

**ENQUÊTE DÉMOGRAPHIQUE ET DE SANTÉ AU CONGO (EDSC-I)**  
**REPUBLIQUE DU CONGO**  
**QUESTIONNAIRE MÉNAGE**

MINISTÈRE DU PLAN, DE L'AMÉNAGEMENT DU TERRITOIRE  
 ET DE L'INTÉGRATION ÉCONOMIQUE (MPATIE)

CENTRE NATIONAL DE LA STATISTIQUE ET DES  
 ÉTUDES ÉCONOMIQUES (CNSEE)

IDENTIFICATION												
NOM DE LA LOCALITÉ _____												
NOM DU CHEF DE MÉNAGE/No DE MÉNAGE _____												
NUMÉRO DE STRUCTURE .....												
NUMÉRO DE GRAPPE (EDSC) .....												
DÉPARTEMENT .....												
COMMUNE/DISTRICT .....												
ARRONDISSEMENT/COMMUNAUTÉ .....												
URBAIN/RURAL (URBAIN=1, RURAL=2) .....												
BRAZZAVILLE, POINTE NOIRE, DOLISIE, NKAYI, AUTRES VILLES, RURAL (BRAZZAVILLE=1, POINTE NOIRE=2, DOLISIE/NKAYI=3, AUTRES VILLES=4, RURAL=5) .....												
MÉNAGE SÉLECTIONNÉ POUR UNE ENQUÊTE HOMME ET LE TEST D'ANÉMIE? SÉLECTIONNÉ: OUI=1, NON=2 .....	<input type="checkbox"/>											
VISITES D'ENQUÊTEUR/ENQUÊTRICE												
	1	2	3	VISITE FINALE								
DATE	_____	_____	_____	JOUR <table border="1" style="display: inline-table; vertical-align: middle;"><tr><td> </td><td> </td></tr><tr><td> </td><td> </td></tr></table>								
NOM DE L'ENQUÊTEUR/TRICE	_____	_____	_____	MOIS <table border="1" style="display: inline-table; vertical-align: middle;"><tr><td> </td><td> </td></tr><tr><td> </td><td> </td></tr></table>								
RÉSULTAT*	_____	_____	_____	ANNÉE <table border="1" style="display: inline-table; vertical-align: middle;"><tr><td>2</td><td>0</td><td>0</td><td> </td></tr><tr><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td></tr></table>	2	0	0					
2	0	0										
PROCHAINE DATE VISITE	_____	_____		CODE ENQUÊT. <table border="1" style="display: inline-table; vertical-align: middle;"><tr><td> </td><td> </td></tr><tr><td> </td><td> </td></tr></table>								
HEURE	_____	_____		RÉSULTAT <table border="1" style="display: inline-table; vertical-align: middle;"><tr><td> </td><td> </td></tr><tr><td> </td><td> </td></tr></table>								
				NOMBRE TOTAL DE VISITES <input type="checkbox"/>								
CODES RÉSULTAT 1 REMPLI 2 PAS DE MEMBRE DU MÉNAGE À LA MAISON OU PAS D'ENQUÊTÉ 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 _____ (PRÉCISER)				TOTAL DANS LE MÉNAGE <input type="checkbox"/> TOTAL FEMMES ÉLIGIBLES <input type="checkbox"/> TOTAL HOMMES ÉLIGIBLES <input type="checkbox"/> N° DE LIGNE DE L'ENQUÊTÉ[E] POUR QUESTIONNAIRE MÉNAGE <input type="checkbox"/>								
CHEF D'ÉQUIPE: NOM _____ DATE _____ <input type="checkbox"/>		CONTROLEUSE NOM _____ DATE _____ <input type="checkbox"/>		CONTRÔLE BUREAU <input type="checkbox"/> SAISI PAR <input type="checkbox"/>								

