

QUESTIONNAIRE MÉNAGE

République du Sénégal
Ministère de la Santé et de la Prévention Médicale

ORC Macro
Centre de Recherche pour le Développement Humain (CRDH)

IDENTIFICATION																			
NOM DE LA LOCALITÉ _____	<table border="1"> <tr><td>MÉNAGE.....</td><td></td><td></td></tr> <tr><td>CONCES....</td><td></td><td></td></tr> <tr><td>GRAPPE....</td><td></td><td></td></tr> <tr><td>RÉGION.....</td><td></td><td></td></tr> <tr><td>MILIEU.....</td><td></td><td></td></tr> <tr><td>MILIEU (DÉTAILLÉ)...</td><td></td><td></td></tr> </table>	MÉNAGE.....			CONCES....			GRAPPE....			RÉGION.....			MILIEU.....			MILIEU (DÉTAILLÉ)...		
MÉNAGE.....																			
CONCES....																			
GRAPPE....																			
RÉGION.....																			
MILIEU.....																			
MILIEU (DÉTAILLÉ)...																			
NOM DU CHEF DE MÉNAGE _____ NUMÉRO DU MÉNAGE _____																			
NUMÉRO DE CONCESSION.....																			
NUMÉRO DE GRAPPE.....																			
RÉGION.....																			
URBAIN/RURAL (URBAIN=1, RURAL=2).....																			
DAKAR/CAPITALE RÉGIONALE/AUTRE VILLE/RURAL..... (DAKAR=1, CAPITALE RÉGIONALE=2, AUTRE VILLE=3, RURAL=4)																			
NUMÉRO DE GRAPPE EDS-IV 2005.....	GRAPPE EDS <table border="1"><tr><td></td><td></td><td></td></tr></table>																		
MÉNAGE ENQUÊTÉ DANS L'EDS-IV DE 2005 ? (OUI=1, NON=2).....	ENQUÊTE EDS-IV..... <table border="1"><tr><td></td><td></td></tr></table>																		
NUMÉRO DU MÉNAGE DANS L'EDS-IV 2005.....	MÉNAGE..... <table border="1"><tr><td></td><td></td></tr></table>																		

VISITES D'ENQUÊTRICES										
	1	2	3	VISITE FINALE						
DATE	_____	_____	_____	JOUR..... <table border="1"><tr><td></td><td></td></tr></table>						
				MOIS..... <table border="1"><tr><td></td><td></td></tr></table>						
				ANNÉE <table border="1"><tr><td>2</td><td>0</td><td>0</td><td>6</td></tr></table>	2	0	0	6		
2	0	0	6							
NOM DE L'ENQUÊTRICE	_____	_____	_____	CODE ENQU..... <table border="1"><tr><td></td><td></td></tr></table>						
RÉSULTAT*	_____	_____	_____	CODE RÉSULTAT..... <table border="1"><tr><td></td><td></td></tr></table>						
PROCHAINE DATE VISITE : HEURE	_____	_____		NOMBRE TOTAL DE VISITES..... <table border="1"><tr><td></td></tr></table>						
*CODES RÉSULTATS : 1 REMPLI 2 PAS DE MEMBRE DU MÉNAGE À LA MAISON OU PAS D'ENQUÊTÉ COMPÉTENT AU MOMENT DE LA VISITE 3 MÉNAGE TOTALEMENT ABSENT POUR UNE LONGUE PÉRIODE 4 DIFFÉRÉ 5 REFUSÉ 6 LOGEMENT VIDE OU PAS DE LOGEMENT À L'ADRESSE 7 LOGEMENT DÉTRUIT 8 LOGEMENT NON TROUVÉ 9 AUTRE _____ (PRÉCISER)				TOTAL DANS LE MÉNAGE..... <table border="1"><tr><td></td><td></td></tr></table> TOTAL FEMMES ÉLIGIBLES..... <table border="1"><tr><td></td><td></td></tr></table> N° LIGNE ENQUÊTÉ POUR QUESTION. MÉNAGE..... <table border="1"><tr><td></td><td></td></tr></table>						

