

INSTITUT NATIONAL DE LA STATISTIQUE ET
DE LA DEMOGRAPHIE (INSD)ENQUÊTE DÉMOGRAPHIQUE ET DE SANTÉ AU BURKINA FASO
QUESTIONNAIRE RE-MESUREINSTITUT NATIONAL DE SANTÉ
PUBLIQUE (INSP)

IDENTIFICATION																
NOM DE LA LOCALITÉ _____																
NOM DU CHEF DE MÉNAGE _____																
NUMÉRO DE GRAPPE				<table border="1" style="width: 40px; height: 20px; margin: 0 auto;"> <tr><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td></tr> <tr><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td></tr> <tr><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td></tr> </table>												
NUMÉRO DE LA CONCESSION				<table border="1" style="width: 40px; height: 20px; margin: 0 auto;"> <tr><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td></tr> <tr><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td></tr> <tr><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td></tr> </table>												
NUMÉRO DU MÉNAGE				<table border="1" style="width: 40px; height: 20px; margin: 0 auto;"> <tr><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td></tr> <tr><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td></tr> <tr><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td></tr> </table>												
MÉNAGE SÉLECTIONNÉ POUR L'ENQUÊTE HOMME? (1=OUI, 2=NON)																
VISITES DU TECHNICIEN DE SANTÉ																
	1	2	3	VISITE FINALE												
DATE	_____	_____	_____	JOUR <table border="1" style="width: 40px; height: 20px; margin: 0 auto;"> <tr><td> </td><td> </td></tr> <tr><td> </td><td> </td></tr> </table>												
NOM DU TECHNICIEN DE SANTÉ	_____	_____	_____	MOIS <table border="1" style="width: 40px; height: 20px; margin: 0 auto;"> <tr><td> </td><td> </td></tr> <tr><td> </td><td> </td></tr> </table>												
				ANNÉE <table border="1" style="width: 80px; height: 20px; margin: 0 auto;"> <tr><td>2</td><td>0</td><td>2</td><td>1</td></tr> </table>	2	0	2	1								
2	0	2	1													
PROCHAINE DATE VISITE	_____	_____		NOMBRE TOTAL DE VISITES <table border="1" style="width: 40px; height: 20px; margin: 0 auto;"> <tr><td> </td></tr> </table>												
NOTES DE [L'AGENT DE TERRAIN]:				TOTAL D'ENFANTS ÉLIGIBLES <table border="1" style="width: 40px; height: 20px; margin: 0 auto;"> <tr><td> </td><td> </td></tr> </table>												
LANGUE DU QUESTIONNAIRE** <table border="1" style="width: 40px; height: 20px; margin: 0 auto;"> <tr><td>0</td><td>1</td></tr> </table>	0	1	LANGUE DE L'INTERVIEW** <table border="1" style="width: 40px; height: 20px; margin: 0 auto;"> <tr><td> </td><td> </td></tr> </table>			LANGUE MATERNELLE DE L'ENQUÊTÉ** <table border="1" style="width: 40px; height: 20px; margin: 0 auto;"> <tr><td> </td><td> </td></tr> </table>			INTERPRÈTE (OUI = 1, NON = 2) <table border="1" style="width: 40px; height: 20px; margin: 0 auto;"> <tr><td> </td></tr> </table>							
0	1															
LANGUE DU QUESTIONNAIRE** FRANÇAIS		**CODES LANGUES : 01 FRANÇAIS 05 GULMANTCHEMA 07 DAGARA 02 MOORE 06 BISSA 96 AUTRES 03 PEUHL/FULFULDE 04 DIOULA _____ (PRÉCISEZ)														
ÉQUIPE <table border="1" style="width: 40px; height: 20px; margin: 0 auto;"> <tr><td> </td><td> </td></tr> </table>			CHEF D'ÉQUIPE <table border="1" style="width: 40px; height: 20px; margin: 0 auto;"> <tr><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td></tr> </table>						CONTRÔLEUR CAPI <table border="1" style="width: 40px; height: 20px; margin: 0 auto;"> <tr><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td></tr> </table>							
NUMÉRO	NOM	NUMÉRO	NOM	NUMÉRO												

