

ENQUÊTE DÉMOGRAPHIQUE ET DE SANTÉ  
**EDSCI-IV**  
 QUESTIONNAIRE MÉNAGE

REPUBLIQUE DE CÔTE D'IVOIRE  
 INSTITUT NATIONAL DE LA STATISTIQUE

IDENTIFICATION (1)				
NOM DU CHEF DE MÉNAGE _____				
DISTRICT/RÉGION _____				
MILIEU DE RÉSIDENCE (ABIDJAN=1, AUTRE URBAIN=2, RURAL=3) _____				
NUMÉRO DE GRAPPE ..... _____				
NUMÉRO DU MÉNAGE ..... _____				
MÉNAGE SÉLECTIONNÉ POUR L'ENQUÊTE HOMME ? (1=OUI, 2=NON) ..... _____				
MÉNAGE SÉLECTIONNÉ POUR LE TEST DE LA QUALITE DE L'EAU (1=OUI, 2= NON) ..... _____				
MÉNAGE SÉLECTIONNÉ POUR LE TEST EN BLANC POUR LE TEST DE LA QUALITE DE L'EAU (1=OUI, 2= NON) ..... _____				
VISITES D'ENQUÊTEURS				
	1	2	3	VISITE FINALE
DATE	_____	_____	_____	JOUR _____
				MOIS _____
NOM DE L'ENQUÊTEUR/ ENQUÊTRICE	_____	_____	_____	ANNÉE <b>2 0 2 1</b>
				N° ENQUÊT _____
RÉSULTAT*	_____	_____	_____	RÉSULTAT* _____
PROCHAINE DATE VISITE	_____	_____		NOMBRE TOTAL DE VISITES _____
*CODES RÉSULTAT :				TOTAL DE PERSONNES DANS LE MÉNAGE _____
1	REPLI			TOTAL DE FEMMES ÉLIGIBLES _____
2	PAS DE MEMBRE DU MÉNAGE À LA MAISON OU PAS D'ENQUÊTÉ COMPÉTENT À LA MAISON, AU MOMENT DE LA VISITE			TOTAL D'HOMMES ÉLIGIBLES _____
3	MÉNAGE TOTALEMENT ABSENT POUR UNE LONGUE PÉRIODE			N° DE LIGNE DE L'ENQUÊTÉ POUR LE QUESTIONNAIRE MÉNAGE _____
4	DIFFÉRÉ			
5	REFUSÉ			
6	LOGEMENT VACANT OU PAS DE LOGEMENT À L'ADRESSE			
7	LOGEMENT DÉTRUIT			
8	LOGEMENT NON TROUVÉ			
9	SEULEMENT DES MINEURS DANS LE MENAGE			
10	AUTRE _____ (PRÉCISEZ)			
LANGUE DU QUESTIONNAIRE** <b>0 1</b>				LANGUE DE L'INTERVIEW** <b>0 1</b>
LANGUE DU QUESTIONNAIRE** <b>FRANÇAIS</b>				LANGUE MATERNELLE DE L'ENQUÊTÉ** _____
				INTERPRÈTE (OUI = 1, NON = 2) _____
				**CODES LANGUES :
				01 FRANÇAIS      03 LANGUE ÉTRANGE 05 LANGUAGE 5
				02 LANGUE IVOIRIEN 04 LANGUAGE 4      06 LANGUAGE 6
ÉQUIPE	CHEF D'ÉQUIPE		CONTRÔLEUSE (CAPI)	
NUMÉRO _____	NOM _____	NUMÉRO _____	NOM _____	NUMÉRO _____
	SUPERVISEUR CENTRAL			
	NOM _____	NUMÉRO _____		

CETTE PAGE EST LAISSÉE BLANCHE INTENTIONNELLEMENT

PRÉSENTATION ET DEMANDE DE CONSENTEMENT

Bonjour. Je m'appelle \_\_\_\_\_ . Je travaille pour l'INSTITUT NATIONAL DE LA STATISTIQUE (INS). Nous effectuons une enquête nationale sur la santé et sur d'autres sujets sur TOUTE L'ETENDUE DU TERRITOIRE IVOIRIEN. Les informations que nous collectons aideront le gouvernement à améliorer les services de santé. Votre ménage a été sélectionné pour cette enquête. Nous voudrions vous poser quelques questions sur votre ménage. Les questions prennent habituellement entre 20 et 30 minutes. Toutes les informations que vous nous donnerez sont strictement confidentielles et elles ne seront transmises à personne d'autres que les membres de l'équipe d'enquête. Vous n'êtes pas obligé de participer à cette enquête, mais nous espérons que vous accepterez de répondre à nos questions car votre opinion est très importante. S'il arrivait que je pose une question à laquelle vous ne voulez pas répondre, dites-le moi et je passerai à la question suivante. Si vous souhaitez plus d'informations sur l'enquête, vous pouvez contacter les personnes figurant sur cette carte.

DONNEZ LA CARTE AVEC LES INFORMATIONS POUR CONTACTER CES PERSONNES

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

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

L'ENQUÊTÉ ACCEPTE  
D'ÊTRE INTERVIEWÉ ... 1  
↓

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

100	NOTEZ L'HEURE.	HEURES .....	<table border="1"><tr><td></td><td></td></tr><tr><td></td><td></td></tr></table>				
		MINUTES.....	<table border="1"><tr><td></td><td></td></tr><tr><td></td><td></td></tr></table>				

TABLEAU MÉNAGE

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

2A) Juste pour être sûr que j'ai une liste complète : y a-t-il d'autres personnes comme des petits enfants ou des nourrissons que nous n'avons pas listés ? OUI  → AJOUTEZ AU TABLEAU NON

2B) Y a-t-il d'autres personnes qui ne sont peut-être pas membres de votre famille, comme des domestiques, locataires ou amis qui vivent habituellement ici ? OUI  → AJOUTEZ AU TABLEAU NON

2C) Avez-vous des invités ou des visiteurs temporaires qui sont chez vous, ou d'autres personnes qui ont dormi ici la nuit dernière et qui n'ont pas été listés ? OUI  → AJOUTEZ AU TABLEAU NON

- CODES POUR Q. 3: LIEN DE PARENTÉ AVEC CHEF DE MÉNAGE**
- 01 = CHEF DE MÉNAGE
  - 02 = FEMME OU MARI
  - 03 = FILS OU FILLE
  - 04 = GENDRE OU BELLE-FILLE
  - 05 = PETIT FILS/FILLE
  - 06 = PÈRE/MÈRE
  - 07 = BEAU-PARENT
  - 08 = FRÈRE OU SOEUR
  - 09 = AUTRE PARENT
  - 10 = ADOPTÉ /CONFIE/ ENFANT DE LA FEMME/MARI
  - 11 = SANS LIEN DE PARENTÉ
  - 12 = CO-EPOUSE
  - 13 = DOMESTIQUE
  - 14 = BEAU-FRÈRE/FILLE SOEUR
  - 98 = NE SAIT PAS

N° LIGNE	SI 0-17 ANS				SI 3 ANS OU PLUS		SI 3-24 ANS		SI 3-24 ANS	
	ÉTAT DE SURVIE ET RÉSIDENCE DES PARENTS BIOLOGIQUES				A FRÉQUENTÉ L'ÉCOLE		FRÉQUENTATION SCOLAIRE ACTUELLE/RÉCENTE		FRÉQUENTATION PRÉCÉDENTE	
	12	13	14	15	16	17	18	19	18A	19A
	La mère biologique de (NOM) est-elle en vie ?	La mère biologique de (NOM) vit-elle habituellement dans ce ménage ou était-elle en visite ici la nuit dernière ?	Le père biologique de (NOM) est-il en vie ?	Le père biologique de (NOM) vit-il habituellement dans ce ménage ou était-il en visite ici la nuit dernière ?	Est-ce que (NOM) a déjà fréquenté l'école ou a-t-il suivi un programme éducatif préscolaire ?	Quel est le plus haut niveau d'études que (NOM) a atteint ?  Quelle est la classe la plus élevée que (NOM) a achevée avec succès à ce niveau ?	Est-ce que (NOM) est allé à l'école ou a suivi un programme éducatif préscolaire à un moment au cours de l'année scolaire 2021-2022 ?	Au cours de cette année scolaire 2021-2022, à quel niveau et en quelle classe est/était (NOM) ?	Au cours de l'année précédente 2020-2021 (Nom) a-t-il /elle fréquenté l'école à n'importe quel moment durant l'année scolaire?	Au cours de l'année précédente 2020-2021, à quel niveau et en quelle classe est/était (NOM) ?
	NOTEZ LE N° DE LIGNE DE LA MÈRE.	NOTEZ LE N° DE LIGNE DE LA MÈRE.		NOTEZ LE N° DE LIGNE DU PÈRE.			(4)			
	SI NON, NOTEZ '00'.	SI NON, NOTEZ '00'.		SI NON, NOTEZ '00'.		VOIR CODES CI-DESSOUS.		VOIR CODES CI-DESSOUS.		VOIR CODES CI-DESSOUS.
01	O N NSP 1 2 8 ↓ ALLEZ À 14	<input type="text"/>	O N NSP 1 2 8 ↓ ALLEZ À 16	<input type="text"/>	O N 1 2 ↓ ALLEZ À 20	NIVEAU CLASSE <input type="text"/> <input type="text"/>	Y N 1 2 ↓ ALLEZ À 20	NIVEAU CLASSE <input type="text"/> <input type="text"/>	O N 1 2	NIVEAU/CLASSE <input type="text"/> <input type="text"/>
02	1 2 8 ↓ ALLEZ À 14	<input type="text"/>	1 2 8 ↓ ALLEZ À 16	<input type="text"/>	1 2 ↓ ALLEZ À 20	<input type="text"/> <input type="text"/>	1 2 ↓ ALLEZ À 20	<input type="text"/> <input type="text"/>	1 2	<input type="text"/> <input type="text"/>
03	1 2 8 ↓ ALLEZ À 14	<input type="text"/>	1 2 8 ↓ ALLEZ À 16	<input type="text"/>	1 2 ↓ ALLEZ À 20	<input type="text"/> <input type="text"/>	1 2 ↓ ALLEZ À 20	<input type="text"/> <input type="text"/>	1 2	<input type="text"/> <input type="text"/>
04	1 2 8 ↓ ALLEZ À 14	<input type="text"/>	1 2 8 ↓ ALLEZ À 16	<input type="text"/>	1 2 ↓ ALLEZ À 20	<input type="text"/> <input type="text"/>	1 2 ↓ ALLEZ À 20	<input type="text"/> <input type="text"/>	1 2	<input type="text"/> <input type="text"/>
05	1 2 8 ↓ ALLEZ À 14	<input type="text"/>	1 2 8 ↓ ALLEZ À 16	<input type="text"/>	1 2 ↓ ALLEZ À 20	<input type="text"/> <input type="text"/>	1 2 ↓ ALLEZ À 20	<input type="text"/> <input type="text"/>	1 2	<input type="text"/> <input type="text"/>
06	1 2 8 ↓ ALLEZ À 14	<input type="text"/>	1 2 8 ↓ ALLEZ À 16	<input type="text"/>	1 2 ↓ ALLEZ À 20	<input type="text"/> <input type="text"/>	1 2 ↓ ALLEZ À 20	<input type="text"/> <input type="text"/>	1 2	<input type="text"/> <input type="text"/>
07	1 2 8 ↓ ALLEZ À 14	<input type="text"/>	1 2 8 ↓ ALLEZ À 16	<input type="text"/>	1 2 ↓ ALLEZ À 20	<input type="text"/> <input type="text"/>	1 2 ↓ ALLEZ À 20	<input type="text"/> <input type="text"/>	1 2	<input type="text"/> <input type="text"/>
08	1 2 8 ↓ ALLEZ À 14	<input type="text"/>	1 2 8 ↓ ALLEZ À 16	<input type="text"/>	1 2 ↓ ALLEZ À 20	<input type="text"/> <input type="text"/>	1 2 ↓ ALLEZ À 20	<input type="text"/> <input type="text"/>	1 2	<input type="text"/> <input type="text"/>
09	1 2 8 ↓ ALLEZ À 14	<input type="text"/>	1 2 8 ↓ ALLEZ À 16	<input type="text"/>	1 2 ↓ ALLEZ À 20	<input type="text"/> <input type="text"/>	1 2 ↓ ALLEZ À 20	<input type="text"/> <input type="text"/>	1 2	<input type="text"/> <input type="text"/>
10	1 2 8 ↓ ALLEZ À 14	<input type="text"/>	1 2 8 ↓ ALLEZ À 16	<input type="text"/>	1 2 ↓ ALLEZ À 20	<input type="text"/> <input type="text"/>	1 2 ↓ ALLEZ À 20	<input type="text"/> <input type="text"/>	1 2	<input type="text"/> <input type="text"/>

