

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

QUIBB

Questionnaire des Indicateurs de Base du Bien-être

Institut National de la Statistique et
de la Démographie
BURKINA FASO

Enquête Pilote

Shade Circles Like This--> ●

Not Like This--> ⊗ ⊙

A - INFORMATIONS SUR LE QUESTIONNAIRE

Q.1 NOM DE L'ENQUÊTEUR

Q.2 NOM DU CHEF DE MÉNAGE

Q.3 NOM DE LA REGION

Q.4 NOM DU VILLAGE/SECTEUR

A.1 ZD

A.2 MÉNAGE

A.3 ENQUÊTEUR

A.4 DATE

A.5 HEURE

A.6 RÉPONDANT

A.7 ORDRE

0	0	0
1	1	1
2	2	2
3	3	3
4	4	4
5	5	5
6	6	6
7	7	7
8	8	8
9	9	9

0	0	0
1	1	1
2	2	2
3	3	3
4	4	4
5	5	5
6	6	6
7	7	7
8	8	8
9	9	9

0	0	0
1	1	1
2	2	2
3	3	3
4	4	4
5	5	5
6	6	6
7	7	7
8	8	8
9	9	9

Jour		Mois		Année	
0	0	0	0	0	0
1	1	1	1		1
2	2		2		2
3	3				3
4					
5					
6					
7					
8					
9					

Heure		Minute	
0	0	0	0
1	1	1	1
2	2	2	2
3	3	3	3
4	4	4	4
5	5	5	5
6		6	
7		7	
8		8	
9		9	

N° de membre	
0	0
1	1
2	2
3	3
4	4
5	5
6	6
7	7
8	8
9	9

N° de Quest.
1
2
3
4
5
6
7
8
9

IMPORTANT

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

Commentaires

A.8 RESULTAT

--

- ① Rempli avec le ménage sélectionné
- ② Rempli avec remplacement - refus
- ③ Rempli avec remplacement - non trouvé
- ④ Incomplet

A.9 FIN DE L'ENTRETIEN

Heure Minute

0	0	0	0
1	1	1	1
2	2	2	2
3	3	3	3
4	4	4	4
5	5	5	5
6		6	
7		7	
8		8	
9		9	

[illegible]

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

C - ÉDUCATION

NUMERO DE MEMBRE	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10		
Aucune	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	SI L'ENQUETÉ A MOINS DE 10 ANS, ALLEZ A C2.	
Français	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2		
Langues nationales	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3		
autres langues	4	4	4	4	4	4	4	4	4	4		
C.1 Dans quelle langue principale [NOM] sait-il lire et écrire?												
C.2 Est-ce que [NOM] a déjà fréquenté l'école?											SI NON, PASSEZ À C9.	
Oui	O	O	O	O	O	O	O	O	O	O		
Non	N	N	N	N	N	N	N	N	N	N		
00 Aucun	C.3 Quel est la plus haute classe que [NOM] a achevée?										SI NON ALLEZ À C9.	
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 Supérieur												
41 professionnel avant CEPE												
42 Prof.Sec. après CEPE												
43 Prof.Sec. après BEPC												
C.4 Est-ce que [NOM] a fréquenté l'école l'année dernière?												
Oui	O	O	O	O	O	O	O	O	O	O		
Non	N	N	N	N	N	N	N	N	N	N		
C.5 Est-ce que [NOM] fréquente actuellement l'école?												
Oui	O	O	O	O	O	O	O	O	O	O		
Non	N	N	N	N	N	N	N	N	N	N		
00 Aucun	C.6 Dans quelle classe est actuellement [NOM]?											VOUS POUVEZ ENREGISTRER PLUS D'UNE RÉPONSE. PASSEZ À LA PERSONNE SUIVANTE.
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 Supérieur												
41 Professionnel avant CEPE												
42 Prof.Sec. après CEPE												
43 Prof.Sec. après BEPC												
C.7 Quel type d'établissement [NOM] fréquente-t-il ?												
Public	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1		
privé laïc	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2		
Privé catholique	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3		
Privé protestant	4	4	4	4	4	4	4	4	4	4		
Medersa	5	5	5	5	5	5	5	5	5	5		
CFJA	6	6	6	6	6	6	6	6	6	6		
CEBNF	7	7	7	7	7	7	7	7	7	7		
C.8 Quelles sont les causes d'insatisfaction avec l'école de [NOM]?												
Aucun problème (satisfait)	O	O	O	O	O	O	O	O	O	O		
Manque de livres/fournitures	O	O	O	O	O	O	O	O	O	O		
Enseignement médiocre	O	O	O	O	O	O	O	O	O	O		
Manque d'enseignants	O	O	O	O	O	O	O	O	O	O		
Établissement en mauvais état	O	O	O	O	O	O	O	O	O	O		
Autre problème	O	O	O	O	O	O	O	O	O	O		
C.9 Pourquoi [NOM] ne va-t-il pas actuellement à l'école ou n'a jamais été à l'école?												
Renvoyé	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0		
Fin des études	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1		
Veut travailler	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2		
Coût élevé	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3		
Pas nécessaire	4	4	4	4	4	4	4	4	4	4		
Pas d'école/éloigné	5	5	5	5	5	5	5	5	5	5		
Manque de cantine	6	6	6	6	6	6	6	6	6	6		
Maladie	7	7	7	7	7	7	7	7	7	7		
Mariage/enciente	8	8	8	8	8	8	8	8	8	8		
Trop jeune/trop vieux	9	9	9	9	9	9	9	9	9	9		

