

# Bénin

**Enquête Démographique  
et de Santé**

**2001**

IDENTIFICATION		
DÉPARTEMENT: _____		
SOUS-PRÉFECTURE/CIRCONS.URBAINE: _____		
COMMUNE RURALE/URBAINE: _____ 1 URBAIN 2 RURAL		
VILLAGE/QUARTIER : _____		
NUMERO DE GRAPPE .....	GRAPPE N°	<input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>
VISITE DU CHEF D'ÉQUIPE		
DATE DE L'ENQUÊTE COMMUNAUTAIRE: .....	JOUR	<input type="text"/> <input type="text"/>
	MOIS	<input type="text"/> <input type="text"/>
	ANNÉE	<input type="text"/> 2 <input type="text"/> 0 <input type="text"/> 0 <input type="text"/> 1
NOM ET CODE DU CHEF D'ÉQUIPE _____	CODE	<input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>
CODES RÉSULTAT 1 REMPLI 2 NON REMPLI (EXPLIQUER EN FIN DE QUESTIONNAIRE)	RÉSULTAT	<input type="text"/>
PERSONNES ENQUÊTÉES		
CODES : 1- CHEF DE VILLAGE / CHEF DE QUARTIER 2- MAIRE 3- PERSONNEL DE SANTÉ 4- RESPONSABLE EDUCATION 5- RESPONSABLE RELIGIEUX 6- MEMBRE ASSOCIATION DE FEMMES 7- AUTRE	NOMBRE	FONCTION/TITRE
	<b>HOMMES</b> <input type="text"/>	<input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>
	<b>FEMMES</b> <input type="text"/>	<input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>
<p>NOTER LE NOMBRE D'HOMMES ET DE FEMMES. SI AUCUN, NOTER '0'. SI 6 OU PLUS, NOTER '6'.            PUIS NOTER LE CODE CORRESPONDANT À LA FONCTION/TITRE DES ENQUÊTÉS. SI PLUS DE 4 PERSONNES POUR CHAQUE SEXE, NOTER SEULEMENT LE CODE DES 4 PREMIERS. SI MOINS DE 4, NOTER '0'.</p>		

