

Enquête sur les indicateurs du paludisme

Questionnaire Ménage

**ORC Macro
Calverton, Maryland**

Avril 2005

ENQUÊTE SUR LES INDICATEURS DU PALUDISME
QUESTIONNAIRE MÉNAGE STANDARD

[NOM DU PAYS]
[NOM DE L'ORGANISATION]

IDENTIFICATION (1)																			
NOM DE LA LOCALITÉ _____	<table border="1"> <tr><td> </td><td> </td><td> </td></tr> <tr><td> </td><td> </td><td> </td></tr> <tr><td> </td><td> </td><td> </td></tr> <tr><td> </td><td> </td><td> </td></tr> <tr><td> </td><td> </td><td> </td></tr> <tr><td> </td><td> </td><td> </td></tr> </table>																		
NOM DU CHEF DE MÉNAGE _____																			
NUMÉRO DE GRAPPE																			
NUMÉRO DE MÉNAGE																			
RÉGION																			
URBAIN/RURAL (URBAIN=1, RURAL=2)																			
GRANDE VILLE/VILLE/PETITE VILLE/RURAL ²																			
(GRANDE VILLE=1, VILLE=2, PETITE VILLE=3, RURAL=4)																			

VISITE DE L'ENQUÊTEUR/ENQUÊTRICE												
	1	2	3	VISITE FINALE								
DATE	_____	_____	_____	JOUR <table border="1"><tr><td> </td><td> </td></tr></table> MOIS <table border="1"><tr><td> </td><td> </td></tr></table> ANNÉE <table border="1"><tr><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td></tr></table>								
NOM DE L'ENQUÊTEUR	_____	_____	_____	NOM <table border="1"><tr><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td></tr></table>								
RÉSULTAT*	_____	_____	_____	RÉSULTAT <table border="1"><tr><td> </td><td> </td></tr></table>								
PROCHAINE VISITE : DATE	_____	_____		NBRE. TOTAL DE VISITES <table border="1"><tr><td> </td></tr></table>								
HEURE	_____	_____										
*CODES RÉSULTATS : 1 REMPLI 2 PAS DE MEMBRE DU MÉNAGE À LA MAISON OU PAS D'ENQUÊTÉ COMPÉTENT AU MOMENT DE LA VISITE 3 MÉNAGE TOTALEMENT ABSENT POUR UNE LONGUE PÉRIODE 4 DIFFÉRÉ 5 REFUSÉ 6 LOGEMENT VACANT OU PAS DE LOGEMENT À L'ADRESSE 7 LOGEMENT DÉTRUIT 8 LOGEMENT NON TROUVÉ 9 AUTRE _____ (PRÉCISER)				TOTAL DANS LE MÉNAGE <table border="1"><tr><td> </td><td> </td></tr></table> TOTAL DE FEMMES ÉLIGIBLES <table border="1"><tr><td> </td><td> </td></tr></table> No. DE LIGNE DE L'ENQUÊTÉ POUR LE QUESTIONNAIRE MÉNAGE <table border="1"><tr><td> </td><td> </td></tr></table>								

CHEF D'ÉQUIPE	CONTRÔLEUR DE BUREAU	SAISI PAR
NOM _____	_____	_____
DATE _____	_____	_____

¹ Cette section doit être adaptée aux spécificités du pays.

² Les indications suivantes doivent être utilisées pour classer les zones urbaines de l'échantillon : Les « grandes villes » sont les capitales nationales et les agglomérations de plus d'1 million d'habitants; les « villes » sont les agglomérations comprenant entre 50 000 et 1 million d'habitants ; le reste des zones urbaines de l'échantillon sont des « petites villes ».

TABLEAU DE MÉNAGE

Maintenant, nous voudrions avoir des informations sur les personnes qui vivent habituellement dans votre ménage ou qui vivent actuellement chez vous.