### TABLEAU DE MÉNAGE

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

No LI-GNE	RESIDENTS HABITUELS ET VISITEURS	LIEN AVEC CHEF DE MÉNAGE	SEXE	RÉSIDENCE		ÂGE	ELIGIBILITÉ			SURVIE ET RÉSIDENCE DES PARENTS POUR LES PERSONNES DE MOINS DE 18 ANS**			
							EN-TOURER LE N° DE LIGNE DE TOUTES LES FEMMES DE 15-49 ANS	VOIR COUVERTURE: MÉNAGE SÉLECTIONNÉ POUR ANÉMIE ET HOMME?		Est-ce que la mère biologique de (NOM) est toujours en vie?	SI EN VIE	Est-ce que le père biologique de (NOM) est toujours en vie?	SI EN VIE
	S'il vous plaît, donnez-moi le nom des personnes qui vivent habituellement dans votre ménage et des visiteurs qui ont passé la nuit dernière ici, en commençant par le chef de ménage	Quel est le lien de parenté de (NOM) avec le chef de ménage?*	(NOM) est-il de sexe masculin ou féminin?	(NOM) vit-il/elle ici habituellement?	(NOM) a-t-il/elle passé la nuit dernière ici?	Quel âge a (NOM)?  SI MOINS D'UN AN INSCRIRE 00'  SI 95 ANS OU PLUS INSCRIRE 95'	EN-TOURER LE N° DE LIGNE DE TOUTES LES FEMMES DE 15-49 ANS	EN-TOURER N° DE LIGNE DE TOUS HOMMES DE 15-59 ANS	EN-TOURER N° DE LIGNE DE TOUS ENFANTS DE MOINS DE 6 ANS	Est-ce que la mère biologique de (NOM) est toujours en vie?	Est-ce que la mère biologique de (NOM) vit dans ce ménage?	Est-ce que le père biologique de (NOM) est toujours en vie?	Est-ce que le père biologique de (NOM) vit dans ce ménage?
(1)	(2)	(3)	(4)	(5)	(6)	(7)	(8)	(9)	(9a)	(10)	(11)	(12)	(13)
			H F	OUI NON	OUI NON	ANNÉES				O N NSP		O N NSP	
01			1 2	1 2	1 2		01	01	01	1 2 8		1 2 8	
02			1 2	1 2	1 2		02	02	02	1 2 8		1 2 8	
03			1 2	1 2	1 2		03	03	03	1 2 8		1 2 8	
04			1 2	1 2	1 2		04	04	04	1 2 8		1 2 8	
05			1 2	1 2	1 2		05	05	05	1 2 8		1 2 8	
06			1 2	1 2	1 2		06	06	06	1 2 8		1 2 8	
07			1 2	1 2	1 2		07	07	07	1 2 8		1 2 8	
08			1 2	1 2	1 2		08	08	08	1 2 8		1 2 8	
09			1 2	1 2	1 2		09	09	09	1 2 8		1 2 8	
10			1 2	1 2	1 2		10	10	10	1 2 8		1 2 8	

\* CODES POUR Q. 3

RELATION AU CHEF DE MÉNAGE

01 = CHEF DE MÉNAGE

02 = MARI/CONCUBIN OU FEMME/CONCUBINE

03 = FILS OU FILLE

04 = GENDRE OU BELLE-FILLE

05 = PETIT-FILS OU PETITE-FILLE

06 = PÈRE OU MÈRE

07 = BEAU-PÈRE OU BELLE-MÈRE

08 = FRÈRE OU SOEUR

09 = CO-ÉPOUSE

10 = AUTRES PARENTS

11 = ENFANTS ADOPTÉS/EN

GARDE

12 = ENFANTS DU CONJOINT

98 = NE SAIT PAS

\*\*CODES POUR Q.10 À Q.13

CES QUESTIONS CONCERNENT LES PARENTS BIOLOGIQUES DE L'ENFANT

AUX Q. 11 ET 13, NOTER '00' SI LE PARENT N'EST PAS LISTÉ DANS LE TABLEAU MÉNAGE.

No LI-GNE	INSTRUCTION								ETAT CIVIL
	SI ÂGÉ DE 6 ANS OU PLUS		SI ÂGÉ DE 6-24 ANS						
	(NOM) a-t-il/elle fréquenté l'école?	Quel est le plus haut niveau d'études que (NOM) a atteint?***  Quel est la dernière classe que a achevé à ce niveau?***	(NOM) fréquent-t-il/elle l'école actuellement?	Au cours de l'année scolaire 2004-2005 (NOM) a-t-il/elle fréquenté l'école à un certain moment?	Au cours de l'année scolaire actuelle (2004-2005) à quel niveau et dans quelle classe est (était) (NOM)?***	Au cours de l'année scolaire actuelle (2004-2005) (NOM) est-il/elle dans une école publique ou privée?	Au cours de l'année scolaire précédente (2003-2004) (NOM) a-t-il/elle fréquenté l'école à un certain moment?	Au cours de l'année scolaire précédente (2003-2004) à quel niveau et dans quelle classe était (NOM)?***	Est-ce que (NOM) a un acte de naissance?  SI NON INSISTER: Est-ce que la naissance de (NOM) a été déclarée à l'état civil?
	(14)	(15)	(16)	(17)	(18)	(18A)	(19)	(20)	(20A)
	OUI NON 1 2 ALLER ← A 20A	NIVEAU CLASSE <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	OUI NON 1 2 ALLER ← A 18	OUI NON 1 2 ALLER ← A 19	NIVEAU CLASSE <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	PUBLIC PRIVÉ 1 2	OUI NON 1 2 ALLER ← A 20A	NIVEAU CLASSE <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	O N NSP 1 2 8
01									
02									
03									
04									
05									
06									
07									
08									
09									
10									

