

--	--	--	--	--	--	--	--

REPUBLICQUE TOGOLAISE

QUIBB₂₀₀₆

Questionnaire des Indicateurs de Base du Bien-être

Enquête Principale

MINISTERE DU DEVELOPPEMENT ET DE
L'AMENAGEMENT DU TERRITOIRE
**Direction Générale de la Statistique
et de la Comptabilité Nationale**

Noircir les bulles comme ceci --> ●

Mais pas comme ceux ci --> ⊗ ⊕

A - INFORMATIONS SUR LE QUESTIONNAIRE

Q.1 NOM DU CHEF DE MÉNAGE	
Q.2 NOM DE LA REGION & PREFECTURE	
Q.3 NOM DU CANTON/VILLE	
Q.4 NOM DU VILLAGE/QUARTIER	
Q.5 NOM DE L'ENQUETEUR	

A.1 GRAPPE	A.2 MÉNAGE	A.3 ENQUÊTEUR	A.4 DATE	A.5 HEURE	A.6 REPODANT	A.7
			Jour Mois Année	Heure Minute	N° membre	N° de Quest.
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>

IMPORTANT

Créez un numéro de référence en combinant les numéros de Grappe, de ménage et de questionnaire.
Ecrivez ce numéro MAINTENANT en haut de toutes les pages.

Commentaires

--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

C - ÉDUCATION (tous les membres)

NUMÉRO DE MEMBRE	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10		
	<p>C.1 Est-ce que [NOM] sait lire et écrire une phrase simple dans une langue quelconque?</p> <p>Oui <input type="radio"/> Non <input type="radio"/></p> <p>Oui <input type="radio"/> Non <input type="radio"/></p>										<p>SI L'ENQUETÉ A MOINS DE 15 ANS, ALLEZ A C2.</p>	
	<p>C.2 Est-ce que [NOM] a une fois fréquenté l'école dans sa vie?</p> <p>Oui <input type="radio"/> Non <input type="radio"/></p> <p>Oui <input type="radio"/> Non <input type="radio"/></p>											<p>SI NON, ALLEZ À C10</p>
	<p>C.3 Quel est le dernier type d'enseignement que [NOM] a suivi?</p> <p>Général <input type="radio"/> Technique <input type="radio"/> Professionnel <input type="radio"/></p> <p><input type="radio"/> <input type="radio"/> <input type="radio"/> <input type="radio"/> <input type="radio"/> <input type="radio"/> <input type="radio"/> <input type="radio"/> <input type="radio"/> <input type="radio"/></p>										<p>SI NON ALLEZ À C10.</p>	
	<p>C.4 Quelle est la plus haute classe que [NOM] a achevée?</p> <p><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"/></p>											
00 Aucun 01 École maternelle 11 CP1 12 CP2 13 CE1 14 CE2 15 CM1 16 CM2 21 6 ^{ème} 22 5 ^{ème} 23 4 ^{ème} 24 3 ^{ème} 25 2 ^{nde} 26 1 ^{ère} 27 Terminale 31 Enseignement supérieur	<p>C.5 Est-ce que [NOM] est allé à l'école au cours de l'année scolaire 2004 - 2005?</p> <p>Oui <input type="radio"/> Non <input type="radio"/></p> <p>Oui <input type="radio"/> Non <input type="radio"/></p>											
	<p>C.6 Est-ce que [NOM] a fréquenté l'école au cours de l'année scolaire 2005 - 2006?</p> <p>Oui <input type="radio"/> Non <input type="radio"/></p> <p>Oui <input type="radio"/> Non <input type="radio"/></p>											
	<p>C.7 Dans quelle classe a été [NOM] au cours de l'année scolaire 2005 - 2006?</p> <p><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"/></p>											
01 École maternelle 11 CP1 12 CP2 13 CE1 14 CE2 15 CM1 16 CM2 21 6 ^{ème} 22 5 ^{ème} 23 4 ^{ème} 24 3 ^{ème} 25 2 ^{nde} 26 1 ^{ère} 27 Terminale 31 Enseignement supérieur	<p>C.8 Qui gère l'école qu'a fréquenté [NOM] au cours de l'année scolaire 2005 - 2006?</p> <p>Le gouvernement/Etat <input type="radio"/> Organisation religieuse <input type="radio"/> Privé laïc <input type="radio"/> La communauté <input type="radio"/> Autre <input type="radio"/></p> <p><input type="radio"/> <input type="radio"/> <input type="radio"/> <input type="radio"/> <input type="radio"/> <input type="radio"/> <input type="radio"/> <input type="radio"/> <input type="radio"/> <input type="radio"/></p>											
	<p>C.9 Quelles sont les causes d'insatisfaction avec l'école de [NOM]?</p> <p>Aucun problème (satisfait) <input type="radio"/> Effectifs pléthoriques <input type="radio"/> Enseignement médiocre <input type="radio"/> Manque d'enseignants <input type="radio"/> Établissement en mauvais état <input type="radio"/> Autre problème <input type="radio"/></p> <p><input type="radio"/> <input type="radio"/> <input type="radio"/> <input type="radio"/> <input type="radio"/> <input type="radio"/> <input type="radio"/> <input type="radio"/> <input type="radio"/> <input type="radio"/></p>											<p>VOUS POUVEZ ENREGISTRER PLUS D'UNE RÉPONSE.</p> <p>PASSEZ À LA PERSONNE SUIVANTE</p>
	<p>C.10 Pourquoi [NOM] n'a jamais fréquenté / n'est pas allé à l'école pendant l'année scolaire 2005 - 2006?</p> <p>Trop jeune/Trop âgé/A fini <input type="radio"/> Trop éloigné <input type="radio"/> Manque de soutien/Trop cher <input type="radio"/> Travail(à la maison/un travail) <input type="radio"/> Inutile/aucun intérêt <input type="radio"/> Maladie/handicap <input type="radio"/> A échoué à l'examen <input type="radio"/> Ceinté/S'est marié(e) <input type="radio"/> Abandon <input type="radio"/> Autre <input type="radio"/></p> <p><input type="radio"/> <input type="radio"/> <input type="radio"/> <input type="radio"/> <input type="radio"/> <input type="radio"/> <input type="radio"/> <input type="radio"/> <input type="radio"/> <input type="radio"/></p>											<p>VOUS POUVEZ ENREGISTRER PLUS D'UNE RÉPONSE.</p>

