



SECTION 1 : DEMOGRAPHIE ET SANTE												
101	102	103	104	105	106	107	108	109	110	111	112	113
ID	Prénom  (Inclure les membres présents il y a 12 mois)	Est présent dans le ménage maintenant?	Etait présent dans le ménage il y a 12 mois?	Statut actuel	Age (en années) si <1an inscrire 0. Si décédé inscrire âge au décès	Sexe	Lien avec le chef du ménage	Cette personne exerce-t-elle ou exerçait-elle avant la maladie/décès une activité rémunérée (liquide ou nature) ?	(si 105=2)  La maladie l'a-t-elle empêché de travailler pendant au moins 3 mois au cours de l'année passée?	(si 110=1)  Quel type de maladie ?	(105=mort, uniquement si décès au cours des 12 derniers mois)  Cause du décès ?	La maladie ou le décès (au cours des 12 derniers mois) ont-ils entraîné une réduction de la quantité de nourriture consommée par le ménage ?
01		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
02		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
03		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
04		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
05		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
06		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
07		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
08		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
09		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
10		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
11		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
12		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
13		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
14		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
15		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
16		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
17		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
		0=non 1=oui	0=non 1=oui	1=bonne santé 2=malade 3=mort 99= Ne sait pas	98=98 ans ou plus 99=Ne sait pas	0=M 1=F	1=chef 2=épouse 3=fils/fille 4=autre apparentée 5=non apparenté / adopté	0=non 1=oui	0=non 1=oui	1= longue maladie (>3 mois) 2= handicap physique/ mental dû à accident 3= paludisme 4= tuberculose	1=vieillesse 2= longue maladie (>3 mois) 3= autre maladie 4=accident 5=violence, conflit 6=mort né 9= autre spec.	0=non 1=oui



128	LE CHEF DE MÉNAGE PEUT-IL/ELLE LIRE ET ÉCRIRE UN SIMPLE MESSAGE?	0	NON	1	OUI
129	Quel est le niveau d'étude du chef de ménage ?	0	Aucun		
		1	PRIMAIRE INCOMPLET		
		2	PRIMAIRE COMPLET		
		3	SECONDAIRE INCOMPLET		
		4	SECONDAIRE COMPLET		
130	QUEL EST LE STATUT MATRIMONIAL DU CHEF DE MÉNAGE ?	1	MARIE/E OU VIVANT MARITALEMENT (UNION LIBRE)		
		2	DIVORCE/E OU SEPARÉ/E		
		3	VEUF/VEUVE		
		4	CELIBATAIRE		

**SECTION 2 : LOGEMENT**

201	LE LOGEMENT DANS LEQUEL VOTRE MÉNAGE HABITE EST-IL	1	VOTRE PROPRIÉTÉ								
		2	LOUÉ								
		3	OCCUPE GRATUITEMENT								
202	OBSERVER LE PRINCIPAL MATÉRIEL UTILISÉ DANS CE LOGEMENT POUR LE TOIT ET LE SOL - UNE RÉPONSE PAR LIGNE		TERRE	BOIS	PAILLE	CIMENT	CARRELAGE	PLASTIQUE	TOILES	TUILES	AUTRE, PRÉCISEZ
		A. TOIT		2	3	4		6	7	8	9. _____
		B. SOL	1	2	3	4	5				9. _____
203	DE QUEL TYPE DE TOILETTES DISPOSE VOTRE MÉNAGE?	1	CHASSE D'EAU								
		2	LATRINE NON-COUVERTE								
		3	LATRINE COUVERTE								
		4	LATRINE VENTILÉE								
		5	PAS DE TOILETTE/NATURE								
204	DANS VOTRE MÉNAGE, QUELLE EST LA SOURCE <u>PRINCIPALE</u> D'ÉCLAIRAGE ?	1	PAS D'ÉCLAIRAGE								
		2	LAMPES À PILES								
		3	LAMPES À HUILE/PÉTROLE								
		4	FEU DE BOIS								
		5	BOUGIES								
		6	ÉLECTRICITÉ								
9	AUTRE, PRÉCISEZ _____										
205	DANS VOTRE MÉNAGE, QUEL EST LE COMBUSTIBLE <u>PRINCIPALEMENT</u> UTILISÉ POUR LA CUISSON ?	1	BOIS À BRÛLER								
		2	CHARBON DE BOIS								
		3	GAZ								
		4	ÉLECTRICITÉ								
		5	KÉROSENE								
		9	AUTRE, PRÉCISEZ _____								
206	QUELLE EST LA PRINCIPALE SOURCE D'EAU DE BOISSON POUR LE MÉNAGE?		<b>SAISON SECHÉ</b>	<b>SAISON DES PLUIES</b>							
		1 = EAU DU ROBINET 2 = PUIT/SOURCE OUVERTE 3 = PUIT/SOURCE PROTÉGÉE	4 = FORAGE (pompe) 5 = EAU DE SURFACE 6 = EAU DE PLUIE	8 = VENDEUR 9 = AUTRE : _____	_ _ (code)	_ _ (code)					
207	COMBIEN DE TEMPS FAUT-IL HABITUELLEMENT POUR L'ALLER-RETOUR À PIED À LA SOURCE D'EAU DE BOISSON? (en minute - si sur place, marquer 0 - si pas de réponse marquer 999)		_ _ _  min		_ _ _  min.						
208	EST-CE QUE CE MÉNAGE FAIT BOUILLIR OU FILTRER L'EAU DE BOISSON ?	0	NON	1	OUI	2	PARFOIS				