\*\*\*CODES POUR Q. 15, 18 ET 20

NIVEAU	PRIMAIRE = 1		SECONDAIRE 1er CYCLE = 2	SECONDAIRE 2nd CYCLE = 3	SUPERIEUR = 4		NSP = 8
CLASSE	MOINS D'UN AN ACHÉVÉ = 0						
	CP1 = 1 CP2 = 2 CE1 = 3 CE2 = 4	CM1 = 5 CM2 = 6 NSP = 8	Sixième = 1 Cinquième = 2 Quatrième = 3 Troisième = 4	Seconde = 1 Première = 2 Terminale = 3 NSP = 8	1ere Année = 1 2è Année = 2 3è Année = 3	4è An +. = 4 NSP = 8	NSP = 8

No LI-GNE	RESIDENTS HABITUELS ET VISITEURS	LIEN AVEC CHEF DE MÉNAGE	SEXE	RÉSIDENCE			ÂGE	ELIGIBILITÉ			SURVIE ET RÉSIDENCE DES PARENTS POUR LES PERSONNES DE MOINS DE 18 ANS**			
				(NOM) est-il de sexe masculin ou féminin?	(NOM) vit-il/elle ici habituellement?	(NOM) a-t-il/elle passé la nuit dernière ici?		Quel âge a (NOM)?	EN-TOURER LE N° DE LIGNE DE TOUTES FEMMES DE 15-49 ANS	VOIR COUVERTURE: MÉNAGE SÉLECTIONNÉ POUR ANÉMIE ET HOMME?	EN-TOURER N° DE LIGNE DE TOUS HOMMES DE 15-59 ANS	EN-TOURER N° DE LIGNE DE TOUS ENFANTS DE MOINS DE 6 ANS	Est-ce que la mère biologique de (NOM) est toujours en vie?	SI EN VIE Est-ce que la mère biologique de (NOM) vit dans ce ménage?
(1)	(2)	(3)	(4)	(5)	(6)	(7)	(8)	(9)	(9a)	(10)	(11)	(12)	(13)	
	S'il vous plaît, donnez-moi le nom des personnes qui vivent habituellement dans votre ménage et des visiteurs qui ont passé la nuit dernière ici, en commençant par le chef de ménage	Quel est le lien de parenté de (NOM) avec le chef de ménage?*	H F	OUI NON	OUI NON	ANNÉES				O N NSP		O N NSP		
11			1 2	1 2	1 2		11	11	11	1 2 8		1 2 8		
12			1 2	1 2	1 2		12	12	12	1 2 8		1 2 8		
13			1 2	1 2	1 2		13	13	13	1 2 8		1 2 8		
14			1 2	1 2	1 2		14	14	14	1 2 8		1 2 8		
15			1 2	1 2	1 2		15	15	15	1 2 8		1 2 8		
16			1 2	1 2	1 2		16	16	16	1 2 8		1 2 8		
17			1 2	1 2	1 2		17	17	17	1 2 8		1 2 8		
18			1 2	1 2	1 2		18	18	18	1 2 8		1 2 8		

\* CODES POUR Q. 3

RELATION AU CHEF DE MÉNAGE

- 01 = CHEF DE MÉNAGE
- 02 = MARI/CONCUBIN OU FEMME/CONCUBINE
- 03 = FILS OU FILLE
- 04 = GENDRE OU BELLE-FILLE
- 05 = PETIT-FILS OU PETITE-FILLE
- 06 = PÈRE OU MÈRE
- 07 = BEAU-PÈRE OU BELLE-MÈRE

- 08 = FRÈRE OU SOEUR
- 09 = CO-ÉPOUSE
- 10 = AUTRES PARENTS
- 11 = ENFANTS ADOPTÉS/EN GARDE
- 12 = ENFANTS DU CONJOINT
- 98 = NE SAIT PAS

\*\*CODES POUR Q.10 À Q.13

CES QUESTIONS CONCERNENT LES PARENTS BIOLOGIQUES DE L'ENFANT AUX Q. 11 ET 13, NOTER '00' SI LE PARENT N'EST PAS LISTÉ DANS LE TABLEAU MÉNAGE.