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

**NIVEAU**

- 0 = PROGRAMME ÉDUCATIF PRÉSCOLAIRE
- 1 = PRIMAIRE
- 2 = SECONDAIRE
- 3 = SUPÉRIEUR
- 8 = NE SAIT PAS

**CLASSE**

- 00 = MOINS D'1 ANNÉE ACHÉVÉE (UTILISEZ '00' POUR Q. 17 SEULEMENT. CE CODE N'EST PAS AUTORISÉ POUR Q. 19 ET Q1)
- 1 = CP1
- 2 = CP2
- 3 = CE1
- 4 = CE2
- 5 = CM1
- 6 = CM2/CEPE/CQP
- 1 = 6<sup>ème</sup>
- 2 = 5<sup>ème</sup>
- 3 = 4<sup>ème</sup>
- 4 = 3<sup>ème</sup>/BEPC/CAP/BEP
- 5 = 2nd
- 6 = 1ère
- 7 = 1<sup>ère</sup>/BAC/BI/AP
- 1 = BAC + 1/BP
- 2 = BAC + 2 / BTS/DUT
- 3 = BAC + 3
- 4 = BAC + 4
- 5 = BAC + 5
- 6 = Doctorat ou plus
- 9 = NE SAIT PAS

SI 3-24 ANS		SI 0-4 ANS	SI 0-17 ANS	SI 5-14 ANS			
ON SCOLAIRE DENTE		ENREGISTREMENT DES NAISSANCES	COUVERTURE EN ASSURANCE MALADIE	SCHISTOSOMIASE	DEPARASITAGE		
					Vérifiez colonne 16, enfant a ete a l'école, reponse 1		
19B	19C	20	21	22	23	24	
Est-ce que (nom) a bénéficié d'un programme de soutien aux frais de scolarité pour l'année scolaire 2020-2021 qui ne venait pas de la famille, autres parents, amis ou voisins ?	Qui a fourni ce soutien scolaire ?  Enregistrer tout ce qui est mentionné.	(NOM) a-t-il/elle un certificat de naissance ?  SI NON, INSISTEZ : La naissance de (NOM) a-t-elle été enregistrée à l'état civil ?  1 = A UN CERTIFICAT VU 2 = A UN CERTIFICAT NON VU 3 = DECLARE 4 = NON DECLARE  8 = NE SAIT PAS	(NOM) a-t-il/elle une assurance maladie ?  1 = OUI 2 = NON 8 = NE SAIT PAS	(NOM) a-t-il urine du sang au cours des 6 derniers mois?  1 = OUI 2 = NON 8 = NE SAIT PAS	(NOM) a-t-il reçu des médicaments contre les vers intestinaux au cours des 6 derniers mois  1 = OUI 2 = NON 8 = NE SAIT PAS	(NOM) a-t-il reçu des médicaments contre les vers intestinaux à l'école  1 = OUI 2 = NON 8 = NE SAIT PAS	
O N NSP 1 2 8 ↓ ALLEZ À 20	Gouv/Public Org. relig. Org. Privée Autre NSP	A B C X Z	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	O N NSP 1 2 8 ↓ ALLEZ À 101	<input type="checkbox"/>
1 2 8 ↓ ALLEZ À 20	Gouv/Public Org. relig. Org. Privée Autre NSP	A B C X Z	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	1 2 8 ↓ ALLEZ À 101	<input type="checkbox"/>
1 2 8 ↓ ALLEZ À 20	Gouv/Public Org. relig. Org. Privée Autre NSP	A B C X Z	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	1 2 8 ↓ ALLEZ À 101	<input type="checkbox"/>
1 2 8 ↓ ALLEZ À 20	Gouv/Public Org. relig. Org. Privée Autre NSP	A B C X Z	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	1 2 8 ↓ ALLEZ À 101	<input type="checkbox"/>
1 2 8 ↓ ALLEZ À 20	Gouv/Public Org. relig. Org. Privée Autre NSP	A B C X Z	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	1 2 8 ↓ ALLEZ À 101	<input type="checkbox"/>
1 2 8 ↓ ALLEZ À 20	Gouv/Public Org. relig. Org. Privée Autre NSP	A B C X Z	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	1 2 8 ↓ ALLEZ À 101	<input type="checkbox"/>
1 2 8 ↓ ALLEZ À 20	Gouv/Public Org. relig. Org. Privée Autre NSP	A B C X Z	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	1 2 8 ↓ ALLEZ À 101	<input type="checkbox"/>
1 2 8 ↓ ALLEZ À 20	Gouv/Public Org. relig. Org. Privée Autre NSP	A B C X Z	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	1 2 8 ↓ ALLEZ À 101	<input type="checkbox"/>
1 2 8 ↓ ALLEZ À 20	Gouv/Public Org. relig. Org. Privée Autre NSP	A B C X Z	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	1 2 8 ↓ ALLEZ À 101	<input type="checkbox"/>
1 2 8 ↓ ALLEZ À 20	Gouv/Public Org. relig. Org. Privée Autre NSP	A B C X Z	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	1 2 8 ↓ ALLEZ À 101	<input type="checkbox"/>

19A)

**CARACTÉRISTIQUES DU MÉNAGE**

N°	QUESTIONS ET FILTRES	CODES	ALLEZ À
101	D'où provient principalement l'eau que boivent les membres de votre ménage ?	<b>EAU DU ROBINET</b> ROBINET DANS LOGEMENT ..... 11 ROBINET DANS COUR/PARCELLE ..... 12 ROBINET CHEZ UN VOISIN ..... 13 ROBINET PUBLIC/BORNE FONTAINE ..... 14  <b>FORAGE</b> FORAGE À POMPE ..... 21  <b>PUITS CREUSÉ</b> PUIITS PROTÉGÉ ..... 31 PUIITS NON PROTÉGÉ ..... 32  <b>EAU DE SOURCE</b> SOURCE PROTÉGÉE ..... 41 SOURCE NON PROTÉGÉE ..... 42  EAU DE PLUIE ..... 51 CAMION CITERNE ..... 61 CHARRETTE AVEC PETITE CITERNE/ TONNEAU ..... 71 EAU DE SURFACE (RIVIÈRE/BARRAGE/LAC/ MARE/FLEUVE/CANAL/ CANAL D'IRRIGATION) ..... 81 EAU EN BOUTEILLE/MINÉRALE ..... 91 EAU EN SACHET ..... 92  AUTRE _____ 96 (PRÉCISEZ)	→ 102A → 103 → 103A → 103 → 103 → 103
102	D'où provient principalement l'eau utilisée par votre ménage pour d'autres usages comme faire la cuisine et se laver les mains ?	<b>EAU DU ROBINET</b> ROBINET DANS LOGEMENT ..... 11 ROBINET DANS COUR/PARCELLE ..... 12 ROBINET CHEZ UN VOISIN ..... 13 ROBINET PUBLIC/BORNE FONTAINE ..... 14  <b>FORAGE</b> FORAGE À POMPE ..... 21  <b>PUITS CREUSÉ</b> PUIITS PROTÉGÉ ..... 31 PUIITS NON PROTÉGÉ ..... 32  <b>EAU DE SOURCE</b> SOURCE PROTÉGÉE ..... 41 SOURCE NON PROTÉGÉE ..... 42  EAU DE PLUIE ..... 51 CAMION CITERNE ..... 61 CHARRETTE AVEC PETITE CITERNE/ TONNEAU ..... 71 EAU DE SURFACE (RIVIÈRE/BARRAGE/LAC/ MARE/FLEUVE/CANAL/ CANAL D'IRRIGATION) ..... 81 AUTRE _____ 96 (PRÉCISEZ)	→ 103 → 103A → 103 → 103
102A	Qui distribue l'eau qui vient dans ce robinet?	SODECI ..... 1 HVA ..... 2 NE SAIT PAS ..... 8	→ 106
103A	De quel type de forage à pompe s'agit-il?	POMPE ELECTRIQUE ..... 1 POMPE ACTIONNEE PAR UNE PERSONNE/ (MOTRICITE HUMAINE) ..... 2 POMPE ACTIONNEE PAR LE VENT/CARBURANT/ ANIMAL/SOLEIL/AUTR ..... 3	
103	Où est située cette source d'approvisionnement de l'eau ?	DANS VOTRE LOGEMENT ..... 1 DANS VOTRE COUR/PARCELLE ..... 2 AILLEURS ..... 3	→ 106
104	Combien de temps faut-il pour s'y rendre, prendre l'eau et revenir ?	MINUTES ..... <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> NE SAIT PAS ..... 998	