CHEF D'ÉQUIPE	SUPERVISEUR	CONTRÔLE BUREAU	SAISI PAR								
NOM _____	NOM _____										
DATE _____ <table border="1"><tr><td></td><td></td></tr></table>			DATE _____ <table border="1"><tr><td></td><td></td></tr></table>			<table border="1"><tr><td></td><td></td></tr></table>			<table border="1"><tr><td></td><td></td></tr></table>		

TABLEAU DE MÉNAGE

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

N° LIGNE	RÉSIDENTS HABITUELS ET VISITEURS	LIEN AVEC LE CHEF DE MÉNAGE	SEXE		RÉSIDENCE		ÂGE	UTILISATION DE MOUSTIQUAIRE		ÉLIGIBILITÉ	ACTUEL- LEMENT ENCEINTE	
			(NOM) est-il de sexe masculin ou féminin ?	(NOM) vit-il/elle ici habituel- lement ?	(NOM) a-t-il/elle passé la nuit dernière ici ?	Quel âge a (NOM) ?	Est-ce que (NOM) a dormi sous une moustiquaire imprégnée ou traitée au cours des 6 derniers mois la nuit dernière ?	ENTOURER LES NUMÉ- ROS DE LIGNE DE DE TOUTES LES FEM- MES ÂGÉES DE 15-49 ANS	POUR TOUTES LES FEMMES ELIGIBLES, DEMANDER: (NOM) est-elle actuellement enceinte ?			
(1)	(2)	(3)	(4)	(5)	(6)	(7)	(8)	(9)	(10)			
01		<input type="text"/>	H F 1 2	O N 1 2	O N 1 2	EN ANNÉES <input type="text"/>	OUI NON 1 2	01	OUI NON 1 2			
02		<input type="text"/>	1 2	1 2	1 2	<input type="text"/>	1 2	02	1 2			
03		<input type="text"/>	1 2	1 2	1 2	<input type="text"/>	1 2	03	1 2			
04		<input type="text"/>	1 2	1 2	1 2	<input type="text"/>	1 2	04	1 2			
05		<input type="text"/>	1 2	1 2	1 2	<input type="text"/>	1 2	05	1 2			
06		<input type="text"/>	1 2	1 2	1 2	<input type="text"/>	1 2	06	1 2			
07		<input type="text"/>	1 2	1 2	1 2	<input type="text"/>	1 2	07	1 2			
08		<input type="text"/>	1 2	1 2	1 2	<input type="text"/>	1 2	08	1 2			
09		<input type="text"/>	1 2	1 2	1 2	<input type="text"/>	1 2	09	1 2			
10		<input type="text"/>	1 2	1 2	1 2	<input type="text"/>	1 2	10	1 2			
11		<input type="text"/>	1 2	1 2	1 2	<input type="text"/>	1 2	11	1 2			
12		<input type="text"/>	1 2	1 2	1 2	<input type="text"/>	1 2	12	1 2			
13		<input type="text"/>	1 2	1 2	1 2	<input type="text"/>	1 2	13	1 2			
14		<input type="text"/>	1 2	1 2	1 2	<input type="text"/>	1 2	14	1 2			
15		<input type="text"/>	1 2	1 2	1 2	<input type="text"/>	1 2	15	1 2			
16		<input type="text"/>	1 2	1 2	1 2	<input type="text"/>	1 2	16	1 2			

