

**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. <span style="display: inline-block; width: 20px; height: 20px; border: 1px solid black; vertical-align: middle;"></span>	
NOM DU CHEF DE MÉNAGE _____				
DÉPARTEMENT .....				
SOUS- PRÉFECTURE .....				
CANTON .....			GRAPPE <span style="display: inline-block; width: 20px; height: 20px; border: 1px solid black; vertical-align: middle;"></span>	
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).....			STRUCT. <span style="display: inline-block; width: 20px; height: 20px; border: 1px solid black; vertical-align: middle;"></span>	
URBAIN/RURAL (URBAIN=1, RURAL=2).....				
N'DJAMÉNA = 1 ; ABEICHE/MOUNDOU/SARH= 2 ; AUT. CHEF LIEU DÉPART.=3 ; AUT. PETITES VILLES= 4 ; RURAL = 5				
RÉSIDENCE				
ENQUÊTE HOMME (OUI=1, NON=2) .....			MENAG/STRUC. <span style="display: inline-block; width: 20px; height: 20px; border: 1px solid black; vertical-align: middle;"></span>	
VISITES D'ENQUÊTRICES				
	1	2	3	VISITE FINALE
DATE	_____	_____	_____	JOUR <span style="display: inline-block; width: 20px; height: 20px; border: 1px solid black; vertical-align: middle;"></span> MOIS <span style="display: inline-block; width: 20px; height: 20px; border: 1px solid black; vertical-align: middle;"></span> ANNÉE <span style="display: inline-block; width: 20px; height: 20px; border: 1px solid black; vertical-align: middle;"></span> 2 <span style="display: inline-block; width: 20px; height: 20px; border: 1px solid black; vertical-align: middle;"></span> 0 <span style="display: inline-block; width: 20px; height: 20px; border: 1px solid black; vertical-align: middle;"></span> 0
NOM DE L'ENQUÊTRICE	_____	_____	_____	NOM <span style="display: inline-block; width: 20px; height: 20px; border: 1px solid black; vertical-align: middle;"></span>
RÉSULTAT*	_____	_____	_____	RÉSULTAT <span style="display: inline-block; width: 20px; height: 20px; border: 1px solid black; vertical-align: middle;"></span>
PROCHAINE VISITE :DATE	_____	_____		NOMBRE TOTAL DE VISITES <span style="display: inline-block; width: 20px; height: 20px; border: 1px solid black; vertical-align: middle;"></span>
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 DIFFÉRE 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 <span style="display: inline-block; width: 20px; height: 20px; border: 1px solid black; vertical-align: middle;"></span> TOTAL DE FEMMES ÉLIGIBLES <span style="display: inline-block; width: 20px; height: 20px; border: 1px solid black; vertical-align: middle;"></span> TOTAL D'HOMMES ÉLIGIBLES <span style="display: inline-block; width: 20px; height: 20px; border: 1px solid black; vertical-align: middle;"></span> N° LIGNE ENQUÊTÉ POUR QUESTIONNAIRE MÉNAGE <span style="display: inline-block; width: 20px; height: 20px; border: 1px solid black; vertical-align: middle;"></span>	
CONTRÔLEUSE NOM _____ <span style="display: inline-block; width: 20px; height: 20px; border: 1px solid black; vertical-align: middle;"></span> DATE _____		CHEF D'EQUIPE NOM _____ <span style="display: inline-block; width: 20px; height: 20px; border: 1px solid black; vertical-align: middle;"></span> DATE _____		CONT. BUREAU <span style="display: inline-block; width: 20px; height: 20px; border: 1px solid black; vertical-align: middle;"></span>
				SAISI PAR <span style="display: inline-block; width: 20px; height: 20px; border: 1px solid black; vertical-align: middle;"></span>

# 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	
							SI ÂGÉ DE 6 ANS OU PLUS			Est-ce que la mère biologique de (NOM) est toujours en vie?	SI EN VIE Est-ce que la mère biologique de (NOM) vit dans ce ménage?	Est-ce que le père biologique de (NOM) est toujours en vie?	SI EN VIE Est-ce que le père biologique de (NOM) vit dans ce ménage?	ENTOURER LE N° DE LIGNE DE TOUTES LES FEMMES ÂGÉES DE 15-49 ANS	VÉRIFIER COUVERTURE: SI ENQUÊTE HOMME = 'OUI' ENTOURER N° DE LIGNE DE TOUTES LES HOMMES DE 15-59 ANS
(1)	(2)	(3)	(4)	(5)	(6)	(7)	(8)	(9)	(10)	(11)	(12)	(13)	(14)	(15)	(15A)
			H F	OUI NON	OUI NON	EN ANNÉES	OUI NON	CLASSE	OUI NON	OUI NON NSP		OUI NON NSP			
01			1 2	1 2 1 2	1 2 1 2		1 2 1 2		1 2	1 2 1 2		1 2 1 2		01	01
02			1 2	1 2 1 2	1 2 1 2		1 2 1 2		1 2	1 2 1 2		1 2 1 2		02	02
03			1 2	1 2 1 2	1 2 1 2		1 2 1 2		1 2	1 2 1 2		1 2 1 2		03	03
04			1 2	1 2 1 2	1 2 1 2		1 2 1 2		1 2	1 2 1 2		1 2 1 2		04	04
05			1 2	1 2 1 2	1 2 1 2		1 2 1 2		1 2	1 2 1 2		1 2 1 2		05	05
06			1 2	1 2 1 2	1 2 1 2		1 2 1 2		1 2	1 2 1 2		1 2 1 2		06	06
07			1 2	1 2 1 2	1 2 1 2		1 2 1 2		1 2	1 2 1 2		1 2 1 2		07	07
08			1 2	1 2 1 2	1 2 1 2		1 2 1 2		1 2	1 2 1 2		1 2 1 2		08	08
09			1 2	1 2 1 2	1 2 1 2		1 2 1 2		1 2	1 2 1 2		1 2 1 2		09	09