No. DE LIGNE	RÉSIDENTS HABITUELS ET VISITEURS	LIEN AVEC LE CHEF DE MÉNAGE	SEXE		RÉSIDENCE		ÂGE	FEMMES ÉLIGIBLES	ACTUELLEMENT ENCEINTE ?		
			(NOM) est-il/elle de sexe masculin ou féminin ?	(NOM) vit-il/elle ici habituellement ?	(NOM) a-t-il/elle passé la nuit dernière ici ?	Quel âge a (NOM) ?			ENCERCLER LE No. DE LIGNE DE TOUTES LES FEMMES DE 15-49 ANS	POUR LES FEMMES ÉLIGIBLES, DEMANDER : (NOM) est-elle actuellement enceinte ?	
(1)	(2)	(3)	M	F	OUI	NON	OUI	NON	EN ANNÉE		
			1	2	1	2	1	2		OUI	NON/NSP
01		<input type="text"/>	1	2	1	2	1	2	<input type="text"/>	01	1 2
02		<input type="text"/>	1	2	1	2	1	2	<input type="text"/>	02	1 2
03		<input type="text"/>	1	2	1	2	1	2	<input type="text"/>	03	1 2
04		<input type="text"/>	1	2	1	2	1	2	<input type="text"/>	04	1 2
05		<input type="text"/>	1	2	1	2	1	2	<input type="text"/>	05	1 2
06		<input type="text"/>	1	2	1	2	1	2	<input type="text"/>	06	1 2
07		<input type="text"/>	1	2	1	2	1	2	<input type="text"/>	07	1 2
08		<input type="text"/>	1	2	1	2	1	2	<input type="text"/>	08	1 2
09		<input type="text"/>	1	2	1	2	1	2	<input type="text"/>	09	1 2
10		<input type="text"/>	1	2	1	2	1	2	<input type="text"/>	10	1 2

* CODES POUR Q.3

LIEN DE PARENTÉ AVEC LE CHEF DE MÉNAGE :

01 = CHEF DE MÉNAGE

02 = FEMME/MARI

03 = FILS OU FILLE

04 = GENDRE OU BELLE-FILLE

05 = PETIT-FILS/PETITE-FILLE

06 = PÈRE/MÈRE

07 = BEAUX-PARENTS

08 = FRÈRE OU SOEUR

09 = AUTRES PARENTS

10 = ADOPTÉ/EN GARDE/ENFANT DE LA FEMME/DU

11 = SANS PARENTÉ

98 = NE SAIT PAS

Enquête sur les indicateurs du paludisme :

Documentation de base

Composant standard 1—Questionnaire Ménage

No. DE LIGNE	RÉSIDENTS HABITUELS ET VISITEURS	LIEN AVEC LE CHEF DE MÉNAGE	SEXE	RÉSIDENCE			ÂGE	FEMMES ÉLIGIBLES	ACTUELLEMENT ENCEINTE ?
				(NOM) est-il/elle de sexe masculin ou féminin ?	(NOM) vit-il/elle ici habituellement ?	(NOM) a-t-il/elle passé la nuit dernière ici ?			
(1)	(2)	(3)	(4)	(5)	(6)	(7)	(8)	(9)	
			M F	OUI NON	OUI NON	EN ANNÉE		OUI NON/NSP	
11		<input type="text"/>	1 2	1 2	1 2	<input type="text"/>	11	1 2	
12		<input type="text"/>	1 2	1 2	1 2	<input type="text"/>	12	1 2	
13		<input type="text"/>	1 2	1 2	1 2	<input type="text"/>	13	1 2	
14		<input type="text"/>	1 2	1 2	1 2	<input type="text"/>	14	1 2	
15		<input type="text"/>	1 2	1 2	1 2	<input type="text"/>	15	1 2	
16		<input type="text"/>	1 2	1 2	1 2	<input type="text"/>	16	1 2	
17		<input type="text"/>	1 2	1 2	1 2	<input type="text"/>	17	1 2	
18		<input type="text"/>	1 2	1 2	1 2	<input type="text"/>	18	1 2	
19		<input type="text"/>	1 2	1 2	1 2	<input type="text"/>	19	1 2	
20		<input type="text"/>	1 2	1 2	1 2	<input type="text"/>	20	1 2	

COCHER ICI SI UNE AUTRE FEUILLE EST UTILISÉE

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

- | | | | | | |
|----|---|------------------------------|---|--------------------|------------------------------|
| 1) | Y a-t-il d'autres personnes, telles que des petits enfants ou des nourrissons, que nous n'avons pas listés ? | OUI <input type="checkbox"/> | → | AJOUTER AU TABLEAU | NON <input type="checkbox"/> |
| 2) | De plus, y a-t-il d'autres personnes qui ne sont peut-être pas membres de votre ménage, telles que des domestiques, locataires, ou amis qui vivent habituellement ici ? | OUI <input type="checkbox"/> | → | AJOUTER AU TABLEAU | NON <input type="checkbox"/> |
| 3) | Y a-t-il des invités ou des visiteurs temporaires qui sont ici, ou n'importe quelle autre personne qui a dormi ici la nuit dernière, qui n'ont pas été listés ? | OUI <input type="checkbox"/> | → | AJOUTER AU TABLEAU | NON <input type="checkbox"/> |