~ CODES POUR Q.3 : LIENS DE PARENTE AVEC LE CHEF DE MENAGE

01 = CHEF DE MÉNAGE
02 = MARI OU FEMME
03 = FILS OU FILLE
04 = GENDRE OU BELLE-FILLE
05 = PETIT-FILS OU PETITE FILLE

06 = PÈRE OU MÈRE
07 = BEAU-PÈRE OU BELLE MÈRE
08 = FRÈRE OU SOEUR
09=CO-EPOUSE
10 = AUTRES PARENTS

11 = ENFANTS ADOPTÉS/EN
GARDE/ENF DU CONJOINT
12 = SANS PARENTE
98 = NE SAIT PAS

N° LIGNE	RÉSIDENTS HABITUELS ET VISITEURS	LIEN AVEC LE CHEF DE MÉNAGE	SEXE		RÉSIDENCE		ÂGE	UTILISATION DE MOUSTIQUAIRE		ÉLIGIBILITÉ	ACTUEL- LEMENT ENCEINTE	
			(NOM) est-il de sexe masculin ou féminin ?	(NOM) vit-il/elle ici habituel- lement ?	(NOM) a-t-il/elle passé la nuit dernière ici ?	Quel âge a (NOM) ?		Est-ce que (NOM) a dormi sous une moustiquaire imprégnée ou traitée au cours des 6 derniers mois la nuit dernière ?	ENTOURER LES NUMÉ- ROS DE LIGNE DE DE TOUTES LES FEM- MES ÂGÉES DE 15-49 ANS		POUR TOUTES LES FEMMES ÉLIGIBLES, DEMANDER: (NOM) est-elle actuellement enceinte ?	
(1)	(2)	(3)	(4)	(5)	(6)	(7)	(8)	(9)	(10)			
17		<input type="text"/>	H F 1 2	O N 1 2	O N 1 2	EN ANNÉES <input type="text"/>	OUI NON 1 2	17	OUI NON 1 2			
18		<input type="text"/>	1 2	1 2	1 2	<input type="text"/>	1 2	18	1 2			
19		<input type="text"/>	1 2	1 2	1 2	<input type="text"/>	1 2	19	1 2			
20		<input type="text"/>	1 2	1 2	1 2	<input type="text"/>	1 2	20	1 2			
21		<input type="text"/>	1 2	1 2	1 2	<input type="text"/>	1 2	21	1 2			
22		<input type="text"/>	1 2	1 2	1 2	<input type="text"/>	1 2	22	1 2			
23		<input type="text"/>	1 2	1 2	1 2	<input type="text"/>	1 2	23	1 2			
24		<input type="text"/>	1 2	1 2	1 2	<input type="text"/>	1 2	24	1 2			
25		<input type="text"/>	1 2	1 2	1 2	<input type="text"/>	1 2	25	1 2			
26		<input type="text"/>	1 2	1 2	1 2	<input type="text"/>	1 2	26	1 2			
27		<input type="text"/>	1 2	1 2	1 2	<input type="text"/>	1 2	27	1 2			
28		<input type="text"/>	1 2	1 2	1 2	<input type="text"/>	1 2	28	1 2			
29		<input type="text"/>	1 2	1 2	1 2	<input type="text"/>	1 2	29	1 2			
30		<input type="text"/>	1 2	1 2	1 2	<input type="text"/>	1 2	30	1 2			
31		<input type="text"/>	1 2	1 2	1 2	<input type="text"/>	1 2	31	1 2			
32		<input type="text"/>	1 2	1 2	1 2	<input type="text"/>	1 2	32	1 2			