**CARACTÉRISTIQUES DU MÉNAGE**

N°	QUESTIONS ET FILTRES	CODES	ALLEZ À		
105	Qui habituellement va à la source d'approvisionnement pour prendre l'eau pour le  ENREGISTREZ LE NOM DE LA PERSONNE ET LE NUMÉRO DE LIGNE À PARTIR DU TABLEAU MÉNAGE. SI LA PERSONNE N'EST PAS LISTÉE DANS LE TABLEAU MÉNAGE, INSCRIVEZ '00'.	NOM _____  NUMÉRO DE LIGNE ..... <table border="1" style="display: inline-table; vertical-align: middle;"><tr><td style="width: 20px; height: 20px;"></td><td style="width: 20px; height: 20px;"></td></tr></table>			
106	Au cours du mois dernier, est-ce qu'il est arrivé que votre ménage n'ait pas eu suffisamment d'eau pour boire quand vous en aviez besoin ?	OUI ..... 1 NON ..... 2 NE SAIT PAS ..... 8			
107	Faites-vous quelque chose pour rendre l'eau plus saine à boire ?	OUI ..... 1 NON ..... 2 NE SAIT PAS ..... 8	→ 108A		
108	Habituellement, que faites-vous pour rendre l'eau que vous buvez plus saine ?  Quelque chose d'autre ?  ENREGISTREZ TOUT CE QUI EST MENTIONNÉ.	LA FAIRE BOUILLIR ..... A AJOUTER EAU DE JAVEL/CHLORE ..... B LA FILTRER À TRAVERS UN LINGE ..... C UTILISER UN FILTRE (CÉRAMIQUE/ SABLE/COMPOSITE/ETC)..... D DÉSINFECTION SOLAIRE ..... E LA LAISSER REPOSER ..... F  AUTRE _____ X (PRÉCISEZ) NE SAIT PAS ..... Z			
108A	VÉRIFIEZ PAGE DE COUVERTURE: MÉNAGE SÉLECTIONNÉ POUR LE TEST DE LA QUALITE DE L'EAU?  OUI <input type="checkbox"/> NON <input type="checkbox"/>		→ 109		
108B	Je voudrais vous informer que nous conduisons le test de la qualité d'eau dans certains ménages et votre ménage a été sélectionné pour ce test. Accepterez-vous qu'un de mes collègues reviennent après moi pour effectuer le test de la qualité de l'eau que vous consommez. Les résultats vous seront communiqués dès qu'ils sont disponibles.	OUI ..... 1 NON ..... 2			
109 (6)	Quel type de toilettes les membres de votre ménage utilisent-ils habituellement ?  S'IL N'EST PAS POSSIBLE DE DÉTERMINER LE TYPE DE TOILETTES, DEMANDEZ LA PERMISSION DE VOIR L'INSTALLATION.	<b>CHASSE D'EAU/CHASSE MANUELLE</b> CHASSE D'EAU CONNECTÉE À UN SYSTÈME D'ÉGOUT ..... 11 À UNE FOSSE SEPTIQUE ..... 12 À UNE FOSSE D'AISSANCES ..... 13 À QUELQUE CHOSE D'AUTRE ..... 14 À NE SAIT PAS OÙ ..... 15 <b>FOSSE D'AISSANCES</b> FOSSE D'AISSANCES AMÉLIORÉE AUTO-AÉRÉE ..... 21 FOSSE D'AISSANCES AVEC DALLE ..... 22 FOSSE D'AISSANCES SANS DALLE TROU OUVERT ..... 23  TOILETTES À COMPOSTAGE ..... 31 SEAU/TINETTE ..... 41 TOILETTES/LATRINES SUSPENDUES ..... 51 PAS DE TOILETTES/NATURE ..... 61  AUTRE _____ 96 (PRÉCISEZ)	→ 117		
110	Partagez-vous ces toilettes avec d'autres ménages ?	OUI ..... 1 NON ..... 2	→ 112		
111	En comptant votre propre ménage, combien de ménages utilisent ces toilettes ?	NUMBRE DE MÉNAGES SI MOINS DE 10 ..... <table border="1" style="display: inline-table; vertical-align: middle;"><tr><td style="width: 20px; height: 20px; text-align: center;">0</td><td style="width: 20px; height: 20px;"></td></tr></table>  10 MÉNAGES OU PLUS ..... 95 NE SAIT PAS ..... 98	0		
0					
112	Où se trouvent ces toilettes ?	DANS VOTRE LOGEMENT ..... 1 DANS VOTRE COUR/PARCELLE ..... 2 AILLEURS ..... 3			

**CARACTÉRISTIQUES DU MÉNAGE**

N°	QUESTIONS ET FILTRES	CODES	ALLEZ À
	CODES 12, 13, 21, 22, 23, OU 31 ENCERCLÉ <input type="checkbox"/>	AUTRE <input type="checkbox"/>	→ 117

**CARACTÉRISTIQUES DU MÉNAGE**

N°	QUESTIONS ET FILTRES	CODES	ALLEZ À
114	Est-ce que (votre/vos) (fosse septique/fosse/toilettes à compostage) (a/ont) déjà été vidée(s) ?	OUI ..... 1 NON ..... 2 NE SAIT PAS ..... 8	→ 117
115	La dernière fois que (votre/vos) (fosse septique/fosse/toilettes à compostage) (a/ont) été vidée(s), est-ce que cela a été fait par un	OUI ..... 1 NON ..... 2 NE SAIT PAS ..... 8	
116	Où le contenu a-t-il été vidé ?	USINE DE TRAITEMENT ..... 1 ENTERRÉ DANS UNE FOSSE COUVERTE .. 2 FOSSE À DECOUVERT/FORÊT/CHAMPS / TERRAIN VAGUE ..... 3 EAU DE SURFACE (RIVIÈRE/BARRAGE/ LAC/MARE/FLEUVE CANAL/ CANAL D'IRRIGATION) ..... 4  AUTRE _____ 6 (PRÉCISEZ)  NE SAIT PAS ..... 8	
117	Dans ce ménage, quel type de cuisinière est habituellement utilisée pour la cuisine ?	CUISINIÈRE ÉLECTRIQUE ..... 01 FOUR SOLAIRE ..... 02 CUISINIÈRE À GAZ PROPANE LIQUÉFIÉ (GPL) CUISINIÈRE À GAZ ..... 03 CUISINIÈRE CONNECTÉE AU GAZ NATURE ..... 04 CUISINIÈRE AU BIOGAZ ..... 05 CUISINIÈRE À COMBUSTIBLE LIQUIDE ..... 06 CUISINIÈRE D'UN FABRICANT À COMBUSTIBLE SOLIDE ..... 07 CUISINIÈRE TRADITIONNELLE À COMBUSTIBLE SOLIDE ..... 08 FOYER À TROIS PIERRES/FOYER OUVERT .. 09  PAS DE CUISINE DANS LE MÉNAGE ..... 95 AUTRE _____ 96 (PRÉCISEZ)	→ 121 → 120 → 120 → 123 → 120
118	Est-ce que la cuisinière a une cheminée ?	OUI ..... 1 NON ..... 2 NE SAIT PAS ..... 8	
119	Est-ce que la cuisinière a un ventilateur ?	OUI ..... 1 NON ..... 2 NE SAIT PAS ..... 8	
120	Avec quel type de combustible ou d'énergie fonctionne cette cuisinière ?	ALCOOL/ÉTHANOL ..... 01 ESSENCE/DIESEL ..... 02 PARAFFINE/PÉTROLE ..... 03 CHARBON/LIGNITE ..... 04 CHARBON DE BOIS ..... 05 BOIS ..... 06 PAILLE/BRANCHAGES/HERBES ..... 07 PRODUITS AGRICOLES ..... 08 BOUSE D'ANIMAL/DÉCHETS ..... 09 COMBUSTIBLES BIOMASSE TRANSFORMÉS ( PELLETS) OU GRANULÉS DE BOIS ..... 10 ORDURES/PLASTIQUE ..... 11 SCIURE ..... 12  AUTRE _____ 96 (PRÉCISEZ)	

**CARACTÉRISTIQUES DU MÉNAGE**

N°	QUESTIONS ET FILTRES	CODES	ALLEZ À
121	Est-ce que la cuisine est faite habituellement dans la maison, dans un bâtiment séparé ou à l'extérieur ?	DANS LA MAISON ..... 1 DANS UN BÂTIMENT SÉPARÉ ..... 2 À L'EXTÉRIEUR ..... 3  AUTRE _____ 6 (PRÉCISEZ)	→ 123
122	Avez-vous une pièce séparée que vous utilisez comme cuisine ?	OUI ..... 1 NON ..... 2	
123	Dans ce ménage, qu'utilisez-vous pour chauffer la maison quand c'est nécessaire ?	CHAUFFAGE CENTRAL ..... 01 RADIATEUR D'UN FABRICANT ..... 02 RADIATEUR TRADITIONNEL ..... 03 FOURNEAU D'UN FABRICANT ..... 04 FOURNEAU TRADITIONNEL ..... 05 FEU À TROIS PIERRES/FOYER OUVERT ..... 06  PAS DE CHAUFFAGE DANS LE MÉNAGE ..... 95  AUTRE _____ 96 (PRÉCISEZ)	→ 125     → 125  → 126  → 125
124	Est-ce que l'appareil a une cheminée?	OUI ..... 1 NON ..... 2 NE SAIT PAS ..... 8	
125	Avec quel type de combustible ou d'énergie fonctionne cet appareil ?	ÉLECTRICITÉ ..... 01 CONNECTÉ AU GAZ NATUREL ..... 02 CHAUFFAGE SOLAIRE DE L'AIR ..... 03 GAZ PROPANE LIQUÉFIÉ (GPL) GAZ DE CUISINE ..... 04 BIOGAZ ..... 05 ALCOOL/ÉTHANOL ..... 06 ESSENCE/DIESEL ..... 07 PARAFFINE/PÉTROLE ..... 08 CHARBON/LIGNITE ..... 09 CHARBON DE BOIS ..... 10 BOIS ..... 11 PAILLE/BRANCHAGES/HERBES ..... 12 PRODUITS AGRICOLES ..... 13 BOUSE D'ANIMAL/DÉCHETS ..... 14 COMBUSTIBLES BIOMASSE TRANSFORMÉS ( PELLETS) OU GRANULÉS DE BOIS ..... 15 ORDURES/PLASTIQUE ..... 16 SCIURE ..... 17  AUTRE _____ 96 (PRÉCISEZ)	

