

MINISTERE DE LA SANTE

LIGUE DES ETATS ARABES
PROJET PAN-ARABE POUR LA SANTE DE LA
FAMILLE
(PAPFAM)

**ENQUETE DJIBOUTIENNE SUR LA SANTE DE LA FAMILLE
(EDSF/PAPFAM 2)**



PAN ARAB PROJECT FOR FAMILY HEALTH

2011

MINISTERE DE LA SANTE

**LIGUE DES ETATS ARABES
PROJET PAN-ARABE POUR LA SANTE DE LA
FAMILLE
(PAPFAM)**

L'ENQUETE DJIBOUTIENNE DE SANTE PUBLIQUE 1

1. LE QUESTIONNAIRE MENAGE SUR L'ETAT DE SANTE DE LA FAMILLE

2011

Le Questionnaire Ménage
(pour tous les ménages de l'échantillon)

A. FEUILLES DE MENAGE

IDENTIFICATION	
District _____	□ □
Arrondissement/ P. Administrative _____	□ □
Numéro d'ordre de la ZD _____	□ □ □ □
Localité/ Quartier : _____	□ □ □ □
Numéro de la grappe : _____	□ □ □ □
Numéro du ménage : _____	□ □ □
Nom du chef de ménage : _____	
Adresse du ménage : _____	

VISITES DE L'ENQUETRICER				
Nombre de visites	1	2	3	Visite finale
Date	_/_/_	_/_/_	_/_/_	Mois □ □ Année □ □ □ □
Nom de l'enquêtrice	_____	_____	_____	Code □ □
Résultat*	_____	_____	_____	Résultat □ □
Visite suivante:				Nombre de visites □ □
Date	_____	_____	_____	Heure de début H □ □
Heure	_____	_____	_____	M □ □
* Codes du résultat:				Nombre total de:
1. Rempli				Personnes dans le ménage □ □
2. Ménage présent mais absence de répondant qualifié				Femmes éligibles (15-54 ans) □ □
3. Ménage absent				Enfants éligibles (0-5 ans révolus) □ □
4. Interview ajournée				
5. Interview refusée				
6. Autre (spécifier) : _____				

	Contrôle de terrain	Contrôle de bureau	Saisie des données	Saisie par
Nom	_____	_____	_____	□ □ □
Date	_____	_____	_____	

1. MODULE DEMOGRAPHIQUE & SOCIO-ECONOMIQUE

	NOM	SEXE		LIEN DE PARENTE AU CHEF	RESIDENCE				DATE DE NAISSANCE	ETAT MATRIMONIAL				ELIGIBILITE			
		AGEES DE 15 ANS+			Encercler le numéro de ligne de												
	Je vous prie de me donner le nom des personnes qui vivent habituellement dans votre ménage, en commençant par le chef de ménage	Quel est le sexe de (NOM)?		Quel est le lien de parenté de (NOM) avec le chef de ménage?	(NOM) réside-t-il/elle habituellement avec vous?		Est-il/elle inscrit(e) sur le registre d'état civil ?		Quel est le mois et l'année de naissance de (NOM) et son age?			Quel est l'état matrimonial de (NOM)?		Toutes les femmes non-célibataires âgées 15-54 ans		Tous les enfants âgés de moins de 6 ans	
	101	102		103	104		104B		105			106		107	108		
NL	Nom	M	F	Codes en bas	Oui	Non	Oui	Non	Mois	Année	Age	Célibataire	Marié (e)	Veuf (ve)	Divorcé (e)	Numéro de ligne	Numéro de ligne
01	_____	1	2	□□	1	2	1	2	□□	□□□□	□□	1	2	3	4	01	01
02	_____	1	2	□□	1	2	1	2	□□	□□□□	□□	1	2	3	4	02	02
03	_____	1	2	□□	1	2	1	2	□□	□□□□	□□	1	2	3	4	03	03
04	_____	1	2	□□	1	2	1	2	□□	□□□□	□□	1	2	3	4	04	04
05	_____	1	2	□□	1	2	1	2	□□	□□□□	□□	1	2	3	4	05	05
06	_____	1	2	□□	1	2	1	2	□□	□□□□	□□	1	2	3	4	06	06
07	_____	1	2	□□	1	2	1	2	□□	□□□□	□□	1	2	3	4	07	07
08	_____	1	2	□□	1	2	1	2	□□	□□□□	□□	1	2	3	4	08	08
09	_____	1	2	□□	1	2	1	2	□□	□□□□	□□	1	2	3	4	09	09
10	_____	1	2	□□	1	2	1	2	□□	□□□□	□□	1	2	3	4	10	10

Codes pour Q103		
01= Le chef	06= Parent	10= Autre lien
02= Epouse ou époux	07= Beaux-parents	11= Enfant adoptif
03= Fils ou fille	08= Frère ou sœur	12= Pas de relation
04= Beau-fils ou belle-fille	09= Beau-frère ou belle-sœur	98= Ne sait pas
05= Petit enfant		

	NOM	SEXE		LIEN DE PARENTE AU CHEF	RESIDENCE				DATE DE NAISSANCE			ETAT MATRIMONIAL				ELIGIBILITE	
												AGEES DE 15 ANS+				Encercler le numéro de ligne de	
	Je vous prie de me donner le nom des personnes qui vivent habituellement dans votre ménage, en commençant par le chef de ménage	Quel est le sexe de (NOM)?		Quel est le lien de parenté de (NOM) avec le chef de ménage?	(NOM) réside-t-il/elle habituellement avec vous?	Est-il/elle inscrit(e) sur le registre d'état civil ?		Quel est le mois et l'année de naissance de (NOM) et son age?			Quel est l'état matrimonial de (NOM)?				Toutes les femmes non-célibataires âgées 15-49 ans	Tous les enfants âgés de moins de 6 ans	
	101	102		103	104		104B		105			106				107	108
NL	Nom	M	F	Codes en bas	Oui	Non	Oui	Non	Mois	Année	Age	Célibataire	Marié (e)	Veuf (ve)	Divorcé (e)	Numéro de ligne	Numéro de ligne
11	_____	1	2	[][]	1	2	1	2	[][]	[][][][]	[][]	1	2	3	4	01	01
12	_____	1	2	[][]	1	2	1	2	[][]	[][][][]	[][]	1	2	3	4	02	02
13	_____	1	2	[][]	1	2	1	2	[][]	[][][][]	[][]	1	2	3	4	03	03
14	_____	1	2	[][]	1	2	1	2	[][]	[][][][]	[][]	1	2	3	4	04	04
15	_____	1	2	[][]	1	2	1	2	[][]	[][][][]	[][]	1	2	3	4	05	05
16	_____	1	2	[][]	1	2	1	2	[][]	[][][][]	[][]	1	2	3	4	06	06
17	_____	1	2	[][]	1	2	1	2	[][]	[][][][]	[][]	1	2	3	4	07	07
18	_____	1	2	[][]	1	2	1	2	[][]	[][][][]	[][]	1	2	3	4	08	08
19	_____	1	2	[][]	1	2	1	2	[][]	[][][][]	[][]	1	2	3	4	09	09
20	_____	1	2	[][]	1	2	1	2	[][]	[][][][]	[][]	1	2	3	4	10	10

