

**ENQUÊTE DÉMOGRAPHIQUE ET DE SANTÉ CONTINUE (EDS-CONTINUE 2014)
QUESTIONNAIRE MENAGE**

République du Sénégal
Ministère du Plan
Ministère de la Santé et de l'Action Sociale

ICF

IDENTIFICATION

NOM DE LA LOCALITE _____	
NOM DU CHEF DE MENAGE _____ NUMERO DU MENAGE _____	MENAGE <input type="text"/>
NUMERO DE CONCESSION	CONCESSION <input type="text"/>
NUMERO DE GRAPPE	GRAPPE.... <input type="text"/>
REGION	REGION <input type="text"/>
URBAIN/RURAL (URBAIN=1, RURAL=2)	MILIEU <input type="text"/>
DAKAR/CAPITALE REGIONALE/AUTRE VILLE/RURAL	MILIEU (DETAILLE) <input type="text"/>
(DAKAR=1, CAPITALE REGIONALE=2, AUTRE VILLE=3, RURAL=4)	
MÉNAGE SÉLECTIONNÉ DANS UNE ENQUÊTE HOMME ? (OUI=1, NON=2)	ENQUÊTE HOMME <input type="checkbox"/>

VISITES D'ENQUETRICES

	1	2	3	VISITE FINALE
DATE	_____	_____	_____	JOUR <input type="text"/>
NOM DE L'ENQUETRICE	_____	_____	_____	MOIS <input type="text"/>
RESULTAT*	_____	_____	_____	ANNEE.... <input type="text"/> 2 <input type="text"/> 0 <input type="text"/> 1 <input type="text"/>
PROCHAINE DATE VISITE :	_____	_____		CODE ENQUET... <input type="text"/>
HEURE	_____	_____		CODE RESULTAT..... <input type="text"/>
*CODES RESULTATS : 1 REMPLI 2 PAS DE MEMBRE DU MENAGE A LA MAISON OU PAS D'ENQUETE COMPETENT AU MOMENT DE LA VISITE 3 MENAGE TOTALEMENT ABSENT POUR UNE LONGUE PERIODE 4 DIFFERE 5 REFUSE 6 LOGEMENT VIDE OU PAS DE LOGEMENT A L'ADRESSE 7 LOGEMENT DETRUIT 8 LOGEMENT NON TROUVE 9 AUTRE _____ (PRECISER)				NOMBRE TOTAL DE VISITES <input type="text"/> TOTAL DANS LE MENAGE <input type="text"/> TOTAL FEMMES ELIGIBLES <input type="text"/> TOTAL HOMMES ELIGIBLES <input type="text"/> N° LIGNE ENQUETE POUR QUESTION. MENAGE <input type="text"/>

CHEF D'EQUIPE

NOM _____
DATE _____

PRÉSENTATION ET CONSENTEMENT APRÈS INFORMATION

Bonjour. Je m'appelle _____ . Je travaille pour l'Agence Nationale de la Statistique et de la Démographie en collaboration avec le Ministère de la Santé et de l'Action Sociale. Nous effectuons une enquête nationale sur la santé au Sénégal. Les informations que nous collectons aideront votre gouvernement à améliorer les services de santé. Votre ménage a été sélectionné pour cette enquête. Nous voudrions vous poser quelques questions sur votre ménage. Les questions prennent habituellement entre 15 et 20 minutes. Toutes les informations que vous nous donnerez sont strictement confidentielles et elles ne seront transmises à personne d'autres que les membres de l'équipe d'enquête. Vous n'êtes pas obligé de participer à cette enquête, mais nous espérons que vous accepterez d'y participer car votre opinion est très importante. S'il arrivait que je pose une question à laquelle vous ne voulez pas répondre, dites-le moi et je passerai à la question suivante ; vous pouvez également interrompre l'interview à n'importe quel moment. Si vous souhaitez plus d'informations sur l'enquête, vous pouvez contacter les personnes figurant sur cette carte.

DONNEZ LA CARTE AVEC LES INFORMATIONS POUR CONTACTER CES PERSONNES

Avez-vous des questions à me poser ?
Puis-je commencer l'interview maintenant ?

SIGNATURE DE
L'ENQUÊTEUR/ENQUÊTRICE : _____ DATE: _____

L'ENQUÊTÉ ACCEPTE DE RÉPONDRE 1 L'ENQUÊTÉ REFUSE DE RÉPONDRE 2 → FIN



TABLEAU MÉNAGE

N° LIGNE	RÉSIDENTS HABITUELS ET VISITEURS	LIEN AVEC LE CHEF DE MÉNAGE	SEXE	RÉSIDENCE		ÂGE	ÉTAT MATRIMONIAL	ÉLIGIBILITÉ		
				5	6			9	10	11
1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11
	<p>S'il vous plaît, donnez-moi les noms des personnes qui vivent habituellement dans votre ménage et des visiteurs qui ont passé la nuit dernière ici, en commençant par le chef de ménage.</p> <p>APRÈS AVOIR LISTÉ LES NOMS ET ENREGISTRÉ LE LIEN DE PARENTÉ ET LE SEXE POUR CHAQUE PERSONNE, POSEZ LES QUESTIONS 2A, 2B, 2C POUR VOUS ASSURER QUE LA LISTE EST COMPLÈTE.</p> <p>POSEZ ENSUITE LES QUESTIONS APPROPRIÉES DES COLONNES 5-20 POUR CHAQUE PERSONNE.</p>	<p>Quel est le lien de parenté de (NOM) avec le chef de ménage ?</p> <p>VOIR CODES CI-DESSOUS</p>	<p>(NOM) est-il de sexe masculin ou féminin ?</p>	<p>(NOM) vit-il/elle ici habituellement ?</p>	<p>(NOM) a-t-il/elle passé la nuit dernière ici ?</p>	<p>Quel âge a (NOM) ?</p> <p>SI 95 OU PLUS, INSCRIVEZ '95'.</p>	<p>Quel est l'état matrimonial actuel de (NOM) ?</p> <p>1 = MARIÉ OU VIVANT ENSEMBLE 2 = DIVORCÉ/ SÉPARÉ 3 = VEUF 4 = JAMAIS MARIÉ ET N'A JAMAIS VÉCU AVEC QUELQU'UN</p>	<p>ENCERCLEZ LE N° DE LIGNE DE TOUTES LES FEMMES DE 15-49 ANS</p>	<p>ENCERCLEZ LE N° DE LIGNE DE TOUS LES HOMMES DE 15-59 ANS</p>	<p>ENCERCLEZ LE N° DE LIGNE DE TOUS LES ENFANTS DE 0-5 ANS</p>
01		<input type="checkbox"/>	M F 1 2	O N 1 2	O N 1 2	EN ANNÉES <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	01	01	01
02		<input type="checkbox"/>	1 2	1 2	1 2	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	02	02	02
03		<input type="checkbox"/>	1 2	1 2	1 2	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	03	03	03
04		<input type="checkbox"/>	1 2	1 2	1 2	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	04	04	04
05		<input type="checkbox"/>	1 2	1 2	1 2	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	05	05	05
06		<input type="checkbox"/>	1 2	1 2	1 2	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	06	06	06
07		<input type="checkbox"/>	1 2	1 2	1 2	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	07	07	07
08		<input type="checkbox"/>	1 2	1 2	1 2	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	08	08	08
09		<input type="checkbox"/>	1 2	1 2	1 2	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	09	09	09
10		<input type="checkbox"/>	1 2	1 2	1 2	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	10	10	10

CODES POUR Q. 3: LIEN DE PARENTÉ AVEC LE CHEF DE MÉNAGE

- | | |
|---------------------------------|-----------------------------------------------|
| 01 = CHEF DE MÉNAGE | 07 = BEAU-PÈRE OU BELLE MÈRE |
| 02 = MARI OU FEMME | 08 = FRÈRE OU SOEUR |
| 03 = FILS OU FILLE | 09 = CO-EPOUSE |
| 04 = GENDRE OU BELLE-FILLE | 10 = AUTRES PARENTS |
| 05 = PETIT-FILS OU PETITE FILLE | 11 = ENFANTS ADOPTÉS/EN GARDE/ENF DU CONJOINT |
| 06 = PÈRE OU MÈRE | 98 = NE SAIT PAS |

N° LIGNE	SI AGE DE 0-17 ANS				SI AGE DE 5 ANS OU PLUS		SI AGE DE 5-24 ANS				SI AGE moins 5 ANS (0-59mois)
	ÉTAT DE SURVIE ET RÉSIDENCE DES PARENTS BIOLOGIQUES				A FRÉQUENTÉ L'ÉCOLE		FRÉQUENTATION SCOLAIRE ACTUELLE OU RÉCENTE		FRÉQUENTATION SCOLAIRE ANNÉE PRÉCÉDENTE		DÉCLARATION DE NAISSANCE
	12	13	14	15	16	17	18	19	19A	19B	20
	La mère biologique de (NOM) est-elle en vie ?	La mère biologique de (NOM) vit-elle habituel- lement dans ce ménage ou était-elle en visite ici la nuit dernière ?	Le père biologique de (NOM) est-il en vie ?	Le père biologique de (NOM) vit-il habituel- lement dans ce ménage ou était-il en visite ici la nuit dernière ?	(NOM) a-t-il/elle déjà fréquenté l'école ?	Quel est le plus haut niveau d'études que (NOM) a atteint ? VOIR CODES CI-DESSOUS Quelle est la dernière classe que (NOM) a achevée à ce niveau ? VOIR CODES CI-DESSOUS	(Nom) a t-il /elle fréquenté l'école à n'importe quel moment durant l'année scolaire (2013- 2014) ?	Au cours de cette année scolaire, à quel niveau et en quelle classe est/était (NOM) ? VOIR CODES CI-DESSOUS	Au cours de l'année scolaire précédente, (NOM) a-t-il/elle fréquenté l'école à un certain moment ?	Durant l'année scolaire précé- dente, à quel niveau et dans quelle classe était (NOM) ?	(NOM) a t-il/elle un certificat de naissance ? SI NON, INSISTEZ: La naissance de (NOM) a t-elle été déclarée à l'état civil ? 1 = A UN CERTIFICAT 2 = DÉCLARÉE 3 = NI L'UN, NI L'AUTRE 8 = NE SAIT PAS
01	O N NSP 1 2 8 ↓ ALLEZ À 14	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	O N NSP 1 2 8 ↓ ALLEZ À 16	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	O N NIVEAU CLASSE 1 2 ↓ 20G	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	O N NIVEAU CLASSE 1 2 ↓ 19A	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	O N NIVEAU CLASSE 1 2 ↓ 20G	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
02	1 2 8 ↓ ALLEZ À 14	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	1 2 8 ↓ ALLEZ À 16	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	1 2 ↓ 20G	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	1 2 ↓ 19A	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	1 2 ↓ 20G	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
03	1 2 8 ↓ ALLEZ À 14	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	1 2 8 ↓ ALLEZ À 16	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	1 2 ↓ 20G	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	1 2 ↓ 19A	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	1 2 ↓ 20G	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
04	1 2 8 ↓ ALLEZ À 14	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	1 2 8 ↓ ALLEZ À 16	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	1 2 ↓ 20G	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	1 2 ↓ 19A	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	1 2 ↓ 20G	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
05	1 2 8 ↓ ALLEZ À 14	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	1 2 8 ↓ ALLEZ À 16	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	1 2 ↓ 20G	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	1 2 ↓ 19A	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	1 2 ↓ 20G	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
06	1 2 8 ↓ ALLEZ À 14	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	1 2 8 ↓ ALLEZ À 16	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	1 2 ↓ 20G	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	1 2 ↓ 19A	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	1 2 ↓ 20G	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
07	1 2 8 ↓ ALLEZ À 14	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	1 2 8 ↓ ALLEZ À 16	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	1 2 ↓ 20G	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	1 2 ↓ 19A	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	1 2 ↓ 20G	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
08	1 2 8 ↓ ALLEZ À 14	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	1 2 8 ↓ ALLEZ À 16	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	1 2 ↓ 20G	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	1 2 ↓ 19A	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	1 2 ↓ 20G	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
09	1 2 8 ↓ ALLEZ À 14	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	1 2 8 ↓ ALLEZ À 16	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	1 2 ↓ 20G	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	1 2 ↓ 19A	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	1 2 ↓ 20G	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
10	1 2 8 ↓ ALLEZ À 14	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	1 2 8 ↓ ALLEZ À 16	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	1 2 ↓ 20G	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	1 2 ↓ 19A	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	1 2 ↓ 20G	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

CODES POUR Qs. 17 ET 19: NIVEAU D'INSTRUCTION

<p>NIVEAU</p> <p>1 = ELEMENTAIRE 2 = MOYEN 2 = SECONDAIRE 3 = SUPÉRIEUR 6 = PRESCOLAIRE 8 = NE SAIT PAS</p>	<p>CLASSE</p> <p>00 = MOINS D'1 ANNÉE ACHÉVÉE (UTILISEZ '00' POUR Q. 17 SEULEMENT. CE CODE N'EST PAS AUTORISÉ À Q. 19). 98 = NE SAIT PAS</p>
----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------	---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------

