

RÉPUBLIQUE DU TCHAD
MINISTÈRE DU PLAN, DU DÉVELOPPEMENT ET DE LA COOPÉRATION
INSTITUT NATIONAL DE LA STATISTIQUE, DES ÉTUDES ÉCONOMIQUES ET DÉMOGRAPHIQUES

DEUXIÈME ENQUÊTE DÉMOGRAPHIQUE ET DE SANTÉ

-- QUESTIONNAIRE MÉNAGE --

CONFIDENTIEL

IDENTIFICATION				
NOM DE LA LOCALITÉ _____			DEPT. <input type="text"/> <input type="text"/> GRAPPE <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> STRUCT. <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> MENAG/STRUC. <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> MENAG/SEQU. <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> URBAIN/RURAL <input type="text"/> <input type="text"/> RÉSIDENCE <input type="text"/> <input type="text"/>	
NOM DU CHEF DE MÉNAGE _____				
DÉPARTEMENT				
SOUS- PRÉFECTURE				
CANTON				
NUMÉRO DE GRAPPE (EDST)				
NUMÉRO DE STRUCTURE				
NUMÉRO DE MÉNAGE DANS LA STRUCTURE				
NUMÉRO SÉQUENTIEL DU MÉNAGE SÉLECTIONNÉ (01-24 EN URBAIN ; 01-33 EN RURAL).....				
URBAIN/RURAL (URBAIN=1, RURAL=2).....				
N'DJAMÉNA = 1 ; ABEICHE/MOUNDOU/SARH= 2 ; AUT. CHEF LIEU DÉPART.=3 ; AUT. PETITES VILLES= 4 ; RURAL = 5				
ENQUÊTE HOMME (OUI=1, NON=2).....				
VISITES D'ENQUÊTRICES				
	1	2	3	VISITE FINALE
DATE	_____	_____	_____	JOUR <input type="text"/> <input type="text"/> MOIS <input type="text"/> <input type="text"/> ANNÉE <input type="text"/> 2 <input type="text"/> 0 <input type="text"/> 0 <input type="text"/> NOM <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> RÉSULTAT <input type="text"/> <input type="text"/>
NOM DE L'ENQUÊTRICE	_____	_____	_____	
RÉSULTAT*	_____	_____	_____	
PROCHAINE VISITE :DATE	_____	_____		NOMBRE TOTAL DE VISITES <input type="text"/> <input type="text"/>
HEURE	_____	_____		
*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 <input type="text"/> <input type="text"/> TOTAL DE FEMMES ÉLIGIBLES <input type="text"/> <input type="text"/> TOTAL D'HOMMES ÉLIGIBLES <input type="text"/> <input type="text"/> N° LIGNE ENQUÊTÉ POUR QUESTIONNAIRE MÉNAGE <input type="text"/> <input type="text"/>	
CONTRÔLEUSE		CHEF D'ÉQUIPE		CONT. BUREAU
NOM _____ <input type="text"/> <input type="text"/>		NOM _____ <input type="text"/> <input type="text"/>		<input type="text"/> <input type="text"/>
DATE _____		DATE _____		<input type="text"/> <input type="text"/>
				SAISI PAR
				<input type="text"/> <input type="text"/>

TABLEAU DE MÉNAGE

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

N° LI-GNE	RÉSIDENTS HABITUELS ET VISITEURS	LIEN AVEC LE CHEF DE MÉNAGE	SEXE	RÉSIDENCE		ÂGE	INSTRUCTION			SURVIE ET RÉSIDENCE DES PARENTS POUR PERSONNES DE MOINS DE 18 ANS **				ÉLIGIBILITÉ	
				(NOM) vit-il/elle ici habituellement?	(NOM) a-t-elle dormi ici la nuit dernière ?		(7) EN ANNÉES	(8) OUI NON	(9) NIVEAU CLASSE	(10) OUI NON	(11) Est-ce que la mère biologique de (NOM) est toujours en vie?	(12) Est-ce que la mère biologique de (NOM) vit dans ce ménage?	(13) Est-ce que le père biologique de (NOM) est toujours en vie?	(14) SI EN VIE Est-ce que le père biologique de (NOM) vit dans ce ménage?	(15) ENTOURER LE N° DE LIGNE DE TOUTES LES FEMMES ÂGÉES DE 15-49 ANS
(1)		(3)	(4) H F	(5) OUI NON	(6) OUI NON	(7) EN ANNÉES	(8) OUI NON	(9) NIVEAU CLASSE	(10) OUI NON	(11) Est-ce que la mère biologique de (NOM) est toujours en vie?	(12) Est-ce que la mère biologique de (NOM) vit dans ce ménage?	(13) Est-ce que le père biologique de (NOM) est toujours en vie?	(14) SI EN VIE Est-ce que le père biologique de (NOM) vit dans ce ménage?	(15) ENTOURER LE N° DE LIGNE DE TOUTES LES FEMMES ÂGÉES DE 15-49 ANS	(15A) VÉRIFIER COUVERTURE: SI ENQUÊTE HOMME = 'OUI' ENTOURER N° DE LIGNE DE TOUS LES HOMMES DE 15-59 ANS
01		<input type="checkbox"/>	1 2	1 2	1 2	<input type="checkbox"/>	1 ALLER A 11	<input type="checkbox"/>	1 2	1 ALLER A 13	<input type="checkbox"/>	1 2 ALLER A 15	<input type="checkbox"/>	01	01
02		<input type="checkbox"/>	1 2	1 2	1 2	<input type="checkbox"/>	1 ALLER A 11	<input type="checkbox"/>	1 2	1 ALLER A 13	<input type="checkbox"/>	1 2 ALLER A 15	<input type="checkbox"/>	02	02
03		<input type="checkbox"/>	1 2	1 2	1 2	<input type="checkbox"/>	1 ALLER A 11	<input type="checkbox"/>	1 2	1 ALLER A 13	<input type="checkbox"/>	1 2 ALLER A 15	<input type="checkbox"/>	03	03
04		<input type="checkbox"/>	1 2	1 2	1 2	<input type="checkbox"/>	1 ALLER A 11	<input type="checkbox"/>	1 2	1 ALLER A 13	<input type="checkbox"/>	1 2 ALLER A 15	<input type="checkbox"/>	04	04
05		<input type="checkbox"/>	1 2	1 2	1 2	<input type="checkbox"/>	1 ALLER A 11	<input type="checkbox"/>	1 2	1 ALLER A 13	<input type="checkbox"/>	1 2 ALLER A 15	<input type="checkbox"/>	05	05
06		<input type="checkbox"/>	1 2	1 2	1 2	<input type="checkbox"/>	1 ALLER A 11	<input type="checkbox"/>	1 2	1 ALLER A 13	<input type="checkbox"/>	1 2 ALLER A 15	<input type="checkbox"/>	06	06
07		<input type="checkbox"/>	1 2	1 2	1 2	<input type="checkbox"/>	1 ALLER A 11	<input type="checkbox"/>	1 2	1 ALLER A 13	<input type="checkbox"/>	1 2 ALLER A 15	<input type="checkbox"/>	07	07
08		<input type="checkbox"/>	1 2	1 2	1 2	<input type="checkbox"/>	1 ALLER A 11	<input type="checkbox"/>	1 2	1 ALLER A 13	<input type="checkbox"/>	1 2 ALLER A 15	<input type="checkbox"/>	08	08
09		<input type="checkbox"/>	1 2	1 2	1 2	<input type="checkbox"/>	1 ALLER A 11	<input type="checkbox"/>	1 2	1 ALLER A 13	<input type="checkbox"/>	1 2 ALLER A 15	<input type="checkbox"/>	09	09