Codes pour Q103		
01= Le chef	06= Parent	10= Autre lien
02= Epouse ou époux	07= Beaux-parents	11= Enfant adoptif
03= Fils ou fille	08= Frère ou sœur	12= Pas de relation
04= Beau-fils ou belle-fille	09= Beau-frère ou belle-sœur	98= Ne sait pas
05= Petit enfant		

Si une seconde feuille de ménage est utilisée cochez ici <input type="checkbox"/>	
Je voudrais m'assurer que ma lise est complète:	<p>1) Y-a-t-il d'autres personnes, par exemple des enfants ou des nourrissons, que nous n'avons pas inscrits?</p> <p>2) En plus y-a-t-il d'autres personnes qui ne sont pas membres de votre famille, par exemple des domestiques, des pensionnaires ou des amis qui vivent habituellement avec vous?</p>
SI OUI, INSCRIRE CHACUNE DES PERSONNES DANS LE TABLEAU	

EDUCATION													ACTIVITES ECONOMIQUES																				
POUR ENFANTS AGEES 3 – 5 ANS						POUR LES PERSONNES AGEES DE 6 ANS ET PLUS							POUR LES PERSONNES AGEES DE 6 ANS ET PLUS																				
(Nom) fréquente-t-il/elle un programme d'encadrement en dehors de la maison ou d'éducation préscolaire tel au cours de sept derniers jours?				<u>Si 109 = 1 POSEZ</u>				(NOM) va-t-il/ elle actuellement ou a-t-il/elle jamais été à l'école?			<u>POUR CEUX AGES 6-14 ANS:</u> <u>SI 112 = 2 POSEZ:</u> Quelle est la raison principale pour laquelle (NOM) a quitté l'école? <u>PASSER A 116</u>				(NOM) sait-il/ elle lire?		Quelle était la situation individuelle de (NOM) durant le dernier mois? <u>SI 116<>1 PASSER A LA PERSONNE SUIVANTE OU 201</u>						Quelle était sa situation dans la profession?						Quelle était sa profession principale?				
				Type de l'éducation précédente		Nombre d'heures l'enfant a étudié au cours des sept derniers jours																								Quel est le niveau d'instruction de (NOM)?		Quelle est la dernière classe qu'il/ elle a suivie dans ce niveau?	
109		110		111		112		113		113A		114		115		116						117						118					
NL	Oui	Non	NSP	Codes en bas				Codes en bas			Codes en bas		Dernière classe suivie		Codes en bas		Oui	Non	Lire codes en bas						Lire codes en bas						Description	Code	
01	1	2	8	A	B	C	X			1	2	3	1	2	3			1	2	1	2	3	4	5	6	1	2	3	4	5	6	_____	
02	1	2	8	A	B	C	X			1	2	3	1	2	3			1	2	1	2	3	4	5	6	1	2	3	4	5	6	_____	
03	1	2	8	A	B	C	X			1	2	3	1	2	3			1	2	1	2	3	4	5	6	1	2	3	4	5	6	_____	
04	1	2	8	A	B	C	X			1	2	3	1	2	3			1	2	1	2	3	4	5	6	1	2	3	4	5	6	_____	
05	1	2	8	A	B	C	X			1	2	3	1	2	3			1	2	1	2	3	4	5	6	1	2	3	4	5	6	_____	
06	1	2	8	A	B	C	X			1	2	3	1	2	3			1	2	1	2	3	4	5	6	1	2	3	4	5	6	_____	
07	1	2	8	A	B	C	X			1	2	3	1	2	3			1	2	1	2	3	4	5	6	1	2	3	4	5	6	_____	
08	1	2	8	A	B	C	X			1	2	3	1	2	3			1	2	1	2	3	4	5	6	1	2	3	4	5	6	_____	
09	1	2	8	A	B	C	X			1	2	3	1	2	3			1	2	1	2	3	4	5	6	1	2	3	4	5	6	_____	
10	1	2	8	A	B	C	X			1	2	3	1	2	3			1	2	1	2	3	4	5	6	1	2	3	4	5	6	_____	
11	1	2	8	A	B	C	X			1	2	3	1	2	3			1	2	1	2	3	4	5	6	1	2	3	4	5	6	_____	
12	1	2	8	A	B	C	X			1	2	3	1	2	3			1	2	1	2	3	4	5	6	1	2	3	4	5	6	_____	
13	1	2	8	A	B	C	X			1	2	3	1	2	3			1	2	1	2	3	4	5	6	1	2	3	4	5	6	_____	

EDUCATION												ACTIVITES ECONOMIQUES																													
POUR ENFANTS AGEES 3 – 5 ANS						POUR LES PERSONNES AGEES DE 6 ANS ET PLUS						POUR LES PERSONNES AGEES DE 6 ANS ET PLUS																													
(Nom) fréquente-t-il/elle un programme d'encadrement en dehors de la maison ou d'éducation préscolaire tel au cours de sept derniers jours?			<u>Si 109 = 1 POSEZ</u>			(NOM) va-t-il/ elle actuellement ou a-t-il/elle jamais été à l'école? <u>SI 112=3 PASSER A 115</u>			Quelle est la dernière classe qu'il/ elle a suivie dans ce niveau? <u>SI 112 = 2 POSEZ:</u> Quel est la raison principale pour laquelle (NOM) a quitté l'école? <u>PASSER A 116</u>			(NOM) sait-il/ elle lire?			Quelle était la situation individuelle de (NOM) durant le dernier mois? <u>SI 116<>1 PASSER A LA PERSONNE SUIVANTE OU 201</u>						Quelle était sa situation dans la profession?						Quelle était sa profession principale?														
			Type de l'éducation précédente																														Nombre d'heures l'enfant a étudié au cours de sept derniers jours								
109			110			111			112			113			113A			114			115			116						117						118					
NL	Oui	Non	NSP	Codes en bas			Codes en bas			Codes en bas			Dernière classe suivie			Codes en bas			Oui	Non	Lire codes en bas						Lire codes en bas						Description	Code							
14	1	2	8	A	B	C	X			1	2	3	1	2	3			1	2	3	4	6	8	1	2	1	2	3	4	5	6	1	2	3	4	5	6	_____	_____		
15	1	2	8	A	B	C	X			1	2	3	1	2	3			1	2	3	4	6	8	1	2	1	2	3	4	5	6	1	2	3	4	5	6	_____	_____		
16	1	2	8	A	B	C	X			1	2	3	1	2	3			1	2	3	4	6	8	1	2	1	2	3	4	5	6	1	2	3	4	5	6	_____	_____		
17	1	2	8	A	B	C	X			1	2	3	1	2	3			1	2	3	4	6	8	1	2	1	2	3	4	5	6	1	2	3	4	5	6	_____	_____		
18	1	2	8	A	B	C	X			1	2	3	1	2	3			1	2	3	4	6	8	1	2	1	2	3	4	5	6	1	2	3	4	5	6	_____	_____		
19	1	2	8	A	B	C	X			1	2	3	1	2	3			1	2	3	4	6	8	1	2	1	2	3	4	5	6	1	2	3	4	5	6	_____	_____		
20	1	2	8	A	B	C	X			1	2	3	1	2	3			1	2	3	4	6	8	1	2	1	2	3	4	5	6	1	2	3	4	5	6	_____	_____		