N° LIGNE	RÉSIDENTS HABITUELS ET VISITEURS	LIEN AVEC LE CHEF DE MÉNAGE	SEXE	RÉSIDENCE		ÂGE	SI 15 ANS OU PLUS	ÉLIGIBILITÉ		
				ÉTAT MATRIMONIAL	9		10	11		
1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11
	<p>S'il vous plaît, donnez-moi les noms des personnes qui vivent habituellement dans votre ménage et des visiteurs qui ont passé la nuit dernière ici, en commençant par le chef de ménage.</p> <p>APRÈS AVOIR LISTÉ LES NOMS ET ENREGISTRÉ LE LIEN DE PARENTÉ ET LE SEXE POUR CHAQUE PERSONNE, POSEZ LES QUESTIONS 2A, 2B, 2C POUR VOUS ASSURER QUE LA LISTE EST COMPLÈTE.</p> <p>POSEZ ENSUITE LES QUESTIONS APPROPRIÉES DES COLONNES 5-20 POUR CHAQUE PERSONNE.</p>	<p>Quel est le lien de parenté de (NOM) avec le chef de ménage ?</p> <p>VOIR CODES CI-DESSOUS</p>	(NOM) est-il de sexe masculin ou féminin ?	(NOM) vit-il/elle ici habituellement ?	(NOM) a-t-il/elle passé la nuit dernière ici ?	<p>Quel âge a (NOM) ?</p> <p>SI 95 OU PLUS, INSCRIVEZ '95'.</p>	<p>Quel est l'état matrimonial actuel de (NOM) ?</p> <p>1 = MARIÉ OU VIVANT ENSEMBLE 2 = DIVORCÉ/ SÉPARÉ 3 = VEUF 4 = JAMAIS MARIÉ ET N'A JAMAIS VÉCU AVEC QUELQU'UN</p>	ENCER-CLEZ LE N° DE LIGNE DE TOUTES LES FEMMES DE 15-49 ANS	ENCER-CLEZ LE N° DE LIGNE DE TOUS LES HOMMES DE 15 - 59 ANS	ENCER-CLEZ LE N° DE LIGNE DE TOUS LES ENFANTS DE 0 - 5 ANS
11		<input type="text"/>	M F 1 2	O N 1 2	O N 1 2	EN ANNÉE <input type="text"/>	<input type="text"/>	11	11	11
12		<input type="text"/>	1 2	1 2	1 2	<input type="text"/>	<input type="text"/>	12	12	12
13		<input type="text"/>	1 2	1 2	1 2	<input type="text"/>	<input type="text"/>	13	13	13
14		<input type="text"/>	1 2	1 2	1 2	<input type="text"/>	<input type="text"/>	14	14	14
15		<input type="text"/>	1 2	1 2	1 2	<input type="text"/>	<input type="text"/>	15	15	15
16		<input type="text"/>	1 2	1 2	1 2	<input type="text"/>	<input type="text"/>	16	16	16
17		<input type="text"/>	1 2	1 2	1 2	<input type="text"/>	<input type="text"/>	17	17	17
18		<input type="text"/>	1 2	1 2	1 2	<input type="text"/>	<input type="text"/>	18	18	18
19		<input type="text"/>	1 2	1 2	1 2	<input type="text"/>	<input type="text"/>	19	19	19
20		<input type="text"/>	1 2	1 2	1 2	<input type="text"/>	<input type="text"/>	20	20	20

COCHER ICI SI UNE AUTRE FEUILLE EST UTILISÉE

2A) Juste pour être sûr(e) 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 listés?
 2B) Ya t-il d'autres personnes qui ne sont peut-être pas membres de votre famille, tels que des domestiques, locataires ou amis qui vivent habituellement ici ?
 2C) 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 AJOUTER AU TABLEAU NON

OUI AJOUTER AU TABLEAU NON

OUI AJOUTER AU TABLEAU NON

CODES POUR Q. 3: LIEN AVEC LE CHEF DE MENAGE

- 01 = CHEF DE MÉNAGE
- 02 = FEMME OU MARI
- 03 = FILS OU FILLE
- 04 = GENDRE/BELLE-FILLE
- 05 = PETIT-FILS/FILLE
- 06 = PÈRE/MÈRE
- 07 = BEAUX-PARENTS
- 08 = FRÈRE OU SOEUR
- 09 = AUTRE PARENT
- 10 = ADOPTÉ/EN GARDE/ENFANT DE LA FEMME/MARI
- 11 = SANS PARENTÉ
- 98 = NE SAIT PAS

N° LIGNE	SI ÂGE DE 0-17 ANS				SI ÂGE DE 5 ANS OU PLUS		SI ÂGE DE 5-24 ANS				SI ÂGE moins 5 ANS (0-59mois)
	ÉTAT DE SURVIE ET RÉSIDENCE DES PARENTS BIOLOGIQUES				A FRÉQUENTÉ L'ÉCOLE		FRÉQUENTATION SCOLAIRE ACTUELLE OU RÉCENTE		FRÉQUENTATION SCOLAIRE ANNÉE PRÉCÉDENTE		DÉCLARATION DE NAISSANCE
	12	13	14	15	16	17	18	19	19A	19B	20
	La mère biologique de (NOM) est-elle en vie ?	La mère biologique de (NOM) vit-elle habituellement dans ce ménage ou était-elle en visite ici la nuit dernière ? SI OUI: Quel est son nom ? INSCRIVEZ LE N° DE LIGNE DE LA MÈRE. SI NON, INSCRIVEZ '00'.	Le père biologique de (NOM) est-il en vie ?	Le père biologique de (NOM) vit-il habituellement dans ce ménage ou était-il en visite ici la nuit dernière ? SI OUI: Quel est son nom ? INSCRIVEZ LE N° DE LIGNE DU PÈRE. SI NON, INSCRIVEZ '00'.	(NOM) a-t-il/elle déjà fréquenté l'école ?	Quel est le plus haut niveau d'études que (NOM) a atteint ? VOIR CODES CI-DESSOUS Quelle est la dernière classe que (NOM) a achevée à ce niveau ? VOIR CODES CI-DESSOUS	(Nom) a-t-il/elle fréquenté l'école à n'importe quel moment durant l'année scolaire (2013-2014) ?	Au cours de cette année scolaire, à quel niveau et en quelle classe est/était (NOM) ? VOIR CODES CI-DESSOUS	Au cours de l'année scolaire précédente, (NOM) a-t-il/elle fréquenté l'école à un certain moment ?	Durant l'année scolaire précédente, à quel niveau et dans quelle classe était (NOM) ?	(NOM) a-t-il/elle un certificat de naissance ? SI NON, INSISTEZ: La naissance de (NOM) a-t-elle été déclarée à l'état civil ? 1 = A UN CERTIFICAT 2 = DÉCLARÉE 3 = NI L'UN, NI L'AUTRE 8 = NE SAIT PAS
11	0 N NSP 1 2 8 ↓ ALLEZ À 14	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	O N NSP 1 2 8 ↓ ALLEZ À 16	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	O N 1 2 ↓ 20G	NIVEAU- CLASSE <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	0 N 1 2 ↓ 19A	NIVEAU CLASSE <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	O N 1 2 ↓ 20G	NIVEAU CLASSE <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
12	1 2 8 ↓ ALLEZ À 14	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	1 2 8 ↓ ALLEZ À 16	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	1 2 ↓ 20G	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	1 2 ↓ 19A	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	1 2 ↓ 20G	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
13	1 2 8 ↓ ALLEZ À 14	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	1 2 8 ↓ ALLEZ À 16	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	1 2 ↓ 20G	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	1 2 ↓ 19A	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	1 2 ↓ 20G	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
14	1 2 8 ↓ ALLEZ À 14	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	1 2 8 ↓ ALLEZ À 16	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	1 2 ↓ 20G	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	1 2 ↓ 19A	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	1 2 ↓ 20G	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
15	1 2 8 ↓ ALLEZ À 14	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	1 2 8 ↓ ALLEZ À 16	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	1 2 ↓ 20G	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	1 2 ↓ 19A	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	1 2 ↓ 20G	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
16	1 2 8 ↓ ALLEZ À 14	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	1 2 8 ↓ ALLEZ À 16	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	1 2 ↓ 20G	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	1 2 ↓ 19A	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	1 2 ↓ 20G	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
17	1 2 8 ↓ ALLEZ À 14	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	1 2 8 ↓ ALLEZ À 16	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	1 2 ↓ 20G	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	1 2 ↓ 19A	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	1 2 ↓ 20G	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
18	1 2 8 ↓ ALLEZ À 14	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	1 2 8 ↓ ALLEZ À 16	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	1 2 ↓ 20G	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	1 2 ↓ 19A	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	1 2 ↓ 20G	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
19	1 2 8 ↓ ALLEZ À 14	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	1 2 8 ↓ ALLEZ À 16	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	1 2 ↓ 20G	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	1 2 ↓ 19A	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	1 2 ↓ 20G	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
20	1 2 8 ↓ ALLEZ À 14	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	1 2 8 ↓ ALLEZ À 16	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	1 2 ↓ 20G	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	1 2 ↓ 19A	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	1 2 ↓ 20G	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

CODES POUR Qs. 17 ET 19: NIVEAU D'INSTRUCTION

NIVEAU **CLASSE**
1 = ELEMENTAIRE 00 = MOINS D'1 ANNÉE ACHEVÉE
2 = MOYEN (UTILISEZ '00' POUR Q. 17
3 = SECONDAIRE SEULEMENT. CE CODE N'EST
4 = SUPÉRIEUR PAS AUTORISÉ À Q. 19).
6 = PRESCOLAIRE 98 = NE SAIT PAS
8 = NE SAIT PAS

N° LIGNE	PRISE EN CHARGE DES ENFANTS ENFANTS DE 3 - 5 ANS			TRAVAIL DES ENFANTS DE 6 - 17 ANS								
	Au cours de cette année scolaire, (NOM) fréquente t-elle un lieu d'encadrement en dehors de la maison tel qu'une école maternelle, une Case des Tout Petits, un centre communautaire, ou autre ?	Quel établissement (NOM) fréquente-t-elle? 01= ECOLE MATERNELLE 02= JARDIN D'ENFANT 03= CASE DE TP 04= ECOLE ELEMENTAIRE 05= DAARA, CORAN, ARABE 06= CENTRE COMMUNAUTAIRE 96= AUTRE INSCRIRE LE CODE APPROPRIE	Depuis combien d'années ? 1= ANNEE EN COURS 2= ANNEE DERNIERE 3= ANNEE D'AVANT 7= AUTRE INSCRIRE LE CODE APPROPRIE	Maintenant, je voudrais vous poser des questions sur tous les types de travail que les enfants vivant dans votre ménage ont fait la semaine dernière.								
				Depuis le (JOUR DE LA SEMAINE) (NOM) avait-elle fait un travail quelconque pour quelqu'un qui n'est pas un membre de ce ménage? SI OUI: Devoir-elle être payé/e ? 1- OUI, PAYE (argent/nature) 2- OUI, PAS PAYE 3- AUCUN TRAVAIL	SI OUI: Depuis le (JOUR DE LA SEMAINE) dernier, environ combien d'heures a-t-elle travaillé pour quelqu'un qui n'est pas membre du ménage? SI PLUS D'UN TRAVAIL, FAIRE LA SOMME DE TOUTES LES HEURES.	Depuis le (JOUR DE LA SEMAINE) (NOM) avait-elle aidé aux travaux de ce ménage ? Par exemple, faire des courses, faire la cuisine, nettoyer, chercher de l'eau, garder les enfants, laver les vêtements...? SI PLUS D'UN TRAVAIL, FAIRE LA SOMME DE TOUTES LES HEURES.	Depuis le (JOUR DE LA SEMAINE) (NOM) avait-elle fait des travaux pour la famille (dans une ferme, un commerce, dans les affaires...)?	Depuis le (JOUR DE LA SEMAINE) dernier, environ combien d'heures a-t-elle passé à faire ces travaux?	SI OUI: Depuis le (JOUR DE LA SEMAINE) dernier, environ combien d'heures a-t-elle passé à faire ces travaux?			
(20D)	(20E)	(20F)	(20G)	(20H)	(20I)	(20J)	(20K)	(20L)				
			OUI 1 PAYE	OUI 2 PAS P.	NON 3 ALLER À 20I	NBRE D'HEURES 1 2 3	OUI 1 ALLER À 20K	NON 2 ALLER À 20K	NBRE D'HEURES 1 2 3	OUI 4 LIGNE SUIVANTE	NON 2 ALLER À 20L	NBRE D'HEURES 1 2 3
01	1 2 8 ↳ ALLER À 20G	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	1 2 3 ALLER À 20I	<input type="checkbox"/>	1 2 3 ALLER À 20I	1 2 ALLER À 20K	<input type="checkbox"/>	1 2 LIGNE SUIVANTE	<input type="checkbox"/>		
02	1 2 8 ↳ ALLER À 20G	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	1 2 3 ALLER À 20I	<input type="checkbox"/>	1 2 3 ALLER À 20I	1 2 ALLER À 20K	<input type="checkbox"/>	1 2 LIGNE SUIVANTE	<input type="checkbox"/>		
03	1 2 8 ↳ ALLER À 20G	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	1 2 3 ALLER À 20I	<input type="checkbox"/>	1 2 3 ALLER À 20I	1 2 ALLER À 20K	<input type="checkbox"/>	1 2 LIGNE SUIVANTE	<input type="checkbox"/>		
04	1 2 8 ↳ ALLER À 20G	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	1 2 3 ALLER À 20I	<input type="checkbox"/>	1 2 3 ALLER À 20I	1 2 ALLER À 20K	<input type="checkbox"/>	1 2 LIGNE SUIVANTE	<input type="checkbox"/>		
05	1 2 8 ↳ ALLER À 20G	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	1 2 3 ALLER À 20I	<input type="checkbox"/>	1 2 3 ALLER À 20I	1 2 ALLER À 20K	<input type="checkbox"/>	1 2 LIGNE SUIVANTE	<input type="checkbox"/>		
06	1 2 8 ↳ ALLER À 20G	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	1 2 3 ALLER À 20I	<input type="checkbox"/>	1 2 3 ALLER À 20I	1 2 ALLER À 20K	<input type="checkbox"/>	1 2 LIGNE SUIVANTE	<input type="checkbox"/>		
07	1 2 8 ↳ ALLER À 20G	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	1 2 3 ALLER À 20I	<input type="checkbox"/>	1 2 3 ALLER À 20I	1 2 ALLER À 20K	<input type="checkbox"/>	1 2 LIGNE SUIVANTE	<input type="checkbox"/>		
08	1 2 8 ↳ ALLER À 20G	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	1 2 3 ALLER À 20I	<input type="checkbox"/>	1 2 3 ALLER À 20I	1 2 ALLER À 20K	<input type="checkbox"/>	1 2 LIGNE SUIVANTE	<input type="checkbox"/>		
09	1 2 8 ↳ ALLER À 20G	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	1 2 3 ALLER À 20I	<input type="checkbox"/>	1 2 3 ALLER À 20I	1 2 ALLER À 20K	<input type="checkbox"/>	1 2 LIGNE SUIVANTE	<input type="checkbox"/>		
10	1 2 8 ↳ ALLER À 20G	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	1 2 3 ALLER À 20I	<input type="checkbox"/>	1 2 3 ALLER À 20I	1 2 ALLER À 20K	<input type="checkbox"/>	1 2 LIGNE SUIVANTE	<input type="checkbox"/>		
11	1 2 8 ↳ ALLER À 20G	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	1 2 3 ALLER À 20I	<input type="checkbox"/>	1 2 3 ALLER À 20I	1 2 ALLER À 20K	<input type="checkbox"/>	1 2 LIGNE SUIVANTE	<input type="checkbox"/>		
12	1 2 8 ↳ ALLER À 20G	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	1 2 3 ALLER À 20I	<input type="checkbox"/>	1 2 3 ALLER À 20I	1 2 ALLER À 20K	<input type="checkbox"/>	1 2 LIGNE SUIVANTE	<input type="checkbox"/>		
13	1 2 8 ↳ ALLER À 20G	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	1 2 3 ALLER À 20I	<input type="checkbox"/>	1 2 3 ALLER À 20I	1 2 ALLER À 20K	<input type="checkbox"/>	1 2 LIGNE SUIVANTE	<input type="checkbox"/>		
14	1 2 8 ↳ ALLER À 20G	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	1 2 3 ALLER À 20I	<input type="checkbox"/>	1 2 3 ALLER À 20I	1 2 ALLER À 20K	<input type="checkbox"/>	1 2 LIGNE SUIVANTE	<input type="checkbox"/>		
15	1 2 8 ↳ ALLER À 20G	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	1 2 3 ALLER À 20I	<input type="checkbox"/>	1 2 3 ALLER À 20I	1 2 ALLER À 20K	<input type="checkbox"/>	1 2 LIGNE SUIVANTE	<input type="checkbox"/>		
16	1 2 8 ↳ ALLER À 20G	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	1 2 3 ALLER À 20I	<input type="checkbox"/>	1 2 3 ALLER À 20I	1 2 ALLER À 20K	<input type="checkbox"/>	1 2 LIGNE SUIVANTE	<input type="checkbox"/>		
17	1 2 8 ↳ ALLER À 20G	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	1 2 3 ALLER À 20I	<input type="checkbox"/>	1 2 3 ALLER À 20I	1 2 ALLER À 20K	<input type="checkbox"/>	1 2 LIGNE SUIVANTE	<input type="checkbox"/>		
18	1 2 8 ↳ ALLER À 20G	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	1 2 3 ALLER À 20I	<input type="checkbox"/>	1 2 3 ALLER À 20I	1 2 ALLER À 20K	<input type="checkbox"/>	1 2 LIGNE SUIVANTE	<input type="checkbox"/>		
19	1 2 8 ↳ ALLER À 20G	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	1 2 3 ALLER À 20I	<input type="checkbox"/>	1 2 3 ALLER À 20I	1 2 ALLER À 20K	<input type="checkbox"/>	1 2 LIGNE SUIVANTE	<input type="checkbox"/>		
20	1 2 8 ↳ ALLER À 20G	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	1 2 3 ALLER À 20I	<input type="checkbox"/>	1 2 3 ALLER À 20I	1 2 ALLER À 20K	<input type="checkbox"/>	1 2 LIGNE SUIVANTE	<input type="checkbox"/>		

