE-FILLE  
05 = PETIT-FILS OU PETITE FILLE  
06 = PERE OU MERE  
07 = BEAU-PERE OU BELLE MERE  
08 = FRERE OU SOEUR  
09=CO-EPOUSE  
10 = AUTRES PARENTS  
11 = ENFANTS ADOPTÉS/EN  
GARDE/ENF DU CONJOINT  
12 = SANS PARENTE  
98 = NE SAIT PAS

\*\* Q.10 À Q.13  
CES QUESTIONS  
CONCERNENT  
LES PARENTS  
BIOLOGIQUES  
DE L'ENFANT.  
  
AUX Q.11 ET Q.13,  
NOTER '00' SI  
LES PARENTS  
NE SONT PAS LISTÉS  
DANS LE TABLEAU  
DE MÉNAGE.

\*\*\*CODES POUR Q.15, 18 ET 20  
NIVEAU D'INSTRUCTION :  
0= PRESCOLAIRE  
1 = PRIMAIRE  
2 = SECONDAIRE I  
3 = SECONDAIRE II  
4 = SUPERIEUR  
8 = NE SAIT PAS  
  
CLASSE :  
00 = MOINS D'1 ANNÉE ACHEVÉE  
98 = NE SAIT PAS

N°. LIGNE	SURVIE ET RÉSIDENCE DES PARENTS POUR PERSONNES DE MOINS DE 15 ANS **				DÉCLAR. DE LA NAISSANCE	EDUCATION							
	Est-ce que la mère biologique de (Prénom) est toujours en vie ?	SI EN VIE Est-ce que la mère biologique de (Prénom) vit dans ce ménage ?  SI OUI : Quel est son prénom ? INSCRIRE N° DE LIGNE DE LA MÈRE	Est-ce que le père biologique de (Prénom) est toujours en vie ?	SI EN VIE Est-ce que le père biologique de (Prénom) vit dans ce ménage ?  SI OUI : Quel est son prénom ? INSCRIRE N° DE LIGNE DU PÈRE		SI 0-4 ANS (Prénom) a-t-il/elle un acte de naissance? SI NON INSISTEZ: La naissance de (Prénom) a-t-il/elle été enregistrée à l'état civil?	SI ÂGÉ DE 5 ANS OU PLUS		SI ÂGÉ DE 5-24 ANS				
	(10)	(11)	(12)	(13)	(13A)	(14)	(15)	(16) (3)	(17) (3)	(18) (3)	(19) (3)	(20)	
01	O N NSP 1 2 8	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	O N NSP 1 2 8	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	O N NSP 1 2 8	OUI NON 1 LIGNE ↙ 2 SUIVANTE	NIV CLASSE <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	OUI NON 1 LIGNE ↙ 2 ALLER À 18	OUI NON 1 LIGNE ↙ 2 ALLER À 19	NIV CLASSE <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	OUI NON 1 LIGNE ↙ 2 SUIVANTE	NIV CLASSE <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	
02	1 2 8	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	1 2 8	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	1 2 8	1 LIGNE ↙ 2 SUIVANTE	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	1 LIGNE ↙ 2 ALLER À 18	1 LIGNE ↙ 2 ALLER À 19	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	1 LIGNE ↙ 2 SUIVANTE	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	
03	1 2 8	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	1 2 8	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	1 2 8	1 LIGNE ↙ 2 SUIVANTE	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	1 LIGNE ↙ 2 ALLER À 18	1 LIGNE ↙ 2 ALLER À 19	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	1 LIGNE ↙ 2 SUIVANTE	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	
04	1 2 8	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	1 2 8	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	1 2 8	1 LIGNE ↙ 2 SUIVANTE	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	1 LIGNE ↙ 2 ALLER À 18	1 LIGNE ↙ 2 ALLER À 19	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	1 LIGNE ↙ 2 SUIVANTE	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	
05	1 2 8	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	1 2 8	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	1 2 8	1 LIGNE ↙ 2 SUIVANTE	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	1 LIGNE ↙ 2 ALLER À 18	1 LIGNE ↙ 2 ALLER À 19	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	1 LIGNE ↙ 2 SUIVANTE	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	
06	1 2 8	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	1 2 8	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	1 2 8	1 LIGNE ↙ 2 SUIVANTE	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	1 LIGNE ↙ 2 ALLER À 18	1 LIGNE ↙ 2 ALLER À 19	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	1 LIGNE ↙ 2 SUIVANTE	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	
07	1 2 8	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	1 2 8	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	1 2 8	1 LIGNE ↙ 2 SUIVANTE	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	1 LIGNE ↙ 2 ALLER À 18	1 LIGNE ↙ 2 ALLER À 19	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	1 LIGNE ↙ 2 SUIVANTE	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	
08	1 2 8	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	1 2 8	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	1 2 8	1 LIGNE ↙ 2 SUIVANTE	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	1 LIGNE ↙ 2 ALLER À 18	1 LIGNE ↙ 2 ALLER À 19	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	1 LIGNE ↙ 2 SUIVANTE	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	
09	1 2 8	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	1 2 8	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	1 2 8	1 LIGNE ↙ 2 SUIVANTE	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	1 LIGNE ↙ 2 ALLER À 18	1 LIGNE ↙ 2 ALLER À 19	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	1 LIGNE ↙ 2 SUIVANTE	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	
10	1 2 8	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	1 2 8	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	1 2 8	1 LIGNE ↙ 2 SUIVANTE	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	1 LIGNE ↙ 2 ALLER À 18	1 LIGNE ↙ 2 ALLER À 19	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	1 LIGNE ↙ 2 SUIVANTE	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	
11	1 2 8	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	1 2 8	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	1 2 8	1 LIGNE ↙ 2 SUIVANTE	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	1 LIGNE ↙ 2 ALLER À 18	1 LIGNE ↙ 2 ALLER À 19	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	1 LIGNE ↙ 2 SUIVANTE	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	
12	1 2 8	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	1 2 8	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	1 2 8	1 LIGNE ↙ 2 SUIVANTE	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	1 LIGNE ↙ 2 ALLER À 18	1 LIGNE ↙ 2 ALLER À 19	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	1 LIGNE ↙ 2 SUIVANTE	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	
13	1 2 8	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	1 2 8	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	1 2 8	1 LIGNE ↙ 2 SUIVANTE	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	1 LIGNE ↙ 2 ALLER À 18	1 LIGNE ↙ 2 ALLER À 19	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	1 LIGNE ↙ 2 SUIVANTE	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	
14	1 2 8	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	1 2 8	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	1 2 8	1 LIGNE ↙ 2 SUIVANTE	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	1 LIGNE ↙ 2 ALLER À 18	1 LIGNE ↙ 2 ALLER À 19	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	1 LIGNE ↙ 2 SUIVANTE	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	
15	1 2 8	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	1 2 8	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	1 2 8	1 LIGNE ↙ 2 SUIVANTE	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	1 LIGNE ↙ 2 ALLER À 18	1 LIGNE ↙ 2 ALLER À 19	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	1 LIGNE ↙ 2 SUIVANTE	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	

\*\* Q.10 À Q.13  
CES QUESTIONS CONCERNENT  
LES PARENTS BIOLOGIQUES DE L'ENFANT.

AUX Q.11 ET Q.13, NOTER '00' SI LES PARENTS  
NE SONT PAS LISTÉS DANS LE TABLEAU DE MÉNAGE.

\*\*\*CODES POUR Q.15, 18 ET 20  
NIVEAU D'INSTRUCTION :  
0= PRÉSCOLAIRE  
1 = PRIMAIRE  
2 = SECONDAIRE I  
3 = SECONDAIRE II  
4 = SUPÉRIEUR  
8 = NE SAIT PAS

