

REPUBLICQUE DU TCHAD
 MINISTERE DU PLAN ET DE LA COOPERATION
 DIRECTION DE LA STATISTIQUE DES ETUDES ECONOMIQUES ET DEMOGRAPHIQUES
 BUREAU CENTRAL DU RECENSEMENT

ENQUETE DEMOGRAPHIQUE ET DE SANTE
 QUESTIONNAIRE COMMUNAUTAIRE

IDENTIFICATION													
NOM DE LA LOCALITE _____	<table border="1" style="border-collapse: collapse;"> <tr><td style="width: 20px; height: 20px;"></td><td style="width: 20px; height: 20px;"></td></tr> <tr><td style="width: 20px; height: 20px;"></td><td style="width: 20px; height: 20px;"></td></tr> <tr><td style="width: 20px; height: 20px;"></td><td style="width: 20px; height: 20px;"></td></tr> <tr><td style="width: 20px; height: 20px;"></td><td style="width: 20px; height: 20px;"></td></tr> <tr><td style="width: 20px; height: 20px;"></td><td style="width: 20px; height: 20px;"></td></tr> <tr><td style="width: 20px; height: 20px;"></td><td style="width: 20px; height: 20px;"></td></tr> </table>												
PREFECTURE _____													
SOUS-PREFECTURE _____													
CANTON _____													
NUMERO DE GRAPPE (EDST)													
NUMERO DE ZD (RECENSEMENT).....													
N'DJAMENA = 1; ABECHÉ/MOUNDOU/SARH = 2; PETITES VILLES = 3; RURAL = 4													

DATE DE LA VISITE _____	JOUR <table border="1" style="border-collapse: collapse;"><tr><td style="width: 20px; height: 20px;"></td><td style="width: 20px; height: 20px;"></td></tr></table>		
NON DE L'ENQUETEUR _____	MOIS <table border="1" style="border-collapse: collapse;"><tr><td style="width: 20px; height: 20px;"></td><td style="width: 20px; height: 20px;"></td></tr></table>		
RESULTAT*	ANNEE <table border="1" style="border-collapse: collapse;"><tr><td style="width: 20px; height: 20px;"></td><td style="width: 20px; height: 20px;"></td></tr></table>		
	NOM <table border="1" style="border-collapse: collapse;"><tr><td style="width: 20px; height: 20px;"></td><td style="width: 20px; height: 20px;"></td></tr></table>		
	RESULTAT <table border="1" style="border-collapse: collapse;"><tr><td style="width: 20px; height: 20px;"></td><td style="width: 20px; height: 20px;"></td></tr></table>		

*CODES RESULTAT:

1 REMPLI
 2 NON REMPLI (PRECISER LA RAISON CI-DESSOUS)

HOMMES ENQUETES 1) _____ (PRECISER LA FONCTION/TITRE) 2) _____ 3) _____ 4) _____	NOMBRE D'HOMMES <input type="checkbox"/> ENREGISTER '7' SI '7'OU PLUS NOMBRE DE FEMMES <input type="checkbox"/>
FEMMES ENQUETES 1) _____ (PRECISER LA FONCTION/TITRE) 2) _____	

SUPERVISEUR	CONTROLEUR DE BUREAU	AGENT DE SAISIE						
NOM _____ <table border="1" style="border-collapse: collapse;"><tr><td style="width: 20px; height: 20px;"></td><td style="width: 20px; height: 20px;"></td></tr></table>			NOM _____ <table border="1" style="border-collapse: collapse;"><tr><td style="width: 20px; height: 20px;"></td><td style="width: 20px; height: 20px;"></td></tr></table>			NOM _____ <table border="1" style="border-collapse: collapse;"><tr><td style="width: 20px; height: 20px;"></td><td style="width: 20px; height: 20px;"></td></tr></table>		
DATE _____								