### SECTION 1 : CARACTÉRISTIQUES GÉNÉRALES

N°.	QUESTIONS ET FILTRES	CODES	ALLER À
101	VÉRIFIER LA COUVERTURE : TYPE DE LOCALITÉ  <div style="display: flex; justify-content: space-around; align-items: center;"> <span>RURAL <input type="checkbox"/></span> <span>URBAIN <input type="checkbox"/></span> </div>		->107
102	ENREGISTRER LE TYPE D'HABITAT	DENSE ..... 1 DISPERSÉ..... 2 AUTRE..... 6	
103	Quelle est la ville la plus proche de (NOM DU LIEU D'ENQUÊTE)?	_____	
		(NOM DE LA VILLE LA PLUS PROCHE)	
104	Quelle est la principale voie d'accès entre (NOM DU LIEU D'ENQUÊTE) et (NOM DE LA VILLE LA PLUS PROCHE DE Q.103)?	ROUTE GOUDRONNÉE ..... 1 ROUTE EN LATÉRITE ..... 2 SENTIER ..... 3 VOIE FLUVIALE/D'EAU..... 4 VOIE MARITIME ..... 5 VOIE FERROVIAIRE ..... 6	
105	Quelle est la distance en kilomètres entre (NOM DU LIEU D'ENQUÊTE) et (NOM DE LA VILLE LA PLUS PROCHE DE Q.103) ?  ENREGISTRER '95' POUR 95 KILOMÈTRES OU PLUS.	KILOMÈTRES..... <input style="width: 40px; height: 20px;" type="text"/>	
106	Quelle est le moyen de transport en commun le plus utilisé par les habitants de (NOM DU LIEU D'ENQUÊTE) pour se rendre de (NOM DU LIEU D'ENQUÊTE) à (NOM DE LA VILLE LA PLUS PROCHE DE Q.103)?	AUTOBUS/TAXI..... 1 TAXI BROUSSE/CLANDO ..... 2 BATEAU/PIROGUE ..... 3 TRAIN ..... 4 MOTOS TAXI ..... 5 VELO ..... 6 AUCUN ..... 7	
107	Est-ce que (NOM DU LIEU D'ENQUÊTE) est connectée au réseau de distribution d'eau?	OUI ..... 1 NON..... 2	
107 A	Quelle est la principale source d'eau que les habitants de (NOM DU LIEU D'ENQUÊTE) utilisent pour boire?	EAU DU ROBINET DU RÉSEAU SBEE ..... 01 PUITS PROTÉGÉ/FORAGE/ HYDRAULIQUE VILLAGEOISE ..... 02 PUITS OUVERT (NON PROTÉGÉ) ..... 03 SOURCE ..... 04 FLEUVE/RIVIÈRE ..... 05 MARE/LAC ..... 06 EAU DE PLUIE ..... 07 AUTRE ..... 96	
108	Quel genre de toilettes la majorité des habitants de (NOM DU LIEU D'ENQUÊTE) utilisent?	W.C. MODERNES AVEC CHASSE D'EAU ..... 1 LATRINES AMÉLIORÉES..... 2 FOSSES RUDIMENTAIRES ..... 3 PAS DE TOILETTES /NATURE ..... 4 AUTRE ..... 6	
109	Comment sont évacuées les eaux usées de la majorité des logements de (NOM DU LIEU D'ENQUÊTE)?	SYSTÈME D'ÉGOUTS FERMÉS ..... 1 ÉGOUTS À CIEL OUVERT ..... 2 FOSSE SEPTIQUE ..... 3 DANS LA NATURE..... 4 AUTRE ..... 6	
110	Est-ce que (NOM DU LIEU D'ENQUÊTE) est desservie par un service de ramassage des ordures?	OUI ..... 1 NON..... 2	
110 A	Comment sont évacuées les ordures ménagères de la majorité des logements de (NOM DU LIEU D'ENQUÊTE)?	ENTERRÉES..... 1 BRÛLÉES ..... 2 POUBELLES ET RAMASSAGE ..... 3 JETÉES DANS LA NATURE/DEHORS... 4 AUTRE ..... 6	
111	Est-ce que (NOM DU LIEU D'ENQUÊTE) est reliée au réseau électrique de la SBEE?	OUI ..... 1 NON..... 2	
111 A	Quel est le principal mode d'éclairage de (NOM DU LIEU D'ENQUÊTE)?	ÉLECTRICITÉ SBEE..... 1 GROUPE ÉLECTROGÈNE ..... 2 AUTRE SOURCE D'ÉLECTRICITÉ..... 3 AUTRE ..... 6	