(1)	(2)	(3)	(4)	(5)	(6)	(7)	(8)	(9)		(10)	(11)	(12)	(13)	(14)	(15)	(15A)	
	H	F	OUI	NON	OUI	NON	OUI	NON	NIVEAU	CLASSE	OUI	NON	OUI	NON	OUI	NON	
10			1	2	1	2	1	2			1	2	1	2	1	2	10
11			1	2	1	2	1	2			1	2	1	2	1	2	11
12			1	2	1	2	1	2			1	2	1	2	1	2	12
13			1	2	1	2	1	2			1	2	1	2	1	2	13
14			1	2	1	2	1	2			1	2	1	2	1	2	14
15			1	2	1	2	1	2			1	2	1	2	1	2	15
16			1	2	1	2	1	2			1	2	1	2	1	2	16

*** CODES POUR Q. 9

** Q.11 A.Q.14		*** CODES POUR Q. 9	
NIVEAU	1= PRIMAIRE	2= SECONDAIRE (Y COMPRIS MEDERSA)	3= SUPÉRIEUR
CLASSE	1= CP1 2= CP2 3= CE1 4= CE2 5= CM1 6= CM2 8= NE SAIT PAS	0= MOINS D'1 AN ACHEVÉ DANS LE NIVEAU CORRESPONDANT 1= 6è 2= 5è 3= 4è 4= 3è 5= 2nde 6= 1ère 7= Terminale 8= NSP	1= 1° année. 2= 2° année 3= 3° année 4= 4° année ou + 8= NSP
			4= PROFESSIONNEL NIVEAU SECONDAIRE
			5= PROFESSIONNEL NEL NIVEAU SUPÉRIEUR
			6= ÉCOLE CORANIQUE
			8= NSP

COCHER ICI SI UNE AUTRE FEUILLE EST UTILISÉE

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

- Y a-t-il d'autres personnes telles que des petits enfants ou des nourrissons que nous n'avons pas porté sur la liste? "OUI" "NON"
- De plus, y a-t-il d'autres personnes qui ne sont peut-être pas membres de votre famille tels que des domestiques ou des amis qui vivent habituellement ici? "OUI" "NON"
- Avez-vous des invités ou des visiteurs temporaires qui sont chez vous, ou d'autres personnes qui ont dormi ici la nuit dernière et qui n'ont pas été listés? "OUI" "NON"