**CARACTÉRISTIQUES DU MÉNAGE**

N°	QUESTIONS ET FILTRES	CODES	ALLEZ À
126	Dans ce ménage, quand il fait nuit, qu'est-ce que vous utilisez habituellement pour vous éclairer ?	ÉLECTRICITÉ ..... 01 LANTERNE SOLAIRE ..... 02 LAMPE DE POCHE, TORCHE OU LANTERNE RECHARGEABLE ..... 03 LAMPE DE POCHE, TORCHE OU LANTERNE À PILES ..... 04 LAMPE BIOGAZ ..... 05 LAMPE ESSENCE ..... 06 LAMPE KÉROSÈNE OU PARAFFINE OU PETROL ..... 07 CHARBON DE BOIS ..... 08 BOIS ..... 09 PAILLE/BRANCHAGES/HERBES ..... 10 PRODUITS AGRICOLES ..... 11 BOUSE D'ANIMAL/DÉCHETS ..... 12 LAMPE À HUILE ..... 13 BOUGIE ..... 14  PAS D'ÉCLAIRAGE DANS LE MÉNAGE ..... 95  AUTRE _____ 96 (PRÉCISEZ)	
127	Dans ce ménage, combien de pièces utilisez-vous pour dormir ?	NOMBRE DE PIÈCES ..... <input type="text"/> <input type="text"/>	
128	Est-ce que votre ménage possède du bétail, des troupeaux, d'autres animaux de ferme ou de la volaille ?	OUI ..... 1 NON ..... 2	→ 130
129 (7)	Parmi les animaux suivants, combien votre ménage en possède-t-il ? SI AUCUN, NOTEZ '00'. SI 95 OU PLUS, NOTEZ '95'. SI NE SAIT PAS, NOTEZ '98'.  a) Vaches laitières ou taureaux ? b) Porcs/cochons ? c) Chevaux, ânes ou mulets ? d) Chèvres ? e) Moutons ? f) Poulets ou autre volaille ?	a) VACHES/TAUREAUX ..... <input type="text"/> <input type="text"/> b) AUTRE BÉTAIL ..... <input type="text"/> <input type="text"/> c) CHEVAUX/ÂNES/MULETS ..... <input type="text"/> <input type="text"/> d) CHÈVRES ..... <input type="text"/> <input type="text"/> e) MOUTONS ..... <input type="text"/> <input type="text"/> f) POULETS/AUTRE VOLAILLE ..... <input type="text"/> <input type="text"/>	
130	Est-ce qu'un membre de votre ménage possède des terres cultivables ?	OUI ..... 1 NON ..... 2	→ 132
131	Combien d'hectares de terres cultivables les membres du ménage possèdent-ils ?  SI 95 OU PLUS, ENCERCLEZ '950'.	HECTARES ..... <input type="text"/> <input type="text"/> . <input type="text"/>  95 HECTARES OU PLUS ..... 950 NE SAIT PAS ..... 998	
132	Dans ce ménage, avez-vous :	OUI NON a) L'électricité ? ..... 1 2 b) Un poste radio ? ..... 1 2 c) Une télévision ? ..... 1 2 d) Un téléphone fixe ? ..... 1 2 e) Un ordinateur fixe ? ..... 1 2 f) Un réfrigérateur/congelateur ? ..... 1 2 g) Une machine à laver ? ..... 1 2 h) Un ventilateur ? ..... 1 2 i) Un climatiseur ? ..... 1 2 j) Un chauffe-eau moderne ? ..... 1 2 k) Un chauffe-eau chinois ? ..... 1 2 l) Un micro-onde ? ..... 1 2	

**CARACTÉRISTIQUES DU MÉNAGE**

N°	QUESTIONS ET FILTRES	CODES	ALLEZ À
133	Est-ce qu'un membre de votre ménage possède :	OUI    NON	
	a) Une montre ?	a) MONTRE ..... 1    2	
	b) Un téléphone portable ?	b) TÉLÉPHONE PORTABLE ..... 1    2	
	c) Une bicyclette ?	c) BICYCLETTE ..... 1    2	
	d) Une motocyclette ou un scooter ?	d) MOTOCYCLETTE/SCOOTER .. 1    2	
	e) Une charrette tirée par un animal ?	e) CHARRETTE AVEC ANIMAL ... 1    2	
	f) Une voiture ou une camionnette ?	f) VOITURE/CAMIONNETTE ..... 1    2	
	g) Un bateau à moteur ?	g) BATEAU À MOTEUR ..... 1    2	
	h) Un tricycle ?	h) TRICYCLE ..... 1    2	
	i) Un tracteur ?	i) TRACTEUR ..... 1    2	
	j) Une pirogue ?	j) PIROGUE ..... 1    2	
	k) Un lecteur vcd/dvd ?	k) LECTEUR VCD/DVD ..... 1    2	
	l) Une tablette informatique ?	l) TABLETTE INFORMATIQUE ..... 1    2	
	m) Un pousse-pousse/brouette ?	m) POUSSE-POUSSE/BROUETTE ..... 1    2	
	n) Un Ordinateur portable ?	n) ORDINATEUR ..... 2    3	
134	Est-ce qu'un membre de ce ménage possède un compte dans une banque ou dans une autre institution	OUI ..... 1 NON ..... 2	
135	Est-ce qu'un membre de ce ménage utilise un téléphone portable pour effectuer des transactions financières comme envoyer ou recevoir de l'argent, payer des factures, acheter des biens ou services ou recevoir un salaire ?	OUI ..... 1 NON ..... 2	
136	Est-ce qu'il arrive que quelqu'un fume dans votre maison ? Diriez-vous que cela arrive tous les jours, une fois par semaine, une fois par mois, moins d'une fois par mois ou jamais ?	TOUS LES JOURS ..... 1 UNE FOIS PAR SEMAINE ..... 2 UNE FOIS PAR MOIS ..... 3 MOINS D'UNE FOIS PAR MOIS ..... 4 JAMAIS ..... 5	
137	Est-ce que votre ménage a des moustiquaires ?	OUI ..... 1 NON ..... 2	→ 149
138	Combien de moustiquaires votre ménage a-t-il ?  SI SEPT MOUSTIQUAIRES OU PLUS, NOTEZ '7'.	NOMBRE DE MOUSTIQUAIRES ..... <input type="text"/>	

**MOUSTIQUAIRES**

N°	QUESTIONS ET FILTRES	CODES	ALLEZ À
	DEMANDEZ À L'ENQUÊTÉ DE VOUS MONTRER TOUTES LES MOUSTIQUAIRES DU MÉNAGE. OBSERVEZ ET POSEZ LES QUESTIONS À PROPOS DE CHAQUE MOUSTIQUAIRE, UNE PAR UNE.		
139	ATTRIBUEZ À CHAQUE MOUSTIQUAIRE UN NOMBRE SÉQUENTIEL ET INSCRIVEZ LE NOMBRE	NUMÉRO DE MOUSTIQUAIRE ..... <input type="text"/> <input type="text"/>	
140	CETTE MOUSTIQUAIRE A-T-ELLE ÉTÉ OBSERVÉE ?	OBSERVÉE ..... 1 NON OBSERVÉE ..... 2	
141	Cela fait combien de mois que votre ménage a la moustiquaire ?  SI MOINS D'UN MOIS, NOTEZ '00'.	IL Y A MOIS ..... <input type="text"/> <input type="text"/>  PLUS DE 36 MOIS ..... 95 PAS SÛR ..... 98	
142	OBSERVEZ OU DEMANDEZ LA MARQUE/TYPE DE LA MOUSTIQUAIRE. SI LA MARQUE N'EST PAS CONNUE ET SI VOUS NE POUVEZ PAS VOIR LA MOUSTIQUAIRE, MONTREZ À L'ENQUÊTÉ DES PHOTOS DE MARQUES ET DE TYPES COURANTS DE MOUSTIQUAIRE.	<b>MOUSTIQUAIRE IMPRÉGNÉE D'INSECTICIDE À LONGUE DURÉE D'ACTION (MIILDA)</b> OLYSET ..... 11 PERMANET ..... 12 NETPROTECT ..... 13 DAWA ..... 14 MAGNET ..... 15 PANDA NET 2.0 ..... 16 DURANET ..... 17 AUTRE TYPE DE MILDA (PRECISEZ) ..... 18 <hr/> NE CONNAÎT PAS LA MARQUE (MIILDA) ..... 19  AUTRE TYPE (PAS MIILDA) ..... 96 NE CONNAÎT PAS LE TYPE ..... 98	
143	Avez-vous obtenu la moustiquaire lors d'une campagne de distribution de masse , durant une visite prénatale ou au cours d'une visite pour une vaccination ?	OUI, DISTRIBUTION DE MASSE ..... 1 OUI, PRÉNATALE ..... 2 OUI, VISITE POUR VACCINATION ..... 3  NON ..... 4	→ 145
144	Où avez-vous obtenu la moustiquaire ?	ÉTABLISSEMENT DE SANTÉ DU PUBLIC ..... 01 ÉTABLISSEMENT DE SANTÉ PRIVÉ ..... 02 PHARMACIE ..... 03 BOUTIQUE/MARCHÉ ..... 04 AGENT SANTÉ COMMUNAUTAIRE ..... 05 INSTITUTION RELIGIEUSE ..... 06 ÉCOLE ..... 07 AUTRE ..... 96 NE SAIT PAS ..... 98	
145	Est-ce que, la nuit dernière, quelqu'un a dormi sous cette moustiquaire ?	OUI ..... 1 NON ..... 2 PAS SÛR ..... 8	→ 147 → 148

**MOUSTIQUAIRES**

N°	QUESTIONS ET FILTRES	CODES	ALLEZ À
146	<p>Qui a dormi sous cette moustiquaire la nuit dernière ?</p> <p>INSCRIVEZ LE NOM DE LA PERSONNE ET SON NUMÉRO DE LIGNE DU TABLEAU MÉNAGE.</p>	<p>NOM _____</p> <p>N° DE LIGNE ..... <input type="text"/> <input type="text"/></p> <hr/> <p>NOM _____</p> <p>N° DE LIGNE ..... <input type="text"/> <input type="text"/></p> <hr/> <p>NOM _____</p> <p>N° DE LIGNE ..... <input type="text"/> <input type="text"/></p> <hr/> <p>NOM _____</p> <p>N° DE LIGNE ..... <input type="text"/> <input type="text"/></p>	<p>→ 148</p>
147	<p>Pour quelle raison principale, cette moustiquaire n'a-t-elle pas été utilisée la nuit dernière ?</p>	<p>TROP CHAUD ..... 01</p> <p>N'AIME PAS LA FORME.COULEUR/TAILLE DE LA MOUSTIQUAIRE ..... 02</p> <p>N'AIME PAS L'ODEUR ..... 03</p> <p>INCAPABLE DE LA SUSPENDRE ..... 04</p> <p>A DORMI DEHORS ..... 05</p> <p>L'UTILISATEUR HABITUEL N'A PAS DORMI ICI LA NUIT DERNIÈRE ..... 06</p> <p>PAS DE MOUSTIQUES/PAS DE PALUDISME ... 07</p> <p>MOUSTIQUAIRE SUPPLÉMENTAIRE/GARDÉE POUR PLUS TARD ..... 08</p> <p>AUTRE _____ 96</p> <p align="center">(PRÉCISEZ)</p>	
148	<p>RETOURNEZ À 139 POUR LA MOUSTIQUAIRE SUIVANTE ; S'IL N'Y A PLUS DE MOUSTIQUAIRES, ALLEZ À 149.</p>		