CLASSE :  
00 = MOINS D'1 ANNÉE ACHÉVÉE  
98 = NE SAIT PAS

N°. LIGNE	SURVIE ET RÉSIDENCE DES PARENTS POUR PERSONNES DE MOINS DE 15 ANS **				DÉCLAR. DE LA NAISSANCE	EDUCATION						
	Est-ce que la mère biologique de (Prénom) est toujours en vie ?	SI EN VIE Est-ce que la mère biologique de (Prénom) vit dans ce ménage ?  SI OUI : Quel est son prénom ? INSCRIRE N° DE LIGNE DE LA MÈRE	Est-ce que le père biologique de (Prénom) est toujours en vie ?	SI EN VIE Est-ce que le père biologique de (Prénom) vit dans ce ménage ?  SI OUI : Quel est son prénom ? INSCRIRE N° DE LIGNE DU PÈRE		SI 0-4 ANS (Prénom) a-t-il/elle un acte de naissance? SI NON INSISTEZ: La naissance de (Prénom) a-t-il/elle été enregistrée à l'état civil?	SI ÂGÉ DE 5 ANS OU PLUS		SI ÂGÉ DE 5-24 ANS			
	(10)	(11)	(12)	(13)	(13A)	(14)	(15)	(16) (3)	(17) (3)	(18) (3)	(19) (3)	(20)
16	OUI NON 1 2 8	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	OUI NON 1 2 8	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	O N NSP 1 2 8	OUI NON 1 LIGNE ↙ 2 SUIVANTE	NIV CLASSE <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	OUI NON 1 ↙ ALLER A 18 2 ↗ ALLER A 19	OUI NON 1 ↙ ALLER A 18 2 ↗ ALLER A 19	NIV CLASSE <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	OUI NON 1 LIGNE ↙ 2 SUIVANTE	NIV CLASSE <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
17	1 2 8	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	1 2 8	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	1 2 8	1 LIGNE ↙ 2 SUIVANTE	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	1 ↙ ALLER A 18 2 ↗ ALLER A 19	1 ↙ ALLER A 18 2 ↗ ALLER A 19	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	1 LIGNE ↙ 2 SUIVANTE	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
18	1 2 8	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	1 2 8	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	1 2 8	1 LIGNE ↙ 2 SUIVANTE	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	1 ↙ ALLER A 18 2 ↗ ALLER A 19	1 ↙ ALLER A 18 2 ↗ ALLER A 19	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	1 LIGNE ↙ 2 SUIVANTE	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
19	1 2 8	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	1 2 8	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	1 2 8	1 LIGNE ↙ 2 SUIVANTE	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	1 ↙ ALLER A 18 2 ↗ ALLER A 19	1 ↙ ALLER A 18 2 ↗ ALLER A 19	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	1 LIGNE ↙ 2 SUIVANTE	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
20	1 2 8	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	1 2 8	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	1 2 8	1 LIGNE ↙ 2 SUIVANTE	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	1 ↙ ALLER A 18 2 ↗ ALLER A 19	1 ↙ ALLER A 18 2 ↗ ALLER A 19	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	1 LIGNE ↙ 2 SUIVANTE	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
21	1 2 8	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	1 2 8	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	1 2 8	1 LIGNE ↙ 2 SUIVANTE	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	1 ↙ ALLER A 18 2 ↗ ALLER A 19	1 ↙ ALLER A 18 2 ↗ ALLER A 19	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	1 LIGNE ↙ 2 SUIVANTE	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
22	1 2 8	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	1 2 8	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	1 2 8	1 LIGNE ↙ 2 SUIVANTE	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	1 ↙ ALLER A 18 2 ↗ ALLER A 19	1 ↙ ALLER A 18 2 ↗ ALLER A 19	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	1 LIGNE ↙ 2 SUIVANTE	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
23	1 2 8	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	1 2 8	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	1 2 8	1 LIGNE ↙ 2 SUIVANTE	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	1 ↙ ALLER A 18 2 ↗ ALLER A 19	1 ↙ ALLER A 18 2 ↗ ALLER A 19	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	1 LIGNE ↙ 2 SUIVANTE	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
24	1 2 8	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	1 2 8	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	1 2 8	1 LIGNE ↙ 2 SUIVANTE	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	1 ↙ ALLER A 18 2 ↗ ALLER A 19	1 ↙ ALLER A 18 2 ↗ ALLER A 19	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	1 LIGNE ↙ 2 SUIVANTE	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
25	1 2 8	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	1 2 8	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	1 2 8	1 LIGNE ↙ 2 SUIVANTE	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	1 ↙ ALLER A 18 2 ↗ ALLER A 19	1 ↙ ALLER A 18 2 ↗ ALLER A 19	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	1 LIGNE ↙ 2 SUIVANTE	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
26	1 2 8	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	1 2 8	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	1 2 8	1 LIGNE ↙ 2 SUIVANTE	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	1 ↙ ALLER A 18 2 ↗ ALLER A 19	1 ↙ ALLER A 18 2 ↗ ALLER A 19	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	1 LIGNE ↙ 2 SUIVANTE	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
27	1 2 8	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	1 2 8	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	1 2 8	1 LIGNE ↙ 2 SUIVANTE	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	1 ↙ ALLER A 18 2 ↗ ALLER A 19	1 ↙ ALLER A 18 2 ↗ ALLER A 19	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	1 LIGNE ↙ 2 SUIVANTE	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
28	1 2 8	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	1 2 8	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	1 2 8	1 LIGNE ↙ 2 SUIVANTE	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	1 ↙ ALLER A 18 2 ↗ ALLER A 19	1 ↙ ALLER A 18 2 ↗ ALLER A 19	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	1 LIGNE ↙ 2 SUIVANTE	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
29	1 2 8	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	1 2 8	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	1 2 8	1 LIGNE ↙ 2 SUIVANTE	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	1 ↙ ALLER A 18 2 ↗ ALLER A 19	1 ↙ ALLER A 18 2 ↗ ALLER A 19	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	1 LIGNE ↙ 2 SUIVANTE	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
30	1 2 8	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	1 2 8	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	1 2 8	1 LIGNE ↙ 2 SUIVANTE	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	1 ↙ ALLER A 18 2 ↗ ALLER A 19	1 ↙ ALLER A 18 2 ↗ ALLER A 19	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	1 LIGNE ↙ 2 SUIVANTE	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>

COCHER ICI SI UNE AUTRE FEUILLE EST UTILISEE		<input type="checkbox"/>
<p>Juste pour être sûre que j'ai une liste complète :</p> <div> <div> 1) Y-a-t-il d'autres personnes telles que des petits enfants ou des nourrissons que nous n'avons pas porté sur la liste ? </div> <div> OUI <input type="checkbox"/> INSCRIRE CHACUN(E) DANS LE TABLEAU NON <input type="checkbox"/> </div> </div> <div> <div> 2) De plus, y-a-t-il d'autres personnes qui ne sont peut-être pas membres de votre famille tels que des domestiques, des locataires ou des amis qui vivent habituellement ici ? </div> <div> OUI <input type="checkbox"/> INSCRIRE CHACUN(E) DANS LE TABLEAU NON <input type="checkbox"/> </div> </div> <div> <div> 3) Avez-vous de invités ou des visiteurs temporaires qui sont chez vous, ou d'autres personnes qui ont passé la nuit dernière ici et qui n'ont pas été listées ? </div> <div> OUI <input type="checkbox"/> INSCRIRE CHACUN(E) DANS LE TABLEAU NON <input type="checkbox"/> </div> </div>		

N°. LIGNE	PRISE EN CHARGE DES ENFANTS DE 3-5 ANS			Maintenant, je voudrais vous poser des questions sur tous les types de travail que les enfants vivant dans votre ménage ont fait la semaine dernière.				
DE LA COL (1)	Au cours de cette année scolaire, (Prénom) fréquente t-il un lieu d'encadrement en dehors de la maison tel qu'une école maternelle, une Garderie, un jardin d'enfants, un centre communautaire, ou autre ?	SI OUI	Depuis combien d'années ?	SI ÂGÉ DE 5-14 ANS				
		Lequel ? 1= Ec.maternelle 2= Garderie 3= Ec.primaire 4= Coranique 5= Centre commun 6= Autre		INSCRIRE LE CODE APPRO- PRIE	INSCRIRE LE CODE APPRO- PRIE	Au cours de la semaine dernière (Prénom) avait-il/elle fait un travail quel- conque pour quelqu'un qui n'est pas un membre de ce ménage ?  SI OUI: Devait-il être payé ? 1: OUI, PAYE 2: OUI, PAS PAYE 3: AUCUN TRAVAIL	SI OUI: Depuis le (JOUR DE LA SEMAINE) dernier, environ combien d'heures a-t-il/elle travaillé pour quelqu'un qui n'est pas membre du ménage ?  SI PLUS D'UN TRAVAIL, FAIRE LA SOMME DE TOUTES LES HEURES.	Au cours de la semaine dernière (Prénom) avait-il/elle aidé aux travaux de ce ménage ? Par exemple: faire des courses, faire la cuisine, nettoyer, chercher de l'eau, garder les enfants, laver les vête- ments....?
	(20A)	(20B)	(20C)	(20D) (3)	(20E) (3)	(20F) (3)	(20G) (3)	(20H)
	O N NSP 1 2 8	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	OUI OUI NON PAYE PAS P. 1 2 3 ALLER A 20F	NOMBRE D'HEURES <input type="text"/> <input type="text"/>	OUI NON 1 2 ALLER A 20H	NOMBRE D'HEURES <input type="text"/> <input type="text"/>	OUI NON 1 2 LIGNE SUIVANTE
	1 2 8	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	1 2 3 ALLER A 20F	<input type="text"/> <input type="text"/>	1 2 ALLER A 20H	<input type="text"/> <input type="text"/>	1 2 LIGNE SUIVANTE
	1 2 8	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	1 2 3 ALLER A 20F	<input type="text"/> <input type="text"/>	1 2 ALLER A 20H	<input type="text"/> <input type="text"/>	1 2 LIGNE SUIVANTE
	1 2 8	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	1 2 3 ALLER A 20F	<input type="text"/> <input type="text"/>	1 2 ALLER A 20H	<input type="text"/> <input type="text"/>	1 2 LIGNE SUIVANTE
	1 2 8	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	1 2 3 ALLER A 20F	<input type="text"/> <input type="text"/>	1 2 ALLER A 20H	<input type="text"/> <input type="text"/>	1 2 LIGNE SUIVANTE
	1 2 8	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	1 2 3 ALLER A 20F	<input type="text"/> <input type="text"/>	1 2 ALLER A 20H	<input type="text"/> <input type="text"/>	1 2 LIGNE SUIVANTE
	1 2 8	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	1 2 3 ALLER A 20F	<input type="text"/> <input type="text"/>	1 2 ALLER A 20H	<input type="text"/> <input type="text"/>	1 2 LIGNE SUIVANTE
	1 2 8	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	1 2 3 ALLER A 20F	<input type="text"/> <input type="text"/>	1 2 ALLER A 20H	<input type="text"/> <input type="text"/>	1 2 LIGNE SUIVANTE
	1 2 8	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	1 2 3 ALLER A 20F	<input type="text"/> <input type="text"/>	1 2 ALLER A 20H	<input type="text"/> <input type="text"/>	1 2 LIGNE SUIVANTE
	1 2 8	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	1 2 3 ALLER A 20F	<input type="text"/> <input type="text"/>	1 2 ALLER A 20H	<input type="text"/> <input type="text"/>	1 2 LIGNE SUIVANTE
	1 2 8	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	1 2 3 ALLER A 20F	<input type="text"/> <input type="text"/>	1 2 ALLER A 20H	<input type="text"/> <input type="text"/>	1 2 LIGNE SUIVANTE
	1 2 8	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	1 2 3 ALLER A 20F	<input type="text"/> <input type="text"/>	1 2 ALLER A 20H	<input type="text"/> <input type="text"/>	1 2 LIGNE SUIVANTE
	1 2 8	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	1 2 3 ALLER A 20F	<input type="text"/> <input type="text"/>	1 2 ALLER A 20H	<input type="text"/> <input type="text"/>	1 2 LIGNE SUIVANTE
	1 2 8	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	1 2 3 ALLER A 20F	<input type="text"/> <input type="text"/>	1 2 ALLER A 20H	<input type="text"/> <input type="text"/>	1 2 LIGNE SUIVANTE
	1 2 8	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	1 2 3 ALLER A 20F	<input type="text"/> <input type="text"/>	1 2 ALLER A 20H	<input type="text"/> <input type="text"/>	1 2 LIGNE SUIVANTE
	1 2 8	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	1 2 3 ALLER A 20F	<input type="text"/> <input type="text"/>	1 2 ALLER A 20H	<input type="text"/> <input type="text"/>	1 2 LIGNE SUIVANTE
	1 2 8	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	1 2 3 ALLER A 20F	<input type="text"/> <input type="text"/>	1 2 ALLER A 20H	<input type="text"/> <input type="text"/>	1 2 LIGNE SUIVANTE
	1 2 8	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	1 2 3 ALLER A 20F	<input type="text"/> <input type="text"/>	1 2 ALLER A 20H	<input type="text"/> <input type="text"/>	1 2 LIGNE SUIVANTE
	1 2 8	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	1 2 3 ALLER A 20F	<input type="text"/> <input type="text"/>	1 2 ALLER A 20H	<input type="text"/> <input type="text"/>	1 2 LIGNE SUIVANTE
	1 2 8	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	1 2 3 ALLER A 20F	<input type="text"/> <input type="text"/>	1 2 ALLER A 20H	<input type="text"/> <input type="text"/>	1 2 LIGNE SUIVANTE
	1 2 8	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	1 2 3 ALLER A 20F	<input type="text"/> <input type="text"/>	1 2 ALLER A 20H	<input type="text"/> <input type="text"/>	1 2 LIGNE SUIVANTE
	1 2 8	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	1 2 3 ALLER A 20F	<input type="text"/> <input type="text"/>	1 2 ALLER A 20H	<input type="text"/> <input type="text"/>	1 2 LIGNE SUIVANTE
	1 2 8	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	1 2 3 ALLER A 20F	<input type="text"/> <input type="text"/>	1 2 ALLER A 20H	<input type="text"/> <input type="text"/>	1 2 LIGNE SUIVANTE
	1 2 8	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	1 2 3 ALLER A 20F	<input type="text"/> <input type="text"/>	1 2 ALLER A 20H	<input type="text"/> <input type="text"/>	1 2 LIGNE SUIVANTE
	1 2 8	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	1 2 3 ALLER A 20F	<input type="text"/> <input type="text"/>	1 2 ALLER A 20H	<input type="text"/> <input type="text"/>	1 2 LIGNE SUIVANTE
	1 2 8	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	1 2 3 ALLER A 20F	<input type="text"/> <input type="text"/>	1 2 ALLER A 20H	<input type="text"/> <input type="text"/>	1 2 LIGNE SUIVANTE
	1 2 8	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	1 2 3 ALLER A 20F	<input type="text"/> <input type="text"/>	1 2 ALLER A 20H	<input type="text"/> <input type="text"/>	1 2 LIGNE SUIVANTE