No LI-GNE	INSTRUCTION								ETAT CIVIL
	SI ÂGÉ DE 6 ANS OU PLUS		SI ÂGÉ DE 6-24 ANS						SI ÂGÉ DE 0-9 ANS
	(NOM) a-t-il/elle fréquenté l'école?	Quel est le plus haut niveau d'études que (NOM) a atteint?***  Quel est la dernière classe que a achevé à ce niveau?***	(NOM) fréquent-t-il/elle l'école actuellement?	Au cours de l'année scolaire 2004-2005 (NOM) a-t-il/elle fréquenté l'école à un certain moment?	Au cours de l'année scolaire actuelle (2004-2005) à quel niveau et dans quelle classe est (était) (NOM)?***	Au cours de l'année scolaire actuelle (2004-2005) (NOM) est-il/elle dans une école plublique ou privée?	Au cours de l'année scolaire précédente (2003-2004) (NOM) a-t-il/elle fréquenté l'école à un certain moment?	Au cours de l'année scolaire précédente (2003-2004) à quel niveau et dans quelle classe était (NOM)?***	Est-ce que (NOM) a un acte de naissance?  SI NON INSISTER: Est-ce que la naissance de (NOM) a été déclarée à l'état civil?
	(14)	(15)	(16)	(17)	(18)	(18A)	(19)	(20)	(20A)
	OUI NON 1 2 ALLER ← A 20A	NIVEAU CLASSE □ □	OUI NON 1 2 ALLER ← A 18	OUI NON 1 2 ALLER ← A 19	NIVEAU CLASSE □ □	PUBLIC PRIVÉ 1 2	OUI NON 1 2 ALLER ← A 20A	NIVEAU CLASSE □ □	O N NSP 1 2 8
11									
12									
13									
14									
15									
16									
17									
18									
COCHER ICI SI UNE AUTRE FEUILLE EST UTILISÉE <input type="checkbox"/>									
Juste pour être sûre que j'ai une liste complète:									
1) Y a-t-il d'autres personnes comme des petits enfants ou des nourrissons que nous n'avons pas porté sur la liste?					OUI <input type="checkbox"/>	INSCRIRE CHACUN(E) DANS LE TABLEAU		NON <input type="checkbox"/>	
2) Y a-t-il d'autres personnes qui ne sont peut-être pas membres de votre famille comme des domestiques ou des amis qui vivent habituellement ici?					OUI <input type="checkbox"/>	INSCRIRE CHACUN(E) DANS LE TABLEAU		NON <input type="checkbox"/>	
3) Avez-vous des invités ou visiteurs temporaires qui sont chez vous ou d'autres personnes qui ont passé la nuit dernière ici et qui n'ont pas été listées?					OUI <input type="checkbox"/>	INSCRIRE CHACUN(E) DANS LE TABLEAU		NON <input type="checkbox"/>	

\*\*\*CODES POUR Q. 15, 18 ET 20

NIVEAU CLASSE	PRIMAIRE = 1		SECOND. 1er CYCLE=2	SECOND. 2nd CYCLE=3	SUPERIEUR = 4		NSP = 8
	CP1 = 1 CP2 = 2 CE1 = 3 CE2 = 4	CM1 = 5 CM2 = 6 NSP = 8	Sixième = 1 Cinquième = 2 Quatrième = 3 Troisième = 4	Seconde = 1 Première = 2 Terminale = 3 NSP = 8	1ere Année = 1 2è Année = 2 3è Année = 3	4è An +. = 4 NSP = 8	
	MOINS D'UN AN ACHEVÉ = 0						

### TRAVAIL DES ENFANTS

20B	VÉRIFIER COLONNES (5) ET (7): NOMBRE D'ENFANTS DE 5 A 17 ANS QUI RÉSIDENT HABITUELLEMENT DANS LE MÉNAGE :											
	UN OU PLUS			AUCUN <input type="checkbox"/> → ALLER A 21								
	REPLISSEZ LE TABLEAU SUIVANT POUR CHAQUE ENFANT DE 5 A 17 ANS											
(20C)	(20D)	POSEZ LES QUESTIONS SUIVANTES A LA PERSONNE EN CHARGE DE CHAQUE ENFANT (S'IL Y A PLUS DE 5 ENFANTS, UTILISEZ UN QUESTIONNAIRE SUPPLÉMENTAIRE) : Maintenant je voudrais vous poser des questions sur tous les types de travaux que font les enfants qui vivent dans ce ménage.										
ENREGISTRER LE N° DE LIGNE DE CHAQUE ENFANT DANS L'ORDRE DE LA COLONNE 1 DU TABLEAU DE MÉNAGE	(20E)	(20F)	(20G)		(20H)		(20I)	(20J)	(20K)			
	OUI PAYÉ	NON PAYÉ	OUI	NON	OUI	NON	OUI	NON	OUI	NON	OUI	NON
<input type="checkbox"/>	1	2	3	1	2	3	1	2	3	1	2	3
<input type="checkbox"/>	1	2	3	1	2	3	1	2	3	1	2	3
<input type="checkbox"/>	1	2	3	1	2	3	1	2	3	1	2	3
<input type="checkbox"/>	1	2	3	1	2	3	1	2	3	1	2	3
<input type="checkbox"/>	1	2	3	1	2	3	1	2	3	1	2	3