Codes Q110
A= Maternelle
B= Mosquée ou l'église
C = Club
X= Autre

Codes Q112	Codes Q113
1=Oui actuellement	1=Primaire
2=Oui au passé	2=Secondaire
3=Jamais	3=Supérieur

Codes Q114
1=Eloignement
2=Aider parents dans activités
3=Echec scolaire
4=Raisons de santé
6=Autre
8=Ne sait pas

Codes Q116	Codes Q117
1=Occupé	1=Employeur
2=Sans emploi	2=Indépendant
3=Femme au foyer	3=Salarié permanent
4=A l'école	4=Salarié non-permanent
5=Retraité/ Pens.	5=Apprenti
6=Autre	6=Aide familial

2. LE MODULE DE LA SANTE GENERALE

		FREQUENCE DE LA MORBIDITE														TABAGISME															
NOM		A présent, je voudrais vous poser quelques questions sur la santé de tous les membres de ce ménage.														POUR CEUX AGES DE 10 ANS+															
ENQUETE-RICE: Copiez les noms de tous les membres du ménage comme inscrit dans Q101		Est-ce que (NOM) souffre de n'importe quelle maladie chronique ? SI 'NON': PASSEZ A 208		Quelle est la maladie dont (NOM) souffre?		Est-ce qu'un médecin a confirmé que (NOM) est atteint(e) de cette maladie?		SI 'NON': PASSEZ A 205		Quel est le coût mensuel de ce traitement? En DJF		Qui paie principalement pour ce traitement?		Est-ce que (NOM) souffre d'une seconde maladie chronique? SI 'NON': PASSEZ A 208		Quelle est la seconde maladie dont (NOM) souffre?		Est-ce qu'un médecin a confirmé que (NOM) est atteint(e) de cette seconde maladie?		SI 'NON': PASSEZ A 208		Quel est le coût mensuel de ce traitement? En DJF		Qui paie principalement pour ce traitement?		Est-ce que (NOM) fume actuellement des cigarettes ou n'importe quel autre type de tabac ou a-t-il/ elle jamais fumé au passé?					
201		202		203		204		204A		204B		204C		205		206		207		207A		207B		207C		208					
Nom		Oui	Non	Maladie	Codes en bas	Oui	Non	Oui	Non			Oui	Non	Oui	Non	Maladie	Codes en bas	Oui	Non	Oui	Non					Codes en bas					
01	_____	1	2	_____	□□	1	2	1	2	□□□	□	1	2	_____	□□	1	2	1	2	□□□	□					A	B	C	D	Y	Z
02	_____	1	2	_____	□□	1	2	1	2	□□□	□	1	2	_____	□□	1	2	1	2	□□□	□					A	B	C	D	Y	Z
03	_____	1	2	_____	□□	1	2	1	2	□□□	□	1	2	_____	□□	1	2	1	2	□□□	□					A	B	C	D	Y	Z
04	_____	1	2	_____	□□	1	2	1	2	□□□	□	1	2	_____	□□	1	2	1	2	□□□	□					A	B	C	D	Y	Z
05	_____	1	2	_____	□□	1	2	1	2	□□□	□	1	2	_____	□□	1	2	1	2	□□□	□					A	B	C	D	Y	Z
06	_____	1	2	_____	□□	1	2	1	2	□□□	□	1	2	_____	□□	1	2	1	2	□□□	□					A	B	C	D	Y	Z
07	_____	1	2	_____	□□	1	2	1	2	□□□	□	1	2	_____	□□	1	2	1	2	□□□	□					A	B	C	D	Y	Z
08	_____	1	2	_____	□□	1	2	1	2	□□□	□	1	2	_____	□□	1	2	1	2	□□□	□					A	B	C	D	Y	Z
09	_____	1	2	_____	□□	1	2	1	2	□□□	□	1	2	_____	□□	1	2	1	2	□□□	□					A	B	C	D	Y	Z
10	_____	1	2	_____	□□	1	2	1	2	□□□	□	1	2	_____	□□	1	2	1	2	□□□	□					A	B	C	D	Y	Z
11	_____	1	2	_____	□□	1	2	1	2	□□□	□	1	2	_____	□□	1	2	1	2	□□□	□					A	B	C	D	Y	Z
12	_____	1	2	_____	□□	1	2	1	2	□□□	□	1	2	_____	□□	1	2	1	2	□□□	□					A	B	C	D	Y	Z
13	_____	1	2	_____	□□	1	2	1	2	□□□	□	1	2	_____	□□	1	2	1	2	□□□	□					A	B	C	D	Y	Z
14	_____	1	2	_____	□□	1	2	1	2	□□□	□	1	2	_____	□□	1	2	1	2	□□□	□					A	B	C	D	Y	Z

NL	NOM	FREQUENCE DE LA MORBIDITE														TABAGISME POUR CEUX AGES DE 10 ANS+															
		A présent, je voudrais vous poser quelques questions sur la santé de tous les membres de ce ménage.														Est-ce que (NOM) fume actuellement des cigarettes ou n'importe quel autre type de tabac ou a-t-il/ elle jamais fumé au passé?															
ENQUE T-RICE: Copiez les noms de tous les membres du ménage comme inscrit dans Q101		Est-ce que (NOM) souffre de n'importe quelle maladie chronique ? SI 'NON': PASSEZ A 208		Quelle est la maladie dont (NOM) souffre?		Est-ce qu'un médecin a confirmé que (NOM) est atteint(e) de cette maladie?		Est-ce que (NOM) reçoit un traitement régulier? SI 'NON': PASSEZ A 205		Quel est le coût mensuel de ce traitement? En DJF		Qui paie principalement pour ce traitement?		Est-ce que (NOM) souffre d'une seconde maladie chronique? SI 'NON': PASSEZ A 208		Quelle est la seconde maladie dont (NOM) souffre?		Est-ce qu'un médecin a confirmé que (NOM) est atteint(e) de cette seconde maladie?		Est-ce que (NOM) reçoit un traitement régulier? SI 'NON': PASSEZ A 208		Quel est le coût mensuel de ce traitement? En DJF		Qui paie principalement pour ce traitement?		208					
201		202		203		204		204A		204B		204C		205		206		207		207A		207B		207C		208					
Nom		Oui	Non	Maladie	Codes en bas	Oui	Non	Oui	Non			Oui	Non	Maladie	Codes en bas	Oui	Non	Oui	Non	Oui	Non			Codes en bas							
15	_____	1	2	_____	□□	1	2	1	2	□□□	□	1	2	_____	□□	1	2	1	2	□□□	□	A B C D Y Z									
16	_____	1	2	_____	□□	1	2	1	2	□□□	□	1	2	_____	□□	1	2	1	2	□□□	□	A B C D Y Z									
17	_____	1	2	_____	□□	1	2	1	2	□□□	□	1	2	_____	□□	1	2	1	2	□□□	□	A B C D Y Z									
18	_____	1	2	_____	□□	1	2	1	2	□□□	□	1	2	_____	□□	1	2	1	2	□□□	□	A B C D Y Z									
19	_____	1	2	_____	□□	1	2	1	2	□□□	□	1	2	_____	□□	1	2	1	2	□□□	□	A B C D Y Z									
20	_____	1	2	_____	□□	1	2	1	2	□□□	□	1	2	_____	□□	1	2	1	2	□□□	□	A B C D Y Z									