SECTION 1. CARACTERISTIQUES GENERALES

N°	QUESTIONS ET FILTRES	CODES	PASSER A
101	<p>VERIFIER LE TYPE DE LOCALITE ET COCHER LA CASE CORRESPONDANTE</p> <p>RURAL <input type="checkbox"/> N'DJAMENA <input type="checkbox"/></p> <p>A BECHE/MOUNDOU/SARH</p> <p>AUTRES VILLES</p>		107
102	NOTER LE TYPE D'HABITAT	DENSE.....01 DISPERSE.....02 AUTRE _____ 96 (PRECISER)	
103	Quel est le nom du chef lieu de poste administratif/ sous-préfecture/préfecture le plus proche de (NOM DE LA LOCALITE)?	_____ (NOM DU CHEF LIEU LE + PROCHE)	
104	A combien de kilomètres se situe (NOM DU CHEF LIEU LE PLUS PROCHE)? SI VOUS ETES PASSE PAR CE CHEF LIEU EN VOUS RENDANT DANS LA GRAPPE ACTUELLE, NOTER LE NOMBRE DE KILOMETRES D'APRES VOS OBSERVATIONS.	KILOMETRES..... <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>	
105	Quel est le moyen de transport utilisé le plus souvent par la majorité de habitants (NOM DE LA LOCALITE) pour se rendre à (NOM DU CHEF LIEU LE + PROCHE)?	VEHICULE A MOTEUR.....1 MOBYLETTE/MOTOCYCLETTE.....2 CHARRETTE/DOS D'ANIMAL.....3 BICYCLETTE.....4 PIROGUE.....5 A PIED.....6	
106	Quel est la principale voie d'accès entre (NOM DE LA LOCALITE) et (NOM DU CHEF LIEU LE + PROCHE)?	ROUTE Goudronnée.....1 ROUTE EN TERRE BATTUE.....2 PISTE CAROSSABLE TOUTE L'ANNEE...3 PISTE SAISONNIERE.....4 PISTE CYCLABLE/SENTIER.....5 VOIE D'EAU.....6	
107	Y-a-t-il l'électricité à (NOM DU VILLAGE/VILLE/QUARTIER)?	OUI.....1 NON.....2	
108	Y-a-t-il le téléphone à (NOM DU VILLAGE/VILLE/QUARTIER)?	OUI.....1 NON.....2	
109	Y-a-t-il l'eau courante (NOM DU VILLAGE/VILLE/QUARTIER)?	OUI.....1 NON.....2	
110	quelle est la principale activité des habitants de (NOM DU VILLAGE/VILLE/QUARTIER)?	AGRICULTURE.....01 ELEVAGE.....02 PECHE.....03 COMMERCE.....04 ARTISANAT.....05 INDUSTRIE.....06 EXPLOITATION MINIERE.....07 SERVICES/BUREAU/ADMINISTRATION..08 AUTRE _____ 96 (PRECISER)	