**SECTION 3 : BIENS POSSEDES ET AGRICULTURE**

301 DANS VOTRE MENAGE, POSSEDEZ VOUS ...

<b>A</b> L'ELECTRICITE	0	NON	1	OUI	<b>N</b> UNE FAUCILLE/MACHETTE	0	NON	1	OUI
<b>B</b> UNE RADIO	0	NON	1	OUI	<b>O</b> UNE CHARRUE/BROUETTE	0	NON	1	OUI
<b>C</b> UNE TELEVISION	0	NON	1	OUI	<b>P</b> UNE CHARRETTE	0	NON	1	OUI
<b>D</b> UN TELEPHONE FIXE	0	NON	1	OUI	<b>Q</b> UN VELO	0	NON	1	OUI
<b>E</b> UN TELEPHONE PORTABLE	0	NON	1	OUI	<b>R</b> UNE MOTO/MOBYLETTE	0	NON	1	OUI
<b>F</b> UN REFRIGERATEUR	0	NON	1	OUI	<b>S</b> UN BATEAU/PIROGUE	0	NON	1	OUI
<b>G</b> UN RECHAUD, CUISINIERE	0	NON	1	OUI	<b>T</b> UN FILET DE PECHE	0	NON	1	OUI
<b>H</b> UNE (DES) CHAISE(S)	0	NON	1	OUI	<b>U</b> UN TRACTEUR	0	NON	1	OUI
<b>I</b> UN LIT	0	NON	1	OUI	<b>V</b> UNE VOITURE	0	NON	1	OUI
<b>J</b> UNE LAMPE	0	NON	1	OUI	<b>W</b> UN MOULIN (GRAINS)	0	NON	1	OUI
<b>K</b> UNE MACHINE À COUDRE	0	NON	1	OUI	<b>X</b> UNE PRESSE A HUILE	0	NON	1	OUI
<b>L</b> UNE HOUE	0	NON	1	OUI	<b>Y</b> UNE POMPE A PEDALE	0	NON	1	OUI
<b>M</b> UNE HACHE	0	NON	1	OUI	<b>Z</b> UNE DECORTIQUEUSE	0	NON	1	OUI

302 POSSEDEZ-VOUS LES ANIMAUX SUIVANT ET COMBIEN ?

POULE	_ _ _	BOVINS	_ _ _
Autres animaux à plumes	_ _ _	LAPINS/COBAYES	_ _ _
CHEVRE	_ _ _	ANE	_ _ _
MOUTON	_ _ _	AUTRE, PRECISEZ	_____
COCHON	_ _ _		

303 VOTRE MENAGE A-T-IL ACCES A LA TERRE POUR CULTIVER ? 0 NON → 401 1 OUI

304 QUEL EST LE PRINCIPAL MODE D'ACCÈS A LA TERRE DU MENAGE ? |\_|\_| (codes)

	1. VOUS APPARTENANT	2. ACCÉDEES GRATUITEMENT	3. LOUEES	4. UTILISEES CONTRE PAIEMENT EN NATURE	5. AUTRE FORME PRECISEZ
			SAISON A	SAISON B	SAISON C
305 A COMBIEN DE CHAMPS AVEZ-VOUS EU ACCES AU COURS DES 12 DERNIERS MOIS?			_ _  CHAMPS	_ _  CHAMPS	_ _  CHAMPS
306 COMBIEN DE CHAMPS AVEZ-VOUS CULTIVE AU COURS DES 12 DERNIERS MOIS			_ _  CHAMPS	_ _  CHAMPS	_ _  CHAMPS
307 QUELLE SUPERFICIE ESTIMEZ-VOUS LES CHAMPS CULTIVEES?			_  (code)	_  (code)	_  (code)