**COMPLÉTER CE TABLEAU À PARTIR DE VOS OBSERVATIONS ET DES INFORMATIONS OBTENUES**

	112 DISTANCE (EN KILOMÈTRES) ENTRE LE LIEU D'ENQUÊTE ET LA LOCALITÉ LA PLUS PROCHE POSSÉDANT LE SERVICE.  SI LE SERVICE SE TROUVE SUR LE LIEU D'ENQUÊTE, NOTER '96'. NOTER '95' POUR 95 KILOMÈTRES ET +. NOTER '00' SI MOINS D'UN KILOMÈTRE.	113 MOYEN DE DÉPLACEMENT LE PLUS UTILISÉ PAR LES HABITANTS DU LIEU D'ENQUÊTE POUR SE RENDRE À LA LOCALITÉ LA PLUS PROCHE POSSÉDANT LE SERVICE.	114 TEMPS NÉCESSAIRE POUR SE RENDRE À LA LOCALITÉ LA PLUS PROCHE POSSÉDANT LE SERVICE PAR LE MOYEN DE DÉPLACEMENT LE PLUS UTILISÉ.  SI PLUS DE 90 MINUTES, NOTER EN HEURES. NOTER '24' POUR 24 HEURES ET PLUS.
01  ÉCOLE PRIMAIRE	<input type="text"/> <input type="text"/> → SI '96' PASSER À 02  KILOMÈTRES	VOITURE/CAMION ..... 1 MOTO/MOBYLETTE ..... 2 BARQUE/PIROGUE ..... 3 TRAIN ..... 4 À PIED ..... 5 AUTRE ..... 6	MINUTES.1 <input type="text"/> <input type="text"/> HEURES..2 <input type="text"/> <input type="text"/> → 02
02  ÉCOLE SECONDAIRE OU TECHNIQUE 1er CYCLE	<input type="text"/> <input type="text"/> → SI '96' PASSER À 03  KILOMÈTRES	VOITURE/CAMION ..... 1 MOTO/MOBYLETTE ..... 2 BARQUE/PIROGUE ..... 3 TRAIN ..... 4 À PIED ..... 5 AUTRE ..... 6	MINUTES.1 <input type="text"/> <input type="text"/> HEURES..2 <input type="text"/> <input type="text"/> → 03
03  ÉCOLE SECONDAIRE OU TECHNIQUE 2 <sup>nd</sup> CYCLE	<input type="text"/> <input type="text"/> → SI '96' PASSER À 04  KILOMÈTRES	VOITURE/CAMION ..... 1 MOTO/MOBYLETTE ..... 2 BARQUE/PIROGUE ..... 3 TRAIN ..... 4 À PIED ..... 5 AUTRE ..... 6	MINUTES.1 <input type="text"/> <input type="text"/> HEURES..2 <input type="text"/> <input type="text"/> → 04
04  MARCHÉ	<input type="text"/> <input type="text"/> → SI '96' PASSER À 05  KILOMÈTRES	VOITURE/CAMION ..... 1 MOTO/MOBYLETTE ..... 2 BARQUE/PIROGUE ..... 3 TRAIN ..... 4 À PIED ..... 5 AUTRE ..... 6	MINUTES.1 <input type="text"/> <input type="text"/> HEURES..2 <input type="text"/> <input type="text"/> → 05
05  BOUTIQUE	<input type="text"/> <input type="text"/> → SI '96' PASSER À 06  KILOMÈTRES	VOITURE/CAMION ..... 1 MOTO/MOBYLETTE ..... 2 BARQUE/PIROGUE ..... 3 TRAIN ..... 4 À PIED ..... 5 AUTRE ..... 6	MINUTES.1 <input type="text"/> <input type="text"/> HEURES..2 <input type="text"/> <input type="text"/> → 06
06  SERVICE RÉGULIER DE TRANSPORT EN COMMUN	<input type="text"/> <input type="text"/> → SI '96' PASSER À 201  KILOMÈTRES	VOITURE/CAMION ..... 1 MOTO/MOBYLETTE ..... 2 BARQUE/PIROGUE ..... 3 TRAIN ..... 4 À PIED ..... 5 AUTRE ..... 6	MINUTES.1 <input type="text"/> <input type="text"/> HEURES..2 <input type="text"/> <input type="text"/> → Q201