COMPLÉTER LE TABLEAU CI-DESSOUS À PARTIR DE VOS OBSERVATIONS ET/OU DES INFORMATIONS OBTENUES

	111	112	113	
	<p>Y-a-t-il (NOM DU SERVICE) à (NOM DU VILLAGE/VILLE/QUARTIER)?</p> <p>SI NON: A combien de kilomètres se trouve (NOM DU SERVICE) le plus proche?</p>	<p>Quel est le moyen de transport utilisé le plus souvent par la majorité des habitants de (NOM DU VILLAGE/VILLE/QUARTIER) pour se rendre à (NOM DU SERVICE) le plus proche?</p>	<p>Combien de temps faut-il pour se rendre à (NOM DU SERVICE) le plus proche en utilisant le moyen de transport le plus fréquent?</p> <p>NOTER EN MINUTES. SI PLUS DE 120 M. NOTER EN HEURES</p>	
1) ECOLE PRIMAIRE	<p>NON: NOMBRE DE KM..... <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/></p> <p>OUI.....000 <input type="text"/></p> <p>PASSER A LIGNE '12' ←</p>	<p>VEHICULE A MOTEUR.....1</p> <p>MOBYLETTE/MOTOCYCLETTE.....2</p> <p>CHARRETTE/DOS D'ANIMAL.....3</p> <p>BICYCLETTE.....4</p> <p>PIROGUE.....5</p> <p>A PIED.....6</p>	<p>MINUTES...1 <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/></p> <p>HEURES...2 <input type="text"/> 0 <input type="text"/> <input type="text"/></p>	PASSER A LIGNE 2 →
2) ECOLE SECONDAIRE OU PROFES-SIONNELLE	<p>NON: NOMBRE DE KM..... <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/></p> <p>OUI.....000 <input type="text"/></p> <p>PASSER A LIGNE '13' ←</p>	<p>VEHICULE A MOTEUR.....1</p> <p>MOBYLETTE/MOTOCYCLETTE.....2</p> <p>CHARRETTE/DOS D'ANIMAL.....3</p> <p>BICYCLETTE.....4</p> <p>PIROGUE.....5</p> <p>A PIED.....6</p>	<p>MINUTES...1 <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/></p> <p>HEURES...2 <input type="text"/> 0 <input type="text"/> <input type="text"/></p>	PASSER A LIGNE 3 →
3) MARCHÉ JOURNALIER	<p>NON: NOMBRE DE KM..... <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/></p> <p>OUI.....000 <input type="text"/></p> <p>PASSER A LIGNE '15' ←</p>	<p>VEHICULE A MOTEUR.....1</p> <p>MOBYLETTE/MOTOCYCLETTE.....2</p> <p>CHARRETTE/DOS D'ANIMAL.....3</p> <p>BICYCLETTE.....4</p> <p>PIROGUE.....5</p> <p>A PIED.....6</p>	<p>MINUTES...1 <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/></p> <p>HEURES...2 <input type="text"/> 0 <input type="text"/> <input type="text"/></p>	PASSER A LIGNE 4 →
4) MARCHÉ HEBDOMA-DAIRE	<p>NON: NOMBRE DE KM..... <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/></p> <p>OUI.....000 <input type="text"/></p> <p>PASSER A LIGNE '15' ←</p>	<p>VEHICULE A MOTEUR.....1</p> <p>MOBYLETTE/MOTOCYCLETTE.....2</p> <p>CHARRETTE/DOS D'ANIMAL.....3</p> <p>BICYCLETTE.....4</p> <p>PIROGUE.....5</p> <p>A PIED.....6</p>	<p>MINUTES...1 <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/></p> <p>HEURES...2 <input type="text"/> 0 <input type="text"/> <input type="text"/></p>	PASSER A LIGNE 5 →
5) BOUTIQUE	<p>NON: NOMBRE DE KM..... <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/></p> <p>OUI.....000 <input type="text"/></p> <p>PASSER A LIGNE '16' ←</p>	<p>VEHICULE A MOTEUR.....1</p> <p>MOBYLETTE/MOTOCYCLETTE.....2</p> <p>CHARRETTE/DOS D'ANIMAL.....3</p> <p>BICYCLETTE.....4</p> <p>PIROGUE.....5</p> <p>A PIED.....6</p>	<p>MINUTES...1 <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/></p> <p>HEURES...2 <input type="text"/> 0 <input type="text"/> <input type="text"/></p>	PASSER A LIGNE 6 →
6) BUREAU DE POSTE	<p>NON: NOMBRE DE KM..... <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/></p> <p>OUI.....000 <input type="text"/></p> <p>PASSER A LIGNE '17' ←</p>	<p>VEHICULE A MOTEUR.....1</p> <p>MOBYLETTE/MOTOCYCLETTE.....2</p> <p>CHARRETTE/DOS D'ANIMAL.....3</p> <p>BICYCLETTE.....4</p> <p>PIROGUE.....5</p> <p>A PIED.....6</p>	<p>MINUTES...1 <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/></p> <p>HEURES...2 <input type="text"/> 0 <input type="text"/> <input type="text"/></p>	PASSER A LIGNE 7 →
7) SERVICE DE TRANSPORT EN COMMUN	<p>NON: NOMBRE DE KM..... <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/></p> <p>OUI.....000 <input type="text"/></p> <p>PASSER A Q.201 ←</p>	<p>VEHICULE A MOTEUR.....1</p> <p>MOBYLETTE/MOTOCYCLETTE.....2</p> <p>CHARRETTE/DOS D'ANIMAL.....3</p> <p>BICYCLETTE.....4</p> <p>PIROGUE.....5</p> <p>A PIED.....6</p>	<p>MINUTES...1 <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/></p> <p>HEURES...2 <input type="text"/> 0 <input type="text"/> <input type="text"/></p>	PASSER A Q.201 →