SÉLECTION D'UN SEUL ENFANT POUR "TRAVAIL DES ENFANTS"

20G VÉRIFIER COLONNES (5) ET (7) DU TABLEAU MÉNAGE: NOMBRE D'ENFANTS DE 5 A 17 ANS QUI RÉSIDENT HABITUELLEMENT DANS LE MÉNAGE :

2 OU PLUS UN SEUL AUCUN → **21**

→ **200** # → #

TABLEAU 1: ENFANTS ÂGÉS DE 5-17 ANS ÉLIGIBLES POUR LES QUESTIONS POUR "TRAVAIL" DES ENFANTS

ENREGISTRER, DANS LE TABLEAU CI-DESSOUS, CHAQUE ENFANT ÂGÉ DE 5-17 ANS DANS LE MÊME ORDRE QUE CELUI DANS LE TABLEAU DE MÉNAGE. NE PAS INCLURE LES AUTRES MEMBRES DU MÉNAGE DONT L'ÂGE SE SITUE À L'EXTÉRIEUR DE L'INTERVALLE 5-17 ANS. ENREGISTRER LE NUMÉRO DE LIGNE, LE NOM, LE SEXE, ET L'ÂGE DE CHAQUE ENFANT. PUIS ENREGISTRER LE NOMBRE TOTAL D'ENFANTS ÂGÉS DE 5-17 ANS DANS LA CASE RÉSERVÉE (Q.20M)

20H N° DE RANG	20I NUMÉRO DE LIGNE DE Q.1	20J NOM DE Q.2	20K SEXE DE Q.4	20L ÂGE DE Q.7
1	<input type="text"/>		M F 1 2	<input type="text"/>
2	<input type="text"/>		M F 1 2	<input type="text"/>
3	<input type="text"/>		M F 1 2	<input type="text"/>
4	<input type="text"/>		M F 1 2	<input type="text"/>
5	<input type="text"/>		M F 1 2	<input type="text"/>
6	<input type="text"/>		M F 1 2	<input type="text"/>
7	<input type="text"/>		M F 1 2	<input type="text"/>
8	<input type="text"/>		M F 1 2	<input type="text"/>
20M	TOTAL ENFANTS ÂGÉS DE 5-17 ANS			<input type="text"/>

TABLEAU 2 : SÉLECTION ALÉATOIRE POUR LES QUESTIONS SUR "LE TRAVAIL"

UTILISEZ CE TABLEAU POUR SÉLECTIONNER UN DES ENFANTS ÂGÉS DE 5-17 ANS.

- PRENEZ LE DERNIER CHIFFRE DU NUMÉRO DE MÉNAGE INSCRIT SUR LA PAGE DE COUVERTURE DU QUESTIONNAIRE.
- CE CHIFFRE EST CELUI DE LA LIGNE À SÉLECTIONNER.
- VÉRIFIEZ LE NOMBRE TOTAL D'ENFANTS ÉLIGIBLES À Q.20M
- CE NOMBRE EST CELUI DE LA COLONNE À SÉLECTIONNER.
- TROUVEZ LA CASE QUI CORRESPOND À L'INTERSECTION DE LA LIGNE ET DE LA COLONNE IDENTIFIÉES ET ENCERCLER CE CHIFFRE.
- CE CHIFFRE CORRESPOND AU RANG QU'OCCUPE L'ENFANT QUI SERA SÉLECTIONNÉ POUR "LE TRAVAIL"

EXEMPLE:

LE NUMÉRO DE MÉNAGE EST 36 : SÉLECTIONNER LA LIGNE 6.

IL Y A 3 ENFANTS ÉLIGIBLES DANS CE MÉNAGE, SÉLECTIONNER LA COLONNE 3.

LA CASE À L'INTERSECTION DE LA LIGNE 6 ET DE LA COLONNE 3 CONTIENT LE CHIFFRE 2 : LE 2^{ÈME} ENFANT ÉLIGIBLE LISTÉ DANS LE TABLEAU MÉNAGE SERA SÉLECTIONNÉ. SI LE NUMÉRO DE LIGNE DES 3 ENFANTS ÉLIGIBLES EST : '07', '11' ET '16', L'ENFANT SÉLECTIONNÉ EST LE 2^{ÈME} ENFANT LISTÉ, SOIT CELUI DU NUMÉRO DE LIGNE '11'.

20N DERNIER CHIFFRE DU NUMÉRO DE MÉNAGE	NOMBRE TOTAL D'ENFANTS ÉLIGIBLES DANS LE MÉNAGE								
	1	2	3	4	5	6	7	8+	
0	1	2	2	4	3	6	5	4	
1	1	1	3	1	4	1	6	5	
2	1	2	1	2	5	2	7	6	
3	1	1	2	3	1	3	1	7	
4	1	2	3	4	2	4	2	8	
5	1	1	1	1	3	5	3	1	
6	1	2	2	2	4	6	4	2	
7	1	1	3	3	5	1	5	3	
8	1	2	1	4	1	2	6	4	
9	1	1	2	1	2	3	7	5	

20O ENREGISTRER LE RANG (Q.20H), LE NUMÉRO DE LIGNE (Q.20I), LE NOM (Q.20J) ET L'ÂGE (Q.20L) DE L'ENFANT SÉLECTIONNÉ

RANG DE L'ENFANT

NUMÉRO DE LIGNE DE L'ENFANT

NOM DE L'ENFANT _____

ÂGE DE L'ENFANT

TRAVAIL DES ENFANTS

N°	QUESTIONS ET FILTRES	CODES	PASSER À
20P	<p>Maintenant je voudrais vous parler de tout travail que les enfants de ce ménage peuvent faire.</p> <p>Depuis (JOUR DE LA SEMAINE) dernier, (NOM) a-t-il/elle fait une des activités suivantes, même si c'est pendant une heure seulement?</p> <p>[A] Est-ce que (NOM) a travaillé sur son propre terrain/ferme/ potager ou aidé sur celui du ménage ou s'est occupé des animaux. Par exemple : faire pousser des produits de la ferme, les récolter, nourrir les animaux, les emmener au pâturage ou les traire?</p> <p>[B] Est-ce que (NOM) a aidé dans l'entreprise familiale, celle d'autres parents avec ou sans paiement ou a travaillé dans sa propre entreprise ?</p> <p>[C] Est-ce que (NOM) a produit, vendu des articles, des produits artisanaux, des vêtements, de la nourriture ou des produits agricoles ?</p> <p>[D] Depuis (JOUR DE LA SEMAINE) dernier, (NOM) a-t-il/elle été engagé(e) dans n'importe quelle autre activité en échange de paiement en argent ou en nature, même pour une seule heure ?</p> <p>Si "NON", INSISTER : SVP, inclure n'importe quelle activité que (NOM) a pu faire comme employé régulier ou occasionnel, pour sa propre entreprise ou comme employeur, ou comme travailleur familial non payé pour aider dans les affaires du ménage ou à la ferme.</p>	<p align="right">O N U O I N</p> <p>A TRAVAILLÉ SUR TERRAIN/FERME/ POTAGER OU S'EST OCCUPÉ DES ANIMAUX 1 2</p> <p>A AIDÉ DANS ENTREPRISE FAMI- LIALE/D'UN AUTRE PARENT/DANS SA PROPRE AFFAIRE 1 2</p> <p>A PRODUIT/VENDU DES ARTICLES/ DE L'ARTISANAT/DES VETEMENTS/ NURITURE OU DES PRODUITS AGRICOLES 1 2</p> <p>TOUTE AUTRE ACTIVITÉ 1 2</p>	
20Q	<p>VÉRIFIEZ 20 [A] À [D] :</p> <p>AU MOINS UN 'OUI' <input type="checkbox"/> AUCUN 'OUI' <input type="checkbox"/></p>		→ 20V
20R	<p>Depuis (JOUR DE LA SEMAINE) dernier, a peu près combien d'heures au total est-ce que (NOM) a travaillé sur (cette activité/ces activités) ?</p> <p>SI MOINS D'UNE HEURE, ENREGISTREZ "00"</p>	<p>NOMBRE D'HEURES <input type="text"/> <input type="text"/></p>	
20S	<p>Est-ce que (cette activité/ces activités nécessite(nt) de porter des charges lourdes ?</p>	<p>OUI 1 NON 2</p>	→ 20V
20T	<p>Est-ce que (cette activité/ces activités nécessite(nt) de travailler avec des outils dangereux (couteaux, etc.) ou de faire fonctionner de grosses machines ?</p>	<p>OUI 1 NON 2</p>	→ 20V