--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

NUMERO DE MEMBRE	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	
D.1 Est-ce que [NOM] est mentalement ou physiquement handicapé ou infirme?											
Oui	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	
Non	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	SI NON, ALLEZ À D3.
D.2 De quel genre de handicap principal [NOM] souffre t-il/elle?											
Moteur	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	
Manchot	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	
Visuel	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	
Lépreux	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	
Mental	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	
Sourd/Muet	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	
Autre	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	
D.3 Est-ce que [NOM] a été malade ou blessé durant les 4 dernières semaines?											
Oui	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	
Non	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	SI NON, ALLEZ À D6.
D.4 De quel genre de maladie/blessure [NOM] a-t-il/elle souffert?											
Fièvre/Paludisme	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	
Diarrhée	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	
Plaie /traumatisme	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	
Problème dentaire	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	
Problème de peau	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	
Problème d'œil	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	
Problème d'oreille	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	
Infections respiratoires aiguës	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	
Autre	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	
D.5 Combien de jours [NOM] a-t-il/elle manqué le travail/école du fait de la maladie/blessure?											
Aucun	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	
Moins d'une semaine	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	
1 à 2 semaines	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	
Plus de 2 semaines	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	
D.6 Est-ce que [NOM] a consulté un service/un personnel de santé ou un guérisseur traditionnel pour une raison quelconque au cours des 4 dernières semaines?											
Oui, Public	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	
Oui, Privé	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	
Non	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	SI NON, ALLEZ À D11.
D.7 Quel genre de service de santé [NOM] a-t-il/elle consulté?											
Case de santé	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	
Dispensaire	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	
Centre de santé /Cab. médical	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	
Hopital/Clinique	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	
CHU	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	
Structure de guérisseur Trad.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	
Pharmacie	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	
Marché/rue	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	
Autre	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	
D.8 Quel genre de Personnel de santé [NOM] a-t-il/elle consulté?											
Agent de santé	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	
Infirmier/Sage Femme	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	
Assistant médical	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	
Médecin généraliste	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	
Médecin spécialiste	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	
Pharmacien	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	
Guérisseur traditionnel	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	
Marchand ou ambulant	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	
D.9 Combien de fois [NOM] a-t-il/elle eu recours à ce service au cours des 4 dernières semaines?											
1 à 3 fois	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	
4 à 6 fois	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	
Plus de 6 fois	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	
D.10 Est-ce que [NOM] a eu des problèmes au moment de sa visite?											
Aucun problème (satisfait)	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	
Établissement pas propre	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	
Temps d'attente trop long	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	
Pas de personnel formé	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	
Trop cher	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	
Pas de médicaments	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	
Traitement inefficace	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	
Autre	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	
D.11 Pourquoi [NOM] n'a t-il/elle pas utilisé de service médical au cours des 4 dernières semaines?											
Pas nécessaire	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	
Manque de moyens/Trop cher	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	
Trop éloigné	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	
Pas de service de santé	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	
Autre	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	