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

01 = CHEF DE MÉNAGE
02 = MARI OU FEMME
03 = FILS OU FILLE
04 = GENDRE OU BELLE-FILLE
05 = PETIT-FILS OU PETITE FILLE

06 = PÈRE OU MÈRE
07 = BEAU-PÈRE OU BELLE MÈRE
08 = FRÈRE OU SOEUR
09=CO-EPOUSE
10 = AUTRES PARENTS

11 = ENFANTS ADOPTÉS/EN
GARDE/ENF DU CONJOINT
12 = SANS PARENTE
98 = NE SAIT PAS

N°	QUESTIONS ET FILTRES	CODES	ALLER À																																																
11	D'où provient principalement l'eau que boivent les membres de votre ménage ?	EAU DU ROBINET DANS LOGEMENT.....11 DANS COUR/CONCESSION.....12 ROBINET PUBLIC.....13 PUITS OUVERT PUITS OUVERT DS LOGEMENT.....21 DANS COUR/CONCESSION.....22 PUITS PUBLIC OUVERT.....23 PUITS COUVERT OU FORAGE PUITS PROTÉGÉ DS LOGEMENT...31 DANS COUR/CONCESSION.....32 PUITS PUBLIC PROTÉGÉ.....33 EAU DE SURFACE SOURCE.....41 FLEUVE/RIVIÈRE.....42 MARE/LAC.....43 BARRAGE.....44 EAU DE PLUIE.....51 CAMION CITERNE.....61 EAU EN BOUTEILLE.....71 AUTRE _____ 96 (PRÉCISER)	→ 13																																																
12	Faites-vous quelque chose pour rendre l'eau plus propre avant de la boire ? Par exemple la faites-vous bouillir ou la filtrez-vous ou bien ajoutez-vous un produit quelconque avant de l'utiliser comme eau de boisson ?	NON/RIEN..... 1 BOUILLIR..... 2 FILTRER AVEC TISSU..... 3 FILTRE À EAU..... 4 AJOUT EAU JAVEL/CHLORE..... 5 AUTRE _____ 6 (PRÉCISER)																																																	
13	De quel genre de toilettes dispose votre ménage ?	CHASSE BRANCHÉE À L'ÉGOÛT.....11 CHASSE BRANCHÉE À FOSSE.....12 FOSSE/LATRINES RUDIMENTAIRES.....21 AMÉLIORÉES.....22 PAS DE TOILETTES /NATURE.....31 AUTRE _____ 96 (PRÉCISER)	→ 16																																																
14	Partagez-vous ces toilettes avec d'autres ménages ?	OUI..... 1 NON..... 2	→ 16																																																
15	Combien d'autres ménages utilisent-ils ces toilettes ? SI 5 MÉNAGES OU PLUS, ENREGISTRER "5".	NBRE D'AUTRES MÉNAGES..... <input type="text"/>																																																	
16	Dans votre ménage, y a-t-il :	<table style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <thead> <tr> <th></th> <th>OUI</th> <th>NON</th> </tr> </thead> <tbody> <tr><td>ÉLECTRICITÉ.....</td><td>1</td><td>2</td></tr> <tr><td>RADIO.....</td><td>1</td><td>2</td></tr> <tr><td>TÉLÉVISION.....</td><td>1</td><td>2</td></tr> <tr><td>ANTENNE TV5.....</td><td>1</td><td>2</td></tr> <tr><td>CANAL.....</td><td>1</td><td>2</td></tr> <tr><td>TÉLÉPHONE.....</td><td>1</td><td>2</td></tr> <tr><td>TÉLÉP-CEL.....</td><td>1</td><td>2</td></tr> <tr><td>MACHINE À LAVER.....</td><td>1</td><td>2</td></tr> <tr><td>RÉFRIGÉRATEUR.....</td><td>1</td><td>2</td></tr> <tr><td>RÉCHAUD/CUISINIÈRE.....</td><td>1</td><td>2</td></tr> <tr><td>FOYER AMÉLIORÉ.....</td><td>1</td><td>2</td></tr> <tr><td>VIDÉO/CD/DVD.....</td><td>1</td><td>2</td></tr> <tr><td>CLIMATISEUR.....</td><td>1</td><td>2</td></tr> <tr><td>ORDINATEUR.....</td><td>1</td><td>2</td></tr> <tr><td>INTERNET.....</td><td>1</td><td>2</td></tr> </tbody> </table>		OUI	NON	ÉLECTRICITÉ.....	1	2	RADIO.....	1	2	TÉLÉVISION.....	1	2	ANTENNE TV5.....	1	2	CANAL.....	1	2	TÉLÉPHONE.....	1	2	TÉLÉP-CEL.....	1	2	MACHINE À LAVER.....	1	2	RÉFRIGÉRATEUR.....	1	2	RÉCHAUD/CUISINIÈRE.....	1	2	FOYER AMÉLIORÉ.....	1	2	VIDÉO/CD/DVD.....	1	2	CLIMATISEUR.....	1	2	ORDINATEUR.....	1	2	INTERNET.....	1	2	
	OUI	NON																																																	
ÉLECTRICITÉ.....	1	2																																																	
RADIO.....	1	2																																																	
TÉLÉVISION.....	1	2																																																	
ANTENNE TV5.....	1	2																																																	
CANAL.....	1	2																																																	
TÉLÉPHONE.....	1	2																																																	
TÉLÉP-CEL.....	1	2																																																	
MACHINE À LAVER.....	1	2																																																	
RÉFRIGÉRATEUR.....	1	2																																																	
RÉCHAUD/CUISINIÈRE.....	1	2																																																	
FOYER AMÉLIORÉ.....	1	2																																																	
VIDÉO/CD/DVD.....	1	2																																																	
CLIMATISEUR.....	1	2																																																	
ORDINATEUR.....	1	2																																																	
INTERNET.....	1	2																																																	
17	Dans votre ménage, quel genre de combustible utilisez-vous principalement pour la cuisine ?	ÉLECTRICITÉ..... 1 GAZ BOUTEILLE..... 2 CHARBON DE BOIS..... 3 BOIS À BRÛLER, PAILLE..... 4 BOUSE..... 5 AUTRE _____ 6 (PRÉCISER)																																																	