N°	QUESTIONS ET FILTRES	CODES	PASSER À
20U	Comment décririez-vous l'environnement de travail de (NOM) ? [A] Est-ce que (NOM) est exposé à la poussière, à la fumée ou au gaz ? [B] Est-ce que (NOM) est exposé au froid, à la chaleur ou à de l'humidité extrême ? [C] Est-ce que (NOM) est exposé à des bruits intenses ou des vibrations ? [D] Est-ce que (NOM) est exposé à un travail en hauteur ? [E] Est-ce que (NOM) est exposé à des produits chimiques (pesticides, colles, etc.) ou à des explosifs ? [F] Est-ce que (NOM) est exposé à d'autres choses, procédés ou conditions mauvaises pour sa santé ou sa sécurité ?	OUI 1 NON 2 OUI 1 NON 2 OUI 1 NON 2 OUI 1 NON 2 OUI 1 NON 2 OUI 1 NON 2	→ 20V → 20V → 20V → 20V → 20V → 20V
20V	Depuis (JOUR DE LA SEMAINE) dernier, (NOM) est-il /elle allé(e) chercher de l'eau ou ramasser du bois pour le ménage ?	OUI 1 NON 2	→ 20X
20W	Au total, depuis (JOUR DE LA SEMAINE) dernier, combien d'heures (NOM) a-t-il/elle passé à chercher de l'eau ou à ramasser du bois pour le ménage ? SI MOINS D'UNE HEURE, ENREGISTRER "00"	NOMBRE D'HEURES <input type="text"/> <input type="text"/>	
20X	Depuis (JOUR DE LA SEMAINE) dernier, est-ce que (NOM) a fait une des tâches suivantes pour le ménage : [A] Des achats pour le ménage ? [B] Réparer n'importe quel équipement du ménage ? [C] Cuisiner ou nettoyer des ustensiles ou la maison ? [D] Laver les vêtements ? [E] Prendre soin des enfants ? [F] Prendre soin des personnes âgées ou malades ? [G] Autres tâches pour le ménage ?	O N U O I N ACHATS POUR LE MÉNAGE 1 2 RÉPARATIONS D'ÉQUIPEMENT ... 1 2 CUISINER /LAVÉ USTENSILES/ MAISON 1 2 LAVÉ LES VÊTEMENTS 1 2 PRENDRE SOIN DES ENFANTS ... 1 2 PRENDRE SOINS DES PERSONNES ÂGÉES/DES MALADES 1 2 AUTRES TÂCHES 1 2	
20Y	VÉRIFIEZ 20W [A] À [G] : AU MOINS UN 'OUI' <input type="checkbox"/> AUCUN 'OUI' <input type="checkbox"/>		→ 21
20Z	Depuis (JOUR DE LA SEMAINE) dernier, combien d'heures à peu près, (NOM) a-t-il/elle passé dans cette/ces activité(s) ? SI MOINS D'UNE HEURE, ENREGISTREZ "00"	NOMBRE D'HEURES <input type="text"/> <input type="text"/>	

PREVALENCE DES MALADIES CHRONIQUES & QUELQUES PRATIQUES DANGEREUSES

LIGNE NO.	EVOLUTION DES MALADIES CHRONIQUES									SI AGE DE 15 ans ET PLUS								
	21		22		23		24		25		26		27		28		29	
	MALADIE		CODE								MALADIE		CODE		COMPORTEMENT A RISQUE DURANT LES 10 DERNIERES ANNEES OU PLUS			
	Je voudrai vous poser quelques question sur l'etat de sante des membres de votre ménage. Est-ce-que (Nom) souffre d'une quelconque maladies chroniques? 1= OUI 2= NON		De quelle maladie souffre (NOM)? ENREGISTREZ LE NOM DE LA MALADIE ET LE CODE		Est ce qu'un medecin a informe (Nom) qu'il (elle) souffre de cette maladie? 1= OUI 2= NON		Est-ce-que (Nom) recoit regulierement un traitement? 1= OUI 2= NON		Est-ce-que (Nom) souffre d'une autre maladie chronique? 1= OUI 2= NON		Quelle est la deuxieme maladie chronique dont souffre (Nom)? ENREGISTREZ LE NOM DE LA SECONDE MALADIE ET SON CODE		Est ce qu'un medecin a informe (Nom) qu'il (elle)souffre de cette deuxieme maladie? 1= OUI 2= NON		Est ce que (NOM) fume des cigarettes, ou un autre type de tabac , ou a fume dans le passe? 1 = OUI EN CE MOMENT 2 = OUI AVANT 3 = OUI RAREMENT 4 = NON 8 = NSP		Est-ce-que (NOM) prend de l'alcool? 1 = OUI, Quotidiennement 2 = OUI, Chaque semaine 3 = OUI, RAREMENT 4 = OUI, AVANT 5 =NON/JAMAIS 8 = NSP	
	OUI	NON	MALADIE	CODE	OUI	NON	OUI	NON	OUI	NON	MALADIE	CODE	OUI	NON	CODE	CODE		
01	1	2 ↓ Aller a 28			1	2	1	2	1	2 ↓ Aller a 28			1	2				
02	1	2 ↓ Aller a 28			1	2	1	2	1	2 ↓ Aller a 28			1	2				
03	1	2 ↓ Aller a 28			1	2	1	2	1	2 ↓ Aller a 28			1	2				
04	1	2 ↓ Aller a 28			1	2	1	2	1	2 ↓ Aller a 28			1	2				
05	1	2 ↓ Aller a 28			1	2	1	2	1	2 ↓ Aller a 28			1	2				
06	1	2 ↓ Aller a 28			1	2	1	2	1	2 ↓ Aller a 28			1	2				
07	1	2 ↓ Aller a 28			1	2	1	2	1	2 ↓ Aller a28			1	2				
08	1	2 ↓ Aller a 28			1	2	1	2	1	2 ↓ Aller a28			1	2				
09	1	2 ↓ Aller a 28			1	2	1	2	1	2 ↓ Aller a28			1	2				
10	1	2 ↓ Aller a 28			1	2	1	2	1	2 ↓ Aller a 28			1	2				

CODES POUR Qs.22-26: MALADIES CHRONIQUES

- | | | |
|----------------------------------|------------------------|------------------------------------------------------------------|
| 01=HTA (HYPERTENSION ARTERIELLE) | 10=ARTHROSE | 19=MALADIE DE LA PROSTATE |
| 02=DIABETE | 11=TUBERCULOSE | 20=CATARACTE |
| 03=ULCERATION CHRONIQUE | 12=CEPHALEE CHRONIQUES | 21=OPACITE DE LA CORNEE (verre de contact) |
| 04=ANEMIE | 13=CRISE CARDIAQUE | 22=DOULEUR CHRONIQUE DU DOS OU PROBLEME DE LA COLONNE VERTEBRALE |
| 05=DREPANOCYTOSE | 14=EPILEPSIE | 23=MALADIE MENTALE |
| 06=HEMOPHILIE | 15=ASTHME | 24=MALADIE DE LA PEAU |
| 07=MALADIE DU COEUR | 16=MALADIE DU POUMON | 25=TUMEURS CANCEREUSES |
| 08=INSUFFISANCE RENALE | 17=HYPERTHYROIDIE | 26=MALADIE DE LA GENCIVE ET DE LA BOUCHE |
| 09=MALADIE DU FOIE | 18=HYPOTHYROIDIE | 96=AUTRES (A PRECISER) |

	Y	N	MALADIE	CODE	OUI	NON	OUI	NON	OUI	NON	MALADIE	CODE	OUI	NON	CODE	CODE
11	1	2		<input type="checkbox"/>	1	2	1	2	1	2		<input type="checkbox"/>	1	2	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
		↓							↓							
		Aller a 28							Aller a 28							
12	1	2		<input type="checkbox"/>	1	2	1	2	1	2		<input type="checkbox"/>	1	2	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
		↓							↓							
		Aller a 28							Aller a 28							
13	1	2		<input type="checkbox"/>	1	2	1	2	1	2		<input type="checkbox"/>	1	2	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
		↓							↓							
		Aller a 28							Aller a 28							
14	1	2		<input type="checkbox"/>	1	2	1	2	1	2		<input type="checkbox"/>	1	2	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
		↓							↓							
		Aller a 28							Aller a 28							
15	1	2		<input type="checkbox"/>	1	2	1	2	1	2		<input type="checkbox"/>	1	2	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
		↓							↓							
		Aller a 28							Aller a 28							
16	1	2		<input type="checkbox"/>	1	2	1	2	1	2		<input type="checkbox"/>	1	2	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
		↓							↓							
		Aller a 28							Aller a 28							
17	1	2		<input type="checkbox"/>	1	2	1	2	1	2		<input type="checkbox"/>	1	2	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
		↓							↓							
		Aller a 28							Aller a 28							
18	1	2		<input type="checkbox"/>	1	2	1	2	1	2		<input type="checkbox"/>	1	2	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
		↓							↓							
		Aller a 28							Aller a 28							
19	1	2		<input type="checkbox"/>	1	2	1	2	1	2		<input type="checkbox"/>	1	2	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
		↓							↓							
		Aller a 28							Aller a 28							
20	1	2		<input type="checkbox"/>	1	2	1	2	1	2		<input type="checkbox"/>	1	2	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
		↓							↓							
		Aller a 28							Aller a 28							

CODES POUR Q22 ET Q26: MALADIES CHRONIQUES

01=HTA (HYPERTENSION ARTERIELLE)	10=ARTHROSE	19=MALADIE DE LA PROSTATE
02=DIABETE	11=TUBERCULOSE	20=CATARACTE
03=ULCERATION CHRONIQUE	12=CEPHALEE CHRONIQUES	21=OPACITE DE LA CORNEE (verre de contact)
04=ANEMIE	13=CRISE CARDIAQUE	22=DOULEUR CHRONIQUE DU DOS OU PROBLEME DE LA COLONNE VERTEBRALE
05=DREPANOCYTOSE	14=EPILEPSIE	23=MALADIE MENTALE
06=HEMOPHILIE	15=ASTHME	24=MALADIE DE LA PEAU
07=MALADIE DU COEUR	16=MALADIE DU POUMON	25=TUMEURS CANCEREUSES
08=INSUFFISANCE RENALE	17=HYPERHYROIDIE	26=MALADIE DE LA GENCIVE ET DE LA BOUCHE
09=MALADIE DU FOIE	18=HYPOTHYROIDIE	96=AUTRES (A PRECISER)

MODULE SUR L'INCAPACITE

INCAPACITE FONCTIONNELLE					
LINE NO.	30	31	32	33	34
	<p>Est ce que (Nom) souffre d'un quelconque etat physique, mental ou autres datant de 6 mois ou plus qui limiterait ses activites quotidiennes normales qu'aurait effectuees une personne du meme age?</p> <p>SI 'OUI' POSEZ LA QUESTION : Est ce que cette etat limite severement ou legerement les activites quotidiennes de la vie?</p> <p>1 = OUI, SEVEREMENT 2 = OUI, LEGEREMENT 3 = NON 8 = NSP</p>	<p>Est ce que (NOM) a une baisse ou faiblesse des fonctions suivantes:</p> <p>ENCERCLER TOUTES LES FONCTIONS MENTIONNEES</p> <p>A = VUE B = OUIE C = COMPREHENSION & COMMUNICATION D = MOBILITE E = AUTO-PRISE EN CHARGE F = RELATION AVEC LES GENS</p>	<p>QUELLE EST LA PRINCIPALE CAUSE DE L'INCAPACITE DE (NOM)?</p>	<p>QUEL AGE AVAIT (NOM) QUAND A DEBUTE SON ETAT ACTUEL?</p> <p>95=A LA NAISSANCE 98=NSP</p>	<p>Durant les 12 derniers mois (NOM) avait-il recu un quelconque traitement ou support?</p> <p>A = TRAITEMENT MEDICAL B = SUPPORT SOCIAL C = SUPPORT FINANCIER D = SUPPORT NUTRITIONNEL Y = PAS DE SUPPORT</p> <p>A L'EXCEPTION DE 'Y' ENCERCLEZ TOUTES LES REPONSE QUI SONT MENTIONNEES</p>
	OUI-S OUI-L NON NSP	CODE	CODE	AGE	CODE
01	<p>1 2 3 8</p> <p>↓</p> <p>LIGNE SUIVANTE</p>	A B C D E F	<input type="text"/>	<input type="text"/>	A B C D Y
02	<p>1 2 3 8</p> <p>↓</p> <p>LIGNE SUIVANTE</p>	A B C D E F	<input type="text"/>	<input type="text"/>	A B C D Y
03	<p>1 2 3 8</p> <p>↓</p> <p>LIGNE SUIVANTE</p>	A B C D E F	<input type="text"/>	<input type="text"/>	A B C D Y
04	<p>1 2 3 8</p> <p>↓</p> <p>LIGNE SUIVANTE</p>	A B C D E F	<input type="text"/>	<input type="text"/>	A B C D Y
05	<p>1 2 3 8</p> <p>↓</p> <p>LIGNE SUIVANTE</p>	A B C D E F	<input type="text"/>	<input type="text"/>	A B C D Y
06	<p>1 2 3 8</p> <p>↓</p> <p>LIGNE SUIVANTE</p>	A B C D E F	<input type="text"/>	<input type="text"/>	A B C D Y
07	<p>1 2 3 8</p> <p>↓</p> <p>LIGNE SUIVANTE</p>	A B C D E F	<input type="text"/>	<input type="text"/>	A B C D Y
08	<p>1 2 3 8</p> <p>↓</p> <p>LIGNE SUIVANTE</p>	A B C D E F	<input type="text"/>	<input type="text"/>	A B C D Y
09	<p>1 2 3 8</p> <p>↓</p> <p>LIGNE SUIVANTE</p>	A B C D E F	<input type="text"/>	<input type="text"/>	A B C D Y
10	<p>1 2 3 8</p> <p>↓</p> <p>LIGNE SUIVANTE</p>	A B C D E F	<input type="text"/>	<input type="text"/>	A B C D Y

CODE POUR Q33 : CAUSE DE L'INCAPACITE

01=CONGENITALE
02=EN RAPPORT AVEC LES CONDITIONS D'ACCOUCHEMENT
03=CONTAGIEUSES
04=AUTRES MALADIES CONGENITALES
05=AGRESSION PHYSIQUE & PSYCHOLOGIQUE