--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

Enquête Principale

D - SANTÉ(SUITE) Utilisation de préservatifs des jeunes de 12 à 35 ans

NUMERO DE MEMBRE	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	
	D.12 Avez-vous déjà entendu parler du préservatif?										
Oui	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	
Non	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	SI NON , ALLEZ À D17 .
	D.13 Connaissez-vous le préservatif?										
Oui	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	
Non	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	SI NON , ALLEZ À D17
	D.14 Avez-vous déjà utilisé le préservatif?										
Oui	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	
Non	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	SI NON , ALLEZ À D17 .
	D.15 Avez-vous utilisé le préservatif lors de votre dernier rapport sexuel?										
Oui	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	
Non	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	
	D.16 Lors de votre premier rapport sexuel avez-vous utilisé le préservatif?										
Oui	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	
Non	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	PERSONNE SUIVANTE.
	D.17 Avez-vous déjà eu des rapports sexuels?										
Oui	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	
Non	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	

--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

Enquête Principale **D - SANTÉ(Suite et fin) Santé de la Reproduction -uniquement femmes de 12 à 49 ans**

NUMERO DE MEMBRE	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	
	D.18 Est-ce que [NOM] a eu des naissances vivantes?										SI FEMME DE MOINS DE 12 ANS OU DE PLUS 49 ANS OU HOMME, PASSEZ A LA PERSONNE SUIVANTE
Oui	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	
Non	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	SI NON ALLER A D24
	D.19 Est-ce que [NOM] a eu une naissance vivante au cours des 12 derniers mois?										
Oui	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	
Non	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	SI NON ALLER A D24
	D.20 Est-ce que [NOM] a été assistée par un personnel de santé pendant la période prénatale										
Oui	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	
Non	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	SI NON ALLEZ À D23
	D.21 Qui a assisté [NOM] pendant la période prénatale de son dernier accouchement ?										
Médecin/ Assistant médical	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	
Sage femme/Infirmière	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	
Accoucheur/se traditionnel/le Guérisseur	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	
Parent/amie/ Autre	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	
	D.22 Combien de consultations prénatales [NOM] a-t-elle reçu?										
1	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	
2	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	
3 et plus	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	
	D.23 Qui a assisté [NOM] au cours de son dernier accouchement (durant les 12 derniers mois)?										
Médecin/ Assistant médical	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	
Sage femme/Infirmière	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	
Accoucheuse trad.formée	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	
Accouch.trad. non formée	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	
Parent/ amie/ Autre	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	
	D.24 Est-ce que [NOM] est actuellement enceinte?										
Oui	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	
Non	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	
	D.25 Est-ce que [NOM] utilise une moustiquaire imprégnée?										
Oui	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	
Non	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	
	D.26 Est-ce que [NOM] ou conjoint utilisent une méthode contraceptive pour retarder ou éviter une grossesse ?										
Oui	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	
Non	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	SI NON, ALLEZ À D28
	D.27 Quelles méthodes utilisent [NOM] ou conjoint?										
Stérilisation féminine	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	
Stérilisation masculine	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	
Pilule	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	
DIU/Stérilet	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	
Injections	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	
Implants	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	
Fémidon/Condom	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	
Méthode d'allaitement	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	
Abstinence périodique	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	
Retrait	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	
Autre	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	PASSEZ À D29
	D.28 Quelle est la raison principale qui fait que [NOM] ou son conjoint n'utilisent pas de méthode contraceptive?										
Veux avoir des enfants	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	
Partenaire ne veut pas	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	
Interdit par ma religion	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	
Ignore existence méthodes	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	
Méthodes trop chères	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	
N'a pas de partenaire	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	
Autre raison	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	
	D.29 Est-ce que [NOM] a demandé de l'aide dans le domaine de la contraception dans un centre de planification familiale ou dans un centre de santé?										
Oui	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	
Non	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	SI NON, ALLEZ À D31
	D.30 Est-ce que [NOM] est satisfaite de l'aide reçue?										
Oui	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	
Non	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	PERSONNE SUIVANTE
	D.31 Quelle est la raison principale qui fait que [NOM] n'a pas demandé de l'aide dans un centre de planification ou dans un centre de santé?										
Ne veut pas utiliser méth. cont.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	
Je suis déjà informée	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	
Centre trop éloigné	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	
Centre à mauvaise réputation	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	
Pas autorisée à faire telle visite	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	
Autre	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	