**AUTRES CARACTÉRISTIQUES DU LOGEMENT**

N°	QUESTIONS ET FILTRES	CODES	ALLEZ À
149	Nous voudrions connaître l'endroit utilisé par les membres du ménage pour se laver les mains. Pouvez-vous me montrer, s'il vous plait, où les membres du ménage se lavent les mains ?	OBSERVÉ, ENDROIT FIXE ..... 1 OBSERVÉ, NON FIXE ..... 2 NON OBSERVÉ, PAS DANS LOGEMENT /COUR/PARCELLE... 3 NON OBSERVÉ, PERMISSION DE VOIR NON OBTENUE.... 4 NON OBSERVÉ, AUTRE RAISON ..... 5	} } } } } → 152
150	OBSERVEZ LA PRÉSENCE D'EAU À L'ENDROIT UTILISÉ POUR SE LAVÉ LES MAINS.  CONTRÔLER EN VÉRIFIANT S'IL Y A DE L'EAU AU ROBINET/POMPE/OU BASSINE, DANS LE SEAU, CONTAINER D'EAU OU OBJET SIMILAIRE.	EAU DISPONIBLE ..... 1 EAU NON DISPONIBLE..... 2	
151	OBSERVEZ LA PRÉSENCE DE SAVON, DE DÉTERGENT OU D'AUTRES PRODUITS NETTOYANTS À L'ENDROIT UTILISÉ POUR SE LAVÉ LES MAINS  ENCERCLER TOUT CE QUI S'APPLIQUE	SAVON OU DÉTERGENT  (EN MORCEAU, LIQUIDE, POUDRE, PÂTE... A  CENDRE, BOUE, SABLE ..... B  AUCUN ..... Y	
152	OBSERVEZ LE MATÉRIAU PRINCIPAL DU SOL DU LOGEMENT.  NOTEZ L'OBSERVATION	<b>MATÉRIAU NATUREL</b> TERRE/SABLE ..... 11 BOUSE ..... 12 <b>MATÉRIAU RUDIMENTAIRE</b> PLANCHES EN BOIS ..... 21 PALMES/BAMBOU ..... 22 <b>MATÉRIAU ÉLABORÉ</b> PARQUET OU BOIS CIRÉ ..... 31 BANDES DE VINYLE/ASPHALTE ..... 32 CARRELAGE ..... 33 CIMENT ..... 34 MOQUETTE ..... 35  AUTRE _____ 96 (PRÉCISEZ)	
153	OBSERVEZ LE MATÉRIAU PRINCIPAL DU TOIT DU LOGEMENT.  NOTEZ L'OBSERVATION.	<b>MATÉRIAU NATUREL</b> PAS DE TOIT ..... 11 CHAUME/PALMES/FEUILLES..... 12 MOTTES DE TERRE ..... 13 <b>MATÉRIAU RUDIMENTAIRE</b> NATTE ..... 21 PALMES/BAMBOU ..... 22 PLANCHES EN BOIS ..... 23 CARTON ..... 24 <b>MATÉRIAU ÉLABORÉ</b> TÔLE ..... 31 BOIS ..... 32 ZINC/FIBRE DE CIMENT ..... 33 TUILES ..... 34 CIMENT ..... 35 SHINGLES ..... 36  AUTRE _____ 96 (PRÉCISEZ)	

**AUTRES CARACTÉRISTIQUES DU LOGEMENT**

N°	QUESTIONS ET FILTRES	CODES	ALLEZ À
154	<p>OBSERVEZ LE MATÉRIAU PRINCIPAL DES MURS EXTÉRIEURS DU LOGEMENT.</p> <p>NOTEZ L'OBSERVATION.</p>	<p><b>MATÉRIAU NATUREL</b></p> <p>PAS DE MUR ..... 11</p> <p>BAMBOU/CANE/PALME/TRONC ..... 12</p> <p>TERRE ..... 13</p> <p><b>MATÉRIAU RUDIMENTAIRE</b></p> <p>BAMBOU AVEC BOUE ..... 21</p> <p>PIERRES AVEC BOUE ..... 22</p> <p>ADOBE/ BRIQUE DE TERRE NON RECOUVERT 23</p> <p>CONTRE-PLAQUÉ ..... 24</p> <p>CARTON/PLASTIQUE ..... 25</p> <p>BOIS DE RÉCUPÉRATION ..... 26</p> <p><b>MATÉRIAU ÉLABORÉ</b></p> <p>CIMENT ..... 31</p> <p>PIERRES AVEC CHAUX/CIMENT ..... 32</p> <p>BRIQUES ..... 33</p> <p>BLOCS DE CIMENT/BETON ..... 34</p> <p>ADOBE/BRIQUE DE TERRE RECOUVERT ..... 35</p> <p>PLANCHE EN BOIS/SHINGLES ..... 36</p> <p>CARREAU ..... 37</p> <p>AUTRE _____ 96</p> <p align="center">(PRÉCISEZ)</p>	
155A	<p>Je voudrais maintenant vous poser des questions sur certaines maladies qui se passent en Côte d'Ivoire.</p>		
155B	<p>Y-a-t-il quelqu'un dans votre ménage souffrant d'Eléphantiasis?</p> <p>MONTREZ LES IMAGES D'ELEPHANTIASIS</p>	<p>OUI ..... 1</p> <p>NON ..... 2</p> <p>NE SAIT PAS ..... 8</p>	
155C	<p>Y-a-t-il quelqu'un dans votre ménage souffrant d'Hydrocèle?</p> <p>MONTREZ LES IMAGES D'HYDROCELE</p>	<p>OUI ..... 1</p> <p>NON ..... 2</p> <p>NE SAIT PAS ..... 8</p>	
155	<p>Je voudrais vérifier si le sel utilisé dans votre ménage est iodé. Puis-je avoir un peu de sel qui est utilisé pour cuisiner dans votre ménage ?</p> <p>TEST DU SEL POUR L'IODE.</p>	<p><b>SEL TESTÉ</b></p> <p>PRÉSENCE D'IODE ..... 1</p> <p>PAS D'IODE ..... 2</p> <p><b>SEL NON TESTÉ</b></p> <p>LE MÉNAGE UTILISE DU SEL MAIS IL N'Y A PAS DE SEL DANS LE MÉNAGE ..... 3</p> <p>LE MÉNAGE N'UTILISE PAS DE SEL ..... 4</p> <p>SEL NON TESTÉ _____ 6</p> <p align="center">(PRÉCISEZ LA RAISON)</p>	

**SELECTION D'UN ENFANT POUR LE TRAVAIL ET DISCIPLINE DES ENFANTS**

No.	QUESTIONS ET FILTRES	CODES																																																																		
156	VÉRIFIER COL. 7 DANS LA LISTE DES MEMBRES DU MÉNAGE ET ÉCRIRE LE NOMBRE TOTAL D'ENFANTS DE 1-17 ANS.	NOMBRE TOTAL ..... <input style="width:20px; height:20px;" type="text"/> <input style="width:20px; height:20px;" type="text"/>																																																																		
157	<p>VÉRIFIER LE NOMBRE D'ENFANTS DE 1-17 ANS DANS Q.151:</p> <p style="text-align:center;">ZÉRO <input style="width:20px; height:20px;" type="text"/> → ALLER À Q. 185</p> <p style="text-align:center;">DEUX OU PLUS <input style="width:20px; height:20px;" type="text"/> ↓</p> <p style="text-align:center;">UN <input style="width:20px; height:20px;" type="text"/> →</p>	<p>ALLER À Q.159 ET ENREGISTRER LE NUMÉRO DE RANG COMME '1', ENTRER LE NUMÉRO DE LIGNE, LE NOM DE L'ENFANT ET SON ÂGE</p>																																																																		
158	<p>LISTER CHAQUE ENFANT ÂGÉ DE 1-17 ANS CI-DESSOUS DANS L'ORDRE DANS LEQUEL ILS APPARAISSENT DANS LA LISTE DES MEMBRES DU MÉNAGE. N'INCLUEZ PAS D'AUTRES MEMBRES DU MENAGE EN DEHORS DU GROUPE D'ÂGE 1-17 ANS. ENREGISTRER LE NUMÉRO DE LIGNE, LE NOM, LE SEXE ET L'ÂGE DE CHAQUE ENFANT.</p> <table border="1" style="width:100%; border-collapse: collapse; margin-top: 10px;"> <thead> <tr> <th style="width:10%;">153. NUMÉRO DE RANG</th> <th style="width:15%;">154. NUMÉRO DE LIGNE DE COL. 1</th> <th style="width:35%;">155. NOM DE COL. 2</th> <th colspan="2" style="width:15%;">156. SEXE DE COL. 4</th> <th style="width:25%;">157. ÂGE DE COL. 7</th> </tr> <tr> <th>RANG</th> <th>LIGNE</th> <th>NOM</th> <th>M</th> <th>F</th> <th>ÂGE</th> </tr> </thead> <tbody> <tr><td style="text-align:center;">1</td><td><input style="width:20px; height:20px;" type="text"/> <input style="width:20px; height:20px;" type="text"/></td><td>_____</td><td style="text-align:center;">1</td><td style="text-align:center;">2</td><td><input style="width:20px; height:20px;" type="text"/> <input style="width:20px; height:20px;" type="text"/></td></tr> <tr><td style="text-align:center;">2</td><td><input style="width:20px; height:20px;" type="text"/> <input style="width:20px; height:20px;" type="text"/></td><td>_____</td><td style="text-align:center;">1</td><td style="text-align:center;">2</td><td><input style="width:20px; height:20px;" type="text"/> <input style="width:20px; height:20px;" type="text"/></td></tr> <tr><td style="text-align:center;">3</td><td><input style="width:20px; height:20px;" type="text"/> <input style="width:20px; height:20px;" type="text"/></td><td>_____</td><td style="text-align:center;">1</td><td style="text-align:center;">2</td><td><input style="width:20px; height:20px;" type="text"/> <input style="width:20px; height:20px;" type="text"/></td></tr> <tr><td style="text-align:center;">4</td><td><input style="width:20px; height:20px;" type="text"/> <input style="width:20px; height:20px;" type="text"/></td><td>_____</td><td style="text-align:center;">1</td><td style="text-align:center;">2</td><td><input style="width:20px; height:20px;" type="text"/> <input style="width:20px; height:20px;" type="text"/></td></tr> <tr><td style="text-align:center;">5</td><td><input style="width:20px; height:20px;" type="text"/> <input style="width:20px; height:20px;" type="text"/></td><td>_____</td><td style="text-align:center;">1</td><td style="text-align:center;">2</td><td><input style="width:20px; height:20px;" type="text"/> <input style="width:20px; height:20px;" type="text"/></td></tr> <tr><td style="text-align:center;">6</td><td><input style="width:20px; height:20px;" type="text"/> <input style="width:20px; height:20px;" type="text"/></td><td>_____</td><td style="text-align:center;">1</td><td style="text-align:center;">2</td><td><input style="width:20px; height:20px;" type="text"/> <input style="width:20px; height:20px;" type="text"/></td></tr> <tr><td style="text-align:center;">7</td><td><input style="width:20px; height:20px;" type="text"/> <input style="width:20px; height:20px;" type="text"/></td><td>_____</td><td style="text-align:center;">1</td><td style="text-align:center;">2</td><td><input style="width:20px; height:20px;" type="text"/> <input style="width:20px; height:20px;" type="text"/></td></tr> <tr><td style="text-align:center;">8</td><td><input style="width:20px; height:20px;" type="text"/> <input style="width:20px; height:20px;" type="text"/></td><td>_____</td><td style="text-align:center;">1</td><td style="text-align:center;">2</td><td><input style="width:20px; height:20px;" type="text"/> <input style="width:20px; height:20px;" type="text"/></td></tr> <tr><td style="text-align:center;">9</td><td><input style="width:20px; height:20px;" type="text"/> <input style="width:20px; height:20px;" type="text"/></td><td>_____</td><td style="text-align:center;">1</td><td style="text-align:center;">2</td><td><input style="width:20px; height:20px;" type="text"/> <input style="width:20px; height:20px;" type="text"/></td></tr> </tbody> </table>	153. NUMÉRO DE RANG	154. NUMÉRO DE LIGNE DE COL. 1	155. NOM DE COL. 2	156. SEXE DE COL. 4		157. ÂGE DE COL. 7	RANG	LIGNE	NOM	M	F	ÂGE	1	<input style="width:20px; height:20px;" type="text"/> <input style="width:20px; height:20px;" type="text"/>	_____	1	2	<input style="width:20px; height:20px;" type="text"/> <input style="width:20px; height:20px;" type="text"/>	2	<input style="width:20px; height:20px;" type="text"/> <input style="width:20px; height:20px;" type="text"/>	_____	1	2	<input style="width:20px; height:20px;" type="text"/> <input style="width:20px; height:20px;" type="text"/>	3	<input style="width:20px; height:20px;" type="text"/> <input style="width:20px; height:20px;" type="text"/>	_____	1	2	<input style="width:20px; height:20px;" type="text"/> <input style="width:20px; height:20px;" type="text"/>	4	<input style="width:20px; height:20px;" type="text"/> <input style="width:20px; height:20px;" type="text"/>	_____	1	2	<input style="width:20px; height:20px;" type="text"/> <input style="width:20px; height:20px;" type="text"/>	5	<input style="width:20px; height:20px;" type="text"/> <input style="width:20px; height:20px;" type="text"/>	_____	1	2	<input style="width:20px; height:20px;" type="text"/> <input style="width:20px; height:20px;" type="text"/>	6	<input style="width:20px; height:20px;" type="text"/> <input style="width:20px; height:20px;" type="text"/>	_____	1	2	<input style="width:20px; height:20px;" type="text"/> <input style="width:20px; height:20px;" type="text"/>	7	<input style="width:20px; height:20px;" type="text"/> <input style="width:20px; height:20px;" type="text"/>	_____	1	2	<input style="width:20px; height:20px;" type="text"/> <input style="width:20px; height:20px;" type="text"/>	8	<input style="width:20px; height:20px;" type="text"/> <input style="width:20px; height:20px;" type="text"/>	_____	1	2	<input style="width:20px; height:20px;" type="text"/> <input style="width:20px; height:20px;" type="text"/>	9	<input style="width:20px; height:20px;" type="text"/> <input style="width:20px; height:20px;" type="text"/>	_____	1	2	<input style="width:20px; height:20px;" type="text"/> <input style="width:20px; height:20px;" type="text"/>	
153. NUMÉRO DE RANG	154. NUMÉRO DE LIGNE DE COL. 1	155. NOM DE COL. 2	156. SEXE DE COL. 4		157. ÂGE DE COL. 7																																																															
RANG	LIGNE	NOM	M	F	ÂGE																																																															
1	<input style="width:20px; height:20px;" type="text"/> <input style="width:20px; height:20px;" type="text"/>	_____	1	2	<input style="width:20px; height:20px;" type="text"/> <input style="width:20px; height:20px;" type="text"/>																																																															
2	<input style="width:20px; height:20px;" type="text"/> <input style="width:20px; height:20px;" type="text"/>	_____	1	2	<input style="width:20px; height:20px;" type="text"/> <input style="width:20px; height:20px;" type="text"/>																																																															
3	<input style="width:20px; height:20px;" type="text"/> <input style="width:20px; height:20px;" type="text"/>	_____	1	2	<input style="width:20px; height:20px;" type="text"/> <input style="width:20px; height:20px;" type="text"/>																																																															
4	<input style="width:20px; height:20px;" type="text"/> <input style="width:20px; height:20px;" type="text"/>	_____	1	2	<input style="width:20px; height:20px;" type="text"/> <input style="width:20px; height:20px;" type="text"/>																																																															
5	<input style="width:20px; height:20px;" type="text"/> <input style="width:20px; height:20px;" type="text"/>	_____	1	2	<input style="width:20px; height:20px;" type="text"/> <input style="width:20px; height:20px;" type="text"/>																																																															
6	<input style="width:20px; height:20px;" type="text"/> <input style="width:20px; height:20px;" type="text"/>	_____	1	2	<input style="width:20px; height:20px;" type="text"/> <input style="width:20px; height:20px;" type="text"/>																																																															
7	<input style="width:20px; height:20px;" type="text"/> <input style="width:20px; height:20px;" type="text"/>	_____	1	2	<input style="width:20px; height:20px;" type="text"/> <input style="width:20px; height:20px;" type="text"/>																																																															
8	<input style="width:20px; height:20px;" type="text"/> <input style="width:20px; height:20px;" type="text"/>	_____	1	2	<input style="width:20px; height:20px;" type="text"/> <input style="width:20px; height:20px;" type="text"/>																																																															
9	<input style="width:20px; height:20px;" type="text"/> <input style="width:20px; height:20px;" type="text"/>	_____	1	2	<input style="width:20px; height:20px;" type="text"/> <input style="width:20px; height:20px;" type="text"/>																																																															