06=VIEILLESSE
07=BLESSURES/ACCIDENTS
08=ENVOUTEMENT/MAGIE
09=GUERRES
96=AUTRE _____ (A PRECISER)
98=NSP

	OUI-S OUI-L NON NSP		CODE		CODE
11	1 2 3 8 ↓ LIGNE SUIVANTE	A B C D E F	<input type="text"/>	<input type="text"/>	A B C D Y
12	1 2 3 8 ↓ LIGNE SUIVANTE	A B C D E F	<input type="text"/>	<input type="text"/>	A B C D Y
13	1 2 3 8 ↓ LIGNE SUIVANTE	A B C D E F	<input type="text"/>	<input type="text"/>	A B C D Y
14	1 2 3 8 ↓ LIGNE SUIVANTE	A B C D E F	<input type="text"/>	<input type="text"/>	A B C D Y
15	1 2 3 8 ↓ LIGNE SUIVANTE	A B C D E F	<input type="text"/>	<input type="text"/>	A B C D Y
16	1 2 3 8 ↓ LIGNE SUIVANTE	A B C D E F	<input type="text"/>	<input type="text"/>	A B C D Y
17	1 2 3 8 ↓ LIGNE SUIVANTE	A B C D E F	<input type="text"/>	<input type="text"/>	A B C D Y
18	1 2 3 8 ↓ LIGNE SUIVANTE	A B C D E F	<input type="text"/>	<input type="text"/>	A B C D Y
19	1 2 3 8 ↓ LIGNE SUIVANTE	A B C D E F	<input type="text"/>	<input type="text"/>	A B C D Y
20	1 2 3 8 ↓ LIGNE SUIVANTE	A B C D E F	<input type="text"/>	<input type="text"/>	A B C D Y

CODE POUR Q33 : CAUSE DE L'INCAPACITE

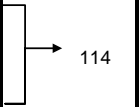
01=CONGENITALE
02=EN RAPPORT AVEC LES CONDITIONS D'ACCOUCHEMENT
03=CONTAGIEUSES
04=AUTRES MALADIES CONGENITALES
05=AGRESSION PHYSIQUE & PSYCHOLOGIQUE

06=VIEILLESSE
07=BLESSURES/ACCIDENTS
08=ENVOUTEMENT/MAGIE
96=AUTRE _____(A PRECISER)
98=NSP

CARACTÉRISTIQUES DU MÉNAGE

N°	QUESTIONS ET FILTRES	CODES	PASSER À
101A	Quel est le statut d'occupation du logement de votre ménage ?	PROPRIÉTAIRE 01 COPROPRIÉTAIRE 02 LOCATAIRE-ACHETEUR 03 LOCATAIRE SIMPLE 04 COLOCATAIRE 05 SOUS-LOCATAIRE 06 LOGÉ PAR L'EMPLOYEUR 07 LOGÉ GRATUITEMENT PAR UN PARENT OU AMI 08	
102	D'où provient principalement l'eau que boivent les membres de votre ménage ?	EAU DU ROBINET ROBINET DANS LOGEMENT 11 ROBINET DANS COUR/PARCELLE 12 ROBINET PUBLIC/BORNE FONTAINE ... 13 PUIITS À POMPE OU FORAGE 21 PUIITS CREUSÉ PUIITS PROTÉGÉ 31 PUIITS NON PROTÉGÉ 32 EAU DE SOURCE SOURCE PROTÉGÉE 41 SOURCE NON PROTÉGÉE 42 EAU DE PLUIE 51 CAMION CITERNE 61 CHARRETTE AVEC PETITE CITERNE/ TONNEAU 71 EAU DE SURFACE (RIVIÈRES/BARRAGES/ LACS/MARES/FLEUVES/CANAU D'IRRIGATION 81 EAU EN BOUTEILLE/ SACHET INDUSTRIALISE 91 AUTRE _____ 96 (PRÉCISEZ)	↗ 105 → 105
103	Où est située cette source d'approvisionnement de l'eau ?	DANS VOTRE LOGEMENT 1 DANS VOTRE COUR/PARCELLE 2 AILLEURS 3	↗ 105
104	Combien de temps faut-il pour s'y rendre, prendre l'eau et revenir ?	MINUTES <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> NE SAIT PAS 998	
104A	Qui se rend habituellement à cette source d'approvisionnement pour prendre l'eau pour votre ménage ?	FEMME ADULTE (15 ANS OU PLUS) 1 HOMME ADULTE (15 ANS OU PLUS) 2 JEUNE FILLE (MOINS DE 15 ANS) 3 JEUNE GARÇON (MOINS DE 15 ANS) 4 NSP 8	
105	Faites-vous quelque chose pour rendre l'eau plus saine à boire ?	OUI 1 NON 2 NE SAIT PAS 8	↗ 107
106	Habituellement, que faites-vous pour rendre l'eau que vous buvez plus saine ? Quelque chose d'autre ? ENREGISTREZ TOUT CE QUI EST MENTIONNÉ.	LA FAIRE BOUILLIR A AJOUTER EAU DE JAVEL/CHLORE B LA FILTRER À TRAVERS UN LINGE C UTILISER UN FILTRE (CÉRAMIQUE/ SABLE/COMPOSITE/ ETC.) D DÉSINFECTION SOLAIRE E LA LAISSER REPOSER F AUTRE _____ X (PRÉCISEZ) NE SAIT PAS Z	

N°	QUESTIONS ET FILTRES	CODES	PASSER À																																																
107	Quel type de toilettes les membres de votre ménage utilisent-ils habituellement ?	TOILETTE AVEC CHASSE CHASSE BRANCHÉE À L'ÉGOÛT 11 CHASSE BRANCHÉE À FOSSE 12 FOSSE/LATRINES AMÉLIORÉES/VENTILEES 21 LATRINES A CHASSE MANUELLE 22 TOILETTE AVEC FOSSE SANS CHASSE 23 AUTRES SYSTÈMES AMÉLIORES LATRINES TRADITIONNELLES 24 PAS DE TOILETTES /NATURE 31 AUTRE _____ 96 (PRÉCISER)	→ 110																																																
108	Partagez-vous ces toilettes avec d'autres ménages ?	OUI 1 NON 2	→ 110																																																
109	Combien de ménages utilisent ces toilettes ?	N°. DE MÉNAGES SI MOINS DE 10 <table border="1" data-bbox="1122 625 1219 680" style="display: inline-table; vertical-align: middle;"><tr><td style="width: 20px; height: 20px; text-align: center;">0</td><td style="width: 20px; height: 20px;"></td></tr></table> 10 MÉNAGES OU PLUS 95 NE SAIT PAS 98	0																																																
0																																																			
110	Dans votre ménage, y-a-t-il : L'électricité ? Une radio ? Une télévision ? Une antenne MMDS/TV5 ? Un abonnement à CANAL ? Un téléphone fixe ? Un téléphone cellulaire ? Une machine à laver ? Un réfrigérateur ? Un réchaud/cuisinière à gaz/électrique ? Un foyer amélioré ? Un Vidéo/Lecteur CD/DVD ? Un climatiseur ? Un ordinateur ? Internet à la maison ?	<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</td><td style="text-align: center;">1</td><td style="text-align: center;">2</td></tr> <tr><td>RADIO</td><td style="text-align: center;">1</td><td style="text-align: center;">2</td></tr> <tr><td>TÉLÉVISION</td><td style="text-align: center;">1</td><td style="text-align: center;">2</td></tr> <tr><td>ANTENNE TV5</td><td style="text-align: center;">1</td><td style="text-align: center;">2</td></tr> <tr><td>CANAL</td><td style="text-align: center;">1</td><td style="text-align: center;">2</td></tr> <tr><td>TÉLÉPHONE</td><td style="text-align: center;">1</td><td style="text-align: center;">2</td></tr> <tr><td>TÉLÉP-CEL</td><td style="text-align: center;">1</td><td style="text-align: center;">2</td></tr> <tr><td>MACHINE À LAVER</td><td style="text-align: center;">1</td><td style="text-align: center;">2</td></tr> <tr><td>RÉFRIGÉRATEUR</td><td style="text-align: center;">1</td><td style="text-align: center;">2</td></tr> <tr><td>RÉCHAUD/CUISINIÈRE</td><td style="text-align: center;">1</td><td style="text-align: center;">2</td></tr> <tr><td>FOYER AMÉLIORÉ</td><td style="text-align: center;">1</td><td style="text-align: center;">2</td></tr> <tr><td>VIDÉO/CD/DVD</td><td style="text-align: center;">1</td><td style="text-align: center;">2</td></tr> <tr><td>CLIMATISEUR</td><td style="text-align: center;">1</td><td style="text-align: center;">2</td></tr> <tr><td>ORDINATEUR</td><td style="text-align: center;">1</td><td style="text-align: center;">2</td></tr> <tr><td>INTERNET</td><td style="text-align: center;">1</td><td style="text-align: center;">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																																																	
111	Quel type de combustible votre ménage utilise-t-il principalement pour cuisiner ?	ÉLECTRICITÉ 1 GAZ EN BOUTEILLE 2 CHARBON DE BOIS 3 BOIS À BRÛLER, PAILLE 4 BOUSE 5 AUTRE _____ 6 (PRÉCISER)																																																	

N°	QUESTIONS ET FILTRES	CODES	PASSER À
111A	Quelle source d'éclairage votre ménage utilise-t-il principalement?	ELECTRICITE (SENELEC) 01 GROUPE ELECTROGENE 02 SOLAIRE 03 LAMPE TORCHE 04 LAMPE A GAZ 05 LAMPE TEMPETE 06 LAMPE A PETROLE ARTISANALE 07 BOUGIE 08 BOIS 09 AUTRE 96 (PRÉCISEZ)	
112	Est-ce que la cuisine est faite habituellement dans la maison, dans un bâtiment séparé ou à l'extérieur ?	DANS LA MAISON 1 DANS UN BÂTIMENT SÉPARÉ 2 À L'EXTÉRIEUR 3 AUTRE 6 (PRÉCISEZ)	
113	Avez-vous une pièce séparée que vous utilisez comme cuisine ?	OUI 1 NON 2	
114	PRINCIPAL MATÉRIAU DU SOL ENREGISTREZ L'OBSERVATION.	MATÉRIAU NATUREL TERRE/SABLE 11 BOUSE 12 MATÉRIAU RUDIMENTAIRE PLANCHES EN BOIS 21 PALMES/BAMBOU 22 MATÉRIAU ÉLABORÉ PARQUET OU BOIS CIRÉ 31 BANDES DE VINYLE/ASPHALTE 32 CARRELAGE 33 CIMENT 34 MOQUETTE 35 AUTRE 96 (PRÉCISEZ)	

N°	QUESTIONS ET FILTRES	CODES	PASSER À																								
115	PRINCIPAL MATÉRIAU DU TOIT ENREGISTREZ L'OBSERVATION.	MATÉRIAU NATUREL PAS DE TOIT 11 CHAUME/PALMES/FEUILLES 12 MOTTES DE TERRE 13 MATÉRIAU RUDIMENTAIRE NATTES 21 PALMES/BAMBOU 22 PLANCHES EN BOIS 23 CARTON 24 MATÉRIAU ÉLABORÉ TÔLE 31 BOIS 32 ZINC/FIBRE DE CIMENT 33 TUILES 34 CIMENT 35 SHINGLES 36 AUTRE _____ 96 (PRÉCISEZ)																									
116	PRINCIPAL MATÉRIAU DES MURS EXTÉRIEURS ENREGISTREZ L'OBSERVATION.	MATÉRIAU NATUREL PAS DE MUR 11 BAMBOU/CANE/PALME/TRONC 12 TERRE 13 MATÉRIAU RUDIMENTAIRE BAMBOU AVEC BOUE 21 PIERRES AVEC BOUE 22 ADOBE NON RECOUVERT 23 CONTRE-PLAQUÉ 24 CARTON 25 BOIS DE RÉCUPÉRATION 26 MATÉRIAU ÉLABORÉ CIMENT 31 PIERRES AVEC CHAUX/CIMENT 32 BRIQUES 33 BLOCS DE CIMENT 34 ADOBE RECOUVERT 35 PLANCHE EN BOIS/SHINGLES 36 AUTRE _____ 96 (PRÉCISEZ)																									
117	Dans ce ménage, combien de pièces utilisez-vous pour dormir ?	NOMBRE DE PIÈCES <input type="text"/> <input type="text"/>																									
118	Est-ce qu'un membre de votre ménage possède : Bicyclette ? Mobylette ou motocyclette ou Scooter ? Une voiture personnelle ? Voiture ou Camion à titre commercial ? Charrette ? Charrue ? Pirogue/Filet de pêche ?	<table border="0"> <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>PIROGUE/FILET</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	PIROGUE/FILET	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																									
PIROGUE/FILET	1	2																									