TRAVAIL DES ENFANTS

VÉRIFIER COLONNES (5) ET (7): NOMBRE D'ENFANTS DE 5 A 17 ANS QUI RÉSIDENT
HABITUELLEMENT DANS LE MÉNAGE

AUCUN

→ ALLER A 26

UN OU PLUS

REMPLEZ LE TABLEAU SUIVANT POUR CHAQUE ENFANT DE 5 A 17 ANS

(17)	(18) ENREGISTRER LE NOM DE CHAQUE ENFANT	(19)		(20)		(21)		(22)		(23)		(24)		(25)	
		OUI PAYÉ	OUI NON PAYÉ	OUI NON PAYÉ	OUI NON PAYÉ	OUI	NON	OUI	NON	OUI	NON	OUI	NON	OUI	NON
[] []	ENREGISTRER LE NOM DE CHAQUE ENFANT	1	2	3	Depuis (JOUR DE LA SEMAINE PENDANT LEQUEL A LIEU L'ENQUÊTE) dernier, (NOM) a-t-il/elle fait un travail quelconque pour quelqu'un qui n'est pas un membre de ce ménage ? SI « OUI » : A-t-il/elle été payé(e) en espèces ou en nature pour ce travail ?	Depuis (JOUR DE LA SEMAINE PENDANT LEQUEL A LIEU L'ENQUÊTE) dernier, environ combien d'heures (NOM) a-t-il/elle travaillé pour quelqu'un qui n'est pas un membre de ce ménage ? (SI PLUS D'UN TRAVAIL, ADDITIONNER TOUTES LES HEURES DE TRAVAIL EFFECTUÉES)	Au cours des 12 derniers mois, (NOM) a-t-il/elle fait un travail quelconque pour quelqu'un qui n'est pas un membre de ce ménage ? SI « OUI » : A-t-il/elle été payé(e) en espèces ou en nature pour ce travail ?	Depuis (JOUR DE LA SEMAINE PENDANT LEQUEL A LIEU L'ENQUÊTE) dernier, (NOM) a-t-il/elle aidé aux travaux de ce ménage ? Par exemple, faire la vaisselle, faire des courses, nettoyer, laver les vêtements, chercher de l'eau ou garder les enfants ?	Depuis (JOUR DE LA SEMAINE PENDANT LEQUEL A LIEU L'ENQUÊTE) dernier, (NOM) a-t-il/elle fait combien d'heures passé A faire des travaux ménagers ?	Depuis (JOUR DE LA SEMAINE PENDANT LEQUEL A LIEU L'ENQUÊTE) dernier, (NOM) a-t-il/elle fait d'autres travaux pour la famille aux champs ou dans l'affaire de famille ?	Depuis (JOUR DE LA SEMAINE PENDANT LEQUEL A LIEU L'ENQUÊTE) dernier, environ combien d'heures (NOM) a-t-il/elle passé A faire ce type de travail aux champs ou dans l'affaire de famille ?	1	2	1	2
[] []		1	2	3				PASSER A A 21				PASSER À LIGNE SUIVANTE	1	2	[] []
[] []		1	2	3				PASSER A 21				PASSER À LIGNE SUIVANTE	1	2	[] []
[] []		1	2	3				PASSER A 21				PASSER À LIGNE SUIVANTE	1	2	[] []
[] []		1	2	3				PASSER A 21				PASSER À LIGNE SUIVANTE	1	2	[] []
[] []		1	2	3				PASSER A 21				PASSER À LIGNE SUIVANTE	1	2	[] []

ENREGISTREMENT DES NAISSANCES A L'ÉTAT CIVIL

26	VÉRIFIER COLONNES (5) ET (7): NOMBRE D'ENFANTS DE MOINS DE 10 ANS QUI RÉSIDENT HABITUELLEMENT DANS LE MÉNAGE							AUCUN <input type="checkbox"/> ➤ ALLER A 31
			UN OU PLUS <input type="checkbox"/>					
REPLISSEZ LE TABLEAU SUIVANT POUR CHAQUE ENFANT DE MOINS DE 10 ANS								
(27)	(28)	POSEZ LES QUESTIONS SUIVANTES A LA PERSONNE EN CHARGE DE CHAQUE ENFANT (S'IL Y A PLUS DE 10 ENFANTS, UTILISEZ UN QUESTIONNAIRE SUPPLÉMENTAIRE) :						
		(29)			(30)			
ENREGISTRER LE N° DE LIGNE DE CHAQUE ENFANT DANS L'ORDRE DE LA COLONNE 1 DU TABLEAU DE MÉNAGE	ENREGISTRER LE NOM DE CHAQUE ENFANT	Est-ce que la naissance de (NOM) a été déclarée A l'état civil?			Est-ce que la naissance de (NOM) a été déclarée A l'état civil dans les 3 mois suivant la naissance ou quand (NOM) était plus âgé ?			
		OUI	NON	NSP	DANS LES 3 MOIS	PLUS TARD	NSP	
<input type="checkbox"/>		1	2 ↓ PASSER ENFANT SUIVANT	8 ↓ PASSER ENFANT SUIVANT	1	2	8	
<input type="checkbox"/>		1	2 ↓ PASSER ENFANT SUIVANT	8 ↓ PASSER ENFANT SUIVANT	1	2	8	
<input type="checkbox"/>		1	2 ↓ PASSER ENFANT SUIVANT	8 ↓ PASSER ENFANT SUIVANT	1	2	8	
<input type="checkbox"/>		1	2 ↓ PASSER ENFANT SUIVANT	8 ↓ PASSER ENFANT SUIVANT	1	2	8	
<input type="checkbox"/>		1	2 ↓ PASSER ENFANT SUIVANT	8 ↓ PASSER ENFANT SUIVANT	1	2	8	
<input type="checkbox"/>		1	2 ↓ PASSER ENFANT SUIVANT	8 ↓ PASSER ENFANT SUIVANT	1	2	8	
<input type="checkbox"/>		1	2 ↓ PASSER ENFANT SUIVANT	8 ↓ PASSER ENFANT SUIVANT	1	2	8	
<input type="checkbox"/>		1	2 ↓ PASSER ENFANT SUIVANT	8 ↓ PASSER ENFANT SUIVANT	1	2	8	
<input type="checkbox"/>		1	2 ↓ PASSER ENFANT SUIVANT	8 ↓ PASSER ENFANT SUIVANT	1	2	8	
<input type="checkbox"/>		1	2 ↓ PASSER ENFANT SUIVANT	8 ↓ PASSER ENFANT SUIVANT	1	2	8	
<input type="checkbox"/>		1	2 ↓ PASSER ENFANT SUIVANT	8 ↓ PASSER ENFANT SUIVANT	1	2	8	