--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

E - EMPLOI : Personnes de 5 ans ou plus

Enquête Principale

NUMÉRO DE MEMBRE	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	
	E.1 Est-ce que [NOM] a travaillé au cours des 7 derniers jours?										SI MOINS DE 5 ANS, PASSEZ À LA PERSONNE SUIVANTE SI OUI, ALLEZ À E5.
Oui Non	<input type="radio"/> <input type="radio"/>	<input type="radio"/> <input type="radio"/>	<input type="radio"/> <input type="radio"/>	<input type="radio"/> <input type="radio"/>	<input type="radio"/> <input type="radio"/>	<input type="radio"/> <input type="radio"/>	<input type="radio"/> <input type="radio"/>	<input type="radio"/> <input type="radio"/>	<input type="radio"/> <input type="radio"/>	<input type="radio"/> <input type="radio"/>	
	E.2 Est-ce que [NOM] a été absent du travail tous ces 7 derniers jours pour raison de congé, de permission ou d'un empêchement quelconque ?										SI OUI, ALLEZ À E5.
Oui Non	<input type="radio"/> <input type="radio"/>	<input type="radio"/> <input type="radio"/>	<input type="radio"/> <input type="radio"/>	<input type="radio"/> <input type="radio"/>	<input type="radio"/> <input type="radio"/>	<input type="radio"/> <input type="radio"/>	<input type="radio"/> <input type="radio"/>	<input type="radio"/> <input type="radio"/>	<input type="radio"/> <input type="radio"/>	<input type="radio"/> <input type="radio"/>	
	E.3 Est-ce que [NOM] cherchait du travail et était prêt à travailler au cours des 4 dernières semaines?										
Oui Non	<input type="radio"/> <input type="radio"/>	<input type="radio"/> <input type="radio"/>	<input type="radio"/> <input type="radio"/>	<input type="radio"/> <input type="radio"/>	<input type="radio"/> <input type="radio"/>	<input type="radio"/> <input type="radio"/>	<input type="radio"/> <input type="radio"/>	<input type="radio"/> <input type="radio"/>	<input type="radio"/> <input type="radio"/>	<input type="radio"/> <input type="radio"/>	
	E.4 Quelle est la raison principale pour laquelle [NOM] ne travaillait pas au cours des 7 derniers jours?										PASSEZ À LA PERSONNE SUIVANTE.
Pas de travail disponible	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	
Inactivité saisonnière	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	
Elève/Étudiant	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	
Obligations familiales/du ménage	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	
Trop âgé/trop jeune	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	
Handicap/Infirmité	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	
Autre	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	
	E.5 Combien d'emplois a eu [NOM] dans les 7 derniers jours?										
Un	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	
Deux Plus de deux	<input type="radio"/> <input type="radio"/>	<input type="radio"/> <input type="radio"/>	<input type="radio"/> <input type="radio"/>	<input type="radio"/> <input type="radio"/>	<input type="radio"/> <input type="radio"/>	<input type="radio"/> <input type="radio"/>	<input type="radio"/> <input type="radio"/>	<input type="radio"/> <input type="radio"/>	<input type="radio"/> <input type="radio"/>	<input type="radio"/> <input type="radio"/>	
	E.6 Comment [NOM] était-il/elle payé(e) pour son travail principal?										
Salaire/paiement en nature	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	
À la tâche (à l'heure/à la journée)	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	
Apprenti/Aide familial non payé À son propre compte	<input type="radio"/> <input type="radio"/>	<input type="radio"/> <input type="radio"/>	<input type="radio"/> <input type="radio"/>	<input type="radio"/> <input type="radio"/>	<input type="radio"/> <input type="radio"/>	<input type="radio"/> <input type="radio"/>	<input type="radio"/> <input type="radio"/>	<input type="radio"/> <input type="radio"/>	<input type="radio"/> <input type="radio"/>	<input type="radio"/> <input type="radio"/>	