N°	QUESTIONS ET FILTRES	CODES	PASSER À
119	Est-ce qu'un membre de votre ménage possède des terres cultivables ?	OUI 1 NON 2	121
120	Combien d'hectares de terres cultivables les membres du ménage possèdent-ils ? SI 95 OU PLUS, ENCERCLEZ '95'.	NOMBRE D'HECTARES ... <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> 95 HECTARES OU PLUS 950 NE SAIT PAS 998	
121	Est-ce que votre ménage possède du bétail, des troupeaux d'autres animaux de ferme ou de la volaille ?	OUI 1 NON 2	123
122	Parmi les animaux suivants, combien votre ménage en possède t-il ? SI AUCUN, INSCRIVEZ '00'. SI 95 OU PLUS, INSCRIVEZ '95'. SI NE SAIT PAS, INSCRIVEZ '98'. Vaches laitières ou taureaux ? Des chameaux ? Chevaux, ânes ou mules ? Chèvres ? Moutons ? Porcs? Volaille?	VACHES/TAUREAUX <input type="text"/> <input type="text"/> CHAMEAUX <input type="text"/> CHEVAUX/ÂNES/MULES <input type="text"/> CHÈVRES <input type="text"/> MOUTONS <input type="text"/> PORCS <input type="text"/> VOLAILLES <input type="text"/>	
123	Est-ce qu'un membre de votre ménage a un compte en banque ou dans une autre institution financière (mutuelles d'épargne et de crédit, caisse d'épargne...)?	OUI 1 NON 2 NSP 8	
123A	Est-ce qu'un membre de votre ménage participe à une tontine?	OUI 1 NON 2 NSP 8	
123B	Est-ce qu'il arrive que quelqu'un fume dans votre maison ? Diriez-vous que cela arrive tous les jours, une fois par semaine, une fois par mois, moins d'un mois ou jamais ?	TOUS LES JOURS 1 UNE FOIS PAR SEMAINE 2 UNE FOIS PAR MOIS 3 MOINS D'UNE FOIS PAR MOIS 4 JAMAIS 5	
124	Est-ce qu'à n'importe quel moment au cours des 12 derniers mois, quelqu'un est venu dans votre logement pour pulvériser les murs intérieurs contre les moustiques ?	OUI 1 NON 2 NE SAIT PAS 8	125A
125	Qui a pulvérisé les murs du logement ?	EMPLOYÉ/PROGRAMME-GOUVERNEMENT A SOCIÉTÉ PRIVÉE B ORGANISATION NON-GOUVERNEMENTALE (ONG) C AUTRE X (PRÉCISEZ) NE SAIT PAS Y	
125A	Les fenêtres des pièces à usage d'habitation sont-elles dotées de grillages pour empêcher aux moustiques d'entrer ?	OUI 1 NON 2 NE SAIT PAS 8	
125B	Les portes des pièces à usage d'habitation sont-elles dotées de grillages ou rideaux pour empêcher aux moustiques d'entrer ?	OUI 1 NON 2 NE SAIT PAS 8	

N°	QUESTIONS ET FILTRES	CODES	PASSER À		
126	Est-ce que votre ménage a des moustiquaires qui peuvent être utilisées pour dormir ?	OUI 1 NON 2	127D		
127	Combien de moustiquaires votre ménage a t-il ? SI 25 MOUSTIQUAIRES OU PLUS, ENREGISTREZ '25'.	NOMBRE DE MOUSTIQUAIRES <table border="1" style="display: inline-table; vertical-align: middle;"><tr><td style="width: 20px; height: 20px;"></td><td style="width: 20px; height: 20px;"></td></tr></table>			→
127A	Utilisez-vous les moustiquaires en dehors des chambres: par exemple dans la cour, sous les arbres ?	OUI 1 NON 2			
127B	Les membres de votre ménage dorment-ils sous une moustiquaire de façon continue toute l'année ?	OUI 1 NON 2 NSP/NE SE SOUVIENT PAS 8	128 →		
127C	Pourquoi les membres de votre ménage ne dorment-ils pas sous une moustiquaire de façon continue toute l'année ?	PAS BEAUCOUP DE MOUSTIQUES 1 À CAUSE DE LA CHALEUR 2 N'AIME PAS 3 PAR OUBLI/NÉGLIGENCE 4 AUTRE 6 (PRÉCISER) NSP/NE SE SOUVIENT PAS 8	→128		
127D	Pourquoi n'y a t-il pas de moustiquaires qui peuvent être utilisées dans votre ménage?	FAUTE DE MOYENS A PAS NÉCESSAIRE B UTILISE AUTRE CHOSE C N'ONT PAS DE MOUSTIQUES D N'AIMENT PAS E AUTRE X (PRÉCISER) NE SAIT PAS Y	→136A		

128	DEMANDER À L'ENQUÊTÉ DE VOUS MONTRER LES MOUSTIQUAIRES. POSEZ LES QUESTIONS SUIVANTES POUR CHAQUE MOUSTIQUAIRE. SI PLUS DE 3 MOUSTIQUAIRES, UTILISER UN QUESTIONNAIRE SUPPLÉMENTAIRE.	MOUSTIQUAIRE 1 VU 1 NON VU 2	MOUSTIQUAIRE 2 VU 1 NON VU 2	MOUSTIQUAIRE 3 VU 1 NON VU 2
129	Depuis combien de temps votre ménage possède-t-il la moustiquaire ? SI MOINS DE 1 MOIS, ENREGISTRER 00 ENTRER LE NOMBRE DE MOIS.	MOIS <input type="text"/> <input type="text"/> 37 MOIS OU PLUS 95 NSP/PAS SÛR 98	MOIS <input type="text"/> <input type="text"/> 37 MOIS OU PLUS 95 NSP/PAS SÛR 98	MOIS <input type="text"/> <input type="text"/> 37 MOIS OU PLUS 95 NSP/PAS SÛR 98
130	OBSERVER OU DEMANDER LA MARQUE DE LA MOUSTIQUAIRE (1)	MOUSTIQUAIRE DE LONGUE DURÉE (MILDA) : PERMANET 11 ← OLYSET-NET 12 ← DAWA PLUS 13 ← ICONLIFE 14 ← INTERCEPTOR 15 ← AUTRE 16 ← (PRECISER) (PASSER À 134) ← AUTRE MOUST. TRAITÉE K-ONET 21 ← NETTO 22 ← SENTINELLE 23 ← AUTRE 26 ← (PRECISER) (PASSER À 132) ← CONFECTIONNÉ PAR UN TAILLEUR 30 AUTRE 31 (PRECISER) NSP/PAS SÛR 98	MOUSTIQUAIRE DE LONGUE DURÉE (MILDA) : PERMANET 11 ← OLYSET-NET 12 ← DAWA PLUS 13 ← ICONLIFE 14 ← INTERCEPTOR 15 ← AUTRE 16 ← (PRECISER) (PASSER À 134) ← AUTRE MOUST. TRAITÉE K-ONET 21 ← NETTO 22 ← SENTINELLE 23 ← AUTRE 26 ← (PRECISER) (PASSER À 132) ← CONFECTIONNÉ PAR UN TAILLEUR 30 AUTRE 31 (PRECISER) NSP/PAS SÛR 98	MOUSTIQUAIRE DE LONGUE DURÉE (MILDA) : PERMANET 11 ← OLYSET-NET 12 ← DAWA PLUS 13 ← ICONLIFE 14 ← INTERCEPTOR 15 ← AUTRE 16 ← (PRECISER) (PASSER À 134) ← AUTRE MOUST. TRAITÉE K-ONET 21 ← NETTO 22 ← SENTINELLE 23 ← AUTRE 26 ← (PRECISER) (PASSER À 132) ← CONFECTIONNÉ PAR UN TAILLEUR 30 AUTRE 31 (PRECISER) NSP/PAS SÛR 98
131	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
132	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 (ALLER À 134) ← PAS SÛR/NSP 8	OUI 1 NON 2 (ALLER À 134) ← PAS SÛR/NSP 8	OUI 1 NON 2 (ALLER À 134) ← PAS SÛR/NSP 8
133	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'. ENTRER LE NOMBRE DE MOIS.	MOIS <input type="text"/> <input type="text"/> 24 MOIS OU + 95 PAS SÛR/NSP 98	MOIS <input type="text"/> <input type="text"/> 24 MOIS OU + 95 PAS SÛR/NSP 98	MOIS <input type="text"/> <input type="text"/> 24 MOIS OU + 95 PAS SÛR/NSP 98

128	DEMANDER À L'ENQUÊTÉ DE VOUS MONTRER LES	MOUSTIQUAIRE 1	MOUSTIQUAIRE 2	MOUSTIQUAIRE 3
134	Est-ce que, la nuit dernière, quelqu'un a dormi sous cette moustiquaire ?	OUI 1 NON 2 (ALLER À 135A) ← NE SAIT PAS 8	OUI 1 NON 2 (ALLER À 135A) ← NE SAIT PAS 8	OUI 1 NON 2 (ALLER À 135A) ← NE SAIT PAS 8
135	Qui a dormi sous cette moustiquaire la nuit dernière ?	NOM _____ No DE LIGNE ... <input type="text"/>	NOM _____ No DE LIGNE ... <input type="text"/>	NOM _____ No DE LIGNE ... <input type="text"/>
	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"/>
	ENREGISTRER TOUTES LES PERSONNES QUI ONT DORMI SOUS CHAQUE MOUSTIQUAIRE LA NUIT DERNIÈRE.	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"/>
135A	Est-ce que cette moustiquaire a été modifiée après avoir été acquise?	OUI 1 NON 2 NSP 8	OUI 1 NON 2 NSP 8	OUI 1 NON 2 NSP 8
135B	VERIFIER 134 :	OUI 1 (ALLER À 135D) ← NON/NSP 2	OUI 1 (ALLER À 135D) ← NON/NSP 2	OUI 1 (ALLER À 135D) ← NON/NSP 2
135C	Pourquoi, la nuit dernière, personne n'a dormi sous cette moustiquaire ? SI PLUSIEURS RAISONS SONT MENTIONNÉES, DEMANDER ET ENREGISTRER LA PRINCIPALE.	PAS MOUSTIQUES 1 CHALEUR 2 DECHIRE 3 N'EST PLUS EFFICACE 4 AUTRE 6 (PRÉCISER) NE SAIT PAS 8	PAS MOUSTIQUES 1 CHALEUR 2 DECHIRE 3 N'EST PLUS EFFICACE 4 AUTRE 6 (PRÉCISER) NE SAIT PAS 8	PAS MOUSTIQUES 1 CHALEUR 2 DECHIRE 3 N'EST PLUS EFFICACE 4 AUTRE 6 (PRÉCISER) NE SAIT PAS 8
135D	Où cette moustiquaire a-t-elle été obtenue ?	POINT DIST. CAMPAGNE .. 01 STRUCTURE DE SANTE .. 02 ECOLE 03 OCB/ASSOCIAT 04 PHARMACIE PRIVI..... 05 STATION SELECT 06 AUTRE COMMERCE 07 PARENT/VOISIN/AMI 08 NE SAIT PAS 88	POINT DIST. CAMPAGNE .. 01 STRUCTURE DE SANTE .. 02 ECOLE 03 OCB/ASSOCIAT 04 PHARMACIE PRIVI..... 05 STATION SELECT 06 AUTRE COMMERCE 07 PARENT/VOISIN/AMI 08 NE SAIT PAS 88	POINT DIST. CAMPAGNE .. 01 STRUCTURE DE SANTE .. 02 ECOLE 03 OCB/ASSOCIAT 04 PHARMACIE PRIVI..... 05 STATION SELECT 06 AUTRE COMMERCE 07 PARENT/VOISIN/AMI 08 NE SAIT PAS 88
135E	Combien d'argent avez-vous effectivement payé pour acquérir la moustiquaire ? NOTER EN FRANCS CFA.	PRIX . <input type="text"/> NE SAIT PAS 9998	PRIX <input type="text"/> NE SAIT PAS 9998	PRIX <input type="text"/> NE SAIT PAS 9998

128	DEMANDER À L'ENQUÊTÉ DE VOUS MONTRER LES	MOUSTIQUAIRE 1	MOUSTIQUAIRE 2	MOUSTIQUAIRE 3
135F	VÉRIFIER 130 ET 132: MILDA OU AUTRES TYPES DE MOUSTIQUAIRES.	Q130 : MILDA : (ALLER À 135G a-) ←	Q130 : MILDA : (ALLER À 135G a-) ←	Q130 : MILDA : (ALLER À 135G a-) ←
		Q132 : CODE 1 : (ALLER À 135G b-) ←	Q132 : CODE 1 : (ALLER À 135G b-) ←	Q132 : CODE 1 : (ALLER À 135G b-) ←
		Q132 : CODES 2 OU 8 : (ALLER À 135G a-) ←	Q132 : CODES 2 OU 8 : (ALLER À 135G a-) ←	Q132 : CODES 2 OU 8 : (ALLER À 135G a-) ←
135G	a- Cette moustiquaire a t-elle été lavée depuis que vous l'avez acquise ? b-Cette moustiquaire a t-elle été lavée depuis qu'elle a été trempée la dernière fois ?	OUI 1 NON 2 (ALLER À 135I) ← PAS SÛR/NSP 8	OUI 1 NON 2 (ALLER À 135I) ← PAS SÛR/NSP 8	OUI 1 NON 2 (ALLER À 135I) ← PAS SÛR/NSP 8
135H	Combien de fois cette moustiquaire a t-elle été lavée au cours des 12 derniers mois ?	N. LAVAGES ... <input type="text"/> NSP/PAS SÛR 98	N. LAVAGES ... <input type="text"/> NSP/PAS SÛR 98	N. LAVAGES ... <input type="text"/> NSP/PAS SÛR 98
135I	Avez-vous jamais utilisé cette moustiquaire à d'autres fins que l'utiliser pour dormir ?	OUI 1 NON 2 (ALLER À 135K) ← PAS SÛR/NSP 8	OUI 1 NON 2 (ALLER À 135K) ← PAS SÛR/NSP 8	OUI 1 NON 2 (ALLER À 135K) ← PAS SÛR/NSP 8
135J	Quelles sont ces autres fins ?	POUR PROTÉGER LA RÉCOLTE/PLANTES A POUR LA PÊCHE B SUR LE MATELAS POUR SE PROTÉGER CONTRE LES PUNAISES DE LIT ... C HABILLEMENT D AUTRE X (PRÉCISER)	POUR PROTÉGER LA RÉCOLTE/PLANTES A POUR LA PÊCHE B SUR LE MATELAS POUR SE PROTÉGER CONTRE LES PUNAISES DE LIT ... C HABILLEMENT D AUTRE X (PRÉCISER)	POUR PROTÉGER LA RÉCOLTE/PLANTES A POUR LA PÊCHE B SUR LE MATELAS POUR SE PROTÉGER CONTRE LES PUNAISES DE LIT ... C HABILLEMENT D AUTRE X (PRÉCISER)
135K	Avez-vous jamais essayé de réparer un trou dans cette moustiquaire ?	OUI 1 NON 2 NSP/PAS SÛR 8	OUI 1 NON 2 NSP/PAS SÛR 8	OUI 1 NON 2 NSP/PAS SÛR 8
136		RETOURNER À 128 POUR LA MOUSTIQUAIRE SUIVANTE ; OU, SI PLUS DE MOUSTIQUAIRE DANS LE MÉNAGE: PASSER À 136A	RETOURNER À 128 POUR LA MOUSTIQUAIRE SUIVANTE ; OU, SI PLUS DE MOUSTIQUAIRE DANS LE MÉNAGE: PASSER À 136A	RETOURNER À 128 DANS PREMIÈRE COLONNE DU NOUVEAU QUESTIONNAIRE ; OU, SI PLUS DE MOUSTIQUAIRE DANS LE MÉNAGE: PASSER À 136A
136A	Au cours des 12 derniers mois, est-ce qu'il y avait des moustiquaires dans le ménage et qui n'y sont plus maintenant ?		OUI 1 NON 2 (ALLER À 137) ← PAS SÛR/NSP 8	
136B	Combien ?		NOMBRE <input type="text"/>	