N°	QUESTIONS ET FILTRES	CODES		ALLER À		
21	D'où provient principalement l'eau que boivent les membres de votre ménage ?	EAU DU ROBINET ..... 11 DANS LOGEMENT ..... 12 DANS COUR/CONCESSION ..... 13 ROBINET PUBLIC ..... 13  PUIITS OUVERT PUIITS OUVERT DS LOGEMENT ..... 21 DANS COUR/CONCESSION ..... 22 PUIITS PUBLIC OUVERT ..... 23  PUIITS COUVERT OU FORAGE PUIITS PROTÉGÉ DS LOGEMENT. .... 31 DANS COUR/CONCESSION ..... 32 PUIITS PUBLIC PROTÉGÉ ..... 33  EAU DE SURFACE SOURCE ..... 41 FLEUVE/RIVIÈRE ..... 42 MARE/LAC ..... 43 BARRAGE ..... 44  EAU DE PLUIE ..... 51 CAMION CITERNE ..... 61 EAU EN BOUTEILLE ..... 71 AUTRE ..... 96 (PRÉCISER)	→ 22B → 22B  → 22A → 22A  → 22A → 22A  → 22A → 22A → 22B			
21A	Qui va principalement chercher l'eau?	LES MERES ..... 1 LES FILLES ..... 2 LES GARCONS ..... 3 LES PERES ..... 4 AUTRE ..... 5 (PRÉCISER)				
22	Combien de temps faut-il pour aller là-bas, prendre de l'eau et revenir ?	MINUTES ..... <table border="1" style="display: inline-table; vertical-align: middle;"><tr><td> </td><td> </td><td> </td></tr></table> SUR PLACE ..... 996				
22A	Faites-vous quelque chose pour rendre l'eau plus propre avant de la boire ? Par exemple la faites-vous bouillir ou la filtrez-vous ou bien ajoutez-vous un produit quelconque avant de l'utiliser comme eau de boisson ?	NON/RIEN ..... 1 BOUILLIR ..... 2 FILTRER AVEC TISSU ..... 3 FILTRER À EAU ..... 4 AJOUT EAU JAVEL/CHLORE ..... 5 AUTRE ..... 6 (PRÉCISER)				
22B	Vous avez dit que l'eau que boivent principalement les membres de votre ménage provient principalement de (SOURCE INDIQUÉE À Q.21). Y a-t-il eu des coupures d'eau ou un manque d'eau à cette source au cours des deux dernières semaines ?	OUI ..... 1 NON ..... 2	→ 23			
22C	Ces coupures ou manques d'eau arrivaient-ils chaque jour, plusieurs jours par semaine, quelques jours par semaine ou rarement ?	CHAQUE JOUR ..... 1 PLUSIEURS JOURS/SEMAINE ..... 2 QUELQUES JOURS/SEMAINE ..... 3 RAREMENT ..... 4				
22D	Combien de temps a duré la coupure ou le manque d'eau la demi ère fois, au cours des deux dernières semaines : des heures, plus d'une journée, plus d'une semaine ou tout le temps ?	PLUSIEURS HEURES ..... 1 PLUS D'UNE JOURNÉE ..... 2 PLUS D'UNE SEMAINE ..... 3 PAS D'EAU DANS 2 D.SEMAINES ..... 4				
23	Quel genre de toilettes utilise la majorité des membres de votre ménage?	CHASSE D'EAU (WC) ..... 11 FOSSE/LATRINES RUDIMENTAIRES ..... 21 AMÉLIORÉES ..... 22 PAS DE TOILETTES /NATURE ..... 31 AUTRE ..... 96 (PRÉCISER)	→ 24B			
23A	Les toilettes se situent-elles à l'intérieur ou à l'extérieur de la concession ou du logement ?	À L'INTÉRIEUR ..... 1 À L'EXTÉRIEUR ..... 2 DANS LES DEUX ..... 3 AUTRE ..... 6 (PRÉCISER)				

N°	QUESTIONS ET FILTRES	CODES	ALLER À
24	Partagez-vous ces toilettes avec d'autres ménages ?	OUI ..... 1 NON ..... 2	→ 24B
24A	Combien d'autres ménages utilisent-ils ces toilettes? SI 5 MÉNAGES OU PLUS, ENREGISTREZ "5".	NBRE D'AUTRES MÉNAGES ..... <input type="text"/>	
24B	Quel est le principal mode d'évacuation des ordures ménagères pour votre ménage ?	CAMION DE RAMASSAGE ..... 1 CALÈCHE/CHARRETTE ..... 2 DÉPÔT AUTORISÉ ..... 3 DÉPÔT SAUVAGE/NATURE ..... 4 ENFOUISSEMENT ..... 5 INCINÉRATION ..... 6 AUTRE ..... 7 (PRÉCISER)	
24C	Quel est le principal mode d'évacuation des eaux usées pour votre ménage ?	PAR LES ÉGOUTS ..... 1 CANAL FERMÉ ..... 2 CANAL OUVERT ..... 3 GRILLE, BOUCHE AVALOIRE ..... 4 DANS LA MER/FLEUVE ..... 5 TROU ..... 6 DANS LA NATURE ..... 7 AUTRE ..... 8 (PRÉCISER)	
25	Dans votre ménage, y-a-t-il : (Il s'agit du matériel et de l'équipement fonctionnel) L'électricité ? Une radio ? Une télévision ? Un téléphone fixe ? Un téléphone cellulaire ? Un réfrigérateur ?	OUI NON ÉLECTRICITÉ ..... 1 2 RADIO ..... 1 2 TÉLÉVISION ..... 1 2 TÉLÉPHONE ..... 1 2 TÉLÉP-CEL ..... 1 2 RÉFRIGÉRATEUR ..... 1 2	
26	Dans votre ménage, quel genre de combustible utilisez-vous principalement pour la cuisine ?	ÉLECTRICITÉ ..... 01 GAZ BOUTEILLE ..... 02 CHARBON DE BOIS ..... 03 BOIS À BRÛLER, PAILLE ..... 04 BOUSE ..... 05 AUTRE ..... 96 (PRÉCISER)	
27	PRINCIPAL MATÉRIAU DU SOL  ENREGISTRER L'OBSERVATION.	MATÉRIAU NATUREL TERRE/SABLE ..... 11  MATÉRIAU MODERNE PARQUET OU BOIS POLI ..... 31 VINYLE OU LINO/ASPHALTE ..... 32 CARREAUX ..... 33 CIMENT ..... 34 MOQUETTE ..... 35 AUTRE ..... 96 (PRÉCISER)	