1. = MOINS DE 0.2 HA      3. = 0.5 HA A MOINS DE 1 HA      5. = 2 HA A MOINS DE 5 HA  
 2. = 0.2HA A MOINS DE 0.5 HA      4. = 1 HA A MOINS DE 2 HA      6. = 5 HA OU PLUS

308 Quelles sont les cultures les plus importantes cultivées au cours de l'année ? (par ordre d'importance)

	1.  _ _  (code)	2.  _ _  (code)	3.  _ _  (code)	59. AUTRE CULTURE, PRECISEZ
11. SORGHO	21. MANIOC	31. HARICOTS	41. THE	_____
12. RIZ	22. PATATE DOUCE	32. POIS	42. CAFÉ	
13. MAIS	23. IGNAME	33. ARACHIDES	43. TABAC	
14. AUTRES CEREALES	24. POMME DE TERRE	34. BANANES	44. COTON	
	29. AUTRES TUBERCULES	39. AUTRES LEGUMES	49. AUTRE CULTURE DE RENTE	

309 Quelles sont les trois principales utilisations de ces cultures (par ordre d'importance)

	Culture 1	Culture 2	Culture 3
	1.  _  (code)	1.  _  (code)	1.  _  (code)
	2.  _  (code)	2.  _  (code)	2.  _  (code)
	3.  _  (code)	3.  _  (code)	3.  _  (code)

1 = CONSOMMATION    2 = VENTE    3 = TROC    4 = DON    5 = REMBOURSEMENT    6 = STOCK    7 = PERTE

310 Quelle la source des semences (graines, boutures)

	_ _  (code)	_ _  (code)	_ _  (code)
	1 = RECOLTE	2 = ECHANGE	3 = ACHAT
		4 = DON	5 = AUTRE PRECISEZ

311 AU COURS DE L'ANNEE, DURANT QUELS MOIS VOTRE MENAGE VEND EN PRIORITE OU ACHETE EN PRIORITE DE LA NOURRITURE DE BASE:

(indiquez les mois applicables)

	jan v.	févr .	mar s	avri _	mai	juin	juill et	aoû t	sep t.	oct.	nov	déc.	
CEREALES (ET LEURS PRODUITS) <b>A</b>													
RACINES, TUBERCULES (+ PRODUITS) <b>B</b>													

**V** : VEND SURTOUT**A** : ACHETE SURTOUT**O** : N'ACHETE RIEN ET NE VEND RIEN **E** : ACHATS EGALENT VENTES

312	CE MENAGE UTILISE-T-IL DES ENGRAIS POUR LES CULTURES?	0	NON → 315	1	OUI
313	SI OUI, DE QUEL TYPE?	1	ORGANIQUE		
		2	CHIMIQUE		
		3	ORGANIQUE ET CHIMIQUE		
314	SI OUI, D'OU LES ENGRAIS VIENNENT-ILS?	1	PROPRE PRODUCTION		
		2	ACHAT		
		3	ECHANGE		
		4	AUTRE, PRECISEZ _____		
315	CE MENAGE UTILISE-T-IL DES PESTICIDES SUR LES CULTURES?	0	NON	1	OUI

#### SECTION 4 : MOYENS DE VIE, CREDIT ET REVENUS

401 QUELS SONT LES MOYENS DE VIE PRINCIPAUX DE VOTRE MENAGE par ordre d'importance, une activité à la fois

Utiliser les codes des activités. Ces activités sont celles **effectuées au cours des 12 derniers mois**.