3

SECTION 2. PROGRAMMES DE SANTE ET DE PLANIFICATION FAMILIALE

N°	QUESTIONS ET FILTRES	CODES	PASSER A
201	Est-ce qu'au cours des 12 derniers mois, quelqu'un a visité votre (NOM DU VILLAGE/VILLE/QUARTIER) à propos de planification familiale?	OUI.....1 NON.....2	→204
202	De quelle organisation faisait-il partie? ESSAYER D'OBTENIR LE NOM EXACT DE L'ORGANISATION. EVITER D'UTILISER DES ABREVIATIONS	<div style="border: 1px solid black; width: 100px; height: 20px; margin: 0 auto;"></div> NSP..... 98	
203	Quels sujets ont été abordés pendant cette visite? ENREGISTRER TOUTES LES REPONSES	ESPACEMENT NAISSANCES.....A AVANTAGES LIMIT. NAISSANCES.....B UTILISATION PLANNING FAMILIAL....C ALLAITEMENT.....D PROMOTION METHOD.SPECIFIQUE(S)...E OU TROUVER LES METHODES.....F AUTRE _____ X (PRECISER)	
204	Où accouchent la majorité des femmes de (NOM DU VILLAGE/VILLE/QUARTIER)?	A LA MAISON.....1 ETABLISSEMENT DE SANTE.....2	
205	Y-a-t-il eu une accoucheuse traditionnelle à (NOM DU VILLAGE/VILLE/QUARTIER) qui assiste régulièrement les femmes lors des accouchements?	OUI.....1 NON.....2	→207
206	Cette accoucheuse traditionnelle a-t-elle reçu une formation spéciale de la part du gouvernement ou d'un autre organisme?	OUI.....1 NON.....2	
207	Y-a-t-il eu une matrone de l'hôpital ou du centre de santé qui assiste régulièrement les femmes de (NOM DU VILLAGE/VILLE/QUARTIER) lors des accouchements?	OUI.....1 NON.....2	
208	Y-a-t-il eu une sage-femme professionnelle qui assiste régulièrement les femmes de (NOM DU VILLAGE/VILLE/QUARTIER) lors des accouchements?	OUI.....1 NON.....2	
209	Est-ce qu'un membre de l'équipe du centre de santé visite régulièrement (NOM DU VILLAGE/VILLE/QUARTIER)?	OUI.....1 NON.....2	→211
210	Le membre de l'équipe du centre de santé <ul style="list-style-type: none"> - donne-t-il des conseils sur la prévention des maladies? - donne-t-il des conseils et/ou des soins prénatals? - fait-il des vaccinations? - donne-t-il des conseils et/ou des traitements en ophtalmologie? - donne-t-il des conseils et/ou des traitements contre la lèpre? - donne-t-il des conseils et/ou des traitements contre l'onchocercose? - donne-t-il des conseils et/ou des traitements contre la trypanosomiase? 	PREVEN- OUI.....1 TION : NON.....2 SOINS OUI.....1 PRENAT.: NON.....2 VACCIN- OUI.....1 NATIONS NON.....2 OPHTAL- OUI.....1 MOLOGIE: NON.....2 LEPRE: OUI.....1 NON.....2 ONCHO- OUI.....1 CERCOSE: NON.....2 TRYPAN- OUI.....1 NOSOM.: NON.....2	