HANDICAP

N°	QUESTIONS ET FILTRES	CODES	ALLER A				
Maintenant je voudrais vous poser quelques questions sur l'état de santé de chacune des personnes qui vivent habituellement dans votre ménage, y compris les petits enfants ?							
31	Y a-t-il dans votre ménage, quelqu'un A qui il manque une partie du corps, par exemple, une main, un bras, un pied ou une jambe ? SI OUI : Pouvez-vous me donner le nom de ces personnes ?	OUI 1 NON.....2	→34				
ENREGISTRER LE NOM ET LE N° DE LIGNE DE CHAQUE PERSONNE A QUI IL MANQUE UNE PARTIE DU CORPS. POSER Q. 33 SUR LA 1ère PERSONNE, PUIS SUR 2nde, ETC. (S'IL Y A PLUS DE 3 PERSONNES, UTILISEZ UN QUESTIONNAIRE SUPPLÉMENTAIRE).							
32	NOM ET NUMÉRO DE LIGNE DE Q.1 ET Q.2 NOM _____ N° DE LIGNE <input style="width: 20px; height: 20px;" type="text"/> <input style="width: 20px; height: 20px;" type="text"/>	NOM _____ N° DE LIGNE <input style="width: 20px; height: 20px;" type="text"/> <input style="width: 20px; height: 20px;" type="text"/>	NOM _____ N° DE LIGNE <input style="width: 20px; height: 20px;" type="text"/> <input style="width: 20px; height: 20px;" type="text"/>				
33	Est-ce que (NOM) souffre de ce problème depuis la naissance ou est-ce dû A un accident, une maladie ou A une autre cause ? SI ACCIDENT, INSISTER De quel type d'accident s'agit-il ?	<table style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <tr> <td style="width: 50%;"> DE NAISSANCE 11 ACCIDENT ROUTE 21 ACCIDENT TRAVAIL..... 22 ACCIDENT/MINE/ARME . 23 ACCIDENT BRULURE 24 SOINS/INJECTIONS MAL FAITS..... 25 ACCIDENT AUTRE 26 MALADIE 31 VIEILLESSE 41 SORCELLERIE..... 51 AUTRE.....61 NSP 98 </td> <td style="width: 50%;"> DE NAISSANCE 11 ACCIDENT ROUTE 21 ACCIDENT TRAVAIL..... 22 ACCIDENT/MINE/ARME . 23 ACCIDENT BRULURE 24 SOINS/INJECTIONS MAL FAITS 25 ACCIDENT AUTRE 26 MALADIE 31 VIEILLESSE 41 SORCELLERIE 51 AUTRE.....61 NSP 98 </td> </tr> </table>	DE NAISSANCE 11 ACCIDENT ROUTE 21 ACCIDENT TRAVAIL..... 22 ACCIDENT/MINE/ARME . 23 ACCIDENT BRULURE 24 SOINS/INJECTIONS MAL FAITS..... 25 ACCIDENT AUTRE 26 MALADIE 31 VIEILLESSE 41 SORCELLERIE..... 51 AUTRE.....61 NSP 98	DE NAISSANCE 11 ACCIDENT ROUTE 21 ACCIDENT TRAVAIL..... 22 ACCIDENT/MINE/ARME . 23 ACCIDENT BRULURE 24 SOINS/INJECTIONS MAL FAITS 25 ACCIDENT AUTRE 26 MALADIE 31 VIEILLESSE 41 SORCELLERIE 51 AUTRE.....61 NSP 98	<table style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <tr> <td style="width: 50%;"> DE NAISSANCE 11 ACCIDENT ROUTE 21 ACCIDENT TRAVAIL..... 22 ACCIDENT/MINE/ARME . 23 ACCIDENT BRULURE 24 SOINS/INJECTIONS MAL FAITS 25 ACCIDENT AUTRE 26 MALADIE 31 VIEILLESSE 41 SORCELLERIE 51 AUTRE.....61 NSP 98 </td> <td style="width: 50%;"> DE NAISSANCE 11 ACCIDENT ROUTE 21 ACCIDENT TRAVAIL..... 22 ACCIDENT/MINE/ARME . 23 ACCIDENT BRULURE 24 SOINS/INJECTIONS MAL FAITS 25 ACCIDENT AUTRE 26 MALADIE 31 VIEILLESSE 41 SORCELLERIE 51 AUTRE.....61 NSP 98 </td> </tr> </table>	DE NAISSANCE 11 ACCIDENT ROUTE 21 ACCIDENT TRAVAIL..... 22 ACCIDENT/MINE/ARME . 23 ACCIDENT BRULURE 24 SOINS/INJECTIONS MAL FAITS 25 ACCIDENT AUTRE 26 MALADIE 31 VIEILLESSE 41 SORCELLERIE 51 AUTRE.....61 NSP 98	DE NAISSANCE 11 ACCIDENT ROUTE 21 ACCIDENT TRAVAIL..... 22 ACCIDENT/MINE/ARME . 23 ACCIDENT BRULURE 24 SOINS/INJECTIONS MAL FAITS 25 ACCIDENT AUTRE 26 MALADIE 31 VIEILLESSE 41 SORCELLERIE 51 AUTRE.....61 NSP 98
DE NAISSANCE 11 ACCIDENT ROUTE 21 ACCIDENT TRAVAIL..... 22 ACCIDENT/MINE/ARME . 23 ACCIDENT BRULURE 24 SOINS/INJECTIONS MAL FAITS..... 25 ACCIDENT AUTRE 26 MALADIE 31 VIEILLESSE 41 SORCELLERIE..... 51 AUTRE.....61 NSP 98	DE NAISSANCE 11 ACCIDENT ROUTE 21 ACCIDENT TRAVAIL..... 22 ACCIDENT/MINE/ARME . 23 ACCIDENT BRULURE 24 SOINS/INJECTIONS MAL FAITS 25 ACCIDENT AUTRE 26 MALADIE 31 VIEILLESSE 41 SORCELLERIE 51 AUTRE.....61 NSP 98						
DE NAISSANCE 11 ACCIDENT ROUTE 21 ACCIDENT TRAVAIL..... 22 ACCIDENT/MINE/ARME . 23 ACCIDENT BRULURE 24 SOINS/INJECTIONS MAL FAITS 25 ACCIDENT AUTRE 26 MALADIE 31 VIEILLESSE 41 SORCELLERIE 51 AUTRE.....61 NSP 98	DE NAISSANCE 11 ACCIDENT ROUTE 21 ACCIDENT TRAVAIL..... 22 ACCIDENT/MINE/ARME . 23 ACCIDENT BRULURE 24 SOINS/INJECTIONS MAL FAITS 25 ACCIDENT AUTRE 26 MALADIE 31 VIEILLESSE 41 SORCELLERIE 51 AUTRE.....61 NSP 98						
34	Y a-t-il dans votre ménage, quelqu'un qui souffre d'une déformation des membres supérieurs ou inférieurs et qui ne peut pas ou a des difficultés A marcher et/ou A se servir de ses bras ou de ses mains ? SI OUI : Pouvez-vous me donner le nom de ces personnes ?	OUI 1 NON.....2	→38				
ENREGISTRER LE NOM ET LE N° DE LIGNE DE CHAQUE PERSONNE QUI SOUFFRE D'UNE DÉFORMATION. POSER Q. 36 ET 37 SUR LA 1ère PERSONNE, PUIS SUR LA 2nde, ETC. (S'IL Y A PLUS DE 3 PERSONNES, UTILISEZ UN QUESTIONNAIRE SUPPLÉMENTAIRE).							
35	NOM ET NUMÉRO DE LIGNE DE Q.1 ET Q.2 NOM _____ N° DE LIGNE <input style="width: 20px; height: 20px;" type="text"/> <input style="width: 20px; height: 20px;" type="text"/>	NOM _____ N° DE LIGNE <input style="width: 20px; height: 20px;" type="text"/> <input style="width: 20px; height: 20px;" type="text"/>	NOM _____ N° DE LIGNE <input style="width: 20px; height: 20px;" type="text"/> <input style="width: 20px; height: 20px;" type="text"/>				
36	Est-ce que (NOM) souffre de cette déformation depuis la naissance ou est-ce dû A un accident, une maladie ou A une autre cause ?	<table style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <tr> <td style="width: 50%;"> DE NAISSANCE 11 ACCIDENT..... 25 SOINS/INJECTIONS MAL FAITS..... 31 MALADIE 41 VIEILLESSE 51 SORCELLERIE..... 61 AUTRE.....71 NSP 98 </td> <td style="width: 50%;"> DE NAISSANCE 11 ACCIDENT 25 SOINS/INJECTIONS MAL FAITS 31 MALADIE 41 VIEILLESSE 51 SORCELLERIE 61 AUTRE.....71 NSP 98 </td> </tr> </table>	DE NAISSANCE 11 ACCIDENT..... 25 SOINS/INJECTIONS MAL FAITS..... 31 MALADIE 41 VIEILLESSE 51 SORCELLERIE..... 61 AUTRE.....71 NSP 98	DE NAISSANCE 11 ACCIDENT 25 SOINS/INJECTIONS MAL FAITS 31 MALADIE 41 VIEILLESSE 51 SORCELLERIE 61 AUTRE.....71 NSP 98	<table style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <tr> <td style="width: 50%;"> DE NAISSANCE 11 ACCIDENT 25 SOINS/INJECTIONS MAL FAITS 31 MALADIE 41 VIEILLESSE 51 SORCELLERIE 61 AUTRE.....71 NSP 98 </td> <td style="width: 50%;"> DE NAISSANCE 11 ACCIDENT 25 SOINS/INJECTIONS MAL FAITS 31 MALADIE 41 VIEILLESSE 51 SORCELLERIE 61 AUTRE.....71 NSP 98 </td> </tr> </table>	DE NAISSANCE 11 ACCIDENT 25 SOINS/INJECTIONS MAL FAITS 31 MALADIE 41 VIEILLESSE 51 SORCELLERIE 61 AUTRE.....71 NSP 98	DE NAISSANCE 11 ACCIDENT 25 SOINS/INJECTIONS MAL FAITS 31 MALADIE 41 VIEILLESSE 51 SORCELLERIE 61 AUTRE.....71 NSP 98
DE NAISSANCE 11 ACCIDENT..... 25 SOINS/INJECTIONS MAL FAITS..... 31 MALADIE 41 VIEILLESSE 51 SORCELLERIE..... 61 AUTRE.....71 NSP 98	DE NAISSANCE 11 ACCIDENT 25 SOINS/INJECTIONS MAL FAITS 31 MALADIE 41 VIEILLESSE 51 SORCELLERIE 61 AUTRE.....71 NSP 98						
DE NAISSANCE 11 ACCIDENT 25 SOINS/INJECTIONS MAL FAITS 31 MALADIE 41 VIEILLESSE 51 SORCELLERIE 61 AUTRE.....71 NSP 98	DE NAISSANCE 11 ACCIDENT 25 SOINS/INJECTIONS MAL FAITS 31 MALADIE 41 VIEILLESSE 51 SORCELLERIE 61 AUTRE.....71 NSP 98						
37	Est-ce que (NOM) a seulement des difficultés A se servir de ses bras ou jambes, ou est-ce que (NOM) ne peut pas du tout se servir de ses bras ou de ses jambes ?	HANDICAP PARTIEL 1 HANDICAP TOTAL..... 2	HANDICAP PARTIEL 1 HANDICAP TOTAL 2				