Codes pour Q203 et Q206			
01=Hypertension	14=Asthme	17=Thyroïde hyperactive, non-cancéreuse	96=Autre
02=Diabète	09=Maladies articulaires	18=Thyroïde hypo active, non-cancéreuse	98=Ne sait pas
03=Gastrite	10=Tuberculose	19=Hyperplasie prostatique	
04=Anémie	11=Migraines (céphalées)	20=Glaucome	
05=Maladies cardiovasculaires	12=Lésion du cerveau	21=Cataracte	
06=Cancer tout type	13=Maladies peptiques	22=Maladie de dos/colonne vertébrale	
07=Maladies rénales	15=Haut cholestérol	23=Maladies mentales	
08=Maladies du foie	16=Maladies respiratoires des poumons	24=Maladies de peaux	

Code Pour 204C et 207C
1= Membre
2= Famille
3= l'assurance maladie
4= Autre personne
6= Autre

Codes pour Q208
A=Oui fume actuellement de cigarettes ou chicha
B=Oui a fume de cigarettes ou chicha au passé
C=Oui fume actuellement et Qat
D=Oui a fumé et Qat au passé
Y=Non
Z=Ne sait pas

3. MODULE DES HANDICAPS

NOM		HANDICAPS																																		
ENQUETRIX Copiez les noms de tous les membres du ménage comme inscrit dans Q101	Est-ce que (NOM) a une condition physique, mentale ou autre qui a duré au moins 6 mois ou qui durera plus que 6 mois, qui l'empêche ou limite sa participation à des activités normales propres à une personne de son âge? SI "OUI" DEMANDER: Cette condition le/la limite sévèrement ou modérément?								SI Q302=1 OU 2 DEMANDER LES QUESTIONS 303 A 307																Quel âge avait (NOM) quand son état a commencé(e)? Depuis la naissance=96 NSP=98				Est-ce que (NOM) a reçu une assistance sociale ou médicale durant les 12 derniers mois?				Quel type de soutien (possibilité de réponses multiples)			
	301				302				303						304										305				306			307				
	NL	Nom	Oui : sévère	Oui : modéré	Non	NSP	Lire les codes en bas						Lire les codes en bas										Age				Oui	Non	NSP	Lire les codes en bas						
01	_____	1	2	3	8	A	B	C	D	E	F	01	02	03	04	05	06	07	96	98	<input type="text"/>	1	2	8	A	B	C	D								
02	_____	1	2	3	8	A	B	C	D	E	F	01	02	03	04	05	06	07	96	98	<input type="text"/>	1	2	8	A	B	C	D								
03	_____	1	2	3	8	A	B	C	D	E	F	01	02	03	04	05	06	07	96	98	<input type="text"/>	1	2	8	A	B	C	D								
04	_____	1	2	3	8	A	B	C	D	E	F	01	02	03	04	05	06	07	96	98	<input type="text"/>	1	2	8	A	B	C	D								
05	_____	1	2	3	8	A	B	C	D	E	F	01	02	03	04	05	06	07	96	98	<input type="text"/>	1	2	8	A	B	C	D								
06	_____	1	2	3	8	A	B	C	D	E	F	01	02	03	04	05	06	07	96	98	<input type="text"/>	1	2	8	A	B	C	D								
07	_____	1	2	3	8	A	B	C	D	E	F	01	02	03	04	05	06	07	96	98	<input type="text"/>	1	2	8	A	B	C	D								
08	_____	1	2	3	8	A	B	C	D	E	F	01	02	03	04	05	06	07	96	98	<input type="text"/>	1	2	8	A	B	C	D								
09	_____	1	2	3	8	A	B	C	D	E	F	01	02	03	04	05	06	07	96	98	<input type="text"/>	1	2	8	A	B	C	D								
10	_____	1	2	3	8	A	B	C	D	E	F	01	02	03	04	05	06	07	96	98	<input type="text"/>	1	2	8	A	B	C	D								

Codes pour Q303
A=La vue
B=L'ouïe
C=Compréhension et communication
D=Mouvement
E=Soins personnels
F=Interaction avec les gens

Codes pour Q304
01=Congénital/ héréditaire
02=Traumatisme dû à l'accouchement
03=Maladies infectieuses ou virales
04=Abus psychologique ou physique
05=Vieillesse
06=Accident / blessure
07=Le mauvais œil / malédiction
96=Autre
98=Ne sait pas

Codes pour Q307
A = Soins médicaux
B= Soutien Social
C= Soutien Financier
D= L'aide alimentaire

NOM		HANDICAPS																										
ENQUETRICICE Copiez les noms de tous les membres du ménage comme inscrit dans Q101		Est-ce que (NOM) a une condition physique, mentale ou autre qui a duré au moins 6 mois ou qui durera plus que 6 mois, qui l'empêche ou limite sa participation à des activités normales propres à une personne de son âge?				SI Q302=1 OU 2 DEMANDER LES QUESTIONS 303 A 307											Quel âge avait (NOM) quand son état a commencé(e)?	Est-ce que (NOM) a reçu une assistance sociale ou médicale durant les 12 derniers mois?										
		SI "OUT" DEMANDER: Cette condition le/la limite sévèrement ou modérément?				Est-ce que (NOM) est limité dans l'une des activités suivantes?						Laquelle des expressions suivantes décrit le mieux la cause de l'état de (NOM) ?																
		ENCERCLER TOUTES LES REPONSES POSITIVES																										
301		302				303						304					305	306			307							
NL	Nom	Oui : sévère	Oui : modéré	Non	NSP	Lire les codes en bas						Lire les codes en bas					Age	Oui	Non	NSP	Lire les codes en bas							
11	_____	1	2	3	8	A	B	C	D	E	F	01	02	03	04	05	06	07	96	98	<input type="text"/>	1	2	8	A	B	C	D
12	_____	1	2	3	8	A	B	C	D	E	F	01	02	03	04	05	06	07	96	98	<input type="text"/>	1	2	8	A	B	C	D
13	_____	1	2	3	8	A	B	C	D	E	F	01	02	03	04	05	06	07	96	98	<input type="text"/>	1	2	8	A	B	C	D
14	_____	1	2	3	8	A	B	C	D	E	F	01	02	03	04	05	06	07	96	98	<input type="text"/>	1	2	8	A	B	C	D
15	_____	1	2	3	8	A	B	C	D	E	F	01	02	03	04	05	06	07	96	98	<input type="text"/>	1	2	8	A	B	C	D
16	_____	1	2	3	8	A	B	C	D	E	F	01	02	03	04	05	06	07	96	98	<input type="text"/>	1	2	8	A	B	C	D
17	_____	1	2	3	8	A	B	C	D	E	F	01	02	03	04	05	06	07	96	98	<input type="text"/>	1	2	8	A	B	C	D
18	_____	1	2	3	8	A	B	C	D	E	F	01	02	03	04	05	06	07	96	98	<input type="text"/>	1	2	8	A	B	C	D
19	_____	1	2	3	8	A	B	C	D	E	F	01	02	03	04	05	06	07	96	98	<input type="text"/>	1	2	8	A	B	C	D
20	_____	1	2	3	8	A	B	C	D	E	F	01	02	03	04	05	06	07	96	98	<input type="text"/>	1	2	8	A	B	C	D