N°	QUESTIONS ET FILTRES	CODES		ALLER À																					
27A	Parmi toutes les pièces dont dispose votre ménage, combien sont-elles généralement utilisées par les membres de votre ménage pour dormir ?	NBRE DE PIÈCES POUR DORMIR <input type="text"/>																							
28	Dans votre ménage, y-a-t-il quelqu'un qui possède :  Des bicyclettes ? Des mobylettes ou motocyclettes ? Une voiture personnelle ? Des voitures ou camions à titre commercial ? Des charrettes ? Des pirogues/filets de pêche ?	<table border="0"> <tr> <td></td><td>OUI</td><td>NON</td></tr> <tr> <td>BICYCLETTE</td><td>..... 1</td><td>2</td></tr> <tr> <td>MOBYLETTE/MOTOCYCLETTE</td><td>..... 1</td><td>2</td></tr> <tr> <td>VOITURE PERSONNELLE</td><td>..... 1</td><td>2</td></tr> <tr> <td>VOITURE/CAMION</td><td>..... 1</td><td>2</td></tr> <tr> <td>CHARRETTE</td><td>..... 1</td><td>2</td></tr> <tr> <td>PIROGUES/FILETS</td><td>..... 1</td><td>2</td></tr> </table>			OUI	NON	BICYCLETTE	..... 1	2	MOBYLETTE/MOTOCYCLETTE	..... 1	2	VOITURE PERSONNELLE	..... 1	2	VOITURE/CAMION	..... 1	2	CHARRETTE	..... 1	2	PIROGUES/FILETS	..... 1	2	
	OUI	NON																							
BICYCLETTE	..... 1	2																							
MOBYLETTE/MOTOCYCLETTE	..... 1	2																							
VOITURE PERSONNELLE	..... 1	2																							
VOITURE/CAMION	..... 1	2																							
CHARRETTE	..... 1	2																							
PIROGUES/FILETS	..... 1	2																							
29	Dans votre ménage, avez-vous des moustiquaires qui peuvent être utilisées pour dormir ?	OUI ..... 1 NON ..... 2		→ 33																					
29A	Combien de moustiquaires avez-vous dans votre ménage ?  SI 7 MOUSTIQUAIRES OU PLUS, NOTER '7'.	NOMBRE DE MOUSTIQUAIRES <input type="text"/>																							
30	DEMANDEZ À L'ENQUÊTÉ DE VOUS MONTRER LES MOUSTIQUAIRES. POSEZ LES QUESTIONS SUIVANTES POUR CHAQUE MOUSTIQUAIRE.  SI PLUS DE 3 MOUSTIQUAIRES, UTILISEZ UN QUESTIONNAIRE SUPPLÉMENTAIRE.	<b>MOUSTIQUAIRE 1</b>  VU ..... 1 NON VU ..... 2	<b>MOUSTIQUAIRE 2</b>  VU ..... 1 NON VU ..... 2	<b>MOUSTIQUAIRE 3</b>  VU ..... 1 NON VU ..... 2																					
31	Depuis combien de temps votre ménage possède-t-il la moustiquaire ?	MOIS <input type="text"/> 36 MOIS OU + ..... 96 NE SAIT PAS ..... 98	MOIS <input type="text"/> 36 MOIS OU + ..... 96 NE SAIT PAS ..... 98	MOIS <input type="text"/> 36 MOIS OU + ..... 96 NE SAIT PAS ..... 98																					
32	OBSERVER OU DEMANDER LA MARQUE DE LA MOUSTIQUAIRE.	<b>MOUSTIQUAIRE</b> SIMPLE 11 → 32B IMPRÉGNÉE 12 → 32B AUTRE ..... 18 NSP/PAS SÛR 98	<b>MOUSTIQUAIRE</b> SIMPLE 11 → 32B IMPRÉGNÉE 12 → 32B AUTRE ..... 18 NSP/PAS SÛR 98	<b>MOUSTIQUAIRE</b> SIMPLE 11 → 32B IMPRÉGNÉE 12 → 32B AUTRE ..... 18 NSP/PAS SÛR 98																					
32A	Quand vous avez obtenu cette moustiquaire, était-elle traitée avec un insecticide pour tuer ou éloigner les moustiques?	OUI ..... 1 NON ..... 2 PAS SÛR/NSP ..... 8	OUI ..... 1 NON ..... 2 PAS SÛR/NSP ..... 8	OUI ..... 1 NON ..... 2 PAS SÛR/NSP ..... 8																					
32B	Depuis que vous avez la moustiquaire, est-ce que vous l'avez trempée ou plongée dans un liquide pour éloigner les moustiques ou les insectes ?	OUI ..... 1 NON ..... 2 (PASSER À 32D) ← PAS SÛR/NSP ..... 8	OUI ..... 1 NON ..... 2 (PASSER À 32D) ← PAS SÛR/NSP ..... 8	OUI ..... 1 NON ..... 2 (PASSER À 32D) ← PAS SÛR/NSP ..... 8																					
32C	Combien de temps s'est-il écoulé depuis que la moustiquaire a été trempée ou plongée dans un liquide insecticide pour la dernière fois ?  SI MOINS DE 1 MOIS, ENREGISTRER '00'.	MOIS <input type="text"/> 36 MOIS OU + ..... 96 PAS SÛR/NSP ..... 98	MOIS <input type="text"/> 36 MOIS OU + ..... 96 PAS SÛR/NSP ..... 98	MOIS <input type="text"/> 36 MOIS OU + ..... 96 PAS SÛR/NSP ..... 98																					

N°	QUESTIONS ET FILTRES		CODES		ALLER À
32D	Est-ce que, la nuit dernière, quelqu'un a dormi sous cette moustiquaire ?	OUI ..... 1  NON ..... 2 (PASSER À 32F) ← NE SAIT PAS ..... 8	OUI ..... 1  NON ..... 2 (PASSER À 32F) ← NE SAIT PAS ..... 8	OUI ..... 1  NON ..... 2 (PASSER À 32F) ← NE SAIT PAS ..... 8	
32E	Qui a dormi sous cette moustiquaire la nuit dernière ?  REPORTER LE NUMERO DE LIGNE A PARTIR DU TABLEAU DE MÉNAGE.	Nom et Prénom ..... No DE LIGNE ..... <input type="text"/> <input type="text"/>  Nom et Prénom ..... No DE LIGNE ..... <input type="text"/> <input type="text"/>  Nom et Prénom ..... No DE LIGNE ..... <input type="text"/> <input type="text"/>  Nom et Prénom ..... No DE LIGNE ..... <input type="text"/> <input type="text"/>  Nom et Prénom ..... No DE LIGNE ..... <input type="text"/> <input type="text"/>	Nom et Prénom ..... No DE LIGNE ..... <input type="text"/> <input type="text"/>  Nom et Prénom ..... No DE LIGNE ..... <input type="text"/> <input type="text"/>  Nom et Prénom ..... No DE LIGNE ..... <input type="text"/> <input type="text"/>  Nom et Prénom ..... No DE LIGNE ..... <input type="text"/> <input type="text"/>  Nom et Prénom ..... No DE LIGNE ..... <input type="text"/> <input type="text"/>	Nom et Prénom ..... No DE LIGNE ..... <input type="text"/> <input type="text"/>  Nom et Prénom ..... No DE LIGNE ..... <input type="text"/> <input type="text"/>  Nom et Prénom ..... No DE LIGNE ..... <input type="text"/> <input type="text"/>  Nom et Prénom ..... No DE LIGNE ..... <input type="text"/> <input type="text"/>	
32F		RETOURNER À 30 POUR LA MOUSTIQUAIRE SUIVANTE ; OU, SI IL N Y A PLUS DE MOUSTIQUAIRE DANS LE MÉNAGE, PASSER À 33.		RETOURNER À 30 DANS PREMIÈRE COLONNE DU NOUVEAU QUESTIONNAIRE ; OU, SI PLUS DE MOUSTIQUAIRE DANS LE MÉNAGE, PASSER À 33.	
33	Où est-ce que vous lavez-vous les mains habituellement ?		DANS LE LOGEMENT/ DANS LA COUR/ DANS LA PARCELLE ..... 1 QUELQUE PART D'AUTRE ..... 2 NULLE PART ..... 3		→ 35
33A	Est-ce que la majorité des membres du ménage se lavent les mains avec le savon au sortir des toilettes ?		OUI ..... 1 NON ..... 2		
34	DEMANDER À VOIR L'ENDROIT LE PLUS SOUVENT UTILISÉ POUR SE LAVER LES MAINS ET VÉRIFIER SI LES OBJETS SUIVANTS S'Y TROUVENT		OUI NON EAU/ROBINET ..... 1 2 SAVON, CENDRE OU AUTRE PRODUIT LAVANT ..... 1 2 CUVETTE/BOUILLOIRE ..... 1 2		
35	DEMANDER À L'ENQUÊTÉE UNE CUILLERÉE DU SEL UTILISÉ POUR LES BESOINS DU MÉNAGE, ENSUITE TESTER LE SEL POUR VÉRIFIER LA PRÉSENCE D'IODE. ENREGISTRER LES PPM (PARTS PAR MILLION). (8)		0 PPM (PAS D'IODE) ..... 1 INFÉRIEUR A 15 PPM ( BELOW 15) ..... 2 SUPÉRIEUR A 15 PPM (ABOVE 15) ..... 3 PAS DE SEL DANS LE MÉNAGE ..... 4 SEL NON TESTÉ ..... 6 (DONNER LA RAISON )		

## MESURES DU POIDS ET DE LA TAILLE

VÉRIFIER LES COLONNES (8) ET (9) : ENREGISTRER LE NUMÉRO DE LIGNE, LE NOM ET L'ÂGE DE TOUTES LES FEMMES DE 15-49 ANS ET DE TOUS LES ENFANTS DE MOINS DE 6 ANS.