	E.7 Pour qui [NOM] travaillait-il/elle principalement?										
Etat/Public	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	
Para-public	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	
Entreprise privée Individu ou ménage privé	<input type="radio"/> <input type="radio"/>	<input type="radio"/> <input type="radio"/>	<input type="radio"/> <input type="radio"/>	<input type="radio"/> <input type="radio"/>	<input type="radio"/> <input type="radio"/>	<input type="radio"/> <input type="radio"/>	<input type="radio"/> <input type="radio"/>	<input type="radio"/> <input type="radio"/>	<input type="radio"/> <input type="radio"/>	<input type="radio"/> <input type="radio"/>	
	E.8 Dans quelle branche d'activité [NOM] travaille principalement?										
Agriculture/Elevage/Pêche	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	
Mines/carrières	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	
Fabrication/Elec./Eau/Gaz	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	
Construction/BTP	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	
Transport/Communication	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	
Commer/Répar./Hotel/Rest	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	
Éducation/santé	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	
Administration publique	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	
Services/Banques/Assurances Autres Services	<input type="radio"/> <input type="radio"/>	<input type="radio"/> <input type="radio"/>	<input type="radio"/> <input type="radio"/>	<input type="radio"/> <input type="radio"/>	<input type="radio"/> <input type="radio"/>	<input type="radio"/> <input type="radio"/>	<input type="radio"/> <input type="radio"/>	<input type="radio"/> <input type="radio"/>	<input type="radio"/> <input type="radio"/>	<input type="radio"/> <input type="radio"/>	
	E.9 Est-ce que [NOM] a cherché à augmenter ses revenus au cours des 7 derniers jours?										SI NON, PASSEZ À LA PERSONNE SUIVANTE.
Oui Non	<input type="radio"/> <input type="radio"/>	<input type="radio"/> <input type="radio"/>	<input type="radio"/> <input type="radio"/>	<input type="radio"/> <input type="radio"/>	<input type="radio"/> <input type="radio"/>	<input type="radio"/> <input type="radio"/>	<input type="radio"/> <input type="radio"/>	<input type="radio"/> <input type="radio"/>	<input type="radio"/> <input type="radio"/>	<input type="radio"/> <input type="radio"/>	
	E.10 Comment [NOM] a-t-il/elle cherché à augmenter ses revenus au cours des 7 derniers jours?										
Plus d'heures dans activité princ	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	
Plus d'heures dans activités sec.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	
En changeant d'activité Autre	<input type="radio"/> <input type="radio"/>	<input type="radio"/> <input type="radio"/>	<input type="radio"/> <input type="radio"/>	<input type="radio"/> <input type="radio"/>	<input type="radio"/> <input type="radio"/>	<input type="radio"/> <input type="radio"/>	<input type="radio"/> <input type="radio"/>	<input type="radio"/> <input type="radio"/>	<input type="radio"/> <input type="radio"/>	<input type="radio"/> <input type="radio"/>	
	E.11 Est-ce que [NOM] est prêt(e) à prendre du travail supplémentaire dans les 4 prochaines semaines?										
Oui Non	<input type="radio"/> <input type="radio"/>	<input type="radio"/> <input type="radio"/>	<input type="radio"/> <input type="radio"/>	<input type="radio"/> <input type="radio"/>	<input type="radio"/> <input type="radio"/>	<input type="radio"/> <input type="radio"/>	<input type="radio"/> <input type="radio"/>	<input type="radio"/> <input type="radio"/>	<input type="radio"/> <input type="radio"/>	<input type="radio"/> <input type="radio"/>	