Codes pour Q303
A=La vue
B=L'ouïe
C=Compréhension et communication
D=Mouvement
E=Soins personnels
F=Interaction avec les gens

Codes pour Q304
01=Congénital/ héréditaire
02=Traumatisme dû à l'accouchement
03=Maladies infectieuses ou virales
04=Abus psychologique ou physique
05=Vieillesse
06=Accident / blessure
07=Le mauvais œil / malédiction
96=Autre
98=Ne sait pas

Codes pour Q307
A = Soins médicaux
B= Soutien Social
C= Soutien Financial
D= L'aide alimentaire

B. LES CONDITIONS D'HABITATION

No.	QUESTIONS	CODIFICATIONS		PASSER A
HABITAT				
401	Quel type de logement votre ménage occu- pe-t-il?	Maison individuelle /villa Appartement dans un building Pièce ou chambre Hutte/ cabane/ baraque Tente Refuge temporaire Autre (spécifier) _____	01 02 03 04 05 06 96	408
402	Ce logement est-il une propriété ou une copropriété du ménage ou est-il loué?	Propriété Copropriété Location Autre (spécifier) _____	1 2 3 6	
403	De quel matériel est fait le sol de ce logement? INSCRIRE LE PRINCIPAL MATERIEL	Terre battue Carrelage/ ciment Pierres/ briques Vinyle Bois Autre (spécifier) _____	1 2 3 4 5 6	
404	De combien de pièces dans le logement dispose exclusivement le ménage?	Nombres de pièces	_ _	
405	Parmi ces pièces, combien sont utilisées pour dormir?	Nombre de chambres à coucher	_ _	
406	De quel matériel sont les murs extérieurs?	Canne/palmes/troncs Motte de terre Pierre avec boue Contre-plaqué Carton Bois de récupération Ciment Pierre avec chaux/ciment Briques Blocs de ciment Adobe recouvert Planches de bois/shingles Autre (spécifier) _____ Pas de fenêtres	1 2 3 4 5 6 7 8 9 10 11 12 96 98	
407	De quel matériel est le toit?	Chaume/feuille de palmier Herbe Natte Palmes/bambou Planches de bois Métal Bois Zinc/Fibre de ciment Tuiles Ciment Shingles Pas de toit	1 2 3 4 5 6 7 8 9 10 11 98	

No.	QUESTIONS	CODIFICATIONS	PASSER A	
EAU POTABLE				
408	Quelle est la source principale d'eau potable que boivent les membres de ce ménage?	Eau courante	01	4 1 0
		Fontaine publique	02	
		Puits avec pompe	03	
		Puits sans pompe	04	
		Source protégée	05	
		Source non-protégée	06	
		Rivière/ cours d'eau	07	
		Etang/ lac	08	
		Eau de pluie	09	
		Tracteur avec citerne	10	
		Eau minérale en bouteille	11	
		Autre (spécifier) _____	96	
409	Où se trouve la source principale d'eau potable?	A l'intérieur du logement	1	
		A l'extérieur du logement mais dans la construction ou dans la cour	2	
		Autre part	3	
410	Faites-vous des réserves d'eau potable? SI 'OUI' DEMANDER: Quel type de réservoir utilisez-vous pour garder l'eau? INSISTER: Utilisez-vous d'autres type de réservoir?	Réservoir d'eau	A	
		Récipients en plastique	B	
		Bouteilles	C	
		Bidons (étain)	D	
		Autre (spécifier) _____	X	
Pas de réserves d'eau	Y			
411	Traitez-vous, ou un autre membre du ménage traite-t-il, l'eau avant de la boire? SI 'OUI' DEMANDER: Comment traitez-vous l'eau?	Bouillie	1	
		Avec de l'eau de Javel	2	
		Filtration	3	
		Autre (spécifier) _____	6	
		Pas de traitement d'eau	8	
EQUIPEMENT SANITAIRE				
412	Y-a-t-il une pièce ou un espace fermé à l'intérieur ou à l'extérieur de ce logement, qui est spécialement utilisé comme cabinet de toilette?	Oui à l'intérieur du logement	1	414
		Oui à l'extérieur du logement	2	
		Pas de toilettes	3	
413	Où allez-vous, ou qu'utilisez-vous pour aller faire vos besoins?	En plein air	1	4 1 7
		Seau	2	
		Latrines	3	
		Fosse	4	
		Toilettes publiques (collectives)	5	
		Autre (spécifier) _____	6	
414	Partagez-vous ces toilettes avec d'autres ménages?	Oui toilettes partagées	1	416
		Non toilettes non partagées	2	
415	Au total, combien de ménages utilisent ces toilettes ?	No. de ménages (si moins de 10)	[]	
		Dix ménages ou plus	10	
		NSP	98	
416	Quel genre de toilettes utilisez-vous?	Toilette avec cuvette reliée aux égouts	1	
		Toilette avec cuvette non-reliées aux égouts	2	
		Seau	3	
		Fosse	4	
		Latrines	5	
		Autre (spécifier) _____	6	