N°	QUESTIONS ET FILTRES	CODES	ALLER À																																										
18	PRINCIPAL MATÉRIAU DU SOL ENREGISTRER L'OBSERVATION.	MATÉRIAU NATUREL TERRE/SABLE.....11 BOUSE.....12 MATÉRIAU MODERNE PARQUET OU BOIS POLI.....31 VINYLE OU LINO/ASPHALTE.....32 CARREAUX.....33 CIMENT.....34 MOQUETTE.....35 AUTRE _____ 96 (PRÉCISER)																																											
19	Parmi toutes les pièces dont dispose votre ménage, combien sont-elles généralement utilisées par les membres de votre ménage pour dormir ?	NBRE DE PIÈCES DORMIR.... <input type="text"/>																																											
20	Dans votre ménage, y a-t-il quelqu'un qui possède : Des bicyclettes ? Des mobylettes ou motocyclettes ? Une voiture personnelle ? Des voitures ou camions à titre commercial ? Des charrettes ? Des charrues ? Des chevaux ? Des bœufs ? Des chameaux ? Des ânes ? Des moutons/chèvres ? Des pirogues/filets de pêche ? Une volaille ?	<table style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <thead> <tr> <th></th> <th>OUI</th> <th>NON</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>BICYCLETTE.....</td> <td>1</td> <td>2</td> </tr> <tr> <td>MOBYLETTE/MOTOCYCLETTE</td> <td>1</td> <td>2</td> </tr> <tr> <td>VOITURE PERSONNELLE.....</td> <td>1</td> <td>2</td> </tr> <tr> <td>VOITURE/CAMION.....</td> <td>1</td> <td>2</td> </tr> <tr> <td>CHARRETTE.....</td> <td>1</td> <td>2</td> </tr> <tr> <td>CHARRUE.....</td> <td>1</td> <td>2</td> </tr> <tr> <td>CHEVAL.....</td> <td>1</td> <td>2</td> </tr> <tr> <td>BŒUFS.....</td> <td>1</td> <td>2</td> </tr> <tr> <td>CHAMEAUX.....</td> <td>1</td> <td>2</td> </tr> <tr> <td>ANES.....</td> <td>1</td> <td>2</td> </tr> <tr> <td>MOUTONS/CHEVRES.....</td> <td>1</td> <td>2</td> </tr> <tr> <td>PIROGUES/FILETS.....</td> <td>1</td> <td>2</td> </tr> <tr> <td>VOLAILLE.....</td> <td>1</td> <td>2</td> </tr> </tbody> </table>		OUI	NON	BICYCLETTE.....	1	2	MOBYLETTE/MOTOCYCLETTE	1	2	VOITURE PERSONNELLE.....	1	2	VOITURE/CAMION.....	1	2	CHARRETTE.....	1	2	CHARRUE.....	1	2	CHEVAL.....	1	2	BŒUFS.....	1	2	CHAMEAUX.....	1	2	ANES.....	1	2	MOUTONS/CHEVRES.....	1	2	PIROGUES/FILETS.....	1	2	VOLAILLE.....	1	2	
	OUI	NON																																											
BICYCLETTE.....	1	2																																											
MOBYLETTE/MOTOCYCLETTE	1	2																																											
VOITURE PERSONNELLE.....	1	2																																											
VOITURE/CAMION.....	1	2																																											
CHARRETTE.....	1	2																																											
CHARRUE.....	1	2																																											
CHEVAL.....	1	2																																											
BŒUFS.....	1	2																																											