	<b>201</b> Où se trouve (NOM DU SERVICE) le plus proche?	<b>202</b> À combien de kilomètres se trouve (NOM DU SERVICE) le plus proche?	<b>203</b> Quel est le moyen de déplacement le plus utilisé par les habitants de (NOM DU LIEU D'ENQUÊTE) pour se rendre (NOM DU SERVICE) le plus proche ?	<b>204</b> Combien de temps faut-il pour se rendre à (NOM DU SERVICE) le plus proche par le moyen de déplacement le plus utilisé?	<b>205</b> (NOM DU SERVICE) le plus proche est-il public, privé ou para-public?	<b>206</b> (NOM DU SERVICE) le plus proche assure-t-il?	<b>207</b> À (NOM DU SERVICE) le plus proche peut-on se procurer?
<b>01</b> <b>HÔPITAL/ CENTRE MÉDICAL /CENTRE DE SANTÉ</b>	 <hr/> (NOM DE LOCALITÉ/ QUARTIER)  SI LE SERVICE SE TROUVE SUR LE LIEU D'ENQUÊTE, NOTER '96' À Q.202, PUIS PASSER À Q.205.	 KILOMÈTRES  NOTER '95' POUR 95 KILOMÈTRES ET +. SI '96' PASSER À Q.205	VOITURE/CAMION..... 1 MOTO/MOBYLETTE..... 2 BARQUE/PIROGUE ..... 3 TRAIN ..... 4 À PIED ..... 5 AUTRE ..... 6	MINUTES.1  HEURES..2   SI PLUS DE 90 MINUTES, NOTER EN HEURES. NOTER '24' POUR 24 H. ET PLUS.	PUBLIC.....1 PARA-PUBLIC.....2 PRIVÉ.....3	OUI NON NSP SUIVI DES FEMMES .....1 .....2 ..... 8 ACCOU-CHEMENT...1 .....2 ..... 8 SUIVI DES ENFANTS...1 .....2 ..... 8 VACCINATIONS.....1 .....2 ..... 8 SOINS CURATIFS...1 .....2 ..... 8 ÉDUCATION SANTÉ/ NUTRITION.1 .....2 ..... 8	OUI NON NSP SRO.....1 .....2 ..... 8 REMÈDES TOUX.....1 .....2 ..... 8 REMÈDES FIÈVRE.....1 .....2 ..... 8 REMÈDES VERS.....1 .....2 ..... 8 ANTIBIOTIQUES.....1 .....2 ..... 8 ANTI-PALUDÉENS .....1 .....2 ..... 8 CONDOM .....1 .....2 ..... 8
<b>02</b> <b>CENTRE SMI</b>	 <hr/> (NOM DE LOCALITÉ/ QUARTIER)  SI LE SERVICE SE TROUVE SUR LE LIEU D'ENQUÊTE, NOTER '96' À Q.202, PUIS PASSER À Q.205.	 KILOMÈTRES  NOTER '95' POUR 95 KILOMÈTRES ET +. SI '96' PASSER À Q.205	VOITURE/CAMION..... 1 MOTO/MOBYLETTE..... 2 BARQUE/PIROGUE ..... 3 TRAIN ..... 4 À PIED ..... 5 AUTRE ..... 6	MINUTES.1  HEURES..2   SI PLUS DE 90 MINUTES, NOTER EN HEURES. NOTER '24' POUR 24 H. ET PLUS.	PUBLIC.....1 PARA-PUBLIC.....2 PRIVÉ.....3	OUI NON NSP SUIVI DES FEMMES .....1 .....2 ..... 8 ACCOU-CHEMENT...1 .....2 ..... 8 SUIVI DES ENFANTS...1 .....2 ..... 8 VACCINATIONS.....1 .....2 ..... 8 SOINS CURATIFS...1 .....2 ..... 8 ÉDUCATION SANTÉ/ NUTRITION.1 .....2 ..... 8	OUI NON NSP SRO.....1 .....2 ..... 8 REMÈDES TOUX.....1 .....2 ..... 8 REMÈDES FIÈVRE.....1 .....2 ..... 8 REMÈDES VERS.....1 .....2 ..... 8 ANTIBIOTIQUES.....1 .....2 ..... 8 ANTI-PALUDÉENS .....1 .....2 ..... 8 CONDOM .....1 .....2 ..... 8