38	Y a-t-il dans votre ménage, quelqu'un qui ne voit presque pas ou qui est aveugle ?	OUI 1			→42
	SI OUI : Pouvez-vous me donner le nom de ces personnes ?	NON..... 2			
ENREGISTRER LE NOM ET LE N° DE LIGNE DE CHAQUE PERSONNE QUI A DES PROBLÈMES DE VISION. POSER Q. 40 ET 41 SUR LA 1ère PERSONNE, PUIS SUR LA 2nde, ETC.					
39	NOM ET NUMÉRO DE LIGNE DE Q.1 ET Q.2	NOM _____ N° DE LIGNE <input type="text"/> <input type="text"/>	NOM _____ N° DE LIGNE <input type="text"/> <input type="text"/>	NOM _____ N° DE LIGNE <input type="text"/> <input type="text"/>	
40	Est-ce que (NOM) a ces problèmes de vision depuis la naissance ou est-ce dû A un accident, une maladie ou A une autre cause ?	DE NAISSANCE 11 ACCIDENT 25 SOINS/INJECTIONS MAL FAITS..... 31 MALADIE 41 VIEILLESSE 51 SORCELLERIE..... 61 AUTRE.....71 NSP 98	DE NAISSANCE 11 ACCIDENT 25 SOINS/INJECTIONS MAL FAITS..... 31 MALADIE 41 VIEILLESSE 51 SORCELLERIE..... 61 AUTRE.....71 NSP 98	DE NAISSANCE.....11 ACCIDENT25 SOINS/INJECTIONS MAL FAITS31 MALADIE41 VIEILLESSE51 SORCELLERIE61 AUTRE71 NSP98	
41	Est-ce que (NOM) a des difficultés pour voir ou est-ce que (NOM) est complètement aveugle ?	PERTE VISION PARTIEL.. 1 AVEUGLE..... 2	PERTE VISION PARTIEL.. 1 AVEUGLE 2	PERTE VISION PARTIEL .. 1 AVEUGLE 2	
42	Y a-t-il dans votre ménage, quelqu'un qui n'entend presque pas ou qui est sourd ?	OUI 1			→46
	SI OUI : Pouvez-vous me donner le nom de ces personnes ?	NON..... 2			
ENREGISTRER LE NOM ET LE N° DE LIGNE DE CHAQUE PERSONNE QUI A DES PROBLÈMES POUR ENTENDRE. POSER Q. 44 ET 45 SUR LA 1ère PERSONNE, PUIS SUR LA 2 nd e, ETC.					
43	NOM ET NUMÉRO DE LIGNE DE Q.1 ET Q.2	NOM _____ N° DE LIGNE <input type="text"/> <input type="text"/>	NOM _____ N° DE LIGNE <input type="text"/> <input type="text"/>	NOM _____ N° DE LIGNE <input type="text"/> <input type="text"/>	
44	Est-ce que (NOM) a ces problèmes pour entendre depuis la naissance ou est-ce dû A un accident, une maladie ou A une autre cause ?	DE NAISSANCE 11 ACCIDENT 25 SOINS/INJECTIONS MAL FAITS..... 31 MALADIE 41 VIEILLESSE 51 SORCELLERIE..... 61 AUTRE.....71 NSP 98	DE NAISSANCE 11 ACCIDENT 25 SOINS/INJECTIONS MAL FAITS..... 31 MALADIE 41 VIEILLESSE 51 SORCELLERIE..... 61 AUTRE.....71 NSP 98	DE NAISSANCE.....11 ACCIDENT25 SOINS/INJECTIONS MAL FAITS31 MALADIE41 VIEILLESSE51 SORCELLERIE61 AUTRE71 NSP98	
45	Est-ce que (NOM) a des difficultés pour entendre ou est-ce que (NOM) est complètement sourd ?	PERTE OUIE PARTIEL 1 SOURD..... 2	PERTE OUIE PARTIEL 1 SOURD 2	PERTE OUIE PARTIEL..... 1 SOURD 2	