FEMMES 15-49				POIDS ET TAILLE DES FEMMES DE 15-49			
N° DE LIGNE DE LA COL. (8)	NOM ET PRENOM DE LA COL. (2)	ÂGE DE LA COL. (7)	Quelle est la date de naissance de (NOM ET PRENOM) ?	POIDS (KILOGRAMMES)	TAILLE (CENTIMÈTRES)	MESURÉ ALLONGÉ OU DEBOUT	RÉSULTAT 1 MESURÉ 2 ABSENT 3 REFUS 6 AUTRE
(36)	(37)	(38)	(39)	(40)	(41)	(42)	(43)
<div style="border: 1px solid black; width: 20px; height: 20px; display: flex; align-items: center; justify-content: center;"> </div>		ANNÉES <div style="border: 1px solid black; width: 20px; height: 20px; display: flex; align-items: center; justify-content: center;"> </div>		<div style="border: 1px solid black; width: 20px; height: 20px; display: flex; align-items: center; justify-content: center;"> </div>	<div style="border: 1px solid black; width: 20px; height: 20px; display: flex; align-items: center; justify-content: center;"> </div>		<div style="border: 1px solid black; width: 20px; height: 20px; display: flex; align-items: center; justify-content: center;"> </div>
<div style="border: 1px solid black; width: 20px; height: 20px; display: flex; align-items: center; justify-content: center;"> </div>		<div style="border: 1px solid black; width: 20px; height: 20px; display: flex; align-items: center; justify-content: center;"> </div>		<div style="border: 1px solid black; width: 20px; height: 20px; display: flex; align-items: center; justify-content: center;"> </div>	<div style="border: 1px solid black; width: 20px; height: 20px; display: flex; align-items: center; justify-content: center;"> </div>		<div style="border: 1px solid black; width: 20px; height: 20px; display: flex; align-items: center; justify-content: center;"> </div>
<div style="border: 1px solid black; width: 20px; height: 20px; display: flex; align-items: center; justify-content: center;"> </div>		<div style="border: 1px solid black; width: 20px; height: 20px; display: flex; align-items: center; justify-content: center;"> </div>		<div style="border: 1px solid black; width: 20px; height: 20px; display: flex; align-items: center; justify-content: center;"> </div>	<div style="border: 1px solid black; width: 20px; height: 20px; display: flex; align-items: center; justify-content: center;"> </div>		<div style="border: 1px solid black; width: 20px; height: 20px; display: flex; align-items: center; justify-content: center;"> </div>
<div style="border: 1px solid black; width: 20px; height: 20px; display: flex; align-items: center; justify-content: center;"> </div>		<div style="border: 1px solid black; width: 20px; height: 20px; display: flex; align-items: center; justify-content: center;"> </div>		<div style="border: 1px solid black; width: 20px; height: 20px; display: flex; align-items: center; justify-content: center;"> </div>	<div style="border: 1px solid black; width: 20px; height: 20px; display: flex; align-items: center; justify-content: center;"> </div>		<div style="border: 1px solid black; width: 20px; height: 20px; display: flex; align-items: center; justify-content: center;"> </div>

  

ENFANTS DE MOINS DE 6 ANS				POIDS ET TAILLE DES ENFANTS NÉS EN 2001 (9) OU APRES			
N° DE LIGNE DE LA COL. (9)	NOM DE LA COL. (2)	ÂGE DE LA COL. (7)	Quelle est la date de naissance de (NOM) ?*	POIDS (KILOGRAMMES)	TAILLE (CENTIMÈTRES)	MESURÉ ALLONGÉ OU DEBOUT	RÉSULTAT 1 MESURÉ 2 ABSENT 3 REFUS 6 AUTRE
			JOUR MOIS ANNÉE			ALLOG. DEBOUT	
<div style="border: 1px solid black; width: 20px; height: 20px; display: flex; align-items: center; justify-content: center;"> </div>		<div style="border: 1px solid black; width: 20px; height: 20px; display: flex; align-items: center; justify-content: center;"> </div>	<div style="border: 1px solid black; width: 100px; height: 20px; display: flex; align-items: center; justify-content: space-between;"> <div style="width: 25%;"> </div> <div style="width: 25%;"> </div> <div style="width: 25%;"> </div> <div style="width: 25%;"> </div> </div>	<div style="border: 1px solid black; width: 20px; height: 20px; display: flex; align-items: center; justify-content: center;">0 </div>	<div style="border: 1px solid black; width: 20px; height: 20px; display: flex; align-items: center; justify-content: center;"> </div>	<div style="border: 1px solid black; width: 20px; height: 20px; display: flex; align-items: center; justify-content: center;">1 </div> <div style="border: 1px solid black; width: 20px; height: 20px; display: flex; align-items: center; justify-content: center;">2 </div>	<div style="border: 1px solid black; width: 20px; height: 20px; display: flex; align-items: center; justify-content: center;"> </div>
<div style="border: 1px solid black; width: 20px; height: 20px; display: flex; align-items: center; justify-content: center;"> </div>		<div style="border: 1px solid black; width: 20px; height: 20px; display: flex; align-items: center; justify-content: center;"> </div>	<div style="border: 1px solid black; width: 100px; height: 20px; display: flex; align-items: center; justify-content: space-between;"> <div style="width: 25%;"> </div> <div style="width: 25%;"> </div> <div style="width: 25%;"> </div> <div style="width: 25%;"> </div> </div>	<div style="border: 1px solid black; width: 20px; height: 20px; display: flex; align-items: center; justify-content: center;">0 </div>	<div style="border: 1px solid black; width: 20px; height: 20px; display: flex; align-items: center; justify-content: center;"> </div>	<div style="border: 1px solid black; width: 20px; height: 20px; display: flex; align-items: center; justify-content: center;">1 </div> <div style="border: 1px solid black; width: 20px; height: 20px; display: flex; align-items: center; justify-content: center;">2 </div>	<div style="border: 1px solid black; width: 20px; height: 20px; display: flex; align-items: center; justify-content: center;"> </div>
<div style="border: 1px solid black; width: 20px; height: 20px; display: flex; align-items: center; justify-content: center;"> </div>		<div style="border: 1px solid black; width: 20px; height: 20px; display: flex; align-items: center; justify-content: center;"> </div>	<div style="border: 1px solid black; width: 100px; height: 20px; display: flex; align-items: center; justify-content: space-between;"> <div style="width: 25%;"> </div> <div style="width: 25%;"> </div> <div style="width: 25%;"> </div> <div style="width: 25%;"> </div> </div>	<div style="border: 1px solid black; width: 20px; height: 20px; display: flex; align-items: center; justify-content: center;">0 </div>	<div style="border: 1px solid black; width: 20px; height: 20px; display: flex; align-items: center; justify-content: center;"> </div>	<div style="border: 1px solid black; width: 20px; height: 20px; display: flex; align-items: center; justify-content: center;">1 </div> <div style="border: 1px solid black; width: 20px; height: 20px; display: flex; align-items: center; justify-content: center;">2 </div>	<div style="border: 1px solid black; width: 20px; height: 20px; display: flex; align-items: center; justify-content: center;"> </div>
<div style="border: 1px solid black; width: 20px; height: 20px; display: flex; align-items: center; justify-content: center;"> </div>		<div style="border: 1px solid black; width: 20px; height: 20px; display: flex; align-items: center; justify-content: center;"> </div>	<div style="border: 1px solid black; width: 100px; height: 20px; display: flex; align-items: center; justify-content: space-between;"> <div style="width: 25%;"> </div> <div style="width: 25%;"> </div> <div style="width: 25%;"> </div> <div style="width: 25%;"> </div> </div>	<div style="border: 1px solid black; width: 20px; height: 20px; display: flex; align-items: center; justify-content: center;">0 </div>	<div style="border: 1px solid black; width: 20px; height: 20px; display: flex; align-items: center; justify-content: center;"> </div>	<div style="border: 1px solid black; width: 20px; height: 20px; display: flex; align-items: center; justify-content: center;">1 </div> <div style="border: 1px solid black; width: 20px; height: 20px; display: flex; align-items: center; justify-content: center;">2 </div>	<div style="border: 1px solid black; width: 20px; height: 20px; display: flex; align-items: center; justify-content: center;"> </div>
<div style="border: 1px solid black; width: 20px; height: 20px; display: flex; align-items: center; justify-content: center;"> </div>		<div style="border: 1px solid black; width: 20px; height: 20px; display: flex; align-items: center; justify-content: center;"> </div>	<div style="border: 1px solid black; width: 100px; height: 20px; display: flex; align-items: center; justify-content: space-between;"> <div style="width: 25%;"> </div> <div style="width: 25%;"> </div> <div style="width: 25%;"> </div> <div style="width: 25%;"> </div> </div>	<div style="border: 1px solid black; width: 20px; height: 20px; display: flex; align-items: center; justify-content: center;">0 </div>	<div style="border: 1px solid black; width: 20px; height: 20px; display: flex; align-items: center; justify-content: center;"> </div>	<div style="border: 1px solid black; width: 20px; height: 20px; display: flex; align-items: center; justify-content: center;">1 </div> <div style="border: 1px solid black; width: 20px; height: 20px; display: flex; align-items: center; justify-content: center;">2 </div>	<div style="border: 1px solid black; width: 20px; height: 20px; display: flex; align-items: center; justify-content: center;"> </div>
<div style="border: 1px solid black; width: 20px; height: 20px; display: flex; align-items: center; justify-content: center;"> </div>		<div style="border: 1px solid black; width: 20px; height: 20px; display: flex; align-items: center; justify-content: center;"> </div>	<div style="border: 1px solid black; width: 100px; height: 20px; display: flex; align-items: center; justify-content: space-between;"> <div style="width: 25%;"> </div> <div style="width: 25%;"> </div> <div style="width: 25%;"> </div> <div style="width: 25%;"> </div> </div>	<div style="border: 1px solid black; width: 20px; height: 20px; display: flex; align-items: center; justify-content: center;">0 </div>	<div style="border: 1px solid black; width: 20px; height: 20px; display: flex; align-items: center; justify-content: center;"> </div>	<div style="border: 1px solid black; width: 20px; height: 20px; display: flex; align-items: center; justify-content: center;">1 </div> <div style="border: 1px solid black; width: 20px; height: 20px; display: flex; align-items: center; justify-content: center;">2 </div>	<div style="border: 1px solid black; width: 20px; height: 20px; display: flex; align-items: center; justify-content: center;"> </div>

COCHER ICI SI UNE AUTRE FEUILLE EST UTILISÉE

\* POUR LES ENFANTS NON INCLUS DANS AUCUNE SECTION 2 SUR LA REPRODUCTION D'UN QUESTIONNAIRE FEMME (ORPHELINS, ENFANTS ADOPTÉS, ETC.), DEMANDER LE JOUR, LE MOIS ET L'ANNÉE DE LA NAISSANCE. POUR TOUS LES AUTRES ENFANTS, COPIER LE MOIS ET L'ANNÉE DE LA Q.215 DANS LA SECTION 2 DE LEUR MÈRE ET DEMANDER LE JOUR DE NAISSANCE.