NO.	QUESTIONS ET FILTRES	CODES	ALLER À																		
10	D'où provient principalement l'eau que boivent les membres de votre ménage ? ¹	EAU DU ROBINET ROBINET AU LOGEMENT 11 ROBINET DANS COUR/PARCELLE.. 12 ROBINET PUBLIC/BORNE- FONTAINE..... 13 PUIITS À POMPE OU FORAGE 21 PUIITS CREUSÉ PUIITS PROTÉGÉ..... 31 PUIITS NON PROTÉGÉ..... 32 EAU DE SOURCE SOURCE PROTÉGÉE..... 41 SOURCE NON PROTÉGÉE..... 42 EAU DE PLUIE 51 CAMION CITERNE..... 61 CHARRETTE AVEC PETITE CITERNE/TONNEAU 71 EAU DE SURFACE (RIVIÈRE/BARRAGE/ LAC/MARE/FLEUVE/CANAL/ CANAL D'IRRIGATION..... 81 EAU EN BOUTEILLE..... 91 AUTRE 96 (PRÉCISER)																			
11	Quel type de toilettes les membres de votre ménage utilisent-ils ?(1)	CHASSE D'EAU/CHASSE MANUELLE CHASSE D'EAU CONNECTÉE À UN SYSTÈME D'ÉGOUT 11 À UNE FOSSE SEPTIQUE..... 12 À DES LATRINES..... 13 À QUELQUE CHOSE D'AUTRE..... 14 NE SAIT PAS OÙ 15 FOSSES/LATRINES LATRINES AMÉLIORÉES AUTO- AÉRÉES (LAA) 21 LATRINES AVEC DALLE 22 LATRINES SANS DALLE/TROU OUVERT 23 TOILETTES À COMPOSTAGE 31 SEAU/TINETTE 41 TOILETTES/LATRINES SUSPENDUES 51 PAS DE TOILETTES/NATURE 61 AUTRE 96 (PRÉCISER)																			
12	Dans votre ménage, avez-vous : (2) L'électricité ? Un poste de radio ? Un poste de télévision ? Un téléphone ? Un réfrigérateur ?	<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.....</td> <td style="text-align: center;">1</td> <td style="text-align: center;">2</td> </tr> <tr> <td>RADIO.....</td> <td style="text-align: center;">1</td> <td style="text-align: center;">2</td> </tr> <tr> <td>TÉLÉVISION.....</td> <td style="text-align: center;">1</td> <td style="text-align: center;">2</td> </tr> <tr> <td>TÉLÉPHONE.....</td> <td style="text-align: center;">1</td> <td style="text-align: center;">2</td> </tr> <tr> <td>RÉFRIGÉRATEUR.....</td> <td style="text-align: center;">1</td> <td style="text-align: center;">2</td> </tr> </tbody> </table>		OUI	NON	ÉLECTRICITÉ.....	1	2	RADIO.....	1	2	TÉLÉVISION.....	1	2	TÉLÉPHONE.....	1	2	RÉFRIGÉRATEUR.....	1	2	
	OUI	NON																			
ÉLECTRICITÉ.....	1	2																			
RADIO.....	1	2																			
TÉLÉVISION.....	1	2																			
TÉLÉPHONE.....	1	2																			
RÉFRIGÉRATEUR.....	1	2																			
13	Quel type de combustible votre ménage utilise-t-il principalement pour la cuisine ?	ÉLECTRICITÉ..... 01 GAZ PROPANE LIQUÉFIÉ/GAZ NATUREL 02 BIOGAZ 03 KÉROSÈNE..... 04 CHARBON/LIGNITE 05 CHARBON DE BOIS 06 BRANCHAGES/PAILLE..... 07 BOUSE 08 AUTRE 96 (PRÉCISER)																			

¹ Les codes seront développés localement et révisés sur la base du prétest ; toutefois, les grandes catégories doivent être maintenues.

² Des indicateurs additionnels sur le statut socioéconomique doivent être ajoutés, spécialement pour distinguer entre elles les classes à faibles revenus.