NO	QUESTIONS ET FILTRES	CODES			ALLER A
46	Y a-t-il dans votre ménage, quelqu'un qui a de graves difficultés pour parler ou qui est muet ? SI OUI : Pouvez-vous me donner le nom de ces personnes ?	OUI 1 NON.....2			→50
ENREGISTRER LE NOM ET LE N° DE LIGNE DE CHAQUE PERSONNE QUI A DES PROBLÈMES POUR PARLER. POSER Q. 48 ET 49 SUR LA 1ère PERSONNE, PUIS SUR LA 2nde, ETC.					
47	NOM ET NUMÉRO DE LIGNE DE Q.1 ET Q.2	NOM _____ N° DE LIGNE <input type="text"/> <input type="text"/>	NOM _____ N° DE LIGNE <input type="text"/> <input type="text"/>	NOM _____ N° DE LIGNE <input type="text"/> <input type="text"/>	
48	Est-ce que (NOM) a ces problèmes pour parler ou depuis la naissance ou est-ce dû A un accident, une maladie ou A une autre cause ?	DE NAISSANCE 11 ACCIDENT 25 SOINS/INJECTIONS MAL FAITS..... 31 MALADIE 41 VIEILLESSE 51 SORCELLERIE..... 61 AUTRE.....71 NSP 98	DE NAISSANCE 11 ACCIDENT 25 SOINS/INJECTIONS MAL FAITS..... 31 MALADIE 41 VIEILLESSE 51 SORCELLERIE..... 61 AUTRE.....71 NSP 98	DE NAISSANCE..... 11 ACCIDENT 25 SOINS/INJECTIONS MAL FAITS 31 MALADIE.....41 VIEILLESSE 51 SORCELLERIE 61 AUTRE.....71 NSP 98	
49	Est-ce que (NOM) a des difficultés pour parler ou est-ce que (NOM) est complètement muet ?	PERTE PAROLE PARTIEL 1 MUET 2	PERTE PAROLE PARTIEL 1 MUET 2	PERTE PAROLE PARTIEL 1 MUET 2	
50	Y a-t-il dans votre ménage, quelqu'un A qui il manque certaines extrémités du corps, comme des bouts de doigt, d'orteil, de nez ou d'oreille ? SI OUI : Pouvez-vous me donner le nom de ces personnes ?	OUI 1 NON.....2			→54
ENREGISTRER LE NOM ET LE N° DE LIGNE DE CHAQUE PERSONNE A QUI IL MANQUE CERTAINES PARTIES DU CORPS. POSER Q. 52 ET 53 SUR LA 1ère PERSONNE, PUIS SUR LA 2nde, ETC.					
51	NOM ET NUMÉRO DE LIGNE DE Q.1 ET Q.2	NOM _____ N° DE LIGNE <input type="text"/> <input type="text"/>	NOM _____ N° DE LIGNE <input type="text"/> <input type="text"/>	NOM _____ N° DE LIGNE <input type="text"/> <input type="text"/>	
52	Est-ce que (NOM) souffre de ce problème depuis la naissance ou est-ce dû A un accident, une maladie ou A une autre cause ?	DE NAISSANCE 11 ACCIDENT 25 SOINS/INJECTIONS MAL FAITS..... 31 MALADIE 41 VIEILLESSE 51 SORCELLERIE..... 61 AUTRE.....71 NSP 98	DE NAISSANCE 11 ACCIDENT 25 SOINS/INJECTIONS MAL FAITS..... 31 MALADIE 41 VIEILLESSE 51 SORCELLERIE..... 61 AUTRE.....71 NSP 98	DE NAISSANCE..... 11 ACCIDENT 25 SOINS/INJECTIONS MAL FAITS 31 MALADIE.....41 VIEILLESSE 51 SORCELLERIE 61 AUTRE.....71 NSP 98	
53	Est-ce que (NOM) a certaines extrémités du corps qui sont insensibles ?	OUI 1 NON 2 NSP 8	OUI..... 1 NON 2 NSP 8	OUI 1 NON 2 NSP 8	