NOTE (1) : Vous pouvez trouver une des mentions suivantes sur les moustiquaires:

A) Moustiquaires Imprégnées d'Insecticide à Longue Durée d'Action (MILDA):

- 1) PERMANET: PERMANET, www.permanet.com, www.vestergard-frandsen.com;
- 2) OLYSETNET: OLYSET NET, Registered Trademark of Sumitomo chemical Co ltd;
- 3) DAWA PLUS: DAWA, DAWA PLUS, TANA NETTING CO LTD BY SIAMDUTCH;
- 4) ICONLIFE : iconlife, Insecticide Treated net syngenta.
- 5) INTERCEPTOR: BASF THE CEMICAL COMPANY LLIN.

B) Autres moustiquaires imprégnées :

- 1) K-O NET: Siamdutch, Mosquito Netting Co ltd;
- 2) Netto: Netto Extra Treated Net;
- 3) SENTINELLE : Sentinelle, Moustiquaire imprégnée;

N°	QUESTIONS ET FILTRES	CODES	PASSER À
137	Montrez-moi, s'il vous plaît, où les membres du ménage se lavent le plus souvent les mains.	OBSERVÉ 1 NON OBSERVÉ, PAS DANS LOGEMENT/COUR/PARCELLE 2 NON OBSERVÉ, PAS DE PERMISSION POUR VÉRIFIER 3 NON OBSERVÉ, AUTRE RAISON 4 (PASSER À 140)	
137A	A quel moment les membres du ménage se lavent, le plus souvent, les mains ?	A LA SORTIE DES TOILETTES..... A AVANT DE MANGER..... B AVANT DE PRÉPARER LES REPAS..... C AVANT DE S'OCCUPER DES ENFANTS..... D APRÈS AVOIR NETTOYÉ LES ENFANTS..... E	
138	OBSERVATION SEULEMENT : OBSERVEZ LA DISPONIBILITÉ D'EAU À L'ENDROIT OÙ LES MEMBRES DU MÉNAGE SE LAVENT LES MAINS.	EAU DISPONIBLE 1 EAU NON DISPONIBLE 2	
139	OBSERVATION SEULEMENT : OBSERVEZ LA PRÉSENCE DE SAVON. DÉTERGENT OU AUTRE PRODUIT POUR SE LAVER.	SAVON OU DÉTERGENT (EN MORCEAU, LIQUIDE, POUDRE, PÂTE) . A CENDRE, BOUE, SABLE B AUCUN C	
140	DEMANDER À L'ENQUÊTÉ UNE PETITE CUILLÈRE DE SEL POUR LA CUISINE. TEST DU SEL POUR LA TENEUR EN IODE	PRÉSENCE D'IODE 1 PAS D'IODE 2 PAS DE SEL DANS LE MÉNAGE 3 SEL NON TESTÉ 6 (PRÉCISEZ LA RAISON)	
140A	Au cours des trois dernières années, est-il survenu dans votre ménage un quelconque choc ?	OUI 1 NON 2 (PASSER À 201) ←	
140B	Quel a été le principal choc subi par votre ménage ?	MALADIE 01 DÉCÈS 02 PERTE D'EMPLOI/CHÔMAGE 03 BAISSE DE REVENU/TRANSFERTS REÇUS 04 INONDATIONS/SÉCHERESSE/PERTE DE RÉCOLTE 05 CONFLIT/INSÉCURITÉ/VOL OU PERTE DE BÉTAIL 06 INCENDIE 07 PERTE D'ARGENT 08 AUTRE 96 (PRÉCISER)	

POIDS, TAILLE, TESTS D'ANEMIE ET DE PALUDISME POUR LES ENFANTS DE 0-5 ANS

201	VÉRIFIEZ LA COLONNE 11 DU TABLEAU DE MÉNAGE. INSCRIVEZ LE NUMÉRO DE LIGNE ET LE NOM DE TOUS LES ENFANTS DE 0-5 ANS À Q.202 EN ORDRE SELON LE NUMÉRO DE LIGNE. S'IL Y A PLUS DE 3 ENFANTS, UTILISEZ UN/DES QUESTIONNAIRE(S) SUPPLÉMENTAIRE(S).			
		ENFANT 1	ENFANT 2	ENFANT 3
202	NUMÉRO DE LIGNE DE LA COLONNE 11 NOM DE LA COLONNE 2	N° LIGNE <input type="text"/> <input type="text"/> NOM _____	N° LIGNE <input type="text"/> <input type="text"/> NOM _____	N° LIGNE <input type="text"/> <input type="text"/> NOM _____
203	SI LA MÈRE EST ENQUÊTÉE, COPIER LE MOIS ET L'ANNÉE DE NAISSANCE DE L'ENFANT À PARTIR DU TABLEAU DES NAISSANCES ET DEMANDER LE JOUR ; SI LA MÈRE N'EST PAS ENQUÊTÉE, DEMANDER: Quelle est la date de naissance de (NOM) ?	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"/>	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"/>	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"/>
204	VÉRIFIEZ 203: ENFANT NÉ EN JANVIER 2009 OU PLUS TARD ?	OUI 1 NON 2 (ALLEZ À 203 POUR ←)	OUI 1 NON 2 (ALLEZ À 203 POUR ←)	OUI 1 NON 2 (ALLEZ À 203 POUR ←)
205	POIDS EN KILOGRAMMES	KG. <input type="text"/> <input type="text"/> . <input type="text"/> <input type="text"/> ABSENT 99.94 REFUS 99.95 AUTRE 99.96	KG. <input type="text"/> <input type="text"/> . <input type="text"/> <input type="text"/> ABSENT 99.94 REFUS 99.95 AUTRE 99.96	KG. <input type="text"/> <input type="text"/> . <input type="text"/> <input type="text"/> ABSENT 99.94 REFUS 99.95 AUTRE 99.96
206	TAILLE EN CENTIMÈTRES SI MOINS DE 2 ANS, MESURER L'ENFANT COUCHÉ, SINON DEBOUT	CM. <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> . <input type="text"/> ABSENT 999.4 REFUS 999.5 AUTRE 999.6	CM. <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> . <input type="text"/> ABSENT 999.4 REFUS 999.5 AUTRE 999.6	CM. <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> . <input type="text"/> ABSENT 999.4 REFUS 999.5 AUTRE 999.6
207	MESURÉ ALLONGÉ OU DEBOUT ?	ALLONGÉ 1 DEBOUT 2 PAS MESURÉ 3	ALLONGÉ 1 DEBOUT 2 PAS MESURÉ 3	ALLONGÉ 1 DEBOUT 2 PAS MESURÉ 3
208	VÉRIFIEZ 203: EST-CE QUE L'ENFANT A 0-5 MOIS, C'EST-À-DIRE QU'IL EST NÉ AU COURS DU MOIS DE L'ENQUÊTE OU DANS LES 5 MOIS PRÉCÉDENTS ?	0-5 MOIS 1 (ALLEZ À 203 POUR ←) ENFANT SUIVANT OU SI PLUS D'ENFANT, TERMINEZ L'INTERVIEW) PLUS ÂGÉ 2	0-5 MOIS 1 (ALLEZ À 203 POUR ←) ENFANT SUIVANT OU SI PLUS D'ENFANT, TERMINEZ L'INTERVIEW) PLUS ÂGÉ 2	0-5 MOIS 1 (ALLEZ À 203 POUR ←) ENFANT SUIVANT OU SI PLUS D'ENFANT, TERMINEZ L'INTERVIEW) PLUS ÂGÉ 2
209	N° DE LIGNE DU PARENT/AUTRE ADULTE RESPONSABLE DE L'ENFANT (DE LA COLONNE 1 DU TABLEAU MÉNAGE). INSCRIVEZ '00' SI NON LISTÉ.	N° LIGNE <input type="text"/> <input type="text"/>	N° LIGNE <input type="text"/> <input type="text"/>	N° LIGNE <input type="text"/> <input type="text"/>

210	<p>DEMANDEZ LE CONSENTEMENT POUR LE TEST D'ANÉMIE AU PARENT/AUTRE ADULTE IDENTIFIÉ À 209 COMME RESPONSABLE DE L'ENFANT.</p>	<p>Dans cette enquête, nous demandons à des enfants dans tout le pays de participer au test d'anémie. L'anémie est un problème de santé sérieux qui résulte généralement d'une alimentation pauvre, d'infections ou de maladies chroniques. Les résultats de cette enquête permettront d'aider le gouvernement à développer des programmes pour prévenir et traiter l'anémie.</p> <p>Nous demandons que tous les enfants nés en 2009 ou plus tard participent au test d'anémie inclus dans cette enquête en donnant quelques gouttes de sang d'un doigt ou du talon. Pour ce test, on utilise un équipement propre et sans risque. Il n'a jamais été utilisé auparavant et il sera jeté après chaque test.</p> <p>Le sang sera testé pour l'anémie immédiatement et les résultats vous seront communiqués tout de suite. Les résultats sont strictement confidentiels et ne seront transmis à personne en dehors de l'équipe de l'enquête.</p> <p>Avez-vous des questions à me poser ? Vous pouvez dire 'oui' pour le test ou vous pouvez dire 'non'. C'est votre décision. Autorisez-vous (NOM DE L'ENFANT) à participer au test d'anémie ?</p>		
		ENFANT 1	ENFANT 2	ENFANT 3
	NOM DE LA COLONNE 2	NOM _____	NOM _____	NOM _____
211	<p>ENCERCLEZ LE CODE APPROPRIÉ ET APPOSEZ VOTRE SIGNATURE.</p>	<p>ACCORDÉE 1 _____ ← (SIGNATURE)</p> <p>REFUSÉE 2 ABSENT 5 AUTRE 6</p>	<p>ACCORDÉE 1 _____ ← (SIGNATURE)</p> <p>REFUSÉE 2 ABSENT 5 AUTRE 6</p>	<p>ACCORDÉE 1 _____ ← (SIGNATURE)</p> <p>REFUSÉE 2 ABSENT 5 AUTRE 6</p>
212	<p>DEMANDEZ LE CONSENTEMENT POUR LE TEST DE PALUDISME AU PARENT/AUTRE ADULTE IDENTIFIÉ À 209 COMME RESPONSABLE DE L'ENFANT.</p>	<p>Dans cadre de cette enquête, nous demandons que les enfants dans tout le pays participent à un test pour vérifier s'ils ont ou non le paludisme. Le paludisme est un problème de santé sérieux causé par un parasite transmis par la piqûre d'un moustique. Cette enquête aidera le gouvernement à développer des programmes pour prévenir le paludisme.</p> <p>Nous demandons que tous les enfants nés en 2009 ou plus tard participent au test de paludisme inclus dans cette enquête en donnant quelques gouttes de sang d'un doigt ou du talon. Pour ce test, on utilise un équipement propre et sans risque. Il n'a jamais été utilisé auparavant et il sera jeté après chaque test. (Nous utiliserons le sang de la même piqûre au même doigt que pour le test d'anémie).</p> <p>Une goutte de sang sera testée pour le paludisme immédiatement et les résultats vous seront communiqués tout de suite. Quelques gouttes seront prélevées sur une ou des lames et envoyés à un laboratoire pour être testés. Les résultats du test de laboratoire ne vous seront pas divulgués. Les résultats sont strictement confidentiels et ne seront transmis à personne en dehors de l'équipe de l'enquête.</p> <p>Avez-vous des questions à me poser ? Vous pouvez dire 'oui' pour le test ou vous pouvez dire 'non'. C'est votre décision. Autorisez-vous (NOM DE L'ENFANT) à participer au test de paludisme ?</p>		
213	<p>ENCERCLEZ LE CODE APPROPRIÉ ET APPOSEZ VOTRE SIGNATURE.</p>	<p>ACCORDÉE 1 _____ ← (SIGNATURE)</p> <p>REFUSÉE 2 ABSENT 5 AUTRE 6</p>	<p>ACCORDÉE 1 _____ ← (SIGNATURE)</p> <p>REFUSÉE 2 ABSENT 5 AUTRE 6</p>	<p>ACCORDÉE 1 _____ ← (SIGNATURE)</p> <p>REFUSÉE 2 ABSENT 5 AUTRE 6</p>
214	<p>PRÉPAREZ L'ÉQUIPEMENT ET LES FOURNITURES SEULEMENT POUR LE/LES TEST(S) POUR LEQUELS/LESQUELS LE CONSENTEMENT A ÉTÉ OBTENU ET CONTINUEZ AVEC LE/LES TEST(S).</p>			