		1.  __ __  (code)		2.  __ __  (code)		3.  __ __  (code)	
		JAN	JUIL	JAN	JUIL	JAN	JUIL
402	QUELS MOIS DE L'ANNEE VOTRE MENAGE PRATIQUE-T-IL PRINCIPALEMENT CETTE ACTIVITE?	FEV	AOU	FEV	AOU	FEV	AOU
		MAR	SEP	MAR	SEP	MAR	SEP
		AVR	OCT	AVR	OCT	AVR	OCT
		MAI	NOV	MAI	NOV	MAI	NOV
		JUIN	DEC	JUIN	DEC	JUIN	DEC
		11. AGRICULTURE 12. ELEVAGE 13. PECHE 14. CHASSE 15. CUEILLETTE	21. COMMERCE PRODUITS AGRICOLES 22. COMMERCE PRODUITS ELEVAGE 23. COMMERCE DE BETAIL 24. PETIT COMMERCE 25. COMMERCE / ENTREPRISE	31. TRAVAIL JOURNALIER (en nature) 32. TRAVAIL JOURNALIER (salaire) 33. ARTISANAT/PETIT METIER 34. TRANSPORT 35. FONCTIONNAIRE 36. SALARIE / CONTRACTUEL	41. PENSION D'INVALIDITE 42. AIDE, DON ALIMENTAIRE 43. AIDE, DON NON ALIM. 44. TRANSFERT D'ARGENT 45. CREDIT, EMPRUNT 88. AUTRE, PRECISER: _____		
403	QUELLE EST LA PROPORTION DE CES ACTIVITES DIRECTEMENT UTILISEE POUR LA CONSOMMATION ALIMENTAIRE DU MENAGE?	__ __ __  %		__ __ __  %		__ __ __  %	
404	A COMBIEN ESTIMEZ-VOUS LA VALEUR MONÉTAIRE DES CES ACTIVITÉS (12 derniers mois – y compris l'autoconsommation)	_____ FC		_____ FC		_____ FC	
405	VOTRE MENAGE A-T-IL ACCES A UNE SOURCE DE CREDIT ? (marquer toutes les réponses mentionnées)	1	PAS DE SOURCE DE CREDIT				
		2	AMIS, FAMILLE				
		3	ONGs, ORG. CARITATIVES				
		4	PRETEUR LOCAL				
		5	COMMERÇANT local				
		6	BANQUES				
		7	COOPERATIVES				
		9	AUTRE, PRECISEZ _____				
406	AU COURS DES DERNIERS SIX MOIS DES MEMBRES DE VOTRE MENAGE ONT-ILS TRAVAILLE OU CHERCHE DU TRAVAIL HORS DE CE VILLAGE (migration)	0	NON → 501	1	OUI		
407	SI OUI, COMBIEN SONT-ILS ?	1	HOMME :  __ __				
		2	FEMME :  __ __				
		3	ENFANT :  __ __				
408	OU ONT-ILS / ELLES ETE TRAVAILLER ?	1	MEME SECTEUR				
		2	AUTRE SECTEUR, MEME TERRITOIRE				
		3	AUTRE SECTEUR, AUTRE TERRITOIRE				
		4	EN VILLE				
		5	AUTRE PAYS				
409	ONT-ILS ENVOYE OU RAPPORTE DE L'ARGENT	0	NON	1	OUI		
410	ONT-ILS ENVOYE OU RAPPORTE DE LA NOURRITURE	0	NON	1	OUI		
411	ONT-ILS ENVOYE OU RAPPORTE D'AUTRES BIENS	0	NON	1	OUI		

**SECTION 5 : CONSOMMATION ALIMENTAIRE ET DEPENSES****REPAS : Voir Manuel**501 **HIER**, COMBIEN DE REPAS LES ADULTES DE CE MENAGE ONT ILS MANGE? |\_\_| REPAS502 **HIER**, COMBIEN DE REPAS LES ENFANTS DE CE MENAGE ONT ILS MANGE? |\_\_| REPAS

En général, QUEL EST LE NOMBRE DE REPAS PAR JOUR APRES LA RECOLTE?

503 ADULTES |\_\_| REPAS

ENFANTS (6-15 ans) |\_\_| REPAS

En général, QUEL EST LE NOMBRE DE REPAS MOYEN PAR JOUR durant les périodes difficiles?

504 ADULTES |\_\_| REPAS

ENFANTS (6-15 ans) |\_\_| REPAS

505 COMBIEN DE JOURS, **AU COURS DE LA SEMAINE PASSEE**, VOTRE MENAGE A T-IL CONSOMME LES PRODUITS SUIVANTS COMME **INGREDIENT PRINCIPAL** ET QUELLES EN ETAIENT LES SOURCES PRINCIPALES ?