MESURE DU POIDS ET DE LA TAILLE DES ENFANTS SELECTIONNÉS DE 0-4 ANS

101	VÉRIFIEZ LE RAPPORT CAPI POUR LES ENFANTS SELECTIONNÉS POUR LA RE-MESURE. INSCRIVEZ LE NUMÉRO DE LIGNE ET LE NOM POUR LE PREMIER ENFANT SELECTIONNÉ À LA QUESTION 102 SUR CETTE PAGE. S'IL Y A PLUS D'UN ENFANT SELECTIONNÉ DANS UN MÉNAGE, UTILISER UN (DES) QUESTIONNAIRE(S) SUPPLÉMENTAIRE(S).	
	ENFANT À RE-MESURER	ALLEZ À
102	VÉRIFIEZ LE RAPPORT CAPI: ENREGISTREZ LE NOM ET LE NUMÉRO DE LIGNE DE L' ENFANT.	NOM _____ NUMÉRO DE LIGNE ... <input type="text"/> <input type="text"/>
103	VÉRIFIEZ LE RAPPORT CAPI: ENREGISTREZ LA DATE DE NAISSANCE DE L' ENFANT.	JOUR <input type="text"/> <input type="text"/> MOIS <input type="text"/> <input type="text"/> ANNÉE <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>
104	VÉRIFIEZ LE RAPPORT CAPI: ENREGISTREZ L'ÂGE DE L'ENFANT. COMPAREZ ET CORRIGEZ 103 ET/OU 104 SI INCOHÉRENT.	ÂGE EN ANNÉES RÉVOLUES <input type="text"/>
105	VÉRIFIEZ 104 : L'ENFANT A 0-4 ANS? OUI <input type="checkbox"/> NON <input type="checkbox"/>	→ 116
106	POIDS EN KILOGRAMMES.	KG. <input type="text"/> <input type="text"/> . <input type="text"/> <input type="text"/> ABSENT 9994 REFUS 9995 AUTRE 9996
107	L'ENFANT ÉTAIT-IL HABILLÉ LÉGÈREMENT?	OUI 1 NON 2
108	TAILLE EN CENTIMÈTRES. SI L' ENFANT A 0-1 AN, MESUREZ EN POSITION ALLONGÉE. SI L' ENFANT A 2, 3, OU 4 ANS, MESUREZ EN POSITION DEBOUT.	CM. <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> . <input type="text"/> ABSENT 9994 REFUS 9995 AUTRE 9996
109	L'ENFANT A T-IL ÉTÉ MESURÉ EN POSITION ALLONGÉE OU DEBOUT?	ALLONGÉI 1 DEBOUT 2
110	VÉRIFIEZ 104 ET 109: SUR LA BASE DE L'ÂGE DE L'ENFANT, LA PROCÉDURE CORRECTE POUR LA MESURE A T-ELLE ÉTÉ SUIVIE ?	OUI 1 NON 2
111	SI L'ENFANT A 0-1 AN : POURQUOI (NOM) A-T-IL ÉTÉ MESURÉ EN POSITION DEBOUT? SI L'ENFANT A 2-4 ANS : POURQUOI (NOM) A-T-IL ÉTÉ MESURÉ EN POSITION ALLONGÉE? _____ _____	
112	LA MESURE ENREGISTRÉE A-T-ELLE ÉTÉ GÉNÉE PAR DES CHEVEUX TRESSÉS OU COIFFÉS ?	OUI 1 NON 2
113	INSCRIVEZ LE NUMÉRO DU TECHNICIEN DE SANTÉ MESUREUR.	<input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> NUMÉRO DU TECHNICIEN DE SANTÉ
114	INSCRIVEZ LE NUMÉRO DU TECHNICIEN DE SANTÉ ASSISTANT MESUREUR	<input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> NUMÉRO DU TECHNICIEN DE SANTÉ
115	DATE DU JOUR	JOUR <input type="text"/> <input type="text"/> MOIS <input type="text"/> <input type="text"/> ANNÉE <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>
116	S' IL Y A UN AUTRE ENFANT, ALLEZ À 102 À DU QUESTIONNAIRE SUPPLÉMENTAIRE; S'IL N'Y A PLUS D'ENFANTS, TERMINEZ L'INTERVIEW.	

INSTITUT NATIONAL DE LA STATISTIQUE ET
DE LA DEMOGRAPHIE (INSD)INSTITUT NATIONAL DE SANTE
PUBLIQUE (INSP)ENQUÊTE DÉMOGRAPHIQUE ET DE SANTÉ AU BURKINA FASO
QUESTIONNAIRE DE L'AGENT DE TERRAINLANGUE DU
QUESTIONNAIRE **FRANÇAIS**

NO.	QUESTIONS ET FILTRES	CODES	ALLEZ A
100	Quel est votre nom ?	NOM	
101	INSCRIVEZ LE NUMÉRO DE L'AGENT DE TERRAIN	NUMÉRO <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>	

INSTRUCTIONS

Dans le cadre de l'EDSBF-V, nous collectons des informations sur tous les agents de terrain de l'EDSBF-V. Veuillez répondre aux questions ci-dessous. Les informations que vous fournirez feront partie du fichier de données de l'enquête ; cependant, votre nom sera supprimé et ne fera pas partie du fichier de données. Merci de fournir les informations nécessaires.