**SELECTION D'UN ENFANT POUR LE TRAVAIL ET DISCIPLINE DES ENFANTS**

159 VÉRIFIEZ LE DERNIER CHIFFRE DU NUMÉRO DU MÉNAGE SUR LA PAGE DE COUVERTURE. C'EST LE NUMÉRO DE LA LIGNE DU TABLEAU CI-DESSOUS SUR LAQUELLE VOUS DEVEZ ALLER. VÉRIFIEZ LE NOMBRE TOTAL D'ENFANTS Q. 151 SUR LA PAGE PRECEDENTE. C'EST LE NUMÉRO DE COLONNE DU TABLEAU CI-DESSOUS SUR LEQUEL VOUS DEVEZ ALLER. TROUVEZ LA CASE OÙ LA LIGNE ET LA COLONNE SE CROISENT ET ENCERCLEZ LE NUMÉRO QUI APPARAÎT DANS LA CASE. C'EST LE NUMÉRO DU RANG DE L'ENFANT SÉLECTIONNÉ POUR TRAVAIL DES ENFANTS/DISCIPLINE DES ENFANTS DE LA BOÎTE DES ENFANTS ÉLIGIBLES DANS Q. 153. ENREGISTREZ LE NUMÉRO DU RANG, LE NUMÉRO DE LA LIGNE, L'ÂGE, ET LE NOM DE L'ENFANT SÉLECTIONNÉ DANS L'ESPACE CI-DESSOUS.  
 EXEMPLE : LE NUMÉRO DU MÉNAGE EST '716' ET Q. 151 MONTRE QU'IL Y A TROIS ENFANTS ÉLIGIBLES DE 1-17 ANS DANS LE MÉNAGE. PUISQUE LE DERNIER CHIFFRE DU NUMÉRO DU MÉNAGE EST '6' ALLEZ À LA LIGNE '6' ET PUISQU'IL Y A TROIS ENFANTS ÉLIGIBLES, ALLEZ À LA COLONNE '3'. TROUVEZ LA CASE OU LA LIGNE ET LA COLONNE SE CROISENT ('2') ET ENCERCLEZ LE NUMÉRO. MAINTENANT, ALLEZ À Q. 153 ET TROUVEZ LE DEUXIÈME ENFANT. ÉCRIVEZ LE NOM, L'ÂGE, LE NUMÉRO DE LA LIGNE, ET LE RANG DE L'ENFANT DANS L'ESPACE CI-DESSOUS.

DERNIER CHIFFRE DU NUMÉRO DE MÉNAGE	NOMBRE TOTAL D'ENFANTS ÉLIGIBLES DE 1-17 ANS DANS LE MÉNAGE DE 716							
	1	2	3	4	5	6	7	8
0	1	2	2	4	3	6	5	4
1	1	1	3	1	4	1	6	5
2	1	2	1	2	5	2	7	6
3	1	1	2	3	1	3	1	7
4	1	2	3	4	2	4	2	8
5	1	1	1	1	3	5	3	1
6	1	2	2	2	4	6	4	2
7	1	1	3	3	5	1	5	3
8	1	2	1	4	1	2	6	4
9	1	1	2	1	2	3	7	5

160 NOM DE L'ENFANT SÉLECTIONNÉ \_\_\_\_\_

NUMÉRO DE LA LIGNE DE L'ENFANT SÉLECTIONNÉ ..

ÂGE DE L'ENFANT SÉLECTIONNÉ ....

NUMÉRO DU RANG DE L'ENFANT SÉLECTIONNÉ ..

**DISCIPLINE DES ENFANTS**

No.	QUESTIONS ET FILTRES	CODES	PASSER A
181	VÉRIFIEZ L'ÂGE DE L'ENFANT SÉLECTIONNÉ À Q. 159  1-14 ANS <input type="checkbox"/> ↓ 15-17 ANS <input type="checkbox"/> → 200		
182	ÉCRIVEZ LE NOM ET LE NUMÉRO DE LIGNE DE L'ENFANT DE 159.	NUMÉRO DE LIGNE ..... <input type="text"/> <input type="text"/> NOM _____	
183	Maintenant je voudrais parler de quelque chose d'autre.  Les adultes utilisent certains moyens pour apprendre aux enfants à bien se comporter ou pour traiter des problèmes de comportement. Je vais vous lire une liste de méthodes qui sont utilisées. Dites-moi SVP, si vous avez ou n'importe quel autre membre de votre ménage a utilisé une de ces méthodes sur (nom) au cours du mois dernier.  Retirer des privilèges, interdire quelque chose que (NOM) aime faire ou ne pas lui permettre de quitter la maison. a) Au cours du mois dernier, est ce que vous avez ou n'importe quel autre membre de votre ménage a expliqué a (NOM) pourquoi son comportement n'est pas bien. b) Est ce que vous avez ou n'importe quel autre membre de votre ménage l'a secoué c) Est ce que vous avez ou n'importe quel autre membre de votre ménage a hurlé sur lui ou lui a crié dessus au cours du mois d) Au cours du mois dernier, est ce que vous avez ou n'importe quel autre membre de votre ménage lui a donné quelque chose e) Est ce que vous avez ou n'importe quel autre membre de votre ménage lui a donné une fessée, le frappé ou le tapé sur les f) Au cours du mois dernier, est ce que vous avez ou n'importe quel autre membre de votre ménage l'a frappé sur les fesses ou sur d'autres parties du corps avec quelque chose tel qu'une ceinture, une brosse à cheveux, un bâton ou un autre objet dur g) Est ce que vous avez ou n'importe quel autre membre de votre ménage l'a traité d'idiot, de paresseux ou d'un autre nom comme ça au cours du mois dernier h) Au cours du mois dernier, est ce que vous avez ou n'importe quel autre membre de votre ménage l'a frappé ou l'a giflé sur le visage, la tête ou les oreilles i) Est ce que vous avez ou n'importe quel autre membre de votre ménage l'a frappé ou l'a tapé sur les mains, les bras ou les j) Au cours du mois dernier, est ce que vous avez ou n'importe quel autre membre de votre ménage l'a battu, c'est-à-dire l'a frappé encore et encore aussi fort que possible k)	O N  a) ..... 1 2 RETIRER DES PRIVILÈGES  b) EXPLIQUER LE MAUVAIS COMPORTEMENT ..... 1 2  c) LE/LA SECOUER ..... 1 2  d) HURLER, LUI CRIER DESSUS: ..... 1 2  e) DONNER QUELQUE CHOSE D'AUTRE À FAIRE ..... 1 2  f) DONNER UNE FESSÉE, FRAPPER OU TAPER SUR LES FESSES AVEC MAINS NUES: ..... 1 2  g) FRAPPER AVEC CEINTURE, BROSSE, BÂTON OU AUTRES OBJETS DURS 1 2  h) LE/LA TRAITER D'IDIOT, PARESSEUX, OU D'AUTRES NOMS ..... 1 2  i) LE/LA FRAPPER/GIFLER SUR LE VISAGE, LA TÊTE OU LES OREILLES ..... 1 2  j) LE/LA FRAPPER/TAPER SUR LES MAINS, BRAS OU JAMBES ..... 1 2  k) LE/LA BATTRE, FRAPPER ENCORE ET ENCORE AUSSI FORT QUE POSSIBLE 1 2	
184	Pensez-vous que pour élever ou éduquer correctement un enfant, il est nécessaire qu'il soit puni physiquement ?	OUI ..... 1 NON ..... 2 NSP/SANS OPINION ..... 8	