	REMPLEUR POUR CHAQUE PRODUIT UN A UN	AIDE MEMOIRE							NBR JOURS / SEMAINE PASSEE	SOURCE PRINCIPALE	(code source)	
		A1	A2	A3	A4	A5	A6	A7				
		1	2	3	4	5	6	7				
01	MAIS/FARINE DE MAIS								__  jours	__	1	PROPRE PRODUCTION
02	RIZ								__  jours	__		
03	SORGHO/MILLET								__  jours	__	2	ACHAT
04	PAIN / BLE								__  jours	__	3	CHASSE, PECHE, CUEILLETTE, RAMASSAGE
05	AUTRES CEREALES								__  jours	__		
06	MANIOC/ CHIKWAGUE								__  jours	__		
07	PATATE DOUCE / POMME DE TERRE, IGNAME								__  jours	__	4	ECHANGE / TROC
08	AUTRES TUBERCULES								__  jours	__	5	DON FAMILIAL
09	BANANES PLANTAIN /A CUIRE								__  jours	__	6	DON ONG
10	HARICOT,								__  jours	__	7	AUTRE
11	POIS, LENTILLES, PISTACHE								__  jours	__		
12	AUTRES LEGUMINEUSES								__  jours	__		
13	FUMBWA								__  jours	__		
14	AMARANTES								__  jours	__		
15	FEUILLES DE MANIOC/ PATATES,								__  jours	__		
16	AUTRES LEGUMES								__  jours	__		
17	BANANE DOUCE								__  jours	__		
18	AUTRES FRUITS FRAIS								__  jours	__		
19	POISSON FRAIS								__  jours	__		
20	POISSON FUME, SECHE, SALE								__  jours	__		
21	FRETINS								__  jours	__		
22	VOLAILLE								__  jours	__		
23	VIANDE (Boeuf, mouton, porc)								__  jours	__		
24	VIANDE SAUVAGE (Gibier)								__  jours	__		
25	INSECTES/CHENILLES								__  jours	__		
26	OEUFS								__  jours	__		
27	LAIT / PRODUITS LAITIERS								__  jours	__		
28	HUILE / GRAISSE /								__  jours	__		
29	SUCRE								__  jours	__		

506 AU COURS DE L'ANNEE, DURANT QUELS MOIS VOTRE MENAGE A-T-IL ACCES A DE LA NOURRITURE PROVENANT DE:  
(indiquez les mois applicables)

	janv.	févr.	mars	avril	mai	juin	juillet	août	sept.	oct.	nov.	déc.	tous	jamais
<b>A</b>														
<b>B</b>														
<b>C</b>														
<b>D</b>														



**SECTION 6 : CHOCS ET STRATEGIES DE COMPENSATION**

EST-CE QUE VOUS AVEZ ADOPTÉ LES STRATÉGIES DE SURVIE PENDANT LES 30 DERNIERS JOURS ?  
 0 = JAMAIS ; 1 = RAREMENT (1-2 FOIS PAR SEMAINE) ; 2 = PARFOIS (2-3 FOIS PAR SEMAINE) ; 3 = PRESQUE TOUS LES JOURS (4-5 FOIS PAR SEMAINE) ; 4 = CHAQUE JOUR