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

D - SANTÉ

NUMÉRO DE MEMBRE	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	SI C'EST UN HOMME
	D.1 Est-ce que [NOM] a eu une naissance vivante les 12 derniers mois?										OU SI MOINS DE 12 ANS, ALLEZ À D3.
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"/>	SINON, ALLEZ À D3.
	D.2 Est-ce que [NOM] a reçu des soins prénatals durant la 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"/>	
	D.3 Est-ce que [NOM] est mentalement ou physiquement handicapé ou infirme?										Ne prendre en compte la personne que si son handicap l'empêche d'avoir une activité soutenue ou de suivre une scolarité. (faire référence à B7)
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.4 Est-ce que [NOM] a été malade ou blessé durant les 15 derniers jours?										SINON, ALLEZ À D7.
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.5 De quel genre de maladie/blessure [NOM] a-t-il/elle souffert?										VOUS POUVEZ ENREGISTRER PLUS D'UNE RÉPONSE.
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"/>	
Accident	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<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/nez/gorge	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<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.6 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"/>	
1 semaine ou moins	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<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.7 Est-ce que [NOM] a consulté un service/du personnel de santé ou un guérisseur traditionnel pour une raison quelconque au cours des 15 derniers jours?										SINON, ALLEZ À D11.
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.8 Quel genre de service/de personnel de santé [NOM] a-t-il/elle consulté?										
Guéris.trad./Marabout	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<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/Pharm. privés	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<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 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"/>	
Centre hosp.alier national	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<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 hospitalier régional	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	
CMA/CM	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	
CSPS	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	
Privé/ONG	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	
Matronne traditionnelle	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<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.9 Combien de fois [NOM] a-t-il/elle eu recours à ce service au cours des 15 derniers jours?										
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?										VOUS POUVEZ ENREGISTRER PLUS D'UNE RÉPONSE.
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 disponibles	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<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"/>	
Mauvais accueil du personnel	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<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 15 derniers jours?										VOUS POUVEZ ENREGISTRER PLUS D'UNE RÉPONSE.
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"/>	
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"/>	
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"/>	

A POSER A TOUTE PERSONNE AGEE DE 5 ANS ET PLUS

7597574745

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

F - AVOIRS DU MÉNAGE

F.1 Est-ce que le ménage ou un membre du ménage est propriétaire du logement ?