**TRAVAIL DES ENFANTS**

No.	QUESTIONS ET FILTRES	CODES	PASSER A
161	<p>VÉRIFIEZ L'ÂGE DE L'ENFANT SELECTIONNÉ À Q. 159 :</p> <p>5-17 ANS <input type="checkbox"/></p> <p style="margin-left: 40px;">↓</p>	<p>1-4 ANS <input type="checkbox"/></p> <p style="margin-left: 100px;">→</p>	181
162	<p>Maintenant je voudrais vous parler de tout travail que les enfants de ce ménage peuvent faire. Depuis (JOUR DE LA SEMAINE) dernier, (NOM) a-t-il/elle fait une des activités suivantes, même si c'est pendant une heure seulement ?</p> <p>a) Est-ce que (NOM) a travaillé sur son propre lopin de terre/champ/jardin potager ou aidé sur celui du ménage ou s'est occupé des animaux. Par exemple : faire pousser des produits du champ, les récolter, nourrir les animaux, les emmener au pâturage ou les traire ?</p> <p>b) Est-ce que (NOM) a aidé dans l'entreprise familiale, celle d'autres membres de famille avec ou sans paiement ou a travaillé dans sa propre affaire ?</p> <p>c) Est-ce que (NOM) a produit, vendu des articles, des produits artisanaux, des vêtements, de la nourriture ou des produits agricoles ?</p> <p>d) Depuis (JOUR DE LA SEMAINE) dernier, (NOM) a-t-il/elle été engagé(e) dans n'importe quelle autre activité en échange de paiement en espèces ou en nature, même pour une seule heure ?</p>	<p align="right">O N</p> <p>a) A TRAVAILLÉ SUR UN LOPIN DE TERRE/ CHAMP/JARDIN POTAGER OU S'EST OCCUPE DES ANIMAUX ..... 1 2</p> <p>b) A AIDÉ DANS ENTREPRISE FAMILIALE/D'UN AUTRE PARENT/ DANS SA PROPRE AFFAIRE .... 1 2</p> <p>c) A PRODUIT/VENDU DES ARTICLES/ DE L'ARTISANAT/DES VÊTEMENTS/ NOURRITURE OU DES PRODUITS AGRICILES ..... 1 2</p> <p>d) TOUTE AUTRE ACTIVITÉ ..... 1 2</p>	
163	<p>VÉRIFIEZ 162, a) À d)</p> <p>IL Y A AU MOINS <input type="checkbox"/> UN 'OUI'</p> <p style="margin-left: 40px;">↓</p>	<p>TOUTES LES RÉPONSES SONT 'NON' <input type="checkbox"/></p> <p style="margin-left: 100px;">→</p>	168
164	<p>Depuis (JOUR DE LA SEMAINE) dernier, à peu près combien d'heures au total est-ce que (NOM) a travaillé sur cette activité/ces activités ? SI MOINS D'1 HEURE, NOTER '00'</p>	<p>NOMBRE D'HEURES ..... <input style="width: 40px; height: 20px;" type="text"/> <input style="width: 40px; height: 20px;" type="text"/></p>	
165	<p>Est-ce que cette activité/ces activités nécessite(nt) de porter des charges lourdes ?</p>	<p>OUI ..... 1 NON ..... 2</p>	→ 168
166	<p>Est-ce que cette activité/ces activités nécessite(nt) de travailler avec des outils dangereux (couteaux, etc.) ou de faire fonctionner des grosses machines ?</p>	<p>OUI ..... 1 NON ..... 2</p>	→ 168
167	<p>Comment décririez-vous l'environnement de travail de (NOM) ?</p> <p>a) Est-ce que (NOM) est exposé à la poussière/fumées ou gaz ?</p> <p>b) Est-ce que (NOM) est exposé au froid, à la chaleur ou à de l'humidité extrême ?</p> <p>c) Est-ce que (NOM) est exposé à des bruits intenses ou des vibrations ?</p> <p>d) Est-ce que (NOM) est exposé à un travail en hauteur ?</p> <p>e) Est-ce que (NOM) est exposé à des produits chimiques, tels que des pesticides, des colles ou similaires ou des explosifs ?</p>	<p>a) OUI ..... 1 NON ..... 2</p> <p>b) OUI ..... 1 NON ..... 2</p> <p>c) OUI ..... 1 NON ..... 2</p> <p>d) OUI ..... 1 NON ..... 2</p> <p>e) OUI ..... 1 NON ..... 2</p>	<p>→ 168</p> <p>→ 168</p> <p>→ 168</p> <p>→ 168</p> <p>→ 168</p>

**TRAVAIL DES ENFANTS**

No.	QUESTIONS ET FILTRES	CODES	PASSER A																								
	f) Est-ce que (NOM) est exposé à d'autres choses, ou soumis à des processus ou des conditions défavorables à sa santé ou sa sécurité ?	OUI ..... 1 NON ..... 2	→ 168																								
168	Depuis (JOUR DE LA SEMAINE) dernier, (NOM) est-il /elle allé chercher de l'eau pour le ménage ?	OUI ..... 1 NON ..... 2	→ 170																								
169	Au total, depuis (JOUR DE LA SEMAINE) dernier, combien d'heures (NOM) a-t-il/elle passé à chercher de l'eau pour le ménage ? SI MOINS D'1 HEURE, NOTER '00'	NOMBRE D'HEURES ..... <input type="text"/> <input type="text"/>																									
170	Depuis (JOUR DE LA SEMAINE) dernier, est-ce que (NOM) est allé chercher du bois pour le ménage ?	OUI ..... 1 NON ..... 2	→ 172																								
171	Au total, depuis (JOUR DE LA SEMAINE) dernier combien d'heures (NOM) a-t-il/elle passé à chercher du bois pour le ménage ? SI MOINS D'1 HEURE, NOTER '00'	NOMBRE D'HEURES ..... <input type="text"/> <input type="text"/>																									
172	Depuis (JOUR DE LA SEMAINE) dernier, est-ce que (NOM) a fait une des tâches suivantes pour le ménage : a) Des courses pour le ménage ? b) Cuisiner ? c) Laver la vaisselle ou nettoyer la maison ? d) Laver des vêtements ? e) Prendre soin des enfants ? f) Prendre soin des personnes âgées ou malades ? g) Autres tâches pour le ménage ?	<table border="0"> <tr> <td></td> <td>OUI</td> <td>NON</td> </tr> <tr> <td>a) COURSES/ACHATS POUR LE MÉNAGE .....</td> <td>1</td> <td>2</td> </tr> <tr> <td>b) CUISINEF.....</td> <td>1</td> <td>2</td> </tr> <tr> <td>c) LAVER LA VAISSELLE/ NETTOYER LA MAISO .....</td> <td>1</td> <td>2</td> </tr> <tr> <td>d) LAVER LES VÊTEMENTS .....</td> <td>1</td> <td>2</td> </tr> <tr> <td>e) PRENDRE SOIN DES ENFANTS ..</td> <td>1</td> <td>2</td> </tr> <tr> <td>f) PRENDRE SOINS DES ÂGÉS/ DES MALADES .....</td> <td>1</td> <td>2</td> </tr> <tr> <td>g) AUTRES TÂCHES .....</td> <td>1</td> <td>2</td> </tr> </table>		OUI	NON	a) COURSES/ACHATS POUR LE MÉNAGE .....	1	2	b) CUISINEF.....	1	2	c) LAVER LA VAISSELLE/ NETTOYER LA MAISO .....	1	2	d) LAVER LES VÊTEMENTS .....	1	2	e) PRENDRE SOIN DES ENFANTS ..	1	2	f) PRENDRE SOINS DES ÂGÉS/ DES MALADES .....	1	2	g) AUTRES TÂCHES .....	1	2	
	OUI	NON																									
a) COURSES/ACHATS POUR LE MÉNAGE .....	1	2																									
b) CUISINEF.....	1	2																									
c) LAVER LA VAISSELLE/ NETTOYER LA MAISO .....	1	2																									
d) LAVER LES VÊTEMENTS .....	1	2																									
e) PRENDRE SOIN DES ENFANTS ..	1	2																									
f) PRENDRE SOINS DES ÂGÉS/ DES MALADES .....	1	2																									
g) AUTRES TÂCHES .....	1	2																									
173	VÉRIFIEZ 172 a) À g): IL Y A AU MOINS <input type="checkbox"/> UN 'OUI' ↓	TOUTES LES RÉPONSES <input type="checkbox"/> SONT 'NON' →	→ 181																								
174	Depuis (JOUR DE LA SEMAINE) dernier, combien d'heures à peu près, (NOM) a-t-il/elle travaillé sur (cette/ces activité(s)) ? SI MOINS D'1 HEURE, NOTEZ '00'	NOMBRE D'HEURES ..... <input type="text"/> <input type="text"/>																									