N°	QUESTIONS ET FILTRES	CODES	PASSER A
211	(En dehors des membres de l'équipe du centre de santé), est-ce qu'au cours des 12 derniers mois, quelqu'un a visité votre (NOM DU VILLAGE/VILLE/QUARTIER) à propos de santé?	OUI.....1 NON.....2	→214
212	De quelle organisation faisait-il partie? ESSAYER D'OBTENIR LE NOM EXACT DE L'ORGANISATION. EVITER D'UTILISER DES ABREVIATIONS	<div style="border: 1px solid black; width: 100px; height: 20px; margin: 0 auto;"></div> NSP..... 98	
213	Quels sujets ont été abordés pendant cette visite? ENREGISTRER TOUTES LES REPONSES	SOINS PRENATALS.....A VACCINATION.....B OPHTALMOLOGIE.....C LEPRE.....D ONCHOCERCOSE.....E TRYPANOSOMIASE.....F DIARRHÉE/UTILISATION DES SRO.....G ALLAITEMENT.....H NUTRITION/CROISSANCE.....I MST/SIDA.....J PALUDISME.....K AUTRE _____ X (PRÉCISER)	
214	Il arrive parfois que des enfants, qui jouent normalement pendant la journée, éprouvent des difficultés pour voir et pour se déplacer au crépuscule, après le coucher du soleil. Dans la soirée, ces enfants restent parfois assis seuls, se tiennent aux habits de leur mère, ils sont incapables de trouver leurs jouets, ou de voir pour manger. Connaissez-vous ce problème?	OUI.....1 NON.....2	→217
215	Quel nom donnez-vous à ce problème? ESSAYEZ D'OBTENIR LE NOM LOCAL DE CETTE MALADIE	<div style="border: 1px solid black; width: 100px; height: 20px; margin: 0 auto;"></div> 	
216	Connaissez-vous des enfants qui ont souffert de (NOM DE LA MALADIE) au cours du mois passé dans votre (NOM DU VILLAGE/VILLE/QUARTIER)?	OUI.....1 NON.....2	

COMPLÉTER LE TABLEAU CI-DESSOUS A PARTIR DE VOS OBSERVATIONS ET DES INFORMATIONS OBTENUES

217		218		219		220			221			PASSER A LIGNE		
Y-a-t-il (NOM DU SERVICE) à (NOM DU VILLAGE/VILLE/ QUARTIER)?		Quel est le moyen de transport utilisé le plus souvent par la majorité habitants de (NOM DU VILLAGE/VILLE/ QUARTIER) pour se rendre à (NOM DU SERVICE) le plus proche?		Combien de temps faut-il pour se rendre à (NOM DU SERVICE) le plus proche en utilisant le moyen de transport le plus fréquent? NOTER EN MINUTES. SI PLUS DE 120 MINUTES, NOTER EN HEURES		Le (NOM DU SERVICE) le plus proche fournit-il des services de:			A (NOM DU SERVICE) le plus proche est-il possible de se procurer:					
SI NON: A combien de kilomètres se trouve (NOM DU SERVICE) le plus proche?														
1) HOPITAL PUBLIC OU (POUR NDJAMENA SEULEMENT) POLYCLINIQUE	NON: NBRE. DE KM... <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>	VEHICULE A MOTEUR.....1 MOBYLETTE/MOTOCYCLETTE..2 CHARRETTE/DOS D'ANIMAL..3 BICYCLETTE.....4 PIROGUE.....5 A PIED.....6	MINUTES..1 <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>	HEURES...2 <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>	OUI NON NSP			OUI NON NSP			→ 2			
	OUI.....000 <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>				PASSER Q.220 ←	PLANIF. FAMILIALE...1 2 8	SOINS PRENATALS...1 2 8	ACCOUCHEMENT...1 2 8	CONS. EN NUTRITION...1 2 8	VACCINATION...1 2 8		MEDECINE GENERALE...1 2 8	CHIRURGIE...1 2 8	CONTRACEPTIFS.....1 2 8
2) HOPITAL MILITAIRE/ GARNISON	NON: NBRE. DE KM... <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>	VEHICULE A MOTEUR.....1 MOBYLETTE/MOTOCYCLETTE..2 CHARRETTE/DOS D'ANIMAL..3 BICYCLETTE.....4 PIROGUE.....5 A PIED.....6	MINUTES..1 <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>	HEURES...2 <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>	OUI NON NSP			OUI NON NSP			→ 3			
	OUI.....000 <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>				PASSER Q.220 ←	PLANIF. FAMILIALE...1 2 8	SOINS PRENATALS...1 2 8	ACCOUCHEMENT...1 2 8	CONS. EN NUTRITION...1 2 8	VACCINATION...1 2 8		MEDECINE GENERALE...1 2 8	CHIRURGIE...1 2 8	CONTRACEPTIFS.....1 2 8
3) HOPITAL PRIVE	NON: NBRE. DE KM... <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>	VEHICULE A MOTEUR.....1 MOBYLETTE/MOTOCYCLETTE..2 CHARRETTE/DOS D'ANIMAL..3 BICYCLETTE.....4 PIROGUE.....5 A PIED.....6	MINUTES..1 <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>	HEURES...2 <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>	OUI NON NSP			OUI NON NSP			→ 4			
	OUI.....000 <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>				PASSER Q.220 ←	PLANIF. FAMILIALE...1 2 8	SOINS PRENATALS...1 2 8	ACCOUCHEMENT...1 2 8	CONS. EN NUTRITION...1 2 8	VACCINATION...1 2 8		MEDECINE GENERALE...1 2 8	CHIRURGIE...1 2 8	CONTRACEPTIFS.....1 2 8