	<b>201</b> Où se trouve (NOM DU SERVICE) le plus proche?	<b>202</b> À combien de kilomètres se trouve (NOM DU SERVICE) le plus proche?	<b>203</b> Quel est le moyen de déplacement le plus utilisé par les habitants de (NOM DU LIEU D'ENQUÊTE) pour se rendre (NOM DU SERVICE) le plus proche ?	<b>204</b> Combien de temps faut-il pour se rendre à (NOM DU SERVICE) le plus proche par le moyen de déplacement le plus utilisé?	<b>205</b> (NOM DU SERVICE) le plus proche est-il public, privé ou para-public?	<b>206</b> (NOM DU SERVICE) le plus proche assure-t-il?	<b>207</b> À (NOM DU SERVICE) le plus proche peut-on se procurer?
<b>03</b> <b>DISPENSARE</b>	<p>_____</p> <p>(NOM DE LOCALITÉ/ QUARTIER)</p> <p>SI LE SERVICE SE TROUVE SUR LE LIEU D'ENQUÊTE, NOTER '96' À Q.202, PUIS PASSER À Q.205.</p>	<p></p> <p>KILOMÈTRES</p> <p>NOTER '95' POUR 95 KILOMÈTRES ET +. SI '96' PASSER À Q.205</p>	<p>VOITURE/CAMION..... 1</p> <p>MOTO/MOBYLETTE..... 2</p> <p>BARQUE/PIROGUE ..... 3</p> <p>TRAIN ..... 4</p> <p>À PIED ..... 5</p> <p>AUTRE ..... 6</p>	<p>MINUTES.1 </p> <p>HEURES..2 </p> <p>SI PLUS DE 90 MINUTES, NOTER EN HEURES. NOTER '24' POUR 24 H. ET PLUS.</p>	<p>PUBLIC.....1</p> <p>PARA-PUBLIC.....2</p> <p>PRIVÉ.....3</p>	<p>OUI NON NSP</p> <p>SUIVI DES FEMMES .....1 .....2 ..... 8</p> <p>SUIVI DES ENFANTS.....1 .....2 ..... 8</p> <p>VACCINATIONS.....1 .....2 ..... 8</p> <p>SOINS CURATIFS...1 .....2 ..... 8</p> <p>ÉDUCATION SANTÉ/ NUTRITION .1 .....2 ..... 8</p>	<p>OUI NON NSP</p> <p>SRO .....1 .....2 ..... 8</p> <p>REMÈDES TOUX.....1 .....2 ..... 8</p> <p>REMÈDES FIÈVRE.....1 .....2 ..... 8</p> <p>REMÈDES VERS.....1 .....2 ..... 8</p> <p>ANTIBIOTIQUES.....1 .....2 ..... 8</p> <p>ANTI-PALU-DÉENS .....1 .....2 ..... 8</p> <p>CONDOM ....1 .....2 ..... 8</p>