--	--	--	--	--	--	--	--

Enquête Principale

F - POSSESSIONS DU MÉNAGE

F.1 Quel est le statut d'occupation de votre logement ?

- Propriétaire du logement (1)
 Locataire/Colocataire (2)
 Familial/Amical (3)
 Logé par son employeur (4)
 Squatteur/se (5)

F.2 Combien y a-t-il de pièces séparées où peuvent dormir les membres du ménage?

--	--

F.3 Combien d'hectares de terres le ménage possède-t-il? (à la décimale près par exemple 24,75)

--	--	--	--	--

F.4 Comment la superficie de terre possédée est-elle par rapport à celle possédée il y a 12 mois?

- Plus petite (1)
 Identique (2)
 Plus grande (3)
 Ne sait pas (4)

F.5 Le ménage utilise-t-il des terres qu'il ne possède pas?

- Non (1)
 Loue (2)
 Métayage (3)
 Terre privée gratuite (4)
 Terre d'accès libre (5)

F.6 Combien d'hectares de terres, ne lui appartenant pas, le ménage utilise-t-il? (à la décimale près, par exemple 24,73)

--	--	--	--	--

F.7 Comment la superficie de cette autre terre utilisée est-elle par rapport à celle utilisée il y a 12 mois?

- Plus petite (1)
 Identique (2)
 Plus grande (3)
 Ne sait pas (4)

F.8 Combien de têtes de gros bétail et d'autres gros animaux le ménage possède-t-il actuellement?

--	--	--

F.9 Comment ce nombre de têtes de gros bétail est-il par rapport à il y a 12 mois?

- Plus petit (1)
 Identique (2)
 Plus grand (3)
 Ne sait pas (4)

F.10 Combien de moutons, de chèvres et d'autres animaux de taille moyenne le ménage possède-t-il actuellement?

--	--	--

F.11 Comment ce nombre d'animaux est-il par rapport à il y a 12 mois?

- Plus petit (1)
 Identique (2)
 Plus grand (3)
 Ne sait pas (4)

F.12 Est-ce que le ménage a l'électricité?

- Oui (0)
 Non (8)

F.13 Vous est-il arrivé au cours des 12 derniers mois d'avoir des problèmes pour satisfaire les besoins en nourriture du ménage?

- Jamais (1)
 Rarement (2)
 Souvent (3)
 Toujours (4)

F.14 Comment trouvez-vous la situation économique générale du MÉNAGE par rapport à celle d'il y a 12 mois?

- Beaucoup plus mauvaise maintenant (1)
 Un peu plus mauvaise maintenant (2)
 Identique (3)
 Un peu meilleure maintenant (4)
 Beaucoup mieux maintenant (5)
 Ne sait pas (6)

F.15 Comment trouvez-vous la situation économique générale de la COMMUNAUTÉ par rapport à celle d'il y a 12 mois?