No.	QUESTIONS	CODIFICATIONS		PASSER A	
ECLAIRAGE					
417	De quel type d'éclairage dispose ce logement?	Electricité	1		
		Kérosène	2		
		Gaz	3		
		Lampe à huile/ bougies	4		
		Autre (spécifier) _____	6		
		Pas d'éclairage	8		
CUISINE					
418	Y-a-t-il une pièce à l'intérieur ou à l'extérieur de ce logement, qui est spécialement utilisé pour faire la cuisine?	Oui à l'intérieur du logement	1		
		Oui à l'extérieur du logement	2		
		Pas de cuisine	3		
419	Quelle source principale d'énergie est utilisée pour faire la cuisine?	Bois	01		
		Charbon de terre/coke/lignite	02		
		Charbon de bois	03		
		Kérosène	04		
		Electricité	05		
		Butane ou propane	06		
		Bio-gaz	07		
Autre (spécifier) _____	96				
DEPOT D'ORDURES					
420	Où mettez-vous les ordures ménagères avant de vous en débarrasser?	Poubelle avec couvercle	1		
		Poubelle sans couvercles	2		
		Sac en plastique	3		
		Vieux journaux	4		
		Jetées dans la rue	5	424	
		Autre (spécifier) _____	6		
421	Et où gardez-vous les ordures (sac/ poubelles/etc.)?	A l'intérieur de la cuisine	1		
		A l'extérieur de la cuisine mais à l'intérieur du logement	2		
		A l'extérieur du logement	3		
422	Comment vous débarrassez-vous des ordures?	Collecteur d'ordures	1		
		Déposées dans un endroit spécial	2		
		Brûlées	3		
		Jetées dans la rue	4	424	
		Autre (spécifier) _____	6		
423	Avec quelle fréquence vous débarrassez-vous des ordures?	Chaque jour	1		
		Au moins deux fois par semaine	2		
		Une fois par semaine	3		
		Autre (spécifier) _____	6		
POSSESSIONS DE BIENS ET DE COMMODITES					
424	Disposez-vous dans ce logement des biens suivants?		Oui	Non	
	1. Radio ou transistor?		1	2	
	2. Télévision?		1	2	
	3. Vidéo?		1	2	
	4. Parabole?		1	2	
	5. Réfrigérateur?		1	2	
	6. Cuisinière électrique ou à gaz?		1	2	
	7. Chauffe eau?		1	2	
	8. Machine à coudre?		1	2	
	9. Ventilateur électrique?		1	2	
	10. Téléphone?		1	2	
	11. Internet		1	2	
	12. Machine à laver?		1	2	
	13. Climatiseur?		1	2	

No.	QUESTIONS	CODIFICATIONS		PASSER A
425	Possédez-vous, ou un membre de votre ménage possède-t-il, n'importe lequel des biens suivants?	Oui	Non	
	1. Motocyclette ou scooter?	1	2	
	2. Voiture privée?	1	2	
	3. Cheptel (Bovins, ovins...)?	1	2	
	4. Volaille?	1	2	
	5. Terre agricole?	1	2	
	6. Terre non-agricole?	1	2	
	7. Tracteurs/outils agricoles?	1	2	
	8. Immeuble/logement résidentiel (autre que l'actuel)?	1	2	
	9. Locaux commerciaux?	1	2	
	10. Locaux industriels?	1	2	
	11. Machines ou équipements industriels?	1	2	
12. Equipements de transport?	1	2		
MOUSTIQUAIRES				
426	Utilisez-vous des moustiquaires (contre les moustiques) pour dormir ? SI 'OUI' DEMANDEZ : L'utilisez-vous toujours ou souvent ou parfois ?	Toujours	1	
		Souvent	2	
		Parfois	3	
		Non	4	433
427	Combien de moustiquaires avez-vous dans votre ménage ?	Nombre de moustiquaires	<input type="text"/>	
		10 ou plus	10	
428	Y-a-t-il d'une moustiquaire traitée avec un insecticide pour tuer ou éloigner les moustiques ?	Nombre de moustiquaires traitées	<input type="text"/>	
		10 ou plus	10	
		Toutes les moustiquaires	11	
		Non	12	433
429	Utilisez-vous ces moustiquaires traitées pour tous les membres de la famille ou pas ?	Pour toute la famille	1	431
		Pas pour toute la famille	2	
430	Qui ont dormi la nuit dernière en vertu des moustiquaires traitées?	Nom _____, Numéro de ligne	<input type="text"/>	
		Nom _____, Numéro de ligne	<input type="text"/>	
		Nom _____, Numéro de ligne	<input type="text"/>	
		Nom _____, Numéro de ligne	<input type="text"/>	
		Nom _____, Numéro de ligne	<input type="text"/>	
		Nom _____, Numéro de ligne	<input type="text"/>	
		Nom _____, Numéro de ligne	<input type="text"/>	
431	Depuis combien des mois possédez-vous la (plus récente) moustiquaire traitée?	Nombre des mois	<input type="text"/>	
		Plus de 24 mois	24	
		NSP	98	
432	Depuis combien des mois avez-vous trempé ou plongé la (plus récente) moustiquaire dans un liquide pour tuer/éloigner les moustiques ?	Nombre des mois	<input type="text"/>	
		Plus de 24 mois	24	
		Jamais	95	
		NSP	98	

No.	QUESTIONS	CODIFICATIONS	PASSER A
LE PALUDISME			
433	Connaissez-vous le paludisme ?	Oui No	1 2 435
434	À votre avis, quels sont les signes de danger du paludisme?	Une fièvre élevée Maux de tête Nausées Vomissements Pâle et peau jaunâtre Autre (-----) NSP	A B C D E X Z
DEPENSES DE SANTE ET SATISFACTION DE SERVICES DE SANTE			
435	Quel est le coût en DJF votre ménage payée sur les points suivants au cours du dernier mois ?	Chirurgiens Médicaments / traitement Tests médicaux / scans examens routines accouchement l'assurance maladie Autre Totales expansés de sante	<input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>
436	Vous été en général satisfaits des services de santé ?	Oui Non	1 2 438
437	Pourquoi êtes-vous satisfait des services de santé ?	Bon service Bon traitement Service est proche Gratuits ou peu coûteux Autre	A B C D X
438	Pourquoi êtes-vous pas satisfait des services de santé ?	Mauvais service Mauvais traitement Loin distance Coût élevé Autre	A B C D X
DRAINAGE			
439	Enquêtrice: Observez et encerclez la case appropriée. La zone autour du logement est propre et sèche, ou y-t-a-t-il des ordures ou de l'eau stagnante atour du logement?	Zone propre et sèche Zone sale (dépôt d'ordures) Eau stagnante Zone inondée	1 2 3 4
440	ENQUETRICICE: ENREGISTREZ L'HEURE	HEURE MINUTES	<input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>

C. CAUSE DE DECES POUR LES DECES AU COURS DES CINQ DERNIERS ANNEES

Maintenant, je veux vous parler de tous les décès de votre ménage au cours des cinq dernières années, s'il vous plaît me donner tous les noms de ceux qui sont morts