N°	QUESTIONS ET FILTRES	CODES	ALLER À
21	D'où provient principalement l'eau que boivent les membres de votre ménage ?	EAU DU ROBINET DANS LE LOGEMENT.....11 DANS PARCELLE .....12 DU VOISIN.....13 PUITS PROTÉGÉ DANS PARCELLE .....21 FORAGE/PUITS À POMPE.....22 PUITS NON-PROTÉGÉ DANS PARCELLE .....31 PUBLIC .....32 EAU DE SURFACE SOURCE PROTEGE .....41 SOURCE NON-PROTÉGÉ .....42 RIVIERE/FLEUVE/MARIGOT .....43  EAU DE PLUIE .....51 CAMION CITERNE .....52 EAU BOUTEILLE .....53 AUTRE.....96	→ 23 → 23  → 23  → 23  → 23 → 23
22	Combien de temps faut-il pour aller là-bas, prendre de l'eau et revenir ?	MINUTES ..... SUR PLACE.....996	<input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>
23	Quel genre de toilettes utilise votre ménage ?	CHASSE D'EAU.....11 FOSSE/LATRINES AMÉLIORÉES.....22 FOSSE/LATRINES RUDIMENTAIRES .....21 PAS DE TOILETTES /NATURE.....31 AUTRE .....96	→ 25
24	Partagez-vous cette installation avec d'autres ménages ?	OUI.....1 NON .....2	
25	Dans votre ménage, y a-t-il :		
	L'électricité ?	ÉLECTRICITÉ.....1	OUI NON 2
	Une radio/radio cassette ?	RADIO.....1	2
	Une télévision ?	TÉLÉVISION .....1	2
	Un téléphone fixe ?	TÉLÉPHONE FIXE .....1	2
	Un téléphone portable ?	TÉLÉPHONE PORTABLE .....1	2
	Un ordinateur ?	ORDINATEUR.....1	2
	Un réfrigérateur/congélateur électrique, à gaz ou à pétrole?	RÉFRIGÉRATEUR.....1	2
	Un réchaud/cuisinière à gaz ?	RECHAUD À GAZ/CUISINIÈRE ...1	2
	Un réchaud à pétrole ?	RECHAUD À PÉTROLE .....1	2
26	Dans votre ménage, quel genre de combustible utilisez-vous principalement pour la cuisine ?	ÉLECTRICITÉ.....01 GAZ BOUTEILLE/NATUREL .....02 PÉTROLE .....03 CHARBON DE BOIS.....04 BOIS À BRÛLER.....05 SCIURE/COPEAUX DE BOIS .....06 AUTRE .....96	
26A	Dans votre ménage, combien de pièces utilisez-vous pour dormir ?	PIECES .....	<input type="text"/> <input type="text"/>
27	PRINCIPAL MATÉRIAU DU SOL  ENREGISTRER L'OBSERVATION.	MATÉRIAU NATUREL TERRE/SABLE .....11 MATÉRIAU RUDIMENTAIRE BOIS PLANCHES.....21 MATÉRIAU MODERNE PARQUET OU BOIS POLI .....31 VINYLE/LINO/GERFLEX.....32 CARREAUX.....33 CIMENT .....34 MOQUETTE .....35 AUTRE .....96	
27A	PRINCIPAL MATÉRIAU DU TOIT  ENREGISTRER L'OBSERVATION.	MATÉRIAU NATUREL PAILLE/CHAUME/NATTE .....11 MATÉRIAU MODERNE TOLE .....21 TUILE .....22 AUTRE .....96	

N°	QUESTIONS ET FILTRES	CODES	ALLER À																		
27B	PRINCIPAL MATÉRIAU DES MURS  ENREGISTRER L'OBSERVATION.	MATÉRIAU NATUREL TERRE BATTUE .....11 MATÉRIAU RUDIMENTAIRE BOIS/ PLANCHES.....21 BRIQUE EN TERRE NON CUITE .....22 TOLE.....23 MATÉRIAU MODERNE BRIQUE CUITE .....31 CIMENT/AGLO/PARPAING .....32 AUTRE .....96																			
28	Dans votre ménage, y a-t-il quelqu'un qui possède :  Une bicyclette ? Une mobylette ou une motocyclette ? Une voiture ou un camion ? Une pirogue sans moteur ? Un bateau/pirogue hors-bord ?	<table style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <thead> <tr> <th style="width: 80%;"></th> <th style="width: 10%; text-align: center;">OUI</th> <th style="width: 10%; text-align: center;">NON</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>BICYCLETTE .....1</td> <td style="text-align: center;">1</td> <td style="text-align: center;">2</td> </tr> <tr> <td>MOBYLETTE/MOTOCYCLETTE .1</td> <td style="text-align: center;">1</td> <td style="text-align: center;">2</td> </tr> <tr> <td>VOITURE/CAMION .....1</td> <td style="text-align: center;">1</td> <td style="text-align: center;">2</td> </tr> <tr> <td>PIROGUE SANS MOTEUR.....1</td> <td style="text-align: center;">1</td> <td style="text-align: center;">2</td> </tr> <tr> <td>PIROGUE HORS BORD .....1</td> <td style="text-align: center;">1</td> <td style="text-align: center;">2</td> </tr> </tbody> </table>		OUI	NON	BICYCLETTE .....1	1	2	MOBYLETTE/MOTOCYCLETTE .1	1	2	VOITURE/CAMION .....1	1	2	PIROGUE SANS MOTEUR.....1	1	2	PIROGUE HORS BORD .....1	1	2	
	OUI	NON																			
BICYCLETTE .....1	1	2																			
MOBYLETTE/MOTOCYCLETTE .1	1	2																			
VOITURE/CAMION .....1	1	2																			
PIROGUE SANS MOTEUR.....1	1	2																			
PIROGUE HORS BORD .....1	1	2																			

N°	QUESTIONS ET FILTRES	CODES			ALLER À
29	Dans votre ménage, avez-vous des moustiquaires qui sont utilisées pour dormir ?	OUI ..... 1 NON ..... 2			→ 35
29A	Combien de moustiquaires avez-vous dans votre ménage ?	NOMBRE DE MOUSTIQUAIRES <input type="text"/> <input type="text"/>			
30	DEMANDEZ À L'ENQUÊTÉ(E) DE VOUS MONTRER LES MOUSTIQUAIRES. POSEZ LES QUESTIONS SUIVANTES POUR CHAQUE MOUSTIQUAIRE. SI PLUS DE 3 MOUSTIQUAIRES, UTILISEZ UN QUESTIONNAIRE SUPPLÉMENTAIRE	MOUSTIQUAIRE 1	MOUSTIQUAIRE 2	MOUSTIQUAIRE 3	
		VUE..... 1 NON VUE.....2	VUE ..... 1 NON VUE.....2	VUE..... 1 NON VUE ..... 2	
31	Depuis combien de temps votre ménage possède la moustiquaire ?	MOIS ..... <input type="text"/> <input type="text"/> 3 ANS OU + .....96	MOIS..... <input type="text"/> <input type="text"/> 3 ANS OU + ..... 96	MOIS ..... <input type="text"/> <input type="text"/> 3 ANS OU + .....96	
32	OBSERVER OU DEMANDER LA MARQUE DE LA MOUSTIQUAIRE.	<b>MOUSTIQUAIRE PRÉ-TRAITÉE</b> OLYSET ..... 1 PERMANET ..... 2  AUTRE ..... 3 (PRÉCISER) NSP/PAS SÛR ..... 8	<b>MOUSTIQUAIRE PRÉ-TRAITÉE</b> OLYSET ..... 1 PERMANET ..... 2  AUTRE ..... 3 (PRÉCISER) NSP/PAS SÛR ..... 8	<b>MOUSTIQUAIRE PRÉ-TRAITÉE</b> OLYSET ..... 1 PERMANET ..... 2  AUTRE ..... 3 (PRÉCISER) NSP/PAS SÛR ..... 8	
32A	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 32C) <—  PAS SÛR/NSP ..... 8	OUI ..... 1 NON ..... 2 (PASSER À 32C) <—  PAS SÛR/NSP ..... 8	OUI ..... 1 NON ..... 2 (PASSER À 32C) <—  PAS SÛR/NSP ..... 8	
32B	Combien de temps s'est écoulé depuis que la moustiquaire a été trempée ou plongée pour la dernière fois ?  SI MOINS DE 1 MOIS, ENREGISTRER '00'.	MOIS ..... <input type="text"/> <input type="text"/> 3 ANS OU + .....96 PAS SÛR/NSP .....98	MOIS..... <input type="text"/> <input type="text"/> 3 ANS OU + ..... 96 PAS SÛR/NSP ..... 98	MOIS ..... <input type="text"/> <input type="text"/> 3 ANS OU + .....96 PAS SÛR/NSP ..... 98	
32C	Est-ce que, la nuit dernière, quelqu'un a dormi sous cette moustiquaire ?	OUI ..... 1 NON ..... 2 (PASSER À 32E) <—  PAS SÛR/NSP ..... 8	OUI ..... 1 NON ..... 2 (PASSER À 32E) <—  PAS SÛR/NSP ..... 8	OUI ..... 1 NON ..... 2 (PASSER À 32E) <—  PAS SÛR/NSP ..... 8	
32D	Qui a dormi sous cette moustiquaire la nuit dernière ?  REPORTER LE NUMERO DE LIGNE A PARTIR DU TABLEAU DE MÉNAGE.	NOM _____ No DE LIGNE ..... <input type="text"/> <input type="text"/>	NOM _____ No DE LIGNE ..... <input type="text"/> <input type="text"/>	NOM _____ No DE LIGNE ..... <input type="text"/> <input type="text"/>	
		NOM _____ No DE LIGNE ..... <input type="text"/> <input type="text"/>	NOM _____ No DE LIGNE ..... <input type="text"/> <input type="text"/>	NOM _____ No DE LIGNE ..... <input type="text"/> <input type="text"/>	
		NOM _____ No DE LIGNE ..... <input type="text"/> <input type="text"/>	NOM _____ No DE LIGNE ..... <input type="text"/> <input type="text"/>	NOM _____ No DE LIGNE ..... <input type="text"/> <input type="text"/>	
		NOM _____ No DE LIGNE ..... <input type="text"/> <input type="text"/>	NOM _____ No DE LIGNE ..... <input type="text"/> <input type="text"/>	NOM _____ No DE LIGNE ..... <input type="text"/> <input type="text"/>	
		NOM _____ No DE LIGNE ..... <input type="text"/> <input type="text"/>	NOM _____ No DE LIGNE ..... <input type="text"/> <input type="text"/>	NOM _____ No DE LIGNE ..... <input type="text"/> <input type="text"/>	
32E		RETOURNER À 30 POUR LA MOUSTIQUAIRE SUIVANTE ; OU, SI PLUS AUCUNE MOUSTIQUAIRE DANS LE MÉNAGE, PASSER À 35.			
35	DEMANDER UNE CUILLERÉE DU SEL UTILISÉ POUR LES BESOINS DU MÉNAGE : TESTER LE SEL POUR PRÉSENCE D'IODE. ENREGISTRER LES PPM (PARTS PAR MILLION). SI LE SEL N'A PAS ÉTÉ TESTÉ, DONNER LA RAISON :  _____ →	0 PPM (PAS DE COULEUR).....1 MOINS DE 15 PPM (COULEUR FAIBLE).....2 PLUS DE 15 PPM (COULEUR FONCÉE).....3 PAS DE SEL DANS LE MÉNAGE.....4 SEL NON TESTÉ .....5			

### MESURES DU POIDS, DE LA TAILLE ET DU NIVEAU D'HÉMOGLOBINE

VÉRIFIER LES COLONNES (8) ET (9a) : 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 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 MESURÉE 2 ABSENTE 3 REFUS 4 PROB TECH 6 AUTRE
(36)	(37)	(38)	(39)	(40)	(41)	(42)	(43)
		ANNÉES					
<input type="text"/>		<input type="text"/>		<input type="text"/>	<input type="text"/>		<input type="text"/>
<input type="text"/>		<input type="text"/>		<input type="text"/>	<input type="text"/>		<input type="text"/>
<input type="text"/>		<input type="text"/>		<input type="text"/>	<input type="text"/>		<input type="text"/>

ENFANTS DE MOINS DE 6 ANS				POIDS ET TAILLE DES ENFANTS NÉS EN 2000 OU APRES			
N° DE LIGNE DE LA COL.(9a)	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 4 PROB TECH 6 AUTRE
			JOUR MOIS ANNÉE			ALLONG. DEBOUT	
<input type="text"/>		<input type="text"/>	<input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	1 2	<input type="text"/>
<input type="text"/>		<input type="text"/>	<input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	1 2	<input type="text"/>
<input type="text"/>		<input type="text"/>	<input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	1 2	<input type="text"/>
<input type="text"/>		<input type="text"/>	<input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	1 2	<input type="text"/>
<input type="text"/>		<input type="text"/>	<input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	1 2	<input type="text"/>
COCHER ICI SI UNE AUTRE FEUILLE EST UTILISÉE				<input type="checkbox"/>			

\* POUR LES ENFANTS NON INCLUS DANS AUCUNE DES SECTIONS 2 SUR REPRODUCTION (ORPHELINS, ENFANTS ADOPTÉS, ETC.), DEMANDER LE JOUR, LE MOIS ET L'ANNÉE DE 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.