215	ÉTIQUETTE CODE BARRE POUR LE TEST DE PALUDISME.	<div style="border: 1px dashed black; padding: 5px; text-align: center;">COLLEZ LA 1^{re} ÉTIQUETTE CODE BARRE ICI</div> <p>ABSENT 99994 REFUS 99995 AUTRE 99996</p> <p>COLLEZ LA 2^{ème} ÉTIQUETTE CODE BARRE SUR LA LAME ET LA 3^{ème} SUR LA FICHE DE TRANSMISSION.</p>	<div style="border: 1px dashed black; padding: 5px; text-align: center;">COLLEZ LA 1^{re} ÉTIQUETTE CODE BARRE ICI</div> <p>ABSENT 99994 REFUS 99995 AUTRE 99996</p> <p>COLLEZ LA 2^{ème} ÉTIQUETTE CODE BARRE SUR LA LAME ET LA 3^{ème} SUR LA FICHE DE TRANSMISSION.</p>	<div style="border: 1px dashed black; padding: 5px; text-align: center;">COLLEZ LA 1^{re} ÉTIQUETTE CODE BARRE ICI</div> <p>ABSENT 99994 REFUS 99995 AUTRE 99996</p> <p>COLLEZ LA 2^{ème} ÉTIQUETTE CODE BARRE SUR LA LAME ET LA 3^{ème} SUR LA FICHE DE TRANSMISSION.</p>
216	INSCRIVEZ LE NIVEAU D'HÉMOGLOBINE ICI ET DANS LA BROCHURE ANÉMIE ET PALUDISME.	<p>G/DL <input type="text"/> <input type="text"/> , <input type="text"/></p> <p>ABSENT 994 REFUS 995 AUTRE 996</p>	<p>G/DL <input type="text"/> <input type="text"/> , <input type="text"/></p> <p>ABSENT 994 REFUS 995 AUTRE 996</p>	<p>G/DL <input type="text"/> <input type="text"/> , <input type="text"/></p> <p>ABSENT 994 REFUS 995 AUTRE 996</p>
217	ENREGISTREZ LE CODE DU RÉSULTAT DU TDR DU PALUDISME.	<p>TESTÉ 1 ABSENT 2 REFUS 3 AUTRE 6</p> <p>(PASSEZ À 219) ←</p>	<p>TESTÉ 1 ABSENT 2 REFUS 3 AUTRE 6</p> <p>(PASSEZ À 219) ←</p>	<p>TESTÉ 1 ABSENT 2 REFUS 3 AUTRE 6</p> <p>(PASSEZ À 219) ←</p>
218	ENREGISTRER LE RESULTAT DU TDR DU PALUDISME ICI ET DANS LA BROCHURE SUR L'ANÉMIE ET LE PALUDISME.	<p>POSITIF FALCIPARUM 1 POSITIF ESPECES (OMV) 2 POSITIF P (F et OMV) 3</p> <p>(PASSEZ À 221) ←</p> <p>NÉGATIF 4 AUTRE 6</p>	<p>POSITIF FALCIPARUM 1 POSITIF ESPECES (OMV) 2 POSITIF P (F et OMV) 3</p> <p>(PASSEZ À 221) ←</p> <p>NÉGATIF 4 AUTRE 6</p>	<p>POSITIF FALCIPARUM 1 POSITIF ESPECES (OMV) 2 POSITIF P (F et OMV) 3</p> <p>(PASSEZ À 221) ←</p> <p>NÉGATIF 4 AUTRE 6</p>
219	VÉRIFIEZ 216: NIVEAU D'HÉMOGLOBINE	<p>EN-DESSOUS DE 8.0 G/DL ANÉMIE SÉVÈRE 1 8.0 G/DL OU PLUS 2</p> <p>ABSENT 4 REFUS 5 AUTRE 6</p> <p>(PASSEZ À 232) ←</p>	<p>EN-DESSOUS DE 8.0 G/DL ANÉMIE SÉVÈRE 1 8.0 G/DL OU PLUS 2</p> <p>ABSENT 4 REFUS 5 AUTRE 6</p> <p>(PASSEZ À 232) ←</p>	<p>EN-DESSOUS DE 8.0 G/DL ANÉMIE SÉVÈRE 1 8.0 G/DL OU PLUS 2</p> <p>ABSENT 4 REFUS 5 AUTRE 6</p> <p>(PASSEZ À 232) ←</p>
		ENFANT 1	ENFANT 2	ENFANT 3
	NOM DE LA COLONNE 2	NOM _____	NOM _____	NOM _____
220	DÉCLARATION DE REFERENCE <u>POUR ANÉMIE SÉVÈRE.</u>	<p>Le test pour le diagnostic d'anémie montre que (NOM DE L'ENFANT) a une anémie sévère. Votre enfant est sérieusement malade et doit être amené à un établissement de santé immédiatement.</p> <p style="text-align: center;">PASSEZ À 232</p>		

221	<p>Est-ce que (NOM) souffre d'une des maladies suivantes ou présente un ou des symptômes suivants:</p> <p>Faiblesse extrême?</p> <p>Problèmes cardiaques?</p> <p>Perte de conscience?</p> <p>Respiration rapide ou difficulté de respirer?</p> <p>Convulsions?</p> <p>Saignements anormaux?</p> <p>Jaunisse/peau jaune ?</p> <p>Urine foncée?</p> <p>SI AUCUN DES SYMPTÔMES CI-DESSUS, ENCERCLEZ CODE Y.</p>	<p>FAIBLESSE EXTRÊME A</p> <p>PROBLÈME</p> <p>CARDIAQUE B</p> <p>PERTE</p> <p>CONSCIENCE C</p> <p>RESPIRATION RAPIDE D</p> <p>CONVULSIONS E</p> <p>SAIGNEMENTS F</p> <p>JAUNISSE G</p> <p>URINE FONCÉE H</p> <p>AUCUN DES SYMPTÔMES CI-DESSUS Y</p>	<p>FAIBLESSE EXTRÊME A</p> <p>PROBLÈME</p> <p>CARDIAQUE B</p> <p>PERTE</p> <p>CONSCIENCE C</p> <p>RESPIRATION RAPIDE D</p> <p>CONVULSIONS E</p> <p>SAIGNEMENTS F</p> <p>JAUNISSE G</p> <p>URINE FONCÉE H</p> <p>AUCUN DES SYMPTÔMES CI-DESSUS Y</p>	<p>FAIBLESSE EXTRÊME A</p> <p>PROBLÈME</p> <p>CARDIAQUE B</p> <p>PERTE</p> <p>CONSCIENCE C</p> <p>RESPIRATION RAPIDE D</p> <p>CONVULSIONS E</p> <p>SAIGNEMENTS F</p> <p>JAUNISSE G</p> <p>URINE FONCÉE H</p> <p>AUCUN DES SYMPTÔMES CI-DESSUS Y</p>
222	<p>VÉRIFIEZ 221:</p> <p>Y A-T-IL UN CODE A-H ENCERCLE ?</p>	<p>UN CODE A-H ENCERCLE 1 (PASSEZ À 224) ←</p> <p>SEUL CODE Y ENCERCLE 2</p>	<p>UN CODE A-H ENCERCLE 1 (PASSEZ À 224) ←</p> <p>SEUL CODE Y ENCERCLE 2</p>	<p>UN CODE A-H ENCERCLE 1 (PASSEZ À 224) ←</p> <p>SEUL CODE Y ENCERCLE 2</p>
223	<p>VÉRIFIEZ 216:</p> <p>NIVEAU D'HÉMOGLOBINE</p>	<p>EN-DESSOUS DE 6.0 G/DL 1</p> <p>6.0 G/DL OU PLUS 2</p> <p>ABSENT 4</p> <p>REFUS 5</p> <p>AUTRE 6</p> <p>(PASSEZ À 225) ←</p>	<p>EN-DESSOUS DE 6.0 G/DL 1</p> <p>6.0 G/DL OU PLUS 2</p> <p>ABSENT 4</p> <p>REFUS 5</p> <p>AUTRE 6</p> <p>(PASSEZ À 225) ←</p>	<p>EN-DESSOUS DE 6.0 G/DL 1</p> <p>6.0 G/DL OU PLUS 2</p> <p>ABSENT 4</p> <p>REFUS 5</p> <p>AUTRE 6</p> <p>(PASSEZ À 225) ←</p>
224	<p><u>DÉCLARATION POUR REFERENCE POUR PALUDISME GRAVE.</u></p>	<p>Le test pour le diagnostic du paludisme montre que (NOM DE L'ENFANT) a du paludisme. Votre enfant a également des symptômes de paludisme grave. Le médicament que j'ai contre le paludisme n'aidera pas votre enfant, et je ne peux pas lui donner de traitement. Votre enfant est sérieusement malade et doit être amené tout de suite à un établissement de santé.</p> <p>PASSEZ À 231</p>		
		ENFANT 1	ENFANT 2	ENFANT 3
	NOM DE LA COLONNE 2	NOM _____	NOM _____	NOM _____
225	<p>Au cours des deux dernières semaines, est-ce que (NOM) a pris ou (NOM) prend-il de la CTA donné par un médecin ou un centre de santé pour traiter le paludisme ?</p> <p>VÉRIFIEZ EN DEMANDANT DE VOIR LE TRAITEMENT.</p>	<p>OUI 1</p> <p>NON 2 (PASSEZ À 227) ←</p>	<p>OUI 1</p> <p>NON 2 (PASSEZ À 227) ←</p>	<p>OUI 1</p> <p>NON 2 (PASSEZ À 227) ←</p>
226	<p><u>DÉCLARATION DE REFERENCE POUR LES ENFANTS PRENANT DÉJÀ UN MÉDICAMENT DE LA CTA.</u></p>	<p>Vous m'avez dit que (NOM DE L'ENFANT) a déjà reçu de la CTA pour le paludisme. Je ne peux pas vous donner une CTA supplémentaire. Cependant, le test montre qu'il/elle a du paludisme. Si votre enfant a de la fièvre pendant 2 jours après la dernière dose de CTA, vous devrez amener l'enfant au centre de santé le plus proche pour des examens plus approfondis.</p> <p>PASSEZ À 231</p>		

227	LIRE LES INFORMATIONS POUR LE TRAITEMENT DU PALUDISME ET LA DÉCLARATION DE CONSENTEMENT AU PARENT OU AUTRE ADULTE RESPONSABLE POUR L'ENFANT.	Le test du paludisme montre que votre enfant a du paludisme. Nous pouvons vous donner gratuitement des médicaments. Le médicament est appelé CTA. La CTA est très efficace et d'ici quelques jours, il n'aura plus de fièvre, ni d'autres symptômes. Vous n'êtes pas obligé de donner le médicament à l'enfant. C'est vous qui décidez. Dites-moi s'il vous plaît, si vous acceptez, ou non, le médicament.			
228	ENCERCLEZ LE CODE APPROPRIÉ ET APPOSEZ VOTRE SIGNATURE.	MÉDICAMENT ACCEPTÉ 1 (SIGNATURE) ← REFUS 2 AUTRE 6 (PASSEZ À 231) ←	MÉDICAMENT ACCEPTÉ 1 (SIGNATURE) ← REFUS 2 AUTRE 6 (PASSEZ À 231) ←	MÉDICAMENT ACCEPTÉ 1 (SIGNATURE) ← REFUS 2 AUTRE 6 (PASSEZ À 231) ←	
230	TRAITEMENT POUR LES ENFANTS DONT LE TEST DU PALUDISME EST POSITIF.	Enfants de moins de 1 an ou de moins de 8 Kgs Comprimé de 25 mg d'Artésunate et 67.5 mg d'Amodiaquine (Plaquette à Bande Rose) Enfants de 1-5 ans ou de 8-17 Kgs Comprimé de 50 mg d'Artésunate et 135 mg d'Amodiaquine (Plaquette à Bande Violette)	Jour 1 (1 comprimé)	Jour 2 (1 comprimé)	Jour 3 (1 comprimé)
231		MÉDICAMENT DONNÉ 1 MÉDICAMENT REFUSÉ 2 REFERE POUR PALUDISME GRAVE 3 REFERE POUR ENFANT PRENANT DÉJÀ DE LA CTA 4 AUTRE 6	MÉDICAMENT DONNÉ 1 MÉDICAMENT REFUSÉ 2 REFERE POUR PALUDISME GRAVE 3 REFERE POUR ENFANT PRENANT DÉJÀ DE LA CTA 4 AUTRE 6	MÉDICAMENT DONNÉ 1 MÉDICAMENT REFUSÉ 2 REFERE POUR PALUDISME GRAVE 3 REFERE POUR ENFANT PRENANT DÉJÀ DE LA CTA 4 AUTRE 6	
232	RETOURNEZ À 202 À LA COLONNE SUIVANTE DE CE QUESTIONNAIRE OU À LA 1ERE COLONNE DU/DES QUESTIONNAIRE(S) SUPPLÉMENTAIRE(S); S'IL N'Y A PLUS D'ENFANT, TERMINEZ L'INTERVIEW.				