CHAMEAUX.....	1	2																																											
ANES.....	1	2																																											
MOUTONS/CHEVRES.....	1	2																																											
PIROGUES/FILETS.....	1	2																																											
VOLAILLE.....	1	2																																											
20A	De quelle ethnie êtes-vous (est le chef de ménage) ?	WOLOF..... 01 POULAR..... 02 SERER..... 03 MANDINGUE..... 04 DIOLA..... 05 SONINKÉ..... 06 AUTRE _____ 96 (PRÉCISER)																																											
21	Au cours des 12 derniers mois, quelqu'un a-t-il pulvérisé les murs intérieurs de votre logement contre les moustiques ?	OUI..... 1 NON..... 2 NE SAIT PAS..... 2	→ 24 → 24																																										
22	Depuis combien de temps l'intérieur de votre logement a-t-il été pulvérisé ? SI MOINS D'UN MOIS, ENREGISTRER, '00' MOIS.	DURÉE PULVÉRISATION.... <input type="text"/>																																											
23	Qui a pulvérisé les murs de votre logement ?	SERVICE GOUVERNEMENTAL..... 1 COMPAGNIE PRIVÉE..... 2 MEMBRE DU MÉNAGE..... 3 AUTRE _____ 6 (PRÉCISER) NE SAIT PAS..... 8																																											
23A	Depuis que des murs de votre logement ont été pulvérisés, les avez-vous retouchés, par exemple en mettant de la chaux ou de la peinture, en mettant un enduit ou en les lavant ?	OUI..... 1 NON..... 2 NON/NE SE SOUVIENT PAS..... 8																																											
24	Dans votre ménage, avez-vous des moustiquaires qui peuvent être utilisées pour dormir ?	OUI..... 1 NON..... 2	→ FIN																																										
25	Combien de moustiquaires avez-vous dans votre ménage ? SI 7 MOUSTIQUAIRES OU PLUS, NOTER '7'.	NOMBRE DE MOUSTIQUAIRES... <input type="text"/>																																											
26	DEMANDEZ À L'ENQUÊTÉ DE VOUS MONTRER LES MOUSTIQUAIRES. POSEZ LES QUESTIONS SUIVANTES POUR CHAQUE MOUSTIQUAIRE. SI PLUS DE 3 MOUSTIQUAIRES, UTILISER UN QUESTIONNAIRE SUPPLÉMENTAIRE.	<table border="1" style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <thead> <tr> <th>MOUSTIQUAIRE 1</th> <th>MOUSTIQUAIRE 2</th> <th>MOUSTIQUAIRE 3</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>VU..... 1 NON VU..... 2</td> <td>VU..... 1 NON VU..... 2</td> <td>VU..... 1 NON VU..... 2</td> </tr> </tbody> </table>	MOUSTIQUAIRE 1	MOUSTIQUAIRE 2	MOUSTIQUAIRE 3	VU..... 1 NON VU..... 2	VU..... 1 NON VU..... 2	VU..... 1 NON VU..... 2																																					
MOUSTIQUAIRE 1	MOUSTIQUAIRE 2	MOUSTIQUAIRE 3																																											
VU..... 1 NON VU..... 2	VU..... 1 NON VU..... 2	VU..... 1 NON VU..... 2																																											