### \* DÉCLARATION POUR LE CONSENTEMENT

Dans cette enquête, nous voulons connaître le niveau de l'anémie chez les femmes et les enfants. L'anémie qui est due à une alimentation pauvre est un sérieux problème de santé. Les résultats de cette enquête permettront d'aider le gouvernement à mettre en place des programmes pour prévenir et traiter l'anémie.

Nous vous demandons (vous et tous vos enfants nés en 2000, ou après) de participer au test d'anémie en donnant quelques gouttes de sang de votre doigt. Pour ce test on utilise des instruments stériles et non-réutilisables qui sont propres et sans risque. Le sang sera analysé avec un équipement neuf et les résultats vous seront communiqués immédiatement après la prise de sang. Les résultats sont confidentiels.

Puis-je vous demander maintenant de participer, vous (et NOM ET PRENOM DES ENFANTS), à ce test de l'anémie. Cependant, si vous décidez de refuser, sachez que vous en avez le droit et que nous respectons votre décision. Maintenant, pouvez-vous me dire si vous acceptez de participer au test.

### MESURE DU NIVEAU D'HEMOGLOBINE

MESURE DU NIVEAU D'HÉMOGLOBINE DES FEMMES DE 15-49 ANS					
VÉRIFIER COLONNE (38)	N° DE LIGNE DU PARENT/ ADULTE RESPONSABLE. ENREGISTRER "00" S'IL N'EST PAS LISTÉ DANS LE QUEST. MÉNAGE	LIRE LE CONSENTEMENT À LA FEMME/ PARENT/ADULTE RESPONSABLE *  ENTOURER LE CODE (ET SIGNER)	NIVEAU D'HÉMOGLO- BINE (G/DL)	ACTUELLE- MENT ENCEINTE	RÉSULTAT 1 MESURÉ 2 ABSENT 3 REFUS 6 AUTRE
(44)	(45)	(46)	(47)	(48)	(49)
ÂGE 15-17    ÂGE 18-49		ACCORDÉ                      REFUSÉ		OUI    NON/ NSP	
1                      2 ALLER À 46    ↙	<input type="text"/>	1                      2 SIGNER _____ ALLER A 49    ↙	<input type="text"/>	1                      2	<input type="text"/>
1                      2 ALLER À 46    ↙	<input type="text"/>	1                      2 SIGNER _____ ALLER A 49    ↙	<input type="text"/>	1                      2	<input type="text"/>
1                      2 ALLER À 46    ↙	<input type="text"/>	1                      2 SIGNER _____ ALLER A 49    ↙	<input type="text"/>	1                      2	<input type="text"/>
1                      2 ALLER À 46    ↙	<input type="text"/>	1                      2 SIGNER _____ ALLER A 49    ↙	<input type="text"/>	1                      2	<input type="text"/>

  

MESURE DU NIVEAU D'HÉMOGLOBINE DES ENFANTS NÉS EN 2001 (9) OU PLUS TARD					
	N° DE LIGNE DU PARENT/ ADULTE RESPONSABLE. ENREGISTRER "00" S'IL N'EST PAS LISTÉ DANS LE QUEST. MÉNAGE	LIRE LE CONSENTEMENT AU PARENT/ADULTE RESPONSABLE *  ENCERCLER CODE (ET SIGNER)	NIVEAU D'HÉMOGLO- BINE (G/DL)		RÉSULTAT 1 MESURÉ 2 ABSENT 3 REFUS 6 AUTRE
	<input type="text"/>	ACCORDÉ                      REFUSÉ 1                      2 SIGNER _____ ALLER A 49    ↙	<input type="text"/>		<input type="text"/>
	<input type="text"/>	1                      2 SIGNER _____ ALLER A 49    ↙	<input type="text"/>		<input type="text"/>
	<input type="text"/>	1                      2 SIGNER _____ ALLER A 49    ↙	<input type="text"/>		<input type="text"/>
	<input type="text"/>	1                      2 SIGNER _____ ALLER A 49    ↙	<input type="text"/>		<input type="text"/>
	<input type="text"/>	1                      2 SIGNER _____ ALLER A 49    ↙	<input type="text"/>		<input type="text"/>
	<input type="text"/>	1                      2 SIGNER _____ ALLER A 49    ↙	<input type="text"/>		<input type="text"/>

Note : Dans les pays où certaines zones d'enquête se situent à une altitude de plus de 1 000 mètres, des informations sur l'altitude doivent être collectées pour chaque zone dont l'altitude dépasse 1 000 mètres de façon à ce que les estimations du niveau d'anémie soient ajustées de façon appropriée.

# **MESURE DU NIVEAU D'HÉMOGLOBINE DES HOMMES DE 15-59 ANS**

VÉRIFIER LES COLONNES (9A), (2) ET (7) DU TABLEAU DE MENAGE : ENREGISTRER LE NUMÉRO DE LIGNE, LE NOM ET L'ÂGE DE TOUS LES HOMMES DE 15-59 ANS

N° DE LIGNE DE LA COL. (9A)	NOM DE LA COL. (2)	ÂGE DE LA COL. (7)	VÉRIFIER COLONNE (52) :	N° DE LIGNE DU PARENT/ ADULTE RESPONSABLE. ENREGISTRER '00' S'IL N'EST PAS LISTÉ DANS LE QUEST. MÉNAGE	LIRE LE CONSENTEMENT À L'HOMME/PARENT/ ADULTE RESPONSABLE *  ENTOURER LE CODE (ET SIGNER)	NIVEAU D'HÉMOGLOBINE (G/DL)	RÉSULTAT 1 MESURÉ 2 ABSENT 3 REFUS 4 PROB. TECH. 6 AUTRE
(50)	(51)	(52)	(53)	(54)	(55)	(56)	(57)
		ANNÉES	ÂGE 15-17    ÂGE 18-59		<div> <div> <div>1</div> <div>ALLER À 55</div> <div>2</div> </div> <div> <div>REFUSÉ</div> <div>PASSER À 57</div> <div>2</div> </div> </div>		
<input type="text"/>		<input type="text"/>	1    ALLER À 55    2	<input type="text"/>	1    PASSER À 57    2	<input type="text"/>	<input type="text"/>
<input type="text"/>		<input type="text"/>	1    ALLER À 55    2	<input type="text"/>	1    PASSER À 57    2	<input type="text"/>	<input type="text"/>
<input type="text"/>		<input type="text"/>	1    ALLER À 55    2	<input type="text"/>	1    PASSER À 57    2	<input type="text"/>	<input type="text"/>
<input type="text"/>		<input type="text"/>	1    ALLER À 55    2	<input type="text"/>	1    PASSER À 57    2	<input type="text"/>	<input type="text"/>
<input type="text"/>		<input type="text"/>	1    ALLER À 55    2	<input type="text"/>	1    PASSER À 57    2	<input type="text"/>	<input type="text"/>
<input type="text"/>		<input type="text"/>	1    ALLER À 55    2	<input type="text"/>	1    PASSER À 57    2	<input type="text"/>	<input type="text"/>

COCHER ICI SI UNE AUTRE FEUILLE EST UTILISÉE	<input type="checkbox"/>
--	--------------------------

## **\* DÉCLARATION POUR LE CONSENTEMENT**

Dans cette enquête, nous voulons connaître le niveau de l'anémie chez les femmes, les hommes et les enfants. L'anémie est un sérieux problème de santé qui est dû à une alimentation pauvre. Les résultats de cette enquête permettront d'aider le gouvernement à mettre en place des programmes pour prévenir et traiter l'anémie.

Nous vous demandons de participer au test d'anémie en donnant quelques gouttes de sang de votre doigt. Pour ce test on utilise des instruments stériles et non-réutilisables qui sont propres et sans risque. Le sang sera analysé avec un équipement neuf et les résultats vous seront communiqués immédiatement après la prise de sang. Les résultats sont confidentiels.

Puis-je vous demander maintenant de participer à ce test de l'anémie. Cependant, si vous décidez de refuser, sachez que vous en avez le droit et que nous respectons votre décision. Maintenant, pouvez-vous me dire si vous acceptez de participer au test.

PASSER À LA COLONNE (55) ET ENCERLEZ LE CODE APPROPRIÉ.