- Propriétaire du logement (1)
 Loue le logement (2)
 Occupe sans payer de loyer (3)
 Nomade ou logement temporaire (4)

F.2 Combien de pièces séparées y-a-t-il dans votre logement ?

	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9
	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9

F.3 Combien d'hectares de terres le ménage possède-t-il ? (à la décimale près par exemple 24,7)

	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9
	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9
	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9

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

- 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)
 Métaillage (3)
 Terre privée gratuite (4)
 Terre d'accès libre (5)

F.6 Le ménage utilise-t-il combien d'hectares de terres qui ne lui appartiennent pas ? (à la décimale près, par exemple 24,7)

	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9
	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9
	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9

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

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

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

	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9
	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9
	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9

F.9 Comment ce nombre de têtes de bétail est-il par rapport à il y a un an ?

- 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 ?

	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9
	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9
	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9

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

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

F.12 Est-ce que le ménage possède un des biens suivantes?

- Fer à repasser (0) (N)
 Réfrigérateur/congélateur (0) (N)
 Télévision (0) (N)
 Matelas ou lit (0) (N)
 Radio (0) (N)
 Machine à coudre (0) (N)
 Cuisinière moderne (0) (N)
 Bicyclette (0) (N)
 Mobylette/moto (0) (N)
 Voiture ou camion (0) (N)
 Charrue/charrette (0) (N)
 Animaux de trait (0) (N)

Ne prendre en compte que les biens en état de marche.

F.13 Est-ce que le ménage a l'électricité ?

- Oui (0)
 Non (N)

F.14 Vous est-il arrivé au cours de l'année dernière d'avoir des problèmes pour satisfaire les besoins en nourriture du ménage ?

- Jamais (1)
 Rarement (2)
 Quelquefois (3)
 Souvent (4)
 Toujours (5)

F.15 Comment trouvez-vous la situation économique générale du ménage par rapport à celle d'il y a un an ?

- Pire maintenant (1)
 Mauvaise maintenant (2)
 Identique (3)
 Mieux maintenant (4)
 Meilleure maintenant (5)
 Ne sait pas (6)

F.16 Comment trouvez-vous la situation économique générale de la communauté par rapport à celle d'il y a un an ?

- Pire maintenant (1)
 Mauvaise maintenant (2)
 Identique (3)
 Mieux maintenant (4)
 Meilleure maintenant (5)
 Ne sait pas (6)

F.17 Qui contribue le plus au revenu du ménage ? (enregistrez le numéro de membre de la section B)

	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9
	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9

F.18 Existe-t-il une pièce aménagée pour la cuisine

- Oui (0)
 Non (N)

F.19 Le ménage possède-t-il le téléphone

- Oui (0)
 Non (N)

F.20 Le ménage dispose-t-il de stocks de céréales jusqu'à la prochaine récolte ?

- Oui (0)
 Non (N)

F.21 Si non jusqu'à quand (en mois) ?

	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9
	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9

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

G - LOGEMENT ET CONFORT

G.1 Quel est le matériau du toit de la maison?

- Terre (1)
 Paille (2)
 Tôles en métal (3)
 Ciment/béton (4)
 Tuiles (5)
 Autre _____ (6)

G.3 Quelle est la principale source d'approvisionnement en eau utilisée pour boire?

- Rivière, cours d'eau lac (1)
 Puits ordinaire (2)
 Puits busés (3)
 Forages (4)
 Fontaine public (5)
 Robinet intérieur propre (6)
 Robinet intérieur partagé (7)
 Autre _____ (8)

G.5 Quelle est la principale source d'énergie utilisée pour faire la cuisine?

- Bois à brûler (1)
 Charbon de bois (2)
 Pétrole/huile (3)
 Gaz (4)
 Électricité (5)
 Résidus de moisson/sciure (6)
 Déchets d'animaux (7)
 Autre _____ (8)

G.2 Quel est le matériau des murs de la maison?

- Terre/briques de terre (1)
 Pierres (2)
 Briques cuites (3)
 Ciment/béton (4)
 Bois/bambou (5)
 Tôles en métal (6)
 Paille (7)
 Autre _____ (8)

G.4 Quel type de toilettes utilise le ménage?