501 No. de ligne	Nom de personne	Sexe de personne		Age au décès	Date du décès		Cause de décès
	502 Nom	503 Male Femelle		504 Age	505 Mois Année		506
		1	2	□ □ □	□ □ □	□ □ □ □ □ □	_____ □ □ □
1	_____	1	2	□ □ □	□ □ □	□ □ □ □ □ □	_____ □ □ □
2	_____	1	2	□ □ □	□ □ □	□ □ □ □ □ □	_____ □ □ □
3	_____	1	2	□ □ □	□ □ □	□ □ □ □ □ □	_____ □ □ □
4	_____	1	2	□ □ □	□ □ □	□ □ □ □ □ □	_____ □ □ □
5	_____	1	2	□ □ □	□ □ □	□ □ □ □ □ □	_____ □ □ □
6	_____	1	2	□ □ □	□ □ □	□ □ □ □ □ □	_____ □ □ □
7	_____	1	2	□ □ □	□ □ □	□ □ □ □ □ □	_____ □ □ □
8	_____	1	2	□ □ □	□ □ □	□ □ □ □ □ □	_____ □ □ □
9	_____	1	2	□ □ □	□ □ □	□ □ □ □ □ □	_____ □ □ □
10	_____	1	2	□ □ □	□ □ □	□ □ □ □ □ □	_____ □ □ □

D. MESURES DU POIDS ET DE LA TAILLE DE TOUS LES ENFANTS AGES DE MOINS DE 6 ANS

601		Enquêtrice: Vérifiez sur la feuille de ménage tous les enfants dont le numéro de la ligne a été encerclé dans la question Q108 et inscrivez pour chacun d'eux le numéro de ligne, le nom, l'âge et la date de naissance dans Q602 à Q605 respectivement. Ensuite procédez avec les questions Q606 à Q609 pour chacun d'eux.									
Numéro de ligne de l'enfant à partir de Q108-B		Nom de l'enfant à partir de Q101	Age de l'enfant à partir de Q105	Date de naissance de l'enfant à partir de Q105		Poids de l'enfant en kilogrammes	Taille/ stature de l'enfant en centimètres		L'enfant a été mesuré couché ou debout?	Résultat des mesures	
602		603	604	605		606	607		608	609	
No. de ligne		Nom	Age	Mois	Année	Poids	Taille/ Stature		Couché	Debout	Codes en bas
1	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
2	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
3	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
4	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
5	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
6	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
7	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
8	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
9	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
10	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
* Enquêtrice: Cochez ici si une seconde forme a été utilisée										<input type="text"/>	

Codes pour Q609	
1	L'enfant a été mesuré
2	L'enfant était malade
3	L'enfant était absent
4	L'enfant a refusé d'être mesuré
5	La mère/ répondante a refusé que l'enfant soit mesuré
6	Autre

E -TRAVAIL DES ENFANTS Les enfants âgés de 5 à 14 ans

MAINTENANT JE VOUDRAIS VOUS POSER QUELQUES QUESTIONS À PROPOS LE TRAVAIL DES ENFANTS DANS CETTE MAISON

	701	702	703	704	705	706	707	708	709	710	
Ordre	numero de ligne à partir de la feuille de ménage	Nom et age Copier à partir de LA FEUILLE DE Ménage le NOM ET L'AGE	Pendant la semaine écoulée, (nom) a t il fait un travail pour quelqu'un qui N'EST PAS UN MEMBRE DE CE MÉNAGE? Si oui: nature ou en espèces?	COMBIEN D'HEURES AT-IL / ELLE FAIt CE TRAVAIL Si plus d'un emploi, inclure toutes les heures de tous les emplois	Pendant la semaine écoulée A-T-IL / ELLE cherche de l'eau OU ramasse du bois pour usage domestique? 1 oui 2 Non ⇒ q707	COMBIEN D'HEURES AT-IL / ELLE FAIt CE TRAVAIL	Pendant la semaine écoulée, A-T-IL / ELLE (nom) fait une activité professionnelle rémunérée ou non pour une ferme familiale ou dans une entreprise familiale. OU VENTE DE BIENS DANS LA RUE? Inclure toutes activités seule ou avec autres . 1 oui 2 Non ⇒ 709	DEPUIS DERNIER (Jour de la semaine), pour COMBIEN D'HEURES AT-IL / ELLE faire ce travail pour sa famille ou lui-même / Elle-même?	Pendant la semaine écoulée, a-t-il aidé aux tâches ménagères telles que le shopping, nettoyage, laver le linge, cuisson; s'occuper des enfants, des personnes âgées ou malades? 1 oui 2 Non ⇒ ligne suivante	DEPUIS DERNIER (Jour de la semaine), pour COMBIEN D'HEURES AT-IL / ELLE &-t-il aidé pour ces taches	
	8	<input type="text"/>	<input type="text"/>	1 <input type="text"/> 2 <input type="text"/> 3 <input type="text"/>	<input type="text"/>	1 <input type="text"/> 2 <input type="text"/>	<input type="text"/>	1 <input type="text"/> 2 <input type="text"/>	<input type="text"/>	1 <input type="text"/> 2 <input type="text"/>	<input type="text"/>
	9	<input type="text"/>	<input type="text"/>	1 <input type="text"/> 2 <input type="text"/> 3 <input type="text"/>	<input type="text"/>	1 <input type="text"/> 2 <input type="text"/>	<input type="text"/>	1 <input type="text"/> 2 <input type="text"/>	<input type="text"/>	1 <input type="text"/> 2 <input type="text"/>	<input type="text"/>
	10	<input type="text"/>	<input type="text"/>	1 <input type="text"/> 2 <input type="text"/> 3 <input type="text"/>	<input type="text"/>	1 <input type="text"/> 2 <input type="text"/>	<input type="text"/>	1 <input type="text"/> 2 <input type="text"/>	<input type="text"/>	1 <input type="text"/> 2 <input type="text"/>	<input type="text"/>
	11	<input type="text"/>	<input type="text"/>	1 <input type="text"/> 2 <input type="text"/> 3 <input type="text"/>	<input type="text"/>	1 <input type="text"/> 2 <input type="text"/>	<input type="text"/>	1 <input type="text"/> 2 <input type="text"/>	<input type="text"/>	1 <input type="text"/> 2 <input type="text"/>	<input type="text"/>
	12	<input type="text"/>	<input type="text"/>	1 <input type="text"/> 2 <input type="text"/> 3 <input type="text"/>	<input type="text"/>	1 <input type="text"/> 2 <input type="text"/>	<input type="text"/>	1 <input type="text"/> 2 <input type="text"/>	<input type="text"/>	1 <input type="text"/> 2 <input type="text"/>	<input type="text"/>