**TRANSFERTS SOCIAUX**

300	VERIFIEZ LA PAGE DE COUVERTURE. MENAGE SELECTIONNE POUR L'ENQUETE HOMME  MENAGE NON SELECTIONNE POUR ENQUETE HOMME <span style="margin-left: 200px;">MENAGE SELECTIONNE POUR ENQUETE HOMME</span> <span style="float:right;">→ 306</span>																																											
301	Je voudrais vous poser des questions sur divers programmes d'aide économique extérieure fournis aux ménages. Par aide extérieure, je veux dire un soutien qui vient du gouvernement ou d'organisations non gouvernementales telles que les organisations religieuses, caritatives ou communautaires. Cela exclut le soutien de la famille, d'autres parents d'amis ou de voisins.																																											
	<table border="1" style="width:100%; border-collapse: collapse;"> <thead> <tr> <th style="width:10%;"></th> <th style="width:15%;">[A] DISTRIBUTION DE KITS ALIMENTAIRES</th> <th style="width:15%;">[B] DISTRIBUTION DE KITS NON ALIMENTAIRES TELS DISTRIBUTION D'HABITS</th> <th style="width:15%;">[C] SOINS AUX ENFANTS</th> <th style="width:15%;">[D] SOINS ET DISTRIBUTION DE KITS SANITAIRES</th> <th style="width:15%;">[E] SOUTIENS FINANCIERS (TELS QUE PROJET FILETS SOCIAUX)</th> <th style="width:15%;">[X] UN TOUT AUTRE PROGRAMME DE SUPPORT EXTÉRIEUR</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td style="text-align:center; vertical-align:top;">302</td> <td>                     Connaissez-vous un programme de: (TYPE DE PROGRAMME) ?                       OUI ..... 1                      NON ..... 2                      Colonne B ←                 </td> <td>                     OUI ..... 1                      NON ..... 2                      Colonne C ←                 </td> <td>                     OUI ..... 1                      NON ..... 2                      Colonne D ←                 </td> <td>                     OUI ..... 1                      NON ..... 2                      Colonne E ←                 </td> <td>                     OUI ..... 1                      NON ..... 2                      Colonne X ←                 </td> <td>                     OUI ..... 1                      Précisez                      NON ..... 2                      306 ←                 </td> </tr> <tr> <td style="text-align:center; vertical-align:top;">303</td> <td>                     Est-ce votre ménage ou n'importe quel membre de votre ménage a reçu de l'aide à travers (TYPE DU PROGRAMME) ?                       OUI ..... 1                      NON ..... 2                      Colonne B ←                      NSP ..... 8                 </td> <td>                     OUI ..... 1                      NON ..... 2                      Colonne C ←                      NSP ..... 8                 </td> <td>                     OUI ..... 1                      NON ..... 2                      Colonne D ←                      NSP ..... 8                 </td> <td>                     OUI ..... 1                      NON ..... 2                      Colonne E ←                      NSP ..... 8                 </td> <td>                     ..... 1                      Colonne X ←                      ..... 2                      ..... 8                 </td> <td>                     OUI ..... 1                      NON ..... 2                      306 ←                      NSP ..... 8                 </td> </tr> <tr> <td style="text-align:center; vertical-align:top;">304</td> <td>                     Il y a combien de temps que vous ou quelqu'un de votre ménage avez/a reçu de l'aide de (TYPE DU PROGRAMME) ?                       IL Y A MOIS <input type="text"/> <input type="text"/>                       IL Y A ANNEES <input type="text"/> <input type="text"/>                      NSP ..... 98   <i>Si moins d'1 mois, enregistrer enregistrez '00' dans mois. Si moins de 12 mois, enregistrez en mois. Si 12 mois ou plus, enregistrez en années.</i> </td> <td>                     IL Y A MOIS <input type="text"/> <input type="text"/>                       IL Y A ANNEES <input type="text"/> <input type="text"/>                      NSP ..... 98                 </td> <td>                     IL Y A MOIS <input type="text"/> <input type="text"/>                       IL Y A ANNEES <input type="text"/> <input type="text"/>                      NSP ..... 98                 </td> <td>                     IL Y A MOIS <input type="text"/> <input type="text"/>                       IL Y A ANNEES <input type="text"/> <input type="text"/>                      NSP ..... 98                 </td> <td>                     IL Y A MOIS <input type="text"/> <input type="text"/>                       IL Y A ANNEES <input type="text"/> <input type="text"/>                      NSP ..... 98                 </td> <td>                     MOIS <input type="text"/> <input type="text"/>                       ANNEES <input type="text"/> <input type="text"/>                      ..... 98                 </td> <td>                     IL Y A MOIS <input type="text"/> <input type="text"/>                       IL Y A ANNEES <input type="text"/> <input type="text"/>                      NSP ..... 98                 </td> </tr> <tr> <td style="text-align:center; vertical-align:top;">305</td> <td></td> <td style="text-align:center;">RETOURNEZ À LA COLONNE B</td> <td style="text-align:center;">RETOURNEZ À LA COLONNE C</td> <td style="text-align:center;">RETOURNEZ À LA COLONNE D</td> <td style="text-align:center;">RETOURNEZ À LA COLONNE E</td> <td style="text-align:center;">RETOURNEZ À LA COLONNE X</td> </tr> <tr> <td style="text-align:center; vertical-align:top;">306</td> <td>NOTEZ L'HEURE.</td> <td colspan="5">                     HEURES . . . . . <input type="text"/> <input type="text"/> . . . . . <input type="text"/> <input type="text"/>                      MINUTES . . . . . <input type="text"/> <input type="text"/> . . . . . <input type="text"/> <input type="text"/> </td> </tr> </tbody> </table>		[A] DISTRIBUTION DE KITS ALIMENTAIRES	[B] DISTRIBUTION DE KITS NON ALIMENTAIRES TELS DISTRIBUTION D'HABITS	[C] SOINS AUX ENFANTS	[D] SOINS ET DISTRIBUTION DE KITS SANITAIRES	[E] SOUTIENS FINANCIERS (TELS QUE PROJET FILETS SOCIAUX)	[X] UN TOUT AUTRE PROGRAMME DE SUPPORT EXTÉRIEUR	302	Connaissez-vous un programme de: (TYPE DE PROGRAMME) ?  OUI ..... 1 NON ..... 2 Colonne B ←	OUI ..... 1 NON ..... 2 Colonne C ←	OUI ..... 1 NON ..... 2 Colonne D ←	OUI ..... 1 NON ..... 2 Colonne E ←	OUI ..... 1 NON ..... 2 Colonne X ←	OUI ..... 1 Précisez NON ..... 2 306 ←	303	Est-ce votre ménage ou n'importe quel membre de votre ménage a reçu de l'aide à travers (TYPE DU PROGRAMME) ?  OUI ..... 1 NON ..... 2 Colonne B ← NSP ..... 8	OUI ..... 1 NON ..... 2 Colonne C ← NSP ..... 8	OUI ..... 1 NON ..... 2 Colonne D ← NSP ..... 8	OUI ..... 1 NON ..... 2 Colonne E ← NSP ..... 8	..... 1 Colonne X ← ..... 2 ..... 8	OUI ..... 1 NON ..... 2 306 ← NSP ..... 8	304	Il y a combien de temps que vous ou quelqu'un de votre ménage avez/a reçu de l'aide de (TYPE DU PROGRAMME) ?  IL Y A MOIS <input type="text"/> <input type="text"/>  IL Y A ANNEES <input type="text"/> <input type="text"/> NSP ..... 98  <i>Si moins d'1 mois, enregistrer enregistrez '00' dans mois. Si moins de 12 mois, enregistrez en mois. Si 12 mois ou plus, enregistrez en années.</i>	IL Y A MOIS <input type="text"/> <input type="text"/>  IL Y A ANNEES <input type="text"/> <input type="text"/> NSP ..... 98	IL Y A MOIS <input type="text"/> <input type="text"/>  IL Y A ANNEES <input type="text"/> <input type="text"/> NSP ..... 98	IL Y A MOIS <input type="text"/> <input type="text"/>  IL Y A ANNEES <input type="text"/> <input type="text"/> NSP ..... 98	IL Y A MOIS <input type="text"/> <input type="text"/>  IL Y A ANNEES <input type="text"/> <input type="text"/> NSP ..... 98	MOIS <input type="text"/> <input type="text"/>  ANNEES <input type="text"/> <input type="text"/> ..... 98	IL Y A MOIS <input type="text"/> <input type="text"/>  IL Y A ANNEES <input type="text"/> <input type="text"/> NSP ..... 98	305		RETOURNEZ À LA COLONNE B	RETOURNEZ À LA COLONNE C	RETOURNEZ À LA COLONNE D	RETOURNEZ À LA COLONNE E	RETOURNEZ À LA COLONNE X	306	NOTEZ L'HEURE.	HEURES . . . . . <input type="text"/> <input type="text"/> . . . . . <input type="text"/> <input type="text"/> MINUTES . . . . . <input type="text"/> <input type="text"/> . . . . . <input type="text"/> <input type="text"/>				
	[A] DISTRIBUTION DE KITS ALIMENTAIRES	[B] DISTRIBUTION DE KITS NON ALIMENTAIRES TELS DISTRIBUTION D'HABITS	[C] SOINS AUX ENFANTS	[D] SOINS ET DISTRIBUTION DE KITS SANITAIRES	[E] SOUTIENS FINANCIERS (TELS QUE PROJET FILETS SOCIAUX)	[X] UN TOUT AUTRE PROGRAMME DE SUPPORT EXTÉRIEUR																																						
302	Connaissez-vous un programme de: (TYPE DE PROGRAMME) ?  OUI ..... 1 NON ..... 2 Colonne B ←	OUI ..... 1 NON ..... 2 Colonne C ←	OUI ..... 1 NON ..... 2 Colonne D ←	OUI ..... 1 NON ..... 2 Colonne E ←	OUI ..... 1 NON ..... 2 Colonne X ←	OUI ..... 1 Précisez NON ..... 2 306 ←																																						
303	Est-ce votre ménage ou n'importe quel membre de votre ménage a reçu de l'aide à travers (TYPE DU PROGRAMME) ?  OUI ..... 1 NON ..... 2 Colonne B ← NSP ..... 8	OUI ..... 1 NON ..... 2 Colonne C ← NSP ..... 8	OUI ..... 1 NON ..... 2 Colonne D ← NSP ..... 8	OUI ..... 1 NON ..... 2 Colonne E ← NSP ..... 8	..... 1 Colonne X ← ..... 2 ..... 8	OUI ..... 1 NON ..... 2 306 ← NSP ..... 8																																						
304	Il y a combien de temps que vous ou quelqu'un de votre ménage avez/a reçu de l'aide de (TYPE DU PROGRAMME) ?  IL Y A MOIS <input type="text"/> <input type="text"/>  IL Y A ANNEES <input type="text"/> <input type="text"/> NSP ..... 98  <i>Si moins d'1 mois, enregistrer enregistrez '00' dans mois. Si moins de 12 mois, enregistrez en mois. Si 12 mois ou plus, enregistrez en années.</i>	IL Y A MOIS <input type="text"/> <input type="text"/>  IL Y A ANNEES <input type="text"/> <input type="text"/> NSP ..... 98	IL Y A MOIS <input type="text"/> <input type="text"/>  IL Y A ANNEES <input type="text"/> <input type="text"/> NSP ..... 98	IL Y A MOIS <input type="text"/> <input type="text"/>  IL Y A ANNEES <input type="text"/> <input type="text"/> NSP ..... 98	IL Y A MOIS <input type="text"/> <input type="text"/>  IL Y A ANNEES <input type="text"/> <input type="text"/> NSP ..... 98	MOIS <input type="text"/> <input type="text"/>  ANNEES <input type="text"/> <input type="text"/> ..... 98	IL Y A MOIS <input type="text"/> <input type="text"/>  IL Y A ANNEES <input type="text"/> <input type="text"/> NSP ..... 98																																					
305		RETOURNEZ À LA COLONNE B	RETOURNEZ À LA COLONNE C	RETOURNEZ À LA COLONNE D	RETOURNEZ À LA COLONNE E	RETOURNEZ À LA COLONNE X																																						
306	NOTEZ L'HEURE.	HEURES . . . . . <input type="text"/> <input type="text"/> . . . . . <input type="text"/> <input type="text"/> MINUTES . . . . . <input type="text"/> <input type="text"/> . . . . . <input type="text"/> <input type="text"/>																																										

OBSERVATIONS DE L'ENQUÊTEUR/ENQUÊTRICE

À REMPLIR, UNE FOIS L'INTERVIEW TERMINÉE

COMMENTAIRES CONCERNANT L'INTERVIEW :

---

---

---

---

---

---

---

COMMENTAIRES SUR DES QUESTIONS PARTICULIÈRES :

---

---

---

---

---

---

---

AUTRES COMMENTAIRES :

---

---

---

---

---

---

---

OBSERVATIONS DU CHEF D'ÉQUIPE

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---