NO	QUESTIONS ET FILTRES	CODES			ALLER A
54	Y a-t-il dans votre ménage, quelqu'un qui a des troubles du comportement ? SI OUI : Pouvez-vous me donner le nom de ces personnes ?	OUI 1	NON..... 2		->58
ENREGISTRER LE NOM ET LE N° DE LIGNE DE CHAQUE PERSONNE QUI A DES TROUBLES DE COMPORTEMENT. POSER Q. 56 ET 57 SUR LA 1ère PERSONNE, PUIS SUR 2nde, ETC.					
55	NOM ET NUMÉRO DE LIGNE DE Q.1 ET Q.2	NOM _____ N° DE LIGNE <input type="text"/> <input type="text"/>	NOM _____ N° DE LIGNE <input type="text"/> <input type="text"/>	NOM _____ N° DE LIGNE <input type="text"/> <input type="text"/>	
56	Est-ce que (NOM) a ces troubles depuis la naissance ou est-ce dû A un accident, une maladie ou A une autre cause ?	DE NAISSANCE 11 ACCIDENT 25 SOINS/INJECTIONS MAL FAITS..... 31 MALADIE 41 VIEILLESSE 51 SORCELLERIE..... 61 AUTRE.....71 NSP 98	DE NAISSANCE 11 ACCIDENT 25 SOINS/INJECTIONS MAL FAITS..... 31 MALADIE 41 VIEILLESSE 51 SORCELLERIE..... 61 AUTRE.....71 NSP 98	DE NAISSANCE..... 11 ACCIDENT 25 SOINS/INJECTIONS MAL FAITS 31 MALADIE.....41 VIEILLESSE 51 SORCELLERIE 61 AUTRE.....71 NSP 98	
57	Est-ce que les troubles de (NOM) sont légers ou profonds ?	LÉGER..... 1 PROFOND 2 NSP 8	LÉGER..... 1 PROFOND 2 NSP 8	LÉGER 1 PROFOND 2 NSP 8	

CARACTÉRISTIQUES DES LOGEMENTS

N°	QUESTIONS ET FILTRES	CODES	ALLER A																					
58	D'où provient principalement l'eau que boivent les membres de votre ménage?	EAU DU ROBINET DANS LOGEMENT/COUR..... 11 →60 FONTAINE PUBLIQUE 12 PUIITS MODERNE/FORAGE DANS COUR 21 →60 PUIITS MODERNE/FORAGE PUBLIC/COMMUNAUTAIRE 22 PUIITS TRADITIONNEL DANS COUR 31 →60 PUIITS TRADITIONNEL PUBLIC/COMMUNAUTAIRE 32 SOURCE PROTÉGÉE 41 SOURCE NON PROTÉGÉE 42 FLEUVE/RIVIÈRE/CANAL 43 MARE/LAC/MARIGOT 44 VENDEUR D'EAU PROVENANT DE PUIITS MODERNE/FORAGE 51 →60 VENDEUR D'EAU PROVENANT DE PUIITS TRADITIONNEL 52 →60 VENDEUR D'EAU PROVENANT DE RIVIÈRE/MARE/LAC/MARIGOT 53 →60 VENDEUR D'EAU DE PROVENANCE INDÉTERMINÉE 54 →60 EAU DE PLUIE 61 →60 CAMION CITERNE 71 →60 AUTRE 96																						
59	Combien de temps faut-il pour aller là-bas, prendre de l'eau et revenir?	MINUTES <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> SUR PLACE 996																						
60	Quel genre de toilettes la plupart des membres de votre ménage utilisent?	CHASSE D'EAU POUR LE MÉNAGE SEUL 1 CHASSE D'EAU EN COMMUN 2 FOSSES/LATRINES AMÉLIORÉES 3 FOSSE/LATRINES RUDIMENTAIRES 4 PAS DE TOILETTES /NATURE 5 AUTRE 6																						
61	Dans votre ménage, avez-vous :	<table style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <thead> <tr> <th style="width: 80%;"></th> <th style="width: 10%; text-align: center;">OUI</th> <th style="width: 10%; text-align: center;">NON</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>ÉLECTRICITÉ RÉSEAU 1</td> <td style="text-align: center;">1</td> <td style="text-align: center;">2</td> </tr> <tr> <td>ÉLECTRICITÉ PERSONNELLE .. 1</td> <td style="text-align: center;">1</td> <td style="text-align: center;">2</td> </tr> <tr> <td>RADIO 1</td> <td style="text-align: center;">1</td> <td style="text-align: center;">2</td> </tr> <tr> <td>TÉLÉVISION 1</td> <td style="text-align: center;">1</td> <td style="text-align: center;">2</td> </tr> <tr> <td>TÉLÉPHONE 1</td> <td style="text-align: center;">1</td> <td style="text-align: center;">2</td> </tr> <tr> <td>RÉFRIGÉRATEUR/CONGÉL. 1</td> <td style="text-align: center;">1</td> <td style="text-align: center;">2</td> </tr> </tbody> </table>		OUI	NON	ÉLECTRICITÉ RÉSEAU 1	1	2	ÉLECTRICITÉ PERSONNELLE .. 1	1	2	RADIO 1	1	2	TÉLÉVISION 1	1	2	TÉLÉPHONE 1	1	2	RÉFRIGÉRATEUR/CONGÉL. 1	1	2	
	OUI	NON																						
ÉLECTRICITÉ RÉSEAU 1	1	2																						
ÉLECTRICITÉ PERSONNELLE .. 1	1	2																						
RADIO 1	1	2																						
TÉLÉVISION 1	1	2																						
TÉLÉPHONE 1	1	2																						
RÉFRIGÉRATEUR/CONGÉL. 1	1	2																						
62	Dans votre ménage, quel type d'éclairage utilisez-vous principalement?	ÉLECTRICITÉ 1 LAMPE A GAZ 2 LAMPE A PÉTROLE 3 LAMPE TORCHE (A PILES) 4 BOIS/TIGE/PAILLÉ 5 LAMPE TRADITIONNELLE (A PÉTROLE OU À HUILE) 6 AUTRE 7																						