18	DEMANDER À L'ENQUÊTÉ DE VOUS MONTRER LE(S) MOUSTIQUAIRE(S) DANS LE MÉNAGE. SI PLUS DE TROIS MOUSTIQUAIRES, UTILISER UN(DES) QUESTIONNAIRE(S) ADDITIONNEL(S).	MOUSTIQUAIRE #1	MOUSTIQUAIRE #2	MOUSTIQUAIRE #3
		OBSERVÉE1 PAS OBSERVÉE2	OBSERVÉE1 PAS OBSERVÉE2	OBSERVÉE1 PAS OBSERVÉE2
19	Depuis combien de temps votre ménage possède-t-il cette moustiquaire ?	MOIS <input type="text"/> <input type="text"/>	MOIS <input type="text"/> <input type="text"/>	MOIS <input type="text"/> <input type="text"/>
		PLUS DE 3 ANS95	PLUS DE 3 ANS95	PLUS DE 3 ANS95
20	OBSERVER OU DEMANDER LA MARQUE DE LA MOUSTIQUAIRE. SI LA MARQUE EST INCONNUE ET QUE VOUS NE POUVEZ PAS OBSERVER LA MOUSTIQUAIRE, MONTREZ DES PHOTOS DE TYPES/MARQUES COURANTES DE MOUSTIQUAIRE À L'ENQUÊTÉ.	MOUSTIQUAIRE 'PERMANENTE' (1) MARQUE A.....11 MARQUE B.....12 (ALLER À 24) <—	MOUSTIQUAIRE 'PERMANENTE' (1) MARQUE A.....11 MARQUE B.....12 (ALLER À 24) <—	MOUSTIQUAIRE 'PERMANENTE' (1) MARQUE A.....11 MARQUE B.....12 (ALLER À 24) <—
		MOUSTIQUAIRE 'PRETRAITEE' (2) MARQUE C.....11 MARQUE D.....12 (ALLER À 22) <—	MOUSTIQUAIRE 'PRETRAITEE' (2) MARQUE C.....11 MARQUE D.....12 (ALLER À 22) <—	MOUSTIQUAIRE 'PRETRAITEE' (2) MARQUE C.....11 MARQUE D.....12 (ALLER À 22) <—
		AUTRE31 NE CONNAÎT PAS LA MARQUE98	AUTRE31 NE CONNAÎT PAS LA MARQUE98	AUTRE31 NE CONNAÎT PAS LA MARQUE98
21	Quand vous avez obtenu cette moustiquaire, était-elle déjà traitée par le fabricant avec un insecticide qui tue ou éloigne les moustiques ?	OUI1	OUI1	OUI1
		NON2 PAS SÛR/NSP8	NON2 PAS SÛR/NSP8	NON2 PAS SÛR/NSP8
22	Depuis que vous avez cette moustiquaire, a-t-elle été trempée ou plongée dans un liquide qui tue ou éloigne les moustiques ou les insectes ?	OUI1	OUI1	OUI1
		NON2 (ALLER À 24) <— PAS SÛR/NSP8	NON2 (ALLER À 24) <— PAS SÛR/NSP8	NON2 (ALLER À 24) <— PAS SÛR/NSP8
23	Combien de temps s'est-il écoulé depuis que la moustiquaire a été trempée ou plongée pour la dernière fois dans un liquide insecticide? SI MOINS D'1 MOIS, ENREGISTRER >00' MOIS. SI MOINS DE 2 ANS, ENREGISTRER LE NOMBRE DE MOIS. SI '12 MOIS' OU '1 AN' INSISTER POUR OBTENIR LE NOMBRE DE MOIS EXACT.	MOIS <input type="text"/> <input type="text"/>	MOIS <input type="text"/> <input type="text"/>	MOIS <input type="text"/> <input type="text"/>
		PLUS DE 2 ANS95 PAS SÛR/NSP98	PLUS DE 2 ANS95 PAS SÛR/NSP98	PLUS DE 2 ANS95 PAS SÛR/NSP98
24	Est-ce que quelqu'un a dormi sous cette moustiquaire la nuit dernière ?	OUI1	OUI1	OUI1
		NON2 (ALLER À 26) <— PAS SÛR/NSP8	NON2 (ALLER À 26) <— PAS SÛR/NSP8	NON2 (ALLER À 26) <— PAS SÛR/NSP8

¹ Une moustiquaire "permanente" est une moustiquaire qui a été traitée par le fabricant et qui ne nécessite aucun traitement additionnel.

² Une moustiquaire "prétraitee" est une moustiquaire qui a été prétraitee, mais qui nécessite des traitements additionnels après 6-12 mois.