N°	QUESTIONS ET FILTRES	CODES		ALLER À
27	Depuis combien de temps votre ménage possède-t-il la moustiquaire ?	MOIS..... <input type="text"/> 3 ANS OU +.....96	MOIS..... <input type="text"/> 3 ANS OU +.....96	MOIS..... <input type="text"/> 3 ANS OU +.....96
28	OBSERVER OU DEMANDER LA MARQUE DE LA MOUSTIQUAIRE.	MOUSTIQUAIRE PERMANENTE...11 (PASSER À 32) ← MOUSTIQUAIRE PRÉTRAITÉE...21 (PASSER À 30) ← AUTRE.....31 NSP/PAS SÛR.....98	MOUSTIQUAIRE PERMANENTE...11 (PASSER À 32) ← MOUSTIQUAIRE PRÉTRAITÉE...21 (PASSER À 30) ← AUTRE.....31 NSP/PAS SÛR.....98	MOUSTIQUAIRE PERMANENTE...11 (PASSER À 32) ← MOUSTIQUAIRE PRÉTRAITÉE...21 (PASSER À 30) ← AUTRE.....31 NSP/PAS SÛR.....98
29	Quand vous avez obtenu cette moustiquaire, était-elle déjà traitée par le fabricant avec un insecticide qui tue ou éloigne les moustiques ?	OUI..... 1 NON..... 2 PAS SÛR/NSP..... 8	OUI..... 1 NON..... 2 PAS SÛR/NSP..... 8	OUI..... 1 NON..... 2 PAS SÛR/NSP..... 8
30	Depuis que vous avez cette moustiquaire, a-t-elle été trempée ou plongée dans un liquide qui tue ou éloigne les moustiques ou les insectes ?	OUI..... 1 NON..... 2 (PASSER À 32) ← PAS SÛR/NSP..... 8	OUI..... 1 NON..... 2 (PASSER À 32) ← PAS SÛR/NSP..... 8	OUI..... 1 NON..... 2 (PASSER À 32) ← PAS SÛR/NSP..... 8
31	Combien de temps s'est-il écoulé depuis que la moustiquaire a été trempée ou plongée pour la dernière fois dans un liquide insecticide ? SI MOINS DE 1 MOIS, ENREGISTRER '00'. SI MOINS DE 2 ANS, ENREGISTRER LE NOMBRE DE MOIS.	MOIS..... <input type="text"/> 2 ANS OU +.....95 PAS SÛR/NSP..... 98	MOIS..... <input type="text"/> 2 ANS OU +.....95 PAS SÛR/NSP..... 98	MOIS..... <input type="text"/> 2 ANS OU +..... 95 PAS SÛR/NSP.....98
32	Est-ce que, la nuit dernière, quelqu'un a dormi sous cette moustiquaire ?	OUI..... 1 NON..... 2 (PASSER À 34) ← NE SAIT PAS..... 8	OUI..... 1 NON..... 2 (PASSER À 34) ← NE SAIT PAS..... 8	OUI..... 1 NON..... 2 (PASSER À 34) ← NE SAIT PAS..... 8
33	Qui a dormi sous cette moustiquaire la nuit dernière ? REPORTER LE NUMÉRO DE LIGNE À PARTIR DU TABLEAU DE MÉNAGE.	NOM _____ No DE _____ LIGNE..... <input type="text"/>	NOM _____ No DE _____ LIGNE..... <input type="text"/>	NOM _____ No DE _____ LIGNE..... <input type="text"/>
		NOM _____ No DE _____ LIGNE..... <input type="text"/>	NOM _____ No DE _____ LIGNE..... <input type="text"/>	NOM _____ No DE _____ LIGNE..... <input type="text"/>
		NOM _____ No DE _____ LIGNE..... <input type="text"/>	NOM _____ No DE _____ LIGNE..... <input type="text"/>	NOM _____ No DE _____ LIGNE..... <input type="text"/>
		NOM _____ No DE _____ LIGNE..... <input type="text"/>	NOM _____ No DE _____ LIGNE..... <input type="text"/>	NOM _____ No DE _____ LIGNE..... <input type="text"/>
		NOM _____ No DE _____ LIGNE..... <input type="text"/>	NOM _____ No DE _____ LIGNE..... <input type="text"/>	NOM _____ No DE _____ LIGNE..... <input type="text"/>