58	<p>VÉRIFIER 47, 48 ET 56:</p> <p>NOMBRE DE RÉSIDENTS HABITUELS DONT LE NIVEAU D'HÉMOGLOBINE EST INFÉRIEUR AU SEUIL CRITIQUE *</p> <div style="display: flex; justify-content: space-around; align-items: center;"> <div> <p>UNE OU PLUS <input type="checkbox"/></p> <p>↓</p> </div> <div> <p>AUCUNE <input type="checkbox"/></p> <p>↓</p> </div> </div> <div style="display: flex; justify-content: space-between;"> <div> <p>DONNER À CHAQUE FEMMES/HOMMES/PARENT/ADULTE RESPONSABLE LES RÉSULTATS DU TEST D'HÉMOGLOBINE ET CONTINUER AVEC Q.51 **.</p> </div> <div> <p>DONNER À LA FEMME/HOMME/PARENT/ADULTE RESPONSABLE LES RÉSULTATS DU TEST D'HÉMOGLOBINE.</p> </div> </div>																																																																																																																						
59	<p>Nous avons détecté un faible niveau d'hémoglobine dans (votre sang/le sang de NOM DE L'ENFANT/DES ENFANTS). Cela signifie que (vous/NOM DE L'ENFANT/DES ENFANTS) êtes sévèrement anémié(e), ce qui est un problème de santé sérieux. Nous souhaiterions informer le docteur de _____ au sujet de (votre état/l'état de NOM DE L'ENFANT/DES ENFANTS). Cela vous aidera à obtenir le traitement approprié à votre état. Acceptez-vous que cette information concernant le niveau d'hémoglobine dans (votre sang/le sang de NOM DE L'ENFANT/DES ENFANTS) soit transmise au docteur ?</p>																																																																																																																						
<table border="1" style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <thead> <tr> <th style="width: 33%;">NOM DE LA PERSONNE QUI SE SITUE EN-DESSOUS DU SEUIL CRITIQUE</th> <th style="width: 33%;">NOM DU PARENT/ADULTE RESPONSABLE</th> <th style="width: 33%;">ACCEPTÉ QUE L'INFORMATION SOIT TRANSMISE</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td colspan="3" style="text-align: center;"><b>FEMMES DE 18-49 ANS</b></td> </tr> <tr> <td rowspan="4"></td> <td rowspan="4" style="background-color: #cccccc;"></td> <td>OUI ..... 1</td> </tr> <tr> <td>NON ..... 2</td> </tr> <tr> <td>OUI ..... 1</td> </tr> <tr> <td>NON ..... 2</td> </tr> <tr> <td rowspan="4"></td> <td rowspan="4" style="background-color: #cccccc;"></td> <td>OUI ..... 1</td> </tr> <tr> <td>NON ..... 2</td> </tr> <tr> <td>OUI ..... 1</td> </tr> <tr> <td>NON ..... 2</td> </tr> <tr> <td rowspan="4"></td> <td rowspan="4" style="background-color: #cccccc;"></td> <td>OUI ..... 1</td> </tr> <tr> <td>NON ..... 2</td> </tr> <tr> <td>OUI ..... 1</td> </tr> <tr> <td>NON ..... 2</td> </tr> <tr> <td colspan="3" style="text-align: center;"><b>HOMMES DE 18-59 ANS</b></td> </tr> <tr> <td rowspan="4"></td> <td rowspan="4" style="background-color: #cccccc;"></td> <td>OUI ..... 1</td> </tr> <tr> <td>NON ..... 2</td> </tr> <tr> <td>OUI ..... 1</td> </tr> <tr> <td>NON ..... 2</td> </tr> <tr> <td rowspan="4"></td> <td rowspan="4" style="background-color: #cccccc;"></td> <td>OUI ..... 1</td> </tr> <tr> <td>NON ..... 2</td> </tr> <tr> <td>OUI ..... 1</td> </tr> <tr> <td>NON ..... 2</td> </tr> <tr> <td rowspan="4"></td> <td rowspan="4" style="background-color: #cccccc;"></td> <td>OUI ..... 1</td> </tr> <tr> <td>NON ..... 2</td> </tr> <tr> <td>OUI ..... 1</td> </tr> <tr> <td>NON ..... 2</td> </tr> <tr> <td colspan="3" style="text-align: center;"><b>FEMMES DE 15-17 ANS ET ENFANTS</b></td> </tr> <tr> <td></td> <td></td> <td>OUI ..... 1</td> </tr> <tr> <td></td> <td></td> <td>NON ..... 2</td> </tr> <tr> <td></td> <td></td> <td>OUI ..... 1</td> </tr> <tr> <td></td> <td></td> <td>NON ..... 2</td> </tr> <tr> <td></td> <td></td> <td>OUI ..... 1</td> </tr> <tr> <td></td> <td></td> <td>NON ..... 2</td> </tr> <tr> <td></td> <td></td> <td>OUI ..... 1</td> </tr> <tr> <td></td> <td></td> <td>NON ..... 2</td> </tr> <tr> <td></td> <td></td> <td>OUI ..... 1</td> </tr> <tr> <td></td> <td></td> <td>NON ..... 2</td> </tr> <tr> <td></td> <td></td> <td>OUI ..... 1</td> </tr> <tr> <td></td> <td></td> <td>NON ..... 2</td> </tr> <tr> <td></td> <td></td> <td>OUI ..... 1</td> </tr> <tr> <td></td> <td></td> <td>NON ..... 2</td> </tr> <tr> <td colspan="3" style="text-align: center;"><b>HOMMES DE 15-17 ANS</b></td> </tr> <tr> <td></td> <td></td> <td>OUI ..... 1</td> </tr> <tr> <td></td> <td></td> <td>NON ..... 2</td> </tr> <tr> <td></td> <td></td> <td>OUI ..... 1</td> </tr> <tr> <td></td> <td></td> <td>NON ..... 2</td> </tr> <tr> <td></td> <td></td> <td>OUI ..... 1</td> </tr> <tr> <td></td> <td></td> <td>NON ..... 2</td> </tr> <tr> <td></td> <td></td> <td>OUI ..... 1</td> </tr> <tr> <td></td> <td></td> <td>NON ..... 2</td> </tr> </tbody> </table>			NOM DE LA PERSONNE QUI SE SITUE EN-DESSOUS DU SEUIL CRITIQUE	NOM DU PARENT/ADULTE RESPONSABLE	ACCEPTÉ QUE L'INFORMATION SOIT TRANSMISE	<b>FEMMES DE 18-49 ANS</b>					OUI ..... 1	NON ..... 2	OUI ..... 1	NON ..... 2			OUI ..... 1	NON ..... 2	OUI ..... 1	NON ..... 2			OUI ..... 1	NON ..... 2	OUI ..... 1	NON ..... 2	<b>HOMMES DE 18-59 ANS</b>					OUI ..... 1	NON ..... 2	OUI ..... 1	NON ..... 2			OUI ..... 1	NON ..... 2	OUI ..... 1	NON ..... 2			OUI ..... 1	NON ..... 2	OUI ..... 1	NON ..... 2	<b>FEMMES DE 15-17 ANS ET ENFANTS</b>					OUI ..... 1			NON ..... 2			OUI ..... 1			NON ..... 2			OUI ..... 1			NON ..... 2			OUI ..... 1			NON ..... 2			OUI ..... 1			NON ..... 2			OUI ..... 1			NON ..... 2			OUI ..... 1			NON ..... 2	<b>HOMMES DE 15-17 ANS</b>					OUI ..... 1			NON ..... 2			OUI ..... 1			NON ..... 2			OUI ..... 1			NON ..... 2			OUI ..... 1			NON ..... 2
NOM DE LA PERSONNE QUI SE SITUE EN-DESSOUS DU SEUIL CRITIQUE	NOM DU PARENT/ADULTE RESPONSABLE	ACCEPTÉ QUE L'INFORMATION SOIT TRANSMISE																																																																																																																					
<b>FEMMES DE 18-49 ANS</b>																																																																																																																							
		OUI ..... 1																																																																																																																					
		NON ..... 2																																																																																																																					
		OUI ..... 1																																																																																																																					
		NON ..... 2																																																																																																																					
		OUI ..... 1																																																																																																																					
		NON ..... 2																																																																																																																					
		OUI ..... 1																																																																																																																					
		NON ..... 2																																																																																																																					
		OUI ..... 1																																																																																																																					
		NON ..... 2																																																																																																																					
		OUI ..... 1																																																																																																																					
		NON ..... 2																																																																																																																					
<b>HOMMES DE 18-59 ANS</b>																																																																																																																							
		OUI ..... 1																																																																																																																					
		NON ..... 2																																																																																																																					
		OUI ..... 1																																																																																																																					
		NON ..... 2																																																																																																																					
		OUI ..... 1																																																																																																																					
		NON ..... 2																																																																																																																					
		OUI ..... 1																																																																																																																					
		NON ..... 2																																																																																																																					
		OUI ..... 1																																																																																																																					
		NON ..... 2																																																																																																																					
		OUI ..... 1																																																																																																																					
		NON ..... 2																																																																																																																					
<b>FEMMES DE 15-17 ANS ET ENFANTS</b>																																																																																																																							
		OUI ..... 1																																																																																																																					
		NON ..... 2																																																																																																																					
		OUI ..... 1																																																																																																																					
		NON ..... 2																																																																																																																					
		OUI ..... 1																																																																																																																					
		NON ..... 2																																																																																																																					
		OUI ..... 1																																																																																																																					
		NON ..... 2																																																																																																																					
		OUI ..... 1																																																																																																																					
		NON ..... 2																																																																																																																					
		OUI ..... 1																																																																																																																					
		NON ..... 2																																																																																																																					
		OUI ..... 1																																																																																																																					
		NON ..... 2																																																																																																																					
<b>HOMMES DE 15-17 ANS</b>																																																																																																																							
		OUI ..... 1																																																																																																																					
		NON ..... 2																																																																																																																					
		OUI ..... 1																																																																																																																					
		NON ..... 2																																																																																																																					
		OUI ..... 1																																																																																																																					
		NON ..... 2																																																																																																																					
		OUI ..... 1																																																																																																																					
		NON ..... 2																																																																																																																					

\* Le seuil critique est de 9 g/dl pour les femmes enceintes et de 7 g/dl pour les enfantspour les hommes, et les femmes qui ne sont pas enceintes (ou qui ne savent pas si elles sont enceintes).