362

	217	218	219	220	221
	Y-a-t-il (NOM DU SERVICE) à (NOM DU VILLAGE/VILLE/QUARTIER)? SI NON: A combien de kilomètres se trouve (NOM DU SERVICE) le plus proche?	Quel est le moyen de transport utilisé le plus souvent par la majorité habitants de (NOM DU VILLAGE/VILLE/QUARTIER) pour se rendre à (NOM DU SERVICE) le plus proche?	Combien de temps faut-il pour se rendre à (NOM DU SERVICE) le plus proche en utilisant le moyen de transport le plus fréquent? NOTER EN MINUTES. SI PLUS DE 120 MINUTES, NOTER EN HEURES	Le (NOM DU SERVICE) le plus proche fournit-ildes services de:	A (NOM DU SERVICE) le plus proche est-il possible de se procurer:
4)	NON: <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> NBRE.DE KM... OUI.....000 PASSER Q.220 ←	VEHICULE A MOTEUR.....1 MOBYLETTE/MOTOCYCLETTE..2 CHARRETTE/DOS D'ANIMAL..3 BICYCLETTE.....4 PIROGUE.....5 A PIED.....6	MINUTES..1 <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> HEURES...2 <input type="text"/> 0 <input type="text"/> <input type="text"/>	OUI NON NSP PLANIF. FAMILIALE....1 2 8 SOINS PRENATALS.....1 2 8 ACCOUCHEMENT.....1 2 8 CONS. EN NUTRITION...1 2 8 VACCINATION.....1 2 8 MEDECINE GENERALE....1 2 8	OUI NON NSP CONTRACEPTIFS.....1 2 8 CONDOMS.....1 2 8 SACHETS DE SRO.....1 2 8 COMPRIME DE FER.....1 2 8 ANTI-PALUDEENS (NIVA- QUINE/CHLOROQUINE).1 2 8 MEDICAMENTS DE BASE..1 2 8
5)	NON: <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> NBRE.DE KM... OUI.....000 PASSER Q.220 ←	VEHICULE A MOTEUR.....1 MOBYLETTE/MOTOCYCLETTE..2 CHARRETTE/DOS D'ANIMAL..3 BICYCLETTE.....4 PIROGUE.....5 A PIED.....6	MINUTES..1 <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> HEURES...2 <input type="text"/> 0 <input type="text"/> <input type="text"/>	OUI NON NSP PLANIF. FAMILIALE....1 2 8 SOINS PRENATALS.....1 2 8 ACCOUCHEMENT.....1 2 8 CONS. EN NUTRITION...1 2 8 VACCINATION.....1 2 8 MEDECINE GENERALE....1 2 8	OUI NON NSP CONTRACEPTIFS.....1 2 8 CONDOMS.....1 2 8 SACHETS DE SRO.....1 2 8 COMPRIME DE FER.....1 2 8 ANTI-PALUDEENS (NIVA- QUINE/CHLOROQUINE).1 2 8 MEDICAMENTS DE BASE..1 2 8
6)	NON: <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> NBRE.DE KM... OUI.....000 PASSER Q.220 ←	VEHICULE A MOTEUR.....1 MOBYLETTE/MOTOCYCLETTE..2 CHARRETTE/DOS D'ANIMAL..3 BICYCLETTE.....4 PIROGUE.....5 A PIED.....6	MINUTES..1 <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> HEURES...2 <input type="text"/> 0 <input type="text"/> <input type="text"/>	OUI NON NSP PLANIF. FAMILIALE....1 2 8 SOINS PRENATALS.....1 2 8 ACCOUCHEMENT.....1 2 8 CONS. EN NUTRITION...1 2 8 VACCINATION.....1 2 8 MEDECINE GENERALE....1 2 8 CHIRURGIE.....1 2 8	OUI NON NSP CONTRACEPTIFS.....1 2 8 CONDOMS.....1 2 8 SACHETS DE SRO.....1 2 8 COMPRIME DE FER.....1 2 8 ANTI-PALUDEENS (NIVA- QUINE/CHLOROQUINE).1 2 8 MEDICAMENTS DE BASE..1 2 8