- Beaucoup plus mauvaise maintenant (1)
 Un peu plus mauvaise maintenant (2)
 Identique (3)
 Un peu meilleure maintenant (4)
 Beaucoup mieux maintenant (5)
 Ne sait pas (6)

F.16 Qui contribue le plus au revenu du ménage? (enregistrez le numéro de membre de la section B) Si la personne n'est pas membre du ménage inscrire 00

--	--

--	--	--	--	--	--	--	--

G - CARACTÉRISTIQUES DU LOGEMENT

Enquête Principale

<p>G.1 Quel est le matériau du toit du bâtiment principal du logement?</p> <p style="margin-left: 20px;">Terre battue/banco (1) Paille/branchages/claies/feuilles/bambou (2) Zinc (3) Béton armé (4) Tuiles (5) Bac alu (6) Autre _____ (7)</p> <p>G.2 Quel est le matériau des murs du bâtiment principal du logement?</p> <p style="margin-left: 20px;">Terre/briques de terre (1) Pierres (2) Briques cuites (3) Ciment/béton (4) Bois/bambou (5) Tôles en métal (6) Carton (7) Autre _____ (8)</p> <p>G.3 Quelle est la nature du sol des pièces d'habitation du plus important bâtiment du logement?</p> <p style="margin-left: 20px;">Marbre/carreau/Granito (1) Ciment (2) Bois ou planches (3) Terre/sable (4) Autre _____ (5)</p>	<p>G.4 Quelle est la principale source d'approvisionnement en eau utilisée pour boire?</p> <p style="margin-left: 20px;">Robinet dans le logement ou la concession (1) Robinet public extérieur (2) Forage/puits protégé ou équipé de pompe (3) Puits non protégé ou eau de pluie (4) Rivière, marigots/source (5) Vendeur, camion citerne (6) Retenu d'eau/barrage (7) Autre _____ (8)</p> <p>G.5 Quel type d'aisance utilise le ménage?</p> <p style="margin-left: 20px;">Aucun (1) Chasse d'eau avec égout (2) Chasse d'eau avec fosse septique (3) Cuvette/seau (4) Latrines couvertes (5) Latrines non couvertes (6) Latrines ventilées améliorées (7) Autre _____ (8)</p> <p>G.6 Où évacuez-vous le plus souvent les eaux usées du ménage?</p> <p style="margin-left: 20px;">Réseau d'égouts (1) Puisard/puits perdu (2) Rigole (3) Rue (4) Dans la nature (5) Autre _____ (6)</p>	<p>G.7 Où évacuez-vous souvent les ordures ménagères?</p> <p style="margin-left: 20px;">Dépotoir public reconnu (1) Enlèvement de porte en porte (2) Par incinération (3) Par enfouissement (4) Dans la nature (5) Autre _____ (6)</p> <p>G.8 Quelle est la principale source d'énergie utilisée pour faire la cuisine dans le ménage?</p> <p style="margin-left: 20px;">Bois de chauffe (1) Charbon de bois (2) Déchets végétaux (3) Pétrole (4) Gaz butane (5) Électricité (6) Energie solaire (7) Autre _____ (8)</p> <p>G.9 Quel est le principal mode d'éclairage que vous utilisez dans le ménage?</p> <p style="margin-left: 20px;">Lampion à pétrole (1) Lampe à gaz (2) Lampe tempête (3) Electricité (4) Energie solaire/générateur (5) Bougies (6) Bois à brûler (7) Autre _____ (8)</p>
---	---	--

G.10 À partir d'ici, combien de minutes et de Km faut-il pour atteindre la structure la plus proche?