<b>04</b> <b>CASE DE SANTÉ</b>	<p>_____</p> <p>(NOM DE LOCALITÉ/ QUARTIER)</p> <p>SI LE SERVICE SE TROUVE SUR LE LIEU D'ENQUÊTE, NOTER '96' À Q.202, PUIS PASSER À Q.205.</p>	<p></p> <p>KILOMÈTRES</p> <p>NOTER '95' POUR 95 KILOMÈTRES ET +. SI '96' PASSER À Q.205</p>	<p>VOITURE/CAMION..... 1</p> <p>MOTO/MOBYLETTE..... 2</p> <p>BARQUE/PIROGUE ..... 3</p> <p>TRAIN ..... 4</p> <p>À PIED ..... 5</p> <p>AUTRE ..... 6</p>	<p>MINUTES.1 </p> <p>HEURES..2 </p> <p>SI PLUS DE 90 MINUTES, NOTER EN HEURES. NOTER '24' POUR 24 H. ET PLUS.</p>		<p>OUI NON NSP</p> <p>SUIVI DES FEMMES .....1 .....2 ..... 8</p> <p>ACCOUCHEMENT...1 .....2 ..... 8</p> <p>CÉSAR .....1 .....2 ..... 8</p> <p>SUIVI DES ENFANTS.....1 .....2 ..... 8</p> <p>VACCINATIONS.....1 .....2 ..... 8</p> <p>SOINS CURATIFS...1 .....2 ..... 8</p> <p>ÉDUCATION SANTÉ/ NUTRITION .1 .....2 ..... 8</p>	<p>OUI NON NSP</p> <p>SRO .....1 .....2 ..... 8</p> <p>REMÈDES TOUX.....1 .....2 ..... 8</p> <p>REMÈDES FIÈVRE.....1 .....2 ..... 8</p> <p>REMÈDES VERS.....1 .....2 ..... 8</p> <p>ANTI-PALU-DÉENS .....1 .....2 ..... 8</p> <p>CONDOM ....1 .....2 ..... 8</p>
<b>05</b> <b>CLINIQUE PRIVÉE</b>	<p>_____</p> <p>(NOM DE LOCALITÉ/ QUARTIER)</p> <p>SI LE SERVICE SE TROUVE SUR LE LIEU D'ENQUÊTE, NOTER '96' À Q.202, PUIS PASSER À Q.205.</p>	<p></p> <p>KILOMÈTRES</p> <p>NOTER '95' POUR 95 KILOMÈTRES ET +. SI '96' PASSER À Q.205</p>	<p>VOITURE/CAMION..... 1</p> <p>MOTO/MOBYLETTE..... 2</p> <p>BARQUE/PIROGUE ..... 3</p> <p>TRAIN ..... 4</p> <p>À PIED ..... 5</p> <p>AUTRE ..... 6</p>	<p>MINUTES.1 </p> <p>HEURES..2 </p> <p>SI PLUS DE 90 MINUTES, NOTER EN HEURES. NOTER '24' POUR 24 H. ET PLUS.</p>		<p>OUI NON NSP</p> <p>SUIVI DES FEMMES .....1 .....2 ..... 8</p> <p>ACCOUCHEMENT...1 .....2 ..... 8</p> <p>CÉSAR .....1 .....2 ..... 8</p> <p>SUIVI DES ENFANTS.....1 .....2 ..... 8</p> <p>VACCINATIONS.....1 .....2 ..... 8</p> <p>SOINS CURATIFS...1 .....2 ..... 8</p> <p>ÉDUCATION SANTÉ/ NUTRITION .1 .....2 ..... 8</p>	<p>OUI NON NSP</p> <p>SRO .....1 .....2 ..... 8</p> <p>REMÈDES TOUX.....1 .....2 ..... 8</p> <p>REMÈDES FIÈVRE.....1 .....2 ..... 8</p> <p>REMÈDES VERS.....1 .....2 ..... 8</p> <p>ANTIBIOTIQUES.....1 .....2 ..... 8</p> <p>ANTI-PALU-DÉENS .....1 .....2 ..... 8</p> <p>CONDOM ....1 .....2 ..... 8</p>