		MOUSTIQUAIRE #1	MOUSTIQUAIRE #2	MOUSTIQUAIRE #3
25	<p>Qui a dormi sous cette moustiquaire la nuit dernière ?</p> <p>ENREGISTRER LE NUMÉRO DE LIGNE DE LA PERSONNE À PARTIR DU TABLEAU MÉNAGE.</p>	<p>NOM _____</p> <p>No. DE LIGNE <input type="text"/> <input type="text"/></p> <p>NOM _____</p> <p>No. DE LIGNE <input type="text"/> <input type="text"/></p> <p>NOM _____</p> <p>No. DE LIGNE <input type="text"/> <input type="text"/></p> <p>NOM _____</p> <p>No. DE LIGNE <input type="text"/> <input type="text"/></p> <p>NOM _____</p> <p>No. DE LIGNE <input type="text"/> <input type="text"/></p>	<p>NOM _____</p> <p>No. DE LIGNE <input type="text"/> <input type="text"/></p> <p>NOM _____</p> <p>No. DE LIGNE <input type="text"/> <input type="text"/></p> <p>NOM _____</p> <p>No. DE LIGNE <input type="text"/> <input type="text"/></p> <p>NOM _____</p> <p>No. DE LIGNE <input type="text"/> <input type="text"/></p> <p>NOM _____</p> <p>No. DE LIGNE <input type="text"/> <input type="text"/></p>	<p>NOM _____</p> <p>No. DE LIGNE <input type="text"/> <input type="text"/></p> <p>NOM _____</p> <p>No. DE LIGNE <input type="text"/> <input type="text"/></p> <p>NOM _____</p> <p>No. DE LIGNE <input type="text"/> <input type="text"/></p> <p>NOM _____</p> <p>No. DE LIGNE <input type="text"/> <input type="text"/></p> <p>NOM _____</p> <p>No. DE LIGNE <input type="text"/> <input type="text"/></p>
26		<p>RETOURNER À 18 POUR LA MOUSTIQUAIRE SUIVANTE ; OU SI PLUS DE MOUSTIQUAIRE, ALLER À 27.</p>	<p>RETOURNER À 18 POUR LA MOUSTIQUAIRE SUIVANTE; OU SI PLUS DE MOUSTIQUAIRE, ALLER À 27.</p>	<p>RETOURNER À 18 DANS LA PREMIÈRE COLONNE DU NOUVEAU QUESTIONNAIRE ; OU, SI PLUS DE MOUSTIQUAIRE, ALLER À 27.</p>

35	<p>VÉRIFIER 33:</p> <p>NOMBRE D'ENFANTS DONT LE NIVEAU D'HÉMOGLOBINE EST INFÉRIEUR À 7 G/DL</p> <div style="display: flex; justify-content: space-around;"> <div style="text-align: center;"> <p>UN OU PLUS</p> <input style="width: 40px; height: 30px; border: 1px solid black;" type="text"/> <p>↓</p> <p>DONNER À CHAQUE PARENT/ADULTE RESPONSABLE DE L'ENFANT LE RÉSULTAT DU TEST D'HÉMOGLOBINE, ET CONTINUER AVEC 36. (1)</p> </div> <div style="text-align: center;"> <p>AUCUN</p> <input style="width: 40px; height: 30px; border: 1px solid black;" type="text"/> <p>↓</p> <p>DONNER À CHAQUE PARENT/ADULTE RESPONSABLE DE L'ENFANT LE RÉSULTAT DU TEST D'HÉMOGLOBINE, ET TERMINER L'INTERVIEW DE MÉNAGE.</p> </div> </div>	
36	<p>Nous avons détecté un faible niveau d'hémoglobine dans le sang de [NOM DE L'/(DES) ENFANT(S)]. Ceci signifie que [NOM DE L'/(DES) ENFANT(S)] est/sont gravement anémié(s), ce qui est un problème de santé sérieux. Nous aimerions informer le médecin à _____ de l'état de [NOM DE L'/(DES) ENFANT(S)]. Ceci vous aidera à obtenir le traitement approprié pour son état de santé. Acceptez-vous que cette information concernant le niveau d'hémoglobine dans le sang de [NOM DE L'/(DES) ENFANT(S)] soit donnée au médecin ?</p>	
	NOM DE L'ENFANT DONT LE NIVEAU D'HÉMOGLOBINE EST INFÉRIEUR À 7 G/DL	NOM DU PARENT/ADULTE RESPONSABLE
		ACCEPTÉ QUE L'INFORMATION SOIT TRANSMISE ?
		OUI1 NON2
		OUI1 NON2
		OUI1 NON2
		OUI1 NON2
		OUI1 NON2
		OUI1 NON2
		OUI1 NON2
		OUI1 NON2
		OUI1 NON2
		OUI1 NON2
		OUI1 NON2
		OUI1 NON2

¹Si le niveau d'hémoglobine de plus d'un enfant est inférieur à 7 g/dl, lire la déclaration de Q. 36 à chaque parent/adulte responsable de l'enfant dont le niveau d'hémoglobine dans le sang se situe en dessous du seuil critique.