- Chasse d'eau avec fosse septique (1)
 Latrines à fosse ventilée (2)
 Latrines ordinaires (3)
 Dans la nature (4)
 Autre _____ (5)

G.6 Quelle est la principale source d'énergie utilisée pour l'éclairage?

- Pétrole (1)
 Gaz (2)
 Électricité/Energie solaire (3)
 Torche à piler (4)
 Batteries (5)
 Bougies (6)
 Bois à brûler (7)
 Autre _____ (8)

G.7 À partir d'ici, combien de minutes faut-il pour atteindre le/la plus proche ...?

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

G.8 Quelle est la zone de résidence du ménage ?

- Lotie (O)
 Non lotie (N)

G.9 Avec quel matériau est constitué le sol du bâtiment principal ?

- Carreau (1)
 Ciment (2)
 Terre battue/sable (3)
 Autre _____ (4)

G.10 De quel type est le logement du bâtiment ?

- Immeuble à appartement (1)
 Villa (2)
 Maison individuelle simple (3)
 Bâtiment à plusieurs logements (4)
 Maisons traditionnelles (5)
 Autre _____ (6)

G.11 Comment sont évacuées les ordures ménagères ?

- Poubelle (enlèvement par service) (1)
 Tas d'immodice publics (2)
 Tas d'immodice individuel (3)
 Fosse (4)
 Bac (5)
 Rue (6)

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

I - ENFANTS DE MOINS DE CINQ 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
00	00	00	00	00	00	00	00
01	01	01	01	01	01	01	01
02	02	02	02	02	02	02	02
03	03	03	03	03	03	03	03
04	04	04	04	04	04	04	04
05	05	05	05	05	05	05	05
06	06	06	06	06	06	06	06
07	07	07	07	07	07	07	07
08	08	08	08	08	08	08	08
09	09	09	09	09	09	09	09

I.2 Enregistrez la date de naissance de l'enfant.

Jour	Mois	Année	Jour	Mois	Année	Jour	Mois	Année	Jour	Mois	Année
00	00	00	00	00	00	00	00	00	00	00	00
01	01	01	01	01	01	01	01	01	01	01	01
02	02	02	02	02	02	02	02	02	02	02	02
03	03	03	03	03	03	03	03	03	03	03	03
04	04	04	04	04	04	04	04	04	04	04	04
05	05	05	05	05	05	05	05	05	05	05	05
06	06	06	06	06	06	06	06	06	06	06	06
07	07	07	07	07	07	07	07	07	07	07	07
08	08	08	08	08	08	08	08	08	08	08	08
09	09	09	09	09	09	09	09	09	09	09	09

I.3 Où a eu lieu la naissance de l'enfant?

Hôpital/maternité	1	1	1	1
À domicile	2	2	2	2
Autre	3	3	3	3

I.4 Qui a assisté l'accouchement?

Médecin	1	1	1	1
Infirmière	2	2	2	2
Sage-femme	3	3	3	3
Accoucheuse trad.	4	4	4	4
Autre/accouché seule	5	5	5	5

I.5 Enregistrez le poids (en kg avec une décimale, par ex. 4,6 kg) et la taille (en cm avec une décimale, par ex. 51,3 cm).

Poids	Taille	Poids	Taille	Poids	Taille	Poids	Taille
00	00	00	00	00	00	00	00
01	01	01	01	01	01	01	01
02	02	02	02	02	02	02	02
03	03	03	03	03	03	03	03
04	04	04	04	04	04	04	04
05	05	05	05	05	05	05	05
06	06	06	06	06	06	06	06
07	07	07	07	07	07	07	07
08	08	08	08	08	08	08	08
09	09	09	09	09	09	09	09

I.6 Est-ce que l'enfant a participé aux programmes suivants?

Programme nutritionnel	O	N	O	N	O	N	O	N
Suivi de la croissance	O	N	O	N	O	N	O	N