7)	NON: <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> NBRE.DE KM... OUI.....000 PASSER Q.220 ←	VEHICULE A MOTEUR.....1 MOBYLETTE/MOTOCYCLETTE..2 CHARRETTE/DOS D'ANIMAL..3 BICYCLETTE.....4 PIROGUE.....5 A PIED.....6	MINUTES..1 <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> HEURES...2 <input type="text"/> 0 <input type="text"/> <input type="text"/>	OUI NON NSP VACCINATION.....1 2 8 MEDECINE GENERALE....1 2 8	OUI NON NSP CONTRACEPTIFS.....1 2 8 CONDOMS.....1 2 8 SACHETS DE SRO.....1 2 8 COMPRIME DE FER.....1 2 8 ANTI-PALUDEENS (NIVA- QUINE/CHLOROQUINE).1 2 8 MEDICAMENTS DE BASE..1 2 8

	217	218	219	220	221
	<p>Y-a-t-il (NOM DU SERVICE) à (NOM DU VILLAGE/VILLE/QUARTIER)?</p> <p>SI NON: A combien de kilomètres se trouve (NOM DU SERVICE) le plus proche?</p>	<p>Quel est le moyen de transport utilisé le plus souvent par la majorité habitants de (NOM DU VILLAGE/VILLE/QUARTIER) pour se rendre à (NOM DU SERVICE) le plus proche?</p>	<p>Combien de temps faut-il pour se rendre à (NOM DU SERVICE) le plus proche en utilisant le moyen de transport le plus fréquent? NOTER EN MINUTES. SI PLUS DE 120 MINUTES, NOTER EN HEURES</p>	<p>Le (NOM DU SERVICE) le plus proche fournit-ildes services de:</p>	<p>A (NOM DU SERVICE) le plus proche est-il possible de se procurer:</p>
<p>8) VERIFIER q.101</p> <p>RURAL <input type="checkbox"/></p> <p>POSER q.217- q.221 POUR LA "PHARMACIE/ CENTRE DE SANTÉ VILLAGEOISE"</p> <p>URBAIN <input type="checkbox"/></p> <p>PASSER A q.222</p>	<p>NOM: NBRE.DE KM... <input type="text"/><input type="text"/><input type="text"/></p> <p>OUI.....000</p> <p>PASSER q.220</p>	<p>VEHICULE A MOTEUR.....1 MOBYLETTE/MOTOCYCLETTE..2 CHARRETTE/DOS D'ANIMAL..3 BICYCLETTE.....4 PIROGUE.....5 A PIED.....6</p>	<p>MINUTES..1 <input type="text"/><input type="text"/><input type="text"/></p> <p>HEURES...2 <input type="text"/><input type="text"/><input type="text"/></p>	<p>OUI NON NSP</p> <p>VACCINATION.....1 2 8 MEDECINE GENERALE....1 2 8</p>	<p>OUI NON NSP</p> <p>CONTRACEPTIFS.....1 2 8 CONDOMS.....1 2 8 SACHETS DE SRO.....1 2 8 COMPRIME DE FER.....1 2 8 ANTI-PALUDEENS (NIVA- QUINE/CHLOROQUINE).1 2 8 MEDICAMENTS DE BASE..1 2 8</p>