	<b>201</b> Où se trouve (NOM DU SERVICE) le plus proche?	<b>202</b> À combien de kilomètres se trouve (NOM DU SERVICE) le plus proche?	<b>203</b> Quel est le moyen de déplacement le plus utilisé par les habitants de (NOM DU LIEU D'ENQUÊTE) pour se rendre (NOM DU SERVICE) le plus proche ?	<b>204</b> Combien de temps faut-il pour se rendre à (NOM DU SERVICE) le plus proche par le moyen de déplacement le plus utilisé?	<b>205</b> (NOM DU SERVICE) le plus proche est-il public, privé ou para-public?	<b>206</b> (NOM DU SERVICE) le plus proche assure-t-il?	<b>207</b> À (NOM DU SERVICE) le plus proche peut-on se procurer?
<b>06</b> <b>CABINET DE MÉDECIN PRIVÉ</b>	_____ (NOM DE LOCALITÉ/ QUARTIER)  SI LE SERVICE SE TROUVE SUR LE LIEU D'ENQUÊTE, NOTER '96' À Q.202, PUIS PASSER À Q.205.	 KILOMÈTRES  NOTER '95' POUR 95 KILOMÈTRES ET +. SI '96' PASSER À Q.205	VOITURE/CAMION..... 1 MOTO/MOBYLETTE..... 2 BARQUE/PIROGUE ..... 3 TRAIN ..... 4 À PIED ..... 5 AUTRE ..... 6	MINUTES.1  HEURES..2   SI PLUS DE 90 MINUTES, NOTER EN HEURES. NOTER '24' POUR 24 H. ET PLUS.		OUI NON NSP  SUIVI DES FEMMES .....1 .....2 ..... 8 ACCOU-CHEMENT...1 .....2 ..... 8  CÉSAR .....1 .....2 ..... 8 SUIVI DES ENFANTS...1 .....2 ..... 8 VACCINATIONS.....1 .....2 ..... 8 SOINS CURATIFS...1 .....2 ..... 8 ÉDUCATION SANTÉ/ NUTRITION .1 .....2 ..... 8	OUI NON NSP  SRO .....1 .....2 ..... 8 REMÈDES TOUX.....1 .....2 ..... 8 REMÈDES FIÈVRE.....1 .....2 ..... 8 REMÈDES VERS.....1 .....2 ..... 8 ANTIBIOTIQUES .....1 .....2 ..... 8 ANTI-PALUDÉENS .....1 .....2 ..... 8 CONDOM ....1 .....2 ..... 8
<b>07</b> <b>CABINET DE SOINS/ INFIRMERIE</b>	_____ (NOM DE LOCALITÉ/ QUARTIER)  SI LE SERVICE SE TROUVE SUR LE LIEU D'ENQUÊTE, NOTER '96' À Q.202, PUIS PASSER À Q.205.	 KILOMÈTRES  NOTER '95' POUR 95 KILOMÈTRES ET +. SI '96' PASSER À Q.205	VOITURE/CAMION..... 1 MOTO/MOBYLETTE..... 2 BARQUE/PIROGUE ..... 3 TRAIN ..... 4 À PIED ..... 5 AUTRE ..... 6	MINUTES.1  HEURES..2   SI PLUS DE 90 MINUTES, NOTER EN HEURES. NOTER '24' POUR 24 H. ET PLUS.		OUI NON NSP  SUIVI DES FEMMES .....1 .....2 ..... 8 ACCOU-CHEMENT...1 .....2 ..... 8  CÉSAR .....1 .....2 ..... 8 SUIVI DES ENFANTS...1 .....2 ..... 8 VACCINATIONS.....1 .....2 ..... 8 SOINS CURATIFS...1 .....2 ..... 8 ÉDUCATION SANTÉ/ NUTRITION .1 .....2 ..... 8	OUI NON NSP  SRO .....1 .....2 ..... 8 REMÈDES TOUX.....1 .....2 ..... 8 REMÈDES FIÈVRE.....1 .....2 ..... 8 REMÈDES VERS.....1 .....2 ..... 8 ANTIBIOTIQUES .....1 .....2 ..... 8 ANTI-PALUDÉENS .....1 .....2 ..... 8 CONDOM ....1 .....2 ..... 8
<b>08</b> <b>PHARMACIE</b>	_____ (NOM DE LOCALITÉ/ QUARTIER)  SI LE SERVICE SE TROUVE SUR LE LIEU D'ENQUÊTE, NOTER '96' À Q.202, PUIS PASSER À Q.205.	 KILOMÈTRES  NOTER '95' POUR 95 KILOMÈTRES ET +. SI '96' PASSER À Q.205	VOITURE/CAMION..... 1 MOTO/MOBYLETTE..... 2 BARQUE/PIROGUE ..... 3 TRAIN ..... 4 À PIED ..... 5 AUTRE ..... 6	MINUTES.1  HEURES..2   SI PLUS DE 90 MINUTES, NOTER EN HEURES. NOTER '24' POUR 24 H. ET PLUS.	PUBLIC..... 1 PARA-PUBLIC..... 2 PRIVÉ ..... 3		OUI NON NSP  SRO .....1 .....2 ..... 8 REMÈDES TOUX.....1 .....2 ..... 8 REMÈDES FIÈVRE.....1 .....2 ..... 8 REMÈDES VERS.....1 .....2 ..... 8 ANTIBIOTIQUES .....1 .....2 ..... 8 ANTI-PALUDÉENS .....1 .....2 ..... 8 CONDOM ....1 .....2 ..... 8