N°	QUESTIONS ET FILTRES	CODES		ALLER À
34	Où cette moustiquaire a t-elle été obtenue ?	CENTRE SANTÉ..... 11 (PASSER À 36)← POSTE SANTÉ..... 12 CASE DE SANTÉ..... 13 AUTRES S. SANTÉ..... 14 PHARMACIE..... 21 OCB/ASSOCIAT..... 22 S. ESSENCE/MARCHÉ 23 MARCHÉ G. PUBLIC... 31 AUTRE 41 (PRÉCISER) NE SAIT PAS..... 98	CENTRE SANTÉ..... 11 (PASSER À 36)← POSTE SANTÉ..... 12 CASE DE SANTÉ..... 13 AUTRES S. SANTÉ..... 14 PHARMACIE..... 21 OCB/ASSOCIAT..... 22 S. ESSENCE/MARCHÉ 23 MARCHÉ G. PUBLIC... 31 AUTRE 41 (PRÉCISER) NE SAIT PAS..... 98	CENTRE SANTÉ..... 11 (PASSER À 36)← POSTE SANTÉ..... 12 CASE DE SANTÉ..... 13 AUTRES S. SANTÉ..... 14 PHARMACIE..... 21 OCB/ASSOCIAT..... 22 S. ESSENCE/MARCHÉ... 23 MARCHÉ G. PUBLIC..... 31 AUTRE 41 (PRÉCISER) NE SAIT PAS..... 98
35	Comment cette moustiquaire a t-elle été acquise ?	ACHAT..... 1 GRATUITEMENT..... 2 NE SAIT PAS..... 8	ACHAT..... 1 GRATUITEMENT..... 2 NE SAIT PAS..... 8	ACHAT..... 1 GRATUITEMENT..... 2 NE SAIT PAS..... 8
36	Un coupon (vous) a t-il été remis au Centre/Poste de santé pour obtenir cette moustiquaire ? MONTRER À L'ENQUÊTÉE SI BESOIN UN COUPON.	OUI..... 1 NON..... 2 NE SAIT PAS..... 8	OUI..... 1 NON..... 2 NE SAIT PAS..... 8	OUI..... 1 NON..... 2 NE SAIT PAS..... 8
37		RETOURNER À 26 POUR LA MOUSTIQUAIRE SUIVANTE ; OU, SI PLUS DE MOUSTIQUAIRE DANS LE MÉNAGE: FIN QUESTIONNAIRE MÉNAGE		RETOURNER A 26 DANS PREMIÈRE COLONNE DU NOUVEAU QUESTIONNAIRE ; OU, SI PLUS DE MOUSTIQUAIRE DANS LE MÉNAGE : FIN QM.