	TEMPS (minutes)					DISTANCE (Km)			
	0-14	15-29	30-44	45-59	60+	-1	1-3	4-5	6+
A. Source d'eau utilisée pour boire	(1)	(2)	(3)	(4)	(5)	(1)	(2)	(3)	(4)
B. Marché de produits alimentaires	(1)	(2)	(3)	(4)	(5)	(1)	(2)	(3)	(4)
C. Transport public	(1)	(2)	(3)	(4)	(5)	(1)	(2)	(3)	(4)
D. École primaire	(1)	(2)	(3)	(4)	(5)	(1)	(2)	(3)	(4)
E. École secondaire	(1)	(2)	(3)	(4)	(5)	(1)	(2)	(3)	(4)
F. Structure de santé	(1)	(2)	(3)	(4)	(5)	(1)	(2)	(3)	(4)

--	--	--	--	--	--	--	--

I - ENFANTS DE MOINS DE CINQ (5) ANS

I.1 Pour chaque enfant de moins de cinq ans, enregistrez le numéro de membre de l'enfant et de la mère à partir de la liste des membres du ménage. Enregistrez 00 si la mère de l'enfant est décédée ou pas membre du ménage.

Enfant		Mère	

Enfant		Mère	

Enfant		Mère	

Enfant		Mère	

I.2 Est-ce que [NOM] possède un acte de naissance?

Oui
Non

Oui
Non

Oui
Non

Oui
Non

I.3 Enregistrez la date de naissance de [NOM]

Jour	Mois	Année

Jour	Mois	Année

Jour	Mois	Année

Jour	Mois	Année

I.4 Est-ce que [NOM] a été enregistré dans les délais légaux de 30 jours?

Oui
Non

Oui
Non

Oui
Non

Oui
Non

I.5 Dans quelle structure [NOM] est-il né?

Structure de santé publique
Structure de santé privée
Domicile
Autre

Structure de santé publique
Structure de santé privée
Domicile
Autre

Structure de santé publique
Structure de santé privée
Domicile
Autre

Structure de santé publique
Structure de santé privée
Domicile
Autre

I.6 Qui a assisté la mère de [NOM] pendant l'accouchement?

Médecin/Assistant médical
Infirmier/Infirmière
Sage femme
Accoucheur/se auxiliaire
Accoucheur/se traditionnel/le
Autre

Médecin/Assistant médical
Infirmier/Infirmière
Sage femme
Accoucheur/se auxiliaire
Accoucheur/se traditionnel/le
Autre

Médecin/Assistant médical
Infirmier/Infirmière
Sage femme
Accoucheur/se auxiliaire
Accoucheur/se traditionnel/le
Autre

Médecin/Assistant médical
Infirmier/Infirmière
Sage femme
Accoucheur/se auxiliaire
Accoucheur/se traditionnel/le
Autre

I.7 Est-ce que [NOM] a bénéficié d'alimentation d'un centre nutritionnel?

Oui
Non

Oui
Non

Oui
Non

Oui
Non

I.8 Est-ce que [NOM] a été exclusivement allaité au sein durant les six premiers mois?

Oui
Non

Oui
Non

Oui
Non

Oui
Non

I.9 Est-ce que [NOM] a bénéficié de pesées (suivi de croissance) dans une unité sanitaire?

Oui
Non

Oui
Non

Oui
Non

Oui
Non

I.10 Quels vaccins [NOM] a-t-il reçus durant sa première année?

	Oui	Non
BCG	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
DTC1	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
DTC2	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
DTC3	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Anti-Rougeole	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Polio 0	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Polio 1	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Polio 2	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Polio 3	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

	Oui	Non
BCG	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
DTC1	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
DTC2	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
DTC3	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Anti-Rougeole	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Polio 0	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Polio 1	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Polio 2	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Polio 3	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

	Oui	Non
BCG	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
DTC1	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
DTC2	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
DTC3	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Anti-Rougeole	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Polio 0	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Polio 1	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Polio 2	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Polio 3	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

	Oui	Non
BCG	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
DTC1	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
DTC2	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
DTC3	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Anti-Rougeole	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Polio 0	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Polio 1	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Polio 2	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Polio 3	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

A.8 RESULTAT

- Rempli avec le ménage sélectionné
 Rempli avec remplacement - refus
 Rempli avec remplacement -non trouvé
 Incomplet

A.9 FIN DE L'ENTRETIEN

Heure	Minute