N°	QUESTIONS ET FILTRES	CODES	ALLER A
63	Dans votre ménage, y a-t-il quelqu'un qui possède : a) Une bicyclette? b) Une mobylette ou une motocyclette? c) Une voiture, un camion ou une camionnette? d) Une pirogue? e) Une charrette f) Un chameau/cheval/âne?	OUI NON BICYCLETTE 1 2 MOBYLETTE/MOTO 1 2 VOITURE/CAMION 1 2 PIROGUE 1 2 CHARRETTE 1 2 CHAMEAU/CHEVAL/ANE 1 2	
64	Dans votre ménage, combien de pièces utilisez-vous pour dormir?	NOMBRE DE PIÈCES <input type="text"/>	
65	PRINCIPAL MATÉRIAU DU SOL ENREGISTRER L'OBSERVATION.	TERRE/SABLE 1 NATTES/PALMES 2 CARRELAGE 3 CIMENT 4 AUTRE 6	
66	PRINCIPAL MATÉRIAU DES MURS ENREGISTRER L'OBSERVATION.	PAILLE/PALMES/BAMBOU/BOIS 1 TOLES 2 BANCO 3 SEMI-DUR 4 DUR 5 AUTRE 6	
67	PRINCIPAL MATÉRIAU DU TOIT ENREGISTRER L'OBSERVATION.	PAILLE/PALME 1 BANCO 2 TOLE 3 BÉTON/TUILE 4 AUTRE 6	
68	Dans votre ménage, avez-vous des moustiquaires qui peuvent être utilisées pour dormir?	OUI 1 NON 2	→72
69	VÉRIFIER LES COLONNES (6) ET (7): NOMBRE D'ENFANTS DE MOINS DE 5 ANS QUI ONT DORMI DANS LE MÉNAGE LA NUIT DERNIÈRE AUCUN <input type="text"/> UN <input type="text"/> DEUX OU PLUS <input type="text"/>		→72 →71
70	Est-ce que, la nuit dernière, (NOM) a dormi sous une moustiquaire?	OUI 1 NON 2 NSP 8	→72
71	Parmi les enfants de moins de 5 ans qui ont dormi dans le ménage la nuit dernière, tous ont-ils dormi sous une moustiquaire, certains d'entre eux ou aucun?	TOUS 1 CERTAINS 2 AUCUN 3 NSP 8	

N°	QUESTIONS ET FILTRES	CODES	ALLER A
72	DEMANDER A L'ENQUÊTÉE UNE CUILLÈRE DE SEL. TESTER LE SEL POUR VÉRIFIER LA PRÉSENCE D'IODE. ENREGISTRER LE RÉSULTAT DU TEST	SEL IODÉ (COULEUR FONCÉE – 15PPM) 1 SEL IODÉ (COULEUR FAIBLE – MOINS DE 15PPM) 2 SEL NON IODÉ (PAS DE COULEUR)..... 3 PAS DE SEL DISPONIBLE..... 4 PAS TESTÉ..... 5	

OBSERVATIONS DE L'ENQUÊTRICE/ENQUÊTEUR

À REMPLIR APRÈS AVOIR TERMINÉ L'INTERVIEW
(SI LE QUESTIONNAIRE N'A PAS ÉTÉ REMPLI, EXPLIQUER)

OBSERVATIONS DE LA CONTRÔLEUSE

À REMPLIR APRÈS AVOIR TERMINÉ LA VÉRIFICATION DU QUESTIONNAIRE

NOM DE LA CONTRÔLEUSE: _____ DATE: _____

OBSERVATIONS DU CHEF D'ÉQUIPE

À REMPLIR APRÈS AVOIR TERMINÉ LA VÉRIFICATION DU QUESTIONNAIRE

NOM DU CHEF D'ÉQUIPE : _____ DATE: _____