N°.	QUESTIONS ET FILTRES	CODES		
		1er	2è	3è
208	Quels sont, par ordre d'importance, les principaux problèmes des habitants de (NOM DU LIEU D'ENQUÊTE) pour se soigner ?  ENCERCLER UN CODE DANS CHAQUE COLONNE POUR LES 3 PREMIERS PROBLÈMES, PAR ORDRE D'IMPORTANCE	ÉTABLISSEMENTS DE SANTÉ INEXISTANTS.....11	11	11
		ÉTABLISSEMENTS SANTÉ TROP ÉLOIGNÉS/INACCESSIBLES .....12	12	12
		CONSULTATIONS TROP CHÈRES.....13	13	13
		MÉDICAMENTS TROP CHERS .....14	14	14
		ÉTABLISSEMENTS SANTÉ PAS ÉQUIPÉ/MAL ÉQUIPÉ .....21	21	21
		ÉTABLIS. SANTÉ N'A PAS MÉDICAMENTS ESSENTIELS.....22	22	22
		ÉTABLIS. SANTÉ PAS PROPRE/MANQUE HYGIÈNE .....23	23	23
		MANQUE CONFIDENTIALITÉ DANS ÉTABLIS. SANTÉ.....24	24	24
		MAUVAIS ACCUEIL/PERSONNEL PAS AIMABLE .....25	25	25
		MANQUE DE PERSONNEL DE SANTÉ .....31	31	31
		MANQUE DE PERSONNEL DE SANTÉ FÉMININ.....32	32	32
		PERSONNEL DE SANTÉ PAS QUALIFIÉ.....33	33	33
		AUTRE _____ 94 (PRÉCISER)	-----	-----
		AUTRE _____ 94 (PRÉCISER)	94	-----
AUTRE _____ 94 (PRÉCISER)	-----	94		
AUCUN.....95	-----	-----		
PAS D'AUTRE.....	95	-----		
PAS D'AUTRE.....	-----	95		
NE SAIT PAS.....98	-----	-----		
209	Au cours de l'année, quelles sont, par ordre d'importance, les maladies les plus fréquentes des enfants de (NOM DU LIEU D'ENQUÊTE) ?  ENCERCLER UN CODE DANS CHAQUE COLONNE POUR LES 3 PREMIÈRES MALADIES, PAR ORDRE D'IMPORTANCE	PALUDISME .....01	01	01
		DIARRHÉE .....02	02	02
		MALNUTRITION .....03	03	03
		ROUGEOLE.....04	04	04
		ANÉMIE/MANQUE DE SANG .....05	05	05
		TÉTANOS .....06	06	06
		MÉNINGITE .....07	07	07
		HÉPATITE .....08	08	08
		TUBERCULOSE .....09	09	09
		COQUELUCHE.....10	10	10
		VARICELLE .....11	11	11
		FIÈVRE.....12	12	12
		INFECTIONS RESPIRATOIRES .....13	13	13
		MALADIES DES YEUX.....14	14	14
MALADIE DE LA BOUCHE ET DES DENTS .....15	15	15		
PROBLÈMES DE PEAU/TEIGNE/GALE.....16	16	16		
VERS INTESTINAUX .....17	17	17		
DREPANOCYTOSE .....18	18	18		
EPILEPSIE.....19	19	19		
AUTRE _____ 94 (PRÉCISER)	-----	-----		
AUTRE _____ 94 (PRÉCISER)	94	-----		
AUTRE _____ 94 (PRÉCISER)	-----	94		
AUCUN .....95	-----	-----		
PAS D'AUTRE.....	95	-----		
PAS D'AUTRE.....	-----	95		
NE SAIT PAS.....98	-----	-----		

**OBSERVATIONS DU CHEF D'ÉQUIPE**

À REMPLIR APRÈS AVOIR TERMINÉ L'INTERVIEW  
(SI LE QUESTIONNAIRE N'A PAS ÉTÉ REMPLI, EXPLIQUER)

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

NOM DU CHEF D'ÉQUIPE : \_\_\_\_\_ DATE: \_\_\_\_\_