→q.222

N°	QUESTIONS ET FILTRES	CODES	PASSER A
222	<p>Quel est le principal problème des habitants de (NOM DU VILLAGE/VILLE/ QUARTIER) en matière de santé?</p> <p>Quel est le second problème le plus important?</p>	<p style="text-align: right;">1er PRBLE. 2è PRBLE.</p> <p>MANQUE D'ETABLISSEMENT SANITAIRE.....01.....01 MANQUE DE PERSONNEL DE SANTE.....02.....02 MANQUE DE MEDICAMENTS.....03.....03 ETABLIS. SANITAIRE TROP LOIN.....04.....04 PROBLEME DE TRANSPORT.....05.....05 ACCESSIBILITE.....06.....06 COUT DES SOINS/MEDICAMENTS.....07.....07 MANQUE D'ARGENT.....08.....08 INCOMPETENCE DU PERSONNEL.....09.....09 MAUVAIS ACCUEIL DANS ETABL. SANITAIRE..10.....10 MANQUE D'EAU.....11.....11 MANQUE DE NOURRITURE.....12.....12</p> <p>AUTRE _____ 96 (PRECISER)</p> <p>AUTRE _____ 96 (PRECISER)</p> <p>NSP.....98</p>	
223	<p>Quelle est la principale maladie qui touche les jeunes enfants de (NOM DU VILLAGE/VILLE/ QUARTIER)?</p> <p>Quelle est la seconde maladie la plus importante?</p> <p>INSCRIRE CI-DESSOUS LE NOM LOCAL DE LA MALADIE, PUIS ENCERCLER LE CODE CORRESPONDANT.</p>	<p style="text-align: right;">1ère MALAD. 2è MALAD</p> <p>CHOLERA.....01.....01 COQUELUCHE.....02.....02 DIARRHEE.....03.....03 DIPHTERIE.....04.....04 FIEVRE.....05.....05 JAUNISSE/ICTERE/HEPATHITE.....06.....06 LEPRE.....07.....07 MENINGITE.....08.....08 ONCHOCERCOSE.....09.....09 PALUDISME.....10.....10 PNEUMONIE.....11.....11 ROUGEOLE.....12.....12 SOUS-NUTRITION.....13.....13 TETANOS.....14.....14 TOUX.....15.....15 TUBERCULOSE.....16.....16 TRYPANOSOMIASE.....17.....17 VARICELLE.....18.....18 MALADIES DE PEAU.....19.....19 MALADIES RESPIRATOIRES.....20.....20 MALADIES DES YEUX.....21.....21</p> <p>AUTRE _____ 96 (PRECISER)</p> <p>AUTRE _____ 96 (PRECISER)</p> <p>NSP.....98</p>	

OBSERVATIONS DE L'ENQUETEUR
A remplir une fois que l'interview est finie

Commentaires sur des questions spécifiques: _____

Autres commentaires: _____

OBSERVATIONS DU SUPERVISEUR

Nom du Superviseur : _____ Date: _____