\*\* S'il y a plus d'une femme ou d'un enfant ou d'un homme qui se situe en-dessous du seuil critique, lire la déclaration de Q.51 à chaque femme/homme qui se situe en-dessous du seuil critique et à chaque femme/homme/parent/adulte responsable de l'enfant qui se situe en-dessous du seuil critique.

## Consentement Éclairé (Test de VIH)

### CONSENTEMENT ÉCLAIRÉ POUR UN ADULTE DE 18 ANS OU PLUS

Dans le cadre de l'enquête, nous faisons une étude de VIH/SIDA parmi les femmes âgées de 15 à 49 ans et les hommes âgés de 15 à 59 ans. Vous savez, peut être, que le VIH est le virus qui cause le SIDA. Le SIDA est une maladie grave, habituellement mortelle. Nous vous demandons (vous et tous vos enfants nés en 2001, ou après) de participer au test d'anémie en donnant quelques au Niger.

Pour le test de VIH, nous invitons toutes les femmes et tous les hommes éligibles de tout le pays à donner quelques gouttes de sang d'un doigt. Pour prélever ces gouttes, nous utiliserons des instruments stériles, du matériel neuf, et non réutilisables. Ils n'ont jamais été utilisés avant vous, et ils ne seront pas utilisés après vous.

Le prélèvement de sang sera ensuite envoyé dans un laboratoire pour être analysé. Aucun nom ne sera relevé ou lié au résultat. Ainsi, nous ne pouvons pas connaître et nous ne serons pas en mesure de vous donner vos résultats du test. Personne d'autre non plus ne pourra connaître le résultat de l'analyse de votre sang. Cependant, je vais vous remettre une fiche de référence pour vous rendre dans un **Centre de Dépistage Volontaire** pour un test gratuit si vous le désirez.

#### ***Avez-vous des questions?***

***Maintenant, est-ce que vous acceptez de participer à ce test de VIH?***

PASSER À LA COLONNE (67) ET ENCERCLER LE CODE APPROPRIÉ.

### CONSENTEMENT ÉCLAIRÉ POUR LES JEUNES DE 15-17 ANS

#### 1ere étape: Demander d'abord le consentement éclairé du parent/adulte responsable

L'étude de VIH/SIDA inclut les jeunes femmes et hommes à partir de 15 ans. Pour le test de VIH de ces jeunes personnes de l'âge 15 à 17 ans nous demandons que leur parent ou un adulte responsable donne leur consentement, aussi bien que le/la jeune.

Nous demandons que la jeune personne, [NOM], participe au test de VIH en nous donnant quelques gouttes de sang d'un doigt. Pour prélever ces gouttes, nous utiliserons des instruments stériles, du matériel neuf, et non réutilisables. Ils n'ont jamais été utilisés avant vous, et ils ne seront pas utilisés après.

Le prélèvement de sang sera ensuite envoyé dans un laboratoire pour être analysé. Aucun nom ne sera relevé ou lié au résultat. Ainsi, nous ne serons pas en mesure de vous donner vos résultats du test. Personne d'autre non plus ne pourra connaître le résultat de l'analyse de votre sang. Cependant, si [NOM DE JEUNE], je vais vous remettre une fiche de référence pour vous rendre dans un **Centre de Dépistage Volontaire** pour un test gratuit.

#### ***Maintenant, est-ce que vous acceptez que [NOM] puisse participer à ce test de VIH?***

PASSER À LA COLONNE (66) ET ENCERCLER LE CODE APPROPRIÉ.

#### 2e étape: Consentement éclairé du jeune

SI LE PARENT/ADULTE RESPONSABLE DU JEUNE A ACCEPTÉ QU'IL PARTICIPE AU TEST, LIRE LE CONSENTEMENT AU JEUNE.

Dans le cadre de l'enquête, nous faisons une étude de VIH/SIDA parmi les femmes âgées de 15 à 49 ans et les hommes âgés de 15 à 59 ans. Vous savez, peut être, que le VIH est le virus qui cause le SIDA. Le SIDA est une maladie grave, habituellement mortelle. Nous sommes entrain de mener le test de VIH pour mesurer la gravité du problème du SIDA au Sénégal.

Pour le test de VIH, nous invitons toutes les femmes et tous les hommes éligibles de tout le pays à donner quelques gouttes de sang d'un doigt. Pour prélever ces gouttes, nous utiliserons des instruments stériles, du matériel neuf, et non réutilisables. Ils n'ont jamais été utilisés avant vous, et ils ne seront pas utilisés après.

Le prélèvement de sang sera ensuite envoyé dans un laboratoire pour être analysé. Aucun nom ne sera relevé ou lié au résultat. Ainsi, nous ne serons pas en mesure de vous donner vos résultats du test. Personne d'autre non plus ne pourra connaître le résultat de l'analyse de votre sang. Cependant, je vais vous remettre une fiche de référence pour vous rendre dans un **Centre de Prévention et Dépistage Volontaire** pour un test gratuit.

#### ***Avez-vous des questions?***

***Maintenant, est-ce que vous acceptez de participer à ce test de VIH?***

PASSER À LA COLONNE (67) ET ENCERCLER LE CODE APPROPRIÉ.

\* N'OUBLIEZ PAS DE DONNER À CHAQUE PERSONNE ÉLIGIBLE, UNE FICHE DE REFERENCE POUR UN TEST VOLONTAIRE GRATUIT

TEST DU VIH - FEMMES ET HOMMES

Nombre total de prélèvements :

VÉRIFIER LES COLONNES (8) ET (9A) DU TABLEAU DE MÉNAGE : ENREGISTRER LE NUMÉRO DE LIGNE, LE NOM, LE SEXE ET L'ÂGE DE TOUTES LES FEMMES DE 15-49

ET LES HOMMES DE 15-59 ANS. CETTE FICHE DOIT ÊTRE DÉTRUITE AU BUREAU AVANT QUE LES RÉSULTATS DU TEST SOIENT RELIÉS À LA BASE DES DONNÉES DE L'EDSN-MICS-III.

N° LIGNE COL (8) OU DE LA COL (9A)	NOM DE LA COL. (2)	SEXE DE LA COL. (4)	ÂGE DE LA COL. (7)	VÉRIFIER L'ÂGE À LA COLONNE (63)	N° DE LIGNE DU PARENT/ ADULTE RESPONSABLE	LIRE LE CONSENTEMENT AU PARENT OU À L'ADULTE RESPONSABLE ENCERCLER LE CODE (ET SIGNER)			LIRE LE CONSENTEMENT À LA FEMME/ L'HOMME OU AU JEUNE ENCERCLER LE CODE (ET SIGNER)			RÉSULTAT 1 PRÉLÈVEMENT FAIT 2 REFUSÉ 3 ABSENT 4 PROBLÈME TECH. 6 AUTRE (À PRÉCISER)	ÉTIQUETTES CODES À BARRES COLLER LA 1ère ÉTIQUETTE ICI  COLLER LA 2e SUR LE PAPIER FILTRE DE L'ENQUÊTE(E) ET LA 3e SUR LA FICHE DE TRANSMISSION DES PRÉLÈVEMENTS
(60)	(61)	(62)	(63)	(64)	(65)	(66)			(67)			(68)	(69)
	NOM	H F 1 2	ANNÉES <div></div>	15-17 18+ 1 2 ALLER À 67	<div></div>	ACCORDÉ 1 ▼ SIGNER	REFUSÉ 2	PAS LU 3	ACCORDÉ 1 ▼ SIGNER	REFUSÉ 2	PAS LU 3	<div></div>	COLLER LA 1ère ÉTIQUETTE ICI
		1 2	<div></div>	1 2 ALLER À 67	<div></div>	1 ▼ SIGNER	2	3	1 ▼ SIGNER	2	3	<div></div>	COLLER LA 1ère ÉTIQUETTE ICI
		1 2	<div></div>	1 2 ALLER À 67	<div></div>	1 ▼ SIGNER	2	3	1 ▼ SIGNER	2	3	<div></div>	COLLER LA 1ère ÉTIQUETTE ICI
		1 2	<div></div>	1 2 ALLER À 67	<div></div>	1 ▼ SIGNER	2	3	1 ▼ SIGNER	2	3	<div></div>	COLLER LA 1ère ÉTIQUETTE ICI
		1 2	<div></div>	1 2 ALLER À 67	<div></div>	1 ▼ SIGNER	2	3	1 ▼ SIGNER	2	3	<div></div>	COLLER LA 1ère ÉTIQUETTE ICI
		1 2	<div></div>	1 2 ALLER À 67	<div></div>	1 ▼ SIGNER	2	3	1 ▼ SIGNER	2	3	<div></div>	COLLER LA 1ère ÉTIQUETTE ICI
		1 2	<div></div>	1 2 ALLER À 67	<div></div>	1 ▼ SIGNER	2	3	1 ▼ SIGNER	2	3	<div></div>	COLLER LA 1ère ÉTIQUETTE ICI
		1 2	<div></div>	1 2 ALLER À 67	<div></div>	1 ▼ SIGNER	2	3	1 ▼ SIGNER	2	3	<div></div>	COLLER LA 1ère ÉTIQUETTE ICI
		1 2	<div></div>	1 2 ALLER À 67	<div></div>	1 ▼ SIGNER	2	3	1 ▼ SIGNER	2	3	<div></div>	COLLER LA 1ère ÉTIQUETTE ICI
		1 2	<div></div>	1 2 ALLER À 67	<div></div>	1 ▼ SIGNER	2	3	1 ▼ SIGNER	2	3	<div></div>	COLLER LA 1ère ÉTIQUETTE ICI

COCHER ICI SI UNE AUTRE FEUILLE EST UTILISÉE: