

ENQUETE DEMOGRAPHIQUE ET DE SANTE - II

QUESTIONNAIRE MENAGE

INSTITUT NATIONAL DE LA STATISTIQUE

REPUBLIQUE DE COTE D'IVOIRE

IDENTIFICATION	
DEPARTEMENT	DEPARTEMENT.....
SOUS-PREFECTURE	SOUS-PREFECTURE.....
DISTRICT DE RECENSEMENT	DISTRICT DE RECENSEMENT.....
N° DE LA GRAPPE.....	N° DE LA GRAPPE.....
N° DE LA STRUCTURE.....	N° DE LA STRUCTURE.....
N° DU MENAGE.....	N° DU MENAGE.....
ABIDJAN / AUTRES VILLES / RURAL.....	ABIDJAN =1, AUTRES VILLES =2, RURAL =3..
ZONE D'INTERVENTION.....	ZONE D'INTERVENTION...OUI=1, NON=2.....
NOM DU CHEF DE MENAGE _____	
MENAGE SELECTIONNE POUR UNE ENQUETE HOMME? (OUI = 1, NON = 2)..... <input type="checkbox"/>	

VISITES D'ENQUETEUR				
	1	2	3	VISITE FINALE
DATE				JOUR MOIS ANNEE 1 9
NOM DE L'ENQUETEUR				NOM
RESULTAT*				RESULTAT
PROCHAINE VISITE: DATE HEURE				NBRE. TOTAL DE VISITES
* CODES RESULTAT: 1 REMPLI 2 PAS DE MEMBRE DU MENAGE A LA MAISON OU PAS D'ENQUETE COMPETENT AU MOMENT DE LA VISITE 3 MENAGE TOTALEMENT ABSENT POUR UNE LONGUE PERIODE 4 DIFFERE 5 REFUSE 6 LOGEMENT VIDE OU PAS DE LOGEMENT A L'ADRESSE 7 LOGEMENT DETRUIT 8 LOGEMENT NON TROUVE 9 AUTRE _____ (préciser)				TOTAL DANS LE MENAGE
				TOTAL DE FEMMES ELIGIBLES
				TOT.D'HOMMES ELIGIBLES
				N° DE LIGNE DE L'ENQUETE POUR LE QUEST. MENAGE

CONTROLEUSE	CHEF D'EQUIPE	CONTROLE BUREAU	SAISI PAR
NOM _____	NOM _____		
DATE _____	DATE _____		

Maintenant nous voudrions des renseignements sur les personnes qui vivent habituellement dans votre ménage ou qui habitent chez vous actuellement.

N° Li-gne	RESIDENTS HABITUELS ET VISITEURS	LIEN AVEC CHEF DE MENAGE*	RESIDENCE		SEXE	AGE	EDUCATION		ELIGIBILITE FEMMES	ELIGIBILITE HOMMES
			(NOM) vit-il a-t-il /elle ici d'ha-	(NOM) a-t-il /elle dormi ici la			(NOM) SI AGE DE 6 ANS OU PLUS	(NOM) SI A FREQUENTE ECOLE		
	S'il vous plaît, donnez-moi le nom des personnes qui vivent habituellement dans votre	Quel est le lien de parenté de (NOM) avec le chef de	(NOM) vit-il a-t-il /elle dormi ici d'ha-	(NOM) a-t-il /elle dormi ici la	(NOM) est-il de sexe mas-	Quel âge a (NOM)?	(NOM) a-t-il /elle fréquenté	SI AGE DE MOINS DE	ENTOURER LE NUMERO DE LIGNE DES	ENTOURER LE NUMERO DE LIGNE DES

(1)	(2)	ménage? (3)	bitude? (4)		nuit der- nière? (5)		culin ou fémi- nin? (6)		SI 95 ANS OU + NOTER '95' (7)	l'éco- le? SI "NON" PASSER A Q.15 (8)	d'études que (NOM) a atteint? Quel est la dernière classe que (NOM) a achevé à ce niveau?*** (9)	25 ANS (NOM) va-t-il /elle encore à l'école? (10)		FEMMES DE 15-49 ANS (15)	HOMMES DE 15-59 ANS (SI UNE ENQUETE HOMME EST PREVUE DANS CE MENAGE) (15A)		
			OUI	NON	OUI	NON	H	F				EN ANS.	OUI	NON	NIVEAU	CLAS.	OUI
01		<input type="checkbox"/>	1	2	1	2	1	2	<input type="checkbox"/>	1	2	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	1	2	01	01
02		<input type="checkbox"/>	1	2	1	2	1	2	<input type="checkbox"/>	1	2	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	1	2	02	02
03		<input type="checkbox"/>	1	2	1	2	1	2	<input type="checkbox"/>	1	2	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	1	2	03	03
04		<input type="checkbox"/>	1	2	1	2	1	2	<input type="checkbox"/>	1	2	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	1	2	04	04
05		<input type="checkbox"/>	1	2	1	2	1	2	<input type="checkbox"/>	1	2	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	1	2	05	05
06		<input type="checkbox"/>	1	2	1	2	1	2	<input type="checkbox"/>	1	2	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	1	2	06	06
07		<input type="checkbox"/>	1	2	1	2	1	2	<input type="checkbox"/>	1	2	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	1	2	07	07
08		<input type="checkbox"/>	1	2	1	2	1	2	<input type="checkbox"/>	1	2	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	1	2	08	08
09		<input type="checkbox"/>	1	2	1	2	1	2	<input type="checkbox"/>	1	2	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	1	2	09	09
10		<input type="checkbox"/>	1	2	1	2	1	2	<input type="checkbox"/>	1	2	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	1	2	10	10
11		<input type="checkbox"/>	1	2	1	2	1	2	<input type="checkbox"/>	1	2	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	1	2	11	11
12		<input type="checkbox"/>	1	2	1	2	1	2	<input type="checkbox"/>	1	2	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	1	2	12	12
13		<input type="checkbox"/>	1	2	1	2	1	2	<input type="checkbox"/>	1	2	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	1	2	13	13

N° Li- gne	RESIDENTS HABITUELS ET VISITEURS	LIEN AVEC CHEF DE MENAGE*	RESIDENCE		SEXE	AGE	EDUCATION		ELIGI- BILITE FEMMES	ELIGI- BILITE HOMMES
			(NOM) vit-il /elle ici d'ha- bitude?	(NOM) a-t-il /elle dormi ici la nuit der- nière?			(NOM) est- il de sexe mas- culin ou fémi- nin?	Quel âge a (NOM)?		
	S'il vous plaît, donnez-moi le nom des personnes qui vivent habituelle- ment dans votre ménage et des invités qui ont passé la nuit der- nière ici, en commençant par le chef de ménage.	Quel est le lien de parenté de (NOM) avec le chef de ménage?	(NOM) vit-il /elle ici d'ha- bitude?	(NOM) a-t-il /elle dormi ici la nuit der- nière?	(NOM) est- il de sexe mas- culin ou fémi- nin?	Quel âge a (NOM)?	(NOM) a-t-il /elle fré- quenté l'éco- le?	SI AGE DE 6 ANS OU PLUS	ENTOURER LE NUMERO DE LIGNE DES FEMMES DE 15-49 ANS	ENTOURER LE NUMERO DE LIGNE DES HOMMES DE 15-59 ANS (SI UNE ENQUETE HOMME EST PREVUE DANS CE

(1)	(2)	(3)	(4)	(5)	(6)	(7)	(8)	(9)	(10)	(15)	MENAGE) (15A)	
			OUI NON	OUI NON	H F	EN ANS.	OUI NON	NIVEAU CLAS.	OUI NON			
14		<input type="checkbox"/>	1 2	1 2	1 2	<input type="checkbox"/>	1 2	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	1 2	14	14
15		<input type="checkbox"/>	1 2	1 2	1 2	<input type="checkbox"/>	1 2	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	1 2	15	15
16		<input type="checkbox"/>	1 2	1 2	1 2	<input type="checkbox"/>	1 2	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	1 2	16	16
17		<input type="checkbox"/>	1 2	1 2	1 2	<input type="checkbox"/>	1 2	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	1 2	17	17
18		<input type="checkbox"/>	1 2	1 2	1 2	<input type="checkbox"/>	1 2	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	1 2	18	18