LAVAGE DES MAINS				
801	POUVEZZ-VOUS ME MONTRER OÙ VOUS LAVÉ LES MAINS D'HABITUDE	OUI, L'ENDROIT Y EST	1	804
		ON N'A PAS PU AVOIR L'ENDROIT :	2	
		NON PAS D'ENDROIT SPÉCIFIQUE	3	
		ON N'A PAS PU L'OBSERVER	4	
		AUTRE CAUSE	6	
802	BIEN PBSERVER S'IL EXISTE DES TRAÇES D'EAU À L'ENDROIT	EXISTE	1	
		N'EXISTE PAS	2	
803	VOIR S'IL Y A DU SAVON À L'ENDROIT OU AUTRE PRODUIT D'ÉSINFÉCTEANT	SAVON (MORCEAU)	A	901
		PRODUIT DESINFECTANT	B	
		SAVON LIQUIDE	C	
		CENDRE, ARGILE, SABLE	D	
		RIEN	Y	
804	QUEL TYPE DE SAVON VOUS UTILISEZ POUR LAVER LES MAINS	SAVON (MORCEAU)	A	
		PRODUIT DESINFECTANT	B	
		SAVON LIQUIDE	C	
		CENDRE, ARGILE, SABLE	D	
		PAS DE PRODUIT DESINFECTANT	Y	
IODATION DU SEL				
901	SEL QUE VOUS UTILISEZ DANS VOTRE MÉNAGE EST IODÉ. PUIS-JE VOIR UN ÉCHANTILLON DU SEL UTILISÉ LA NUIT DERNIÈRE POUR PRÉPARER LE REPAS PRINCIPAL POUR LES MEMBRES DE VOTRE MÉNAGE ?	PAS IODÉ 0 PPM	1	
		MOINS DE 15 PPM	2	
		15 PPM OU PLUS	3	
		PAS DE SEL À LA MAISON	6	
		SEL PAS TESTÉ	7	
	UNE FOIS QUE VOUS AVEZ EXAMINÉ LE SEL, ENERCLEZ LE NUMÉRO QUI CORRESPOND AU RÉSULTAT DU TEST.			

MODULE DISCIPLINE DE L'ENFANT

Tableau 1: enfants ages de 2-14 ans ELIGIBLES pour les questions de discipline

Revoir la liste des membres du ménage et enregistrer chaque enfant âgé de 2-14 ans dans le tableau ci-dessous dans l'ordre selon leur numéro de ligne (NL). Ne pas inclure les autres membres du ménage qui ne sont pas âgés de 2-14 ans. Enregistrer le numéro de ligne, le nom, le sexe, l'âge et le numéro de ligne de la mère/gardiennne de chaque enfant. Puis enregistrer le nombre total des enfants âgés de 2-14 ans à la case réservée (1006).

	1001	1002	1003.		1004.	1005	
<i>L'ordre</i>	LIGNE	NOM	M	F	AGE	MERE	
01	___		1	2	___	___	
02	___		1	2	___	___	
03	___		1	2	___	___	
04	___		1	2	___	___	
05	___		1	2	___	___	
06	___		1	2	___	___	
07	___		1	2	___	___	
1006	TOTAL ENFANTS AGES DE 2-14 ANS					___	___

S'il y a un seul enfant âgé de 2-14 ans dans le ménage, sauter le tableau 2 et aller à la question 1007. Ecrire le numéro de rang de l'enfant et continuer avec 1010.

Tableau 2: Selection aleatoire pour les questions de discipline de l'enfant

Utiliser ce tableau pour sélectionner un des enfants âgés de 2-14 ans, s'il y en a plusieurs dans le ménage. Rechercher le dernier chiffre du numéro du ménage dans la page de couverture. C'est le numéro de ligne de la table ci-dessous où vous devez aller. Vérifier le nombre total des enfants éligibles (2-14 ans) à la question 1006 ci-dessus. C'est le numéro de la colonne de la table ci-dessous où vous devez aller. Trouver la boîte où la rangée et la colonne se rencontrent et entourer le chiffre qui apparaît dans cette boîte. C'est le rang de l'enfant pour lequel les questions doivent être posées. Enregistrer le rang à la question 1007 ci-dessous. Finalement, enregistrer le numéro et le nom de l'enfant sélectionné dans la case de la variable 1008 de la page suivante. Puis, trouver le numéro de la mère/gardiennne de cet enfant et lui poser les questions à partir de 1009.

Dernier chiffre du numéro du questionnaire	NOMBRE TOTAL D'ENFANTS ELIGIBLES DANS LE MENAGE								
	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	
1007. Enregistrer le rang de l'enfant				Rang de l'enfant.....					___

MODULE DISCIPLINE DE L'ENFANT

Identifier l'enfant éligible âgé de 2-14 dans le ménage en utilisant la table de la page précédente selon les instructions données. Demander à interroger la mère/gardienne de l'enfant sélectionné (identifié par la ligne à la question 1005).

1008. Ecrire le nom et le numéro de ligne de l'enfant sélectionné pour le module à partir de 1002 et 1001 et sur la base du numéro de rang figurant à 1007.	Nom _____ Numéro de ligne	
1009. TOUS LES ADULTES UTILISENT CERTAINS MOYENS POUR ENSEIGNER A LEUR ENFANTS LA FACON DE SE COMPORTEMENT OU DE SE CONDUIRE CORRECTEMENT. JE VAIS VOUS LIRE UNE VARIETE DE METHODES QUI SONT UTILISEES ET JE VOUDRAIS QUE VOUS ME DISIEZ SI VOUS OU QUELQU'UN D'AUTRE DE VOTRE MENAGE LES A UTILISEES AVEC (<i>nom</i>) LE MOIS PASSE.		
1010. RETIRER LES PRIVILEGES, INTERDIRE QUELQUE CHOSE QUE (<i>nom</i>) AIME OU NE PAS LUI PERMETTRE DE QUITTER LA MAISON.	Oui 1 Non 2	
1011. EXPLIQUER AVEC QUELQUE CHOSE POURQUOI LA CONDUITE ETAIT MAUVAISE.	Oui 1 Non 2	
1012. LE/LA SECOUER.	Oui 1 Non 2	
1013. CRIER, HURLER SUR LUI/ELLE.	Oui 1 Non 2	
1014. LUI DONNER QUELQUE CHOSE D'AUTRE A FAIRE.	Oui 1 Non 2	
1015. CLAQUER, FRAPPER OU GIFLER AVEC LA MAIN NUE.	Oui 1 Non 2	
1016. LE/LA FRAPPER SUR LES FESSES OU AILLEURS SUR LE CORPS AVEC QUELQUE CHOSE COMME UNE CEINTURE, UNE BROUSSE A CHEVEUX, UNE BRANCHE OU D'AUTRES OBJETS DURS.	Oui 1 Non 2	
1017. L'APPELER IDIOT, PAREISSEUX OU QUELQUE CHOSE DE CE GENRE.	Oui 1 Non 2	
1018. LE/LA FRAPPER OU GIFLER SUR LE VISAGE, LA TETE OU LES OREILLES.	Oui 1 Non 2	
1019. LE/LA FRAPPER SUR LA MAIN, LE BRAS OU LA JAMBE.	Oui 1 Non 2	
1020. LE/LA TAPER AVEC UN INSTRUMENT (ENCORE ET ENCORE, AUSSI DUR QUE POSSIBLE).	Oui 1 Non 2	
1021. PENSEZ-VOUS QUE POUR ELEVER, EDUQUER (<i>nom</i>) PROPREMENT VOUS AVEZ BESOIN DE LE PUNIR PHYSIQUEMENT?	Oui 1 Non 2 NSP/pas d'opinion 8	