# TRAVAIL DES ENFANTS

16

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

↓

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

(17)	(18)	(19)	(20)	(21)	(22)	(23)	(24)	(25)
ENREGIS- TRER LE N° DE LIGNE DE CHAQUE ENFANT DANS L'ORDRE DE LA COLONNE 1 DU TABLEAU DE MÉNAGE	ENREGISTRER LE NOM DE CHAQUE ENFANT	Depuis (JOUR DE LA SEMAINE PENDANT LEQUEL A LIEU L'ENQUÊTE) dernier, (NOM) a-t-il/elle fait un travail quelconque pour lequel 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 lequel 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 lequel 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, environ combien d'heures (NOM) a-t-il/elle 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 ?
		<div>OUI</div> <div>PAYÉ</div> <div>1</div>		<div>OUI</div> <div>NON</div> <div>PAYÉ</div> <div>1</div> <div>2</div> <div>3</div>	<div>OUI</div> <div>NON</div> <div>1</div> <div>2</div> <div>PASSER A 24</div>		<div>OUI</div> <div>NON</div> <div>1</div> <div>2</div> <div>PASSER À LIGNE SUIVANTE</div>	
		<div></div> <div></div>	<div></div> <div></div>		<div></div> <div></div>			<div></div> <div></div>
		<div>1</div> <div>2</div> <div>3</div> <div>PASSER A 21</div>		<div>1</div> <div>2</div> <div>3</div>	<div>1</div> <div>2</div> <div>PASSER A 24</div>		<div>1</div> <div>2</div> <div>PASSER À LIGNE SUIVANTE</div>	<div></div> <div></div>
		<div>1</div> <div>2</div> <div>3</div> <div>PASSER A 21</div>		<div>1</div> <div>2</div> <div>3</div>	<div>1</div> <div>2</div> <div>PASSER A 24</div>		<div>1</div> <div>2</div> <div>PASSER À LIGNE SUIVANTE</div>	<div></div> <div></div>
		<div>1</div> <div>2</div> <div>3</div> <div>PASSER A 21</div>		<div>1</div> <div>2</div> <div>3</div>	<div>1</div> <div>2</div> <div>PASSER A 24</div>		<div>1</div> <div>2</div> <div>PASSER À LIGNE SUIVANTE</div>	<div></div> <div></div>
		<div>1</div> <div>2</div> <div>3</div> <div>PASSER A 21</div>		<div>1</div> <div>2</div> <div>3</div>	<div>1</div> <div>2</div> <div>PASSER A 24</div>		<div>1</div> <div>2</div> <div>PASSER À LIGNE SUIVANTE</div>	<div></div> <div></div>
		<div>1</div> <div>2</div> <div>3</div> <div>PASSER A 21</div>		<div>1</div> <div>2</div> <div>3</div>	<div>1</div> <div>2</div> <div>PASSER A 24</div>		<div>1</div> <div>2</div> <div>PASSER À LIGNE SUIVANTE</div>	<div></div> <div></div>