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'HÉMOGLOBINE (G/DL)	ACTUELLEMENT ENCEINTE	RÉSULTAT 1 TESTÉE 2 ABSENTE 3 REFUS 4 PROB TECH 6 AUTRE
(44)	(45)	(46)	(47)	(48)	(49)
ÂGE 15-17    ÂGE 18-49  1                                  2 ALLER À 46 ←	<input type="checkbox"/>	ACCORDÉ                                  REFUSÉ 1    2 ↓    ↓ SIGNER _____ COLONNE (49) ←	<input type="checkbox"/>	OUI    NON/NSP 1                  2	<input type="checkbox"/>
1                                  2 ALLER À 46 ←	<input type="checkbox"/>	1    2 ↓    ↓ SIGNER _____ COLONNE (49) ←	<input type="checkbox"/>	1                  2	<input type="checkbox"/>
1                                  2 ALLER À 46 ←	<input type="checkbox"/>	1    2 ↓    ↓ SIGNER _____ COLONNE (49) ←	<input type="checkbox"/>	1                  2	<input type="checkbox"/>

MESURE DU NIVEAU D'HÉMOGLOBINE DES ENFANTS NÉS EN 2000 OU APRES					
	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'HÉMOGLOBINE (G/DL)		RÉSULTAT 1 TESTÉ 2 ABSENT 3 REFUS 4 PROB TECH 6 AUTRE
	<input type="checkbox"/>	ACCORDÉ                                  REFUSÉ 1    2 ↓    ↓ SIGNER _____ COLONNE (49) ←	<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>
	<input type="checkbox"/>	1    2 ↓    ↓ SIGNER _____ COLONNE (49) ←	<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>
	<input type="checkbox"/>	1    2 ↓    ↓ SIGNER _____ COLONNE (49) ←	<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>
	<input type="checkbox"/>	1    2 ↓    ↓ SIGNER _____ COLONNE (49) ←	<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>
	<input type="checkbox"/>	1    2 ↓    ↓ SIGNER _____ COLONNE (49) ←	<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>

**• DÉCLARATION POUR LE CONSENTEMENT ÉCLAIRÉ VOLONTAIRE POUR L'ANÉMIE**

Dans cette enquête, nous voulons mesurer le niveau de l'anémie chez les femmes et les enfants. L'anémie est un 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 (vous et vos enfants nés en 2000 ou après) au test d'anémie en donnant quelques gouttes de sang de votre doigt. Pour prélever ces gouttes on utilisera des instruments stériles et non réutilisables. Ils n'ont jamais été utilisés avant vous et ne seront pas utilisés après. Le sang est prélevé avec du matériel 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 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.

PASSEZ À LA COLONNE (46) ET ENCEINTEZ LE CODE APPROPRIÉ.

58	<p>VÉRIFIER LES QUESTIONS 47 ET 48 (POUR LES FEMMES) : NOMBRE DE RÉSIDENTS HABITUELS AVEC NIVEAU D'HÉMOGLOBINE INFÉRIEUR À : MOINS DE 7G/DL POUR LES ENFANTS ET LES FEMMES QUI NE SONT PAS (OU NE SAVENT PAS SI ELLES SONT) ENCEINTEES ; MOINS DE 9G/DL POUR LES FEMMES ENCEINTEES.</p> <p>UNE OU PLUS <input type="checkbox"/>    AUCUNE <input type="checkbox"/></p> <p>DONNER À CHAQUE FEMME/PARENT/ADULTE RESPONSABLE LES RÉSULTATS DU TEST D'HÉMOGLOBINE ET LIRE LA DÉCLARATION DE Q59 AUX PERSONNES AVEC FAIBLE NIVEAU D'HEMOGLOBINE.</p> <p>DONNER À LA FEMME/PARENT/ADULTE RESPONSABLE LES RÉSULTATS DU TEST D'HÉMOGLOBINE.</p>
59	<p>Nous avons détecté un faible niveau d'hémoglobine dans (votre sang/le sang de NOM DE L'ENFANT). Cela signifie que (vous/NOM DE L'ENFANT) êtes sévèrement anémié(e), ce qui est un problème de santé sérieux. Nous vous recommandons de vous rendre dans un centre de santé dès que possible pour être examiné et obtenir un traitement. DONNEZ-LEUR LA FICHE DE REFERENCE POUR L'ANÉMIE.</p>