102	Dans quelle région vivez-vous ?	BOUCLE DU MOUHOUN 01 CASCADES 02 CENTRE 03 CENTRE EST 04 CENTRE NORD 05 CENTRE OUEST 06 CENTRE SUD 07 EST 08 HAUTS-BASSINS 09 NORD 10 PLATEAU CENTRAL 11 SAHEL 12 SUD -OUEST 13	
103	Vivez-vous dans une grande ville, une petite ville ou en zone rurale ?	GRANDE VILLE 1 PETITE VILLE 2 ZONE RURALE 3	
104	Quel âge avez-vous ? INSCRIVEZ L'ÂGE EN ANNÉES RÉVOLUES	ÂGE <input type="text"/> <input type="text"/>	
105	Êtes-vous un homme ou une femme ?	HOMME 1 FEMME 2	
106	Quel est votre état matrimonial actuel ?	ACTUELLEMENT MARIÉ 1 VIT AVEC UN HOMME/UNE FEMME 2 VEUF/VEUVE 3 DIVORCÉ 4 SÉPARÉ 5 JAMAIS MARIÉ OU N'A JAMAIS VÉCU AVEC HOMME/FEMME 6	
107	Combien d'enfants vivants avez-vous ? INCLURE SEULEMENT VOS ENFANTS BIOLOGIQUES.	ENFANTS VIVANTS <input type="text"/> <input type="text"/>	
108	Avez-vous eu un enfant qui est décédé ?	OUI 1 NON 2	
109	Quel est le plus haut niveau d'études que vous avez atteint : primaire, secondaire 1er cycle, secondaire 2ième cycle ou supérieur ?	PRIMAIRE 1 SECONDAIRE 1 ^{er} CYCLE 2 SECONDAIRE 2 ^{ème} CYCLE 3 SUPÉRIEUR 4	
110	Quelle est la [CLASSE/ANNÉE] la plus élevée que vous avez atteint à ce niveau ? SI MOINS D'UNE ANNÉE A ÉTÉ ACHEVÉE À CE NIVEAU, INSCRIVEZ '00'.	[CLASSE/ANNÉE] <input type="text"/> <input type="text"/>	

Codes pour Q.110

NIVEAU		PRIMAIRE	SECONDAIRE 1er CYCLE	SECONDAIRE 2ème CYCLE	SUPÉRIEUR				
ANNÉE/CLASSE	MOINS D'1 AN	=00	MOINS D'1 AN	=00	MOINS D'1 AN	.....=00			
	CP1	.....=01	6 ^{1ÈME}	.....=01	2 ^{NIVE}	.....=01	1 ^{1ÈRE} ANNÉE	.....=01	
	CP2	.....=02	5 ^{1ÈME}	.....=02	1 ^{1ÈRE}	.....=02	2 ^{1ÈME}	ANNÉE	.....=02
	CE1	.....=03	4 ^{1ÈME}	.....=03	TERMINALE	.....=03	3 ^{1ÈME}	ANNÉE	.....=03
	CE2	.....=04	3 ^{1ÈME}	.....=04	FPB	.....=04	4 ^{1ÈME}	ANNÉE	.....=04
	CM1	.....=05	FPP	.....=05			5 ^{1ÈME}	ANNÉE OU PLUS	=05
	CM2	.....=06							

NO.	QUESTIONS ET FILTRES	CODES	ALLEZ A
111	Quelle est votre religion ?	MUSULMANE 01 CATHOLIQUE 02 PROTESTANTE 03 TRADITIONNELLE/ANIMISTE 04 SANS RELIGION/AUCUNE 05 AUTRE 96 (PRÉCISEZ)	
112	Quelle est votre ethnie ?	CODE ETHNIE (POUR LES BURKINABÉ) BOBO 01 DIOULA 02 FULFULDE/ PEULH 03 GOURMANTCHE 04 GOUROUNSI 05 LOBI 06 MOSSI 07 SENOUFO 08 TOUAREG/ BELLA 09 DAGARA 10 BISSA 11 AUTRE ETHNIE BURKINABÉ 16 (PRÉCISEZ) CODE NATIONALITÉ (POUR LES ÉTRANGERS) PAYS CEDEAO 21 AUTRES PAYS AFRICAINS 22 AUTRES NATIONALITÉS 23	
113	Quelles langues parlez-vous ? INSCRIVEZ TOUTES LES LANGUES QUE VOUS PARLEZ.	ANGLAIS A FRANÇAIS B MOORE C PEUHL/FULFULDE D DIOULA E GULMANTCHEMA F BISSA G DAGARA H AUTRE X (PRÉCISEZ)	
114	Quelle est votre langue maternelle/natale (langue parlée à la maison quand vous étiez jeune) ?	ANGLAIS 01 FRANÇAIS 02 MOORE 03 PEUHL/FULFULDE 04 DIOULA 05 GULMANTCHEMA 06 BISSA 07 DAGARA 08 AUTRE 96 (PRÉCISEZ)	
115	Avez-vous déjà travaillé sur: a) une Enquête Démographique de Santé (EDS) avant celle-ci ? b) une Enquête sur les Indicateurs du Paludisme (EIP) avant celle-ci ? c) une autre enquête avant celle-ci ?	<div style="text-align: right;">OUI NON</div> a) EDS 1 2 b) EIP 1 2 c) UNE AUTRE ENQUETE 1 2	
116	Est-ce que vous travailliez déjà pour l'INSD ou l'INSP au moment où vous étiez employé pour travailler sur cette EDS ?	OUI, INSD 1 OUI, INSP 2 NON 3	→ 119
117	Êtes-vous un employé permanent ou temporaire de l'INSD ou l'INSP ?	PERMANENT 1 TEMPORAIRE 2	
118	Si vous avez des commentaires, s'il vous plait, écrivez-les ici.		