## ENREGISTREMENT DES NAISSANCES A L'ÉTAT CIVIL

26	VÉRIFIER COLONNES (5) ET (7):  <div style="display: flex; justify-content: space-between; align-items: flex-start;"> <div style="width: 60%;"> <b>NOMBRE D'ENFANTS DE MOINS DE 10 ANS QUI RÉSIDENT HABITUELLEMENT DANS LE MÉNAGE</b> </div> <div style="width: 35%; text-align: right;">                     AUCUN  <input type="checkbox"/> ➤ ALLER A 31                       UN OU PLUS <input type="checkbox"/>                      ↓                 </div> </div> <p style="text-align: center; margin-top: 10px;">REPLISSEZ LE TABLEAU SUIVANT POUR CHAQUE ENFANT DE MOINS DE 10 ANS</p>						
(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 style="width: 30px; height: 20px; border: 1px solid black;" type="text"/>		1	2 ↓ PASSER ENFANT SUIVANT	8 ↓ PASSER ENFANT SUIVANT	1	2	8
<input style="width: 30px; height: 20px; border: 1px solid black;" type="text"/>		1	2 ↓ PASSER ENFANT SUIVANT	8 ↓ PASSER ENFANT SUIVANT	1	2	8
<input style="width: 30px; height: 20px; border: 1px solid black;" type="text"/>		1	2 ↓ PASSER ENFANT SUIVANT	8 ↓ PASSER ENFANT SUIVANT	1	2	8
<input style="width: 30px; height: 20px; border: 1px solid black;" type="text"/>		1	2 ↓ PASSER ENFANT SUIVANT	8 ↓ PASSER ENFANT SUIVANT	1	2	8
<input style="width: 30px; height: 20px; border: 1px solid black;" type="text"/>		1	2 ↓ PASSER ENFANT SUIVANT	8 ↓ PASSER ENFANT SUIVANT	1	2	8
<input style="width: 30px; height: 20px; border: 1px solid black;" type="text"/>		1	2 ↓ PASSER ENFANT SUIVANT	8 ↓ PASSER ENFANT SUIVANT	1	2	8
<input style="width: 30px; height: 20px; border: 1px solid black;" type="text"/>		1	2 ↓ PASSER ENFANT SUIVANT	8 ↓ PASSER ENFANT SUIVANT	1	2	8
<input style="width: 30px; height: 20px; border: 1px solid black;" type="text"/>		1	2 ↓ PASSER ENFANT SUIVANT	8 ↓ PASSER ENFANT SUIVANT	1	2	8
<input style="width: 30px; height: 20px; border: 1px solid black;" type="text"/>		1	2 ↓ PASSER ENFANT SUIVANT	8 ↓ PASSER ENFANT SUIVANT	1	2	8
<input style="width: 30px; height: 20px; border: 1px solid black;" type="text"/>		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 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"/>
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 ?	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 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"/>
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 ?	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								
	SI OUI : Pouvez-vous me donner le nom de ces personnes ?	NON..... 2	→42							
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 <table border="1"><tr><td></td><td></td></tr></table>			NOM _____ N° DE LIGNE <table border="1"><tr><td></td><td></td></tr></table>			NOM _____ N° DE LIGNE <table border="1"><tr><td></td><td></td></tr></table>		
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 ACCIDENT .....25 SOINS/INJECTIONS MAL FAITS.....31 MALADIE.....41 VIEILLESSE .....51 SORCELLERIE .....61 AUTRE.....71 NSP .....98						
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								
	SI OUI : Pouvez-vous me donner le nom de ces personnes ?	NON..... 2	→46							
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 <sup>nd</sup> e, ETC.										
43	NOM ET NUMÉRO DE LIGNE DE Q.1 ET Q.2	NOM _____ N° DE LIGNE <table border="1"><tr><td></td><td></td></tr></table>			NOM _____ N° DE LIGNE <table border="1"><tr><td></td><td></td></tr></table>			NOM _____ N° DE LIGNE <table border="1"><tr><td></td><td></td></tr></table>		
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 ACCIDENT .....25 SOINS/INJECTIONS MAL FAITS.....31 MALADIE.....41 VIEILLESSE .....51 SORCELLERIE .....61 AUTRE.....71 NSP .....98						
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 <table border="1"><tr><td></td><td></td></tr></table>			NOM ..... N° DE LIGNE <table border="1"><tr><td></td><td></td></tr></table>			NOM ..... N° DE LIGNE <table border="1"><tr><td></td><td></td></tr></table>			
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 <table border="1"><tr><td></td><td></td></tr></table>			NOM ..... N° DE LIGNE <table border="1"><tr><td></td><td></td></tr></table>			NOM ..... N° DE LIGNE <table border="1"><tr><td></td><td></td></tr></table>			
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 <table border="1"><tr><td></td><td></td></tr></table>			NOM ..... N° DE LIGNE <table border="1"><tr><td></td><td></td></tr></table>			NOM ..... N° DE LIGNE <table border="1"><tr><td></td><td></td></tr></table>			
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 ..... <table border="1" style="display: inline-table; vertical-align: middle; text-align: center; width: 30px; height: 20px;"><tr><td> </td></tr></table> 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 :  a) l'électricité du réseau? b) l'électricité personnelle (groupe électrogène, panneau solaire, batterie)? c) une radio? d) une télévision? e) le téléphone? f) un réfrigérateur ou congélateur?	<table style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <thead> <tr> <th></th> <th style="text-align: center;">OUI</th> <th style="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?	<div style="text-align: right;">OUI    NON</div> 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"/> .....  <div style="display: flex; justify-content: space-around;"> <span>UN <input type="text"/></span> <span>DEUX OU PLUS <input type="text"/></span> </div>		→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	<p>DEMANDER A L'ENQUÊTÉE UNE CUILLÈRE DE SEL. TESTER LE SEL POUR VÉRIFIER LA PRÉSENCE D'IODE.</p> <p>ENREGISTRER LE RÉSULTAT DU TEST</p>	<p>SEL IODÉ (COULEUR FONCÉE – 15PPM) ..... 1</p> <p>SEL IODÉ (COULEUR FAIBLE – MOINS DE 15PPM) ..... 2</p> <p>SEL NON IODÉ (PAS DE COULEUR)..... 3</p> <p>PAS DE SEL DISPONIBLE..... 4</p> <p>PAS TESTÉ..... 5</p>	

**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: \_\_\_\_\_