COCHER ICI SI UNE AUTRE FEUILLE EST UTILISEE

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

- 1) Y a-t-il d'autres personnes telles que des petits enfants ou des nourrissons que nous n'avons pas portés sur la liste? OUI INSCRIRE CHACUN(E) DANS LE LE TABLEAU NON
- 2) De plus, y-a-t-il d'autres personnes qui ne sont peut-être pas membres de votre famille tels que des domestiques, des locataires ou des amis qui vivent habituellement ici? OUI INSCRIRE CHACUN(E) DANS LE LE TABLEAU NON
- 3) Avez-vous des invités ou des visiteurs temporaires qui sont chez vous ou d'autres personnes qui ont dormi ici la nuit et qui n'ont pas été listées? OUI INSCRIRE CHACUN(E) DANS LE LE TABLEAU NON

* CODES POUR Q.3 : LIEN DE PARENTE AVEC LE CHEF DE MENAGE

01= CHEF DE MENAGE 06= PERE OU MERE 11= NEVEU OU NIECE
02= EPOUSE OU EPOUX 07= BEAU-PERE OU BELLE-MERE 12= COUSIN OU COUSINE
03= FILS OU FILLE 08= FRERE OU SOEUR 13= AUTRE PARENTE
04= GENDRE OU BELLE-FILLE 09= ENFANT ADOPTE/EN GARDE 14= SANS PARENTE
05= PETIT-FILS OU -FILLE 10= ENFANTS DU CONJOINT 98= NE SAIT PAS

**

CODE POUR Q.9	NIVEAU	PRIMAIRE = 1	SECONDAIRE 1er CYCLE = 2	SECONDAIRE 2è CYCLE = 3	SUPERIEUR = 4	NSP = 8
	CLASSE	CP1 = 1 CP2 = 2 CE1 = 3 CE2 = 4 CM1 = 5 CM2 = 6 NSP = 8	6ème = 1 5ème = 2 4ème = 3 3ème = 4 NSP = 8	2nd = 1 1ère = 2 Terminale = 3 NSP = 8	1ere année = 1 2eme année = 2 3eme année = 3 4eme année = 4 5eme année ou + = 5 NSP = 8	

N°	QUESTIONS ET FILTRES	CODES	PASSER A
16	D'où provient principalement l'eau que boivent les membres de votre ménage?	EAU DU ROBINET ROBINET DANS LE LOGEMENT/COUR/PARCELLE.....12 ROBINET PUBLIC.....13 EAU DE PUIITS PUIITS DANS LE LOGEMENT/COUR/PARCELLE.....21 PUIITS PUBLIC.....22 EAU DE SURFACE SOURCE.....31 RIVIERE/RUISSEAU.....32 MARE/LAC.....33 BARRAGE.....34 EAU DE PLUIE.....41 CAMION CITERNE.....51 AUTRE 96 (PRECISER)	<input type="checkbox"/> 18 <input type="checkbox"/> 18 <input type="checkbox"/> 18
17	Combien de temps faut-il pour aller là-bas, prendre de l'eau et revenir?	MINUTES..... <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> SUR PLACE.....996	

18	Quel genre de toilettes avez-vous dans votre ménage?	CHASSE D'EAU.....	11
		LATRINES	
		LATRINES SOMMAIRES.....	21
		LATRINES AMELIOREES.....	22
		PAS DE TOILETTES/NATURE.....	31
		AUTRE.....	96
		(PRECISER)	

19	Dans votre ménage, avez-vous?		OUI	NON	
		L'électricité?	ELECTRICITE.....	1	2
		Une radio?	RADIO.....	1	2
		Une télévision?	TELEVISION.....	1	2
		Le téléphone?	TELEPHONE.....	1	2
		Un réfrigérateur?	REFRIGERATEUR.....	1	2
		Un réchaud/cuisinière à gaz/électrique	RECHAUD/CUISINIERE.....	1	2

20	Dans votre ménage, combien de pièces utilisez-vous pour dormir?	PIECES.....	<input type="text"/>	<input type="text"/>

21	PRINCIPAL MATERIAU DU PLANCHER ENREGISTRER L'OBSERVATION	PLANCHER NATUREL	
		TERRE/SABLE.....	11
		PLANCHER SOMMAIRE	
		BOIS/PALMES/BAMBOUS.....	21
		PLANCHER FINI	
		CIMENT.....	31
		CARRELAGE.....	32
		AUTRE FINI.....	33
		AUTRE.....	96

22	Y-a-t-il quelqu'un de votre ménage qui possède:		OUI	NON	
		Une bicyclette/vélo?	BICYCLETTE/VELO.....	1	2
		Une mobylette/motocyclette?	MOBYLETTE/MOTOCYCLETTE.....	1	2
		Une voiture?	VOITURE.....	1	2