	A	SE RABATTRE SUR LES ALIMENTS MOINS PRÉFÉRÉS ET MOINS CHERS	_ _  (code)												
	B	DÉPENDRE DES AIDES DE PARENTS OU D'AMIS	_ _  (code)												
	C	DÉPENDRE DE L'AIDE ALIMENTAIRE	_ _  (code)												
	D	ACHETER DES ALIMENTS À CRÉDIT	_ _  (code)												
	E	RÉCOLTES PRÉCOCES	_ _  (code)												
	F	CONSOMMER DES ALIMENTS SAUVAGES (CUEILLETTE, CHASSE, RAMASSAGE)	_ _  (code)												
601	G	CONSOMMER DES ALIMENTS TROUVÉS DANS LES DÉCHETS (RESIDUES)	_ _  (code)												
	H	CONSOMMER LES SEMENCES	_ _  (code)												
	I	ENVOYER LES MEMBRES DU MÉNAGE MANGER AILLEURS	_ _  (code)												
	J	ENVOYER LES MEMBRES DU MÉNAGE MENDIER	_ _  (code)												
	K	RÉDUIRE LA QUANTITÉ GLOBALE DU REPAS	_ _  (code)												
	L	RÉDUIRE LES REPAS DES ADULTES AU PROFIT DES ENFANTS	_ _  (code)												
	M	ENVOYER LES ENFANTS TRAVAILLER	_ _  (code)												
	N	RÉDUIRE LE NOMBRE DE REPAS/JOUR	_ _  (code)												
	O	PASSER DES JOURS ENTIERS SANS MANGER	_ _  (code)												
602	QUELS SONT LES PRINCIPAUX PROBLÈMES RENCONTRÉS PAR LE MÉNAGE AU COURS DES 12 DERNIERS MOIS ? (par ordre d'importance)		1.  _ _ _  (code) <b>(si = 00 → 701)</b>		2.  _ _ _  (code)		3.  _ _ _  (code)								
	00. PAS DE PROBLÈME		21. MALADIE DES PLANTES		31. PERTE D'EMPLOI		38. AUTRE DÉCÈS								
	11. SÈCHERESSE		22. MALADIES ANIMALES		32. DIMINUTION DES REVENUS		41. VOL DE RESSOURCES								
	12. INONDATION		23. PRIX ÉLEVÉS DES INTRANTS		33. MALADIE TEMPORAIRE		42. INSECURITE								
	13. PLUIES IRRÉGULIÈRES		24. PRIX ÉLEVÉS DE LA NOURRITURE		34. MALADIE CHRONIQUE		43. INVASION DE CRIQUETS								
	14. GLISSEMENT DE TERRAIN				35. ACCIDENT		44. INCENDIE								
	15. GRELE, TEMPÊTE				36. DÉCÈS DU CHEF DE MÉNAGE		88. AUTRE, PRÉCISER: _____								
					37. DÉCÈS D'UN AUTRE ADULTE										
			1.		2.		3.								
603	CE CHOC A-T-IL ENTRAÎNÉ UNE PERTE OU DIMINUTION DE REVENUS/PRODUCTION ?		0	NON	1	OUI	0	NON	1	OUI					
604	CE CHOC A-T-IL ENTRAÎNÉ UNE PERTE OU DIMINUTION DE VOS BIENS ?		0	NON	1	OUI	0	NON	1	OUI					
605	CE CHOC A-T-IL ENTRAÎNÉ UNE PERTE OU DIMINUTION DE VOTRE CAPACITÉ À AVOIR ASSEZ À MANGER		0	NON	1	OUI	0	NON	1	OUI					
606	LE MÉNAGE S'EST-IL REMIS DE CES PERTES ?		0	NON			0	NON			0	NON			
			1	OUI			1	OUI			1	OUI			
			2	PARTIELLEMENT			2	PARTIELLEMENT			2	PARTIELLEMENT			
607	<b>AU COURS DE L'ANNÉE, DURANT QUELS MOIS VOTRE MÉNAGE A-T-IL EU DES PROBLÈMES À SATISFAIRE SES BESOINS ALIMENTAIRES ?</b> (indiquez les mois applicables)		Mai (2006)	Juin (2006)	Juillet (2006)	Août (2006)	Septembre (2006)	Octobre (2006)	Novembre (2006)	Décembre (2006)	Janvier (2007)	Février (2007)	Mars (2007)	tous	jamais

**SECTION 7 : AIDE ALIMENTAIRE**

701	VOTRE MENAGE A-T-IL <u>DONNE</u> DES VIVRES AU COURS DES 6 DERNIERS MOIS?	0	NON	1	OUI
702	VOTRE MENAGE A-T-IL <u>RECU</u> DES VIVRES AU COURS DES 6 DERNIERS MOIS?	0	NON → 704	1	OUI
703	SI OUI, DE LA PART DE QUI?	_ _  (code source)			
704	SI VOUS AVIEZ BESOIN D'AIDE ALIMENTAIRE, A QUI DEMANDERIEZ-VOUS?	_ _  (code source)			
705	VOTRE MENAGE A-T-IL <u>RECU</u> DE L'ASSISTANCE NON-ALIMENTAIRE AU COURS DES 6 DERNIERS MOIS?	0	NON → 801	1	OUI
706	SI OUI, DE LA PART DE QUI?	_ _  (code source)			
707	QUEL TYPE D'ASSISTANCE ?	_ _  (code type d'assistance)			
Code source	11. FAMILLE, AMIS 12. LA COMMUNAUTE 13. COMMERCANTS 88. AUTRE, SPECIFIER _____ 99. PAS DE REPONSE	21. ONG (locales et internationales) 22. EGLISE 23. GOUVERNEMENT 24. NATIONS UNIES	Code type d'assistance	11. FINANCE 12. EDUCATION 13. SANTE 14. CONSTRUCTION 15. ARTICLES DE MAISON	21. SEMENCES 22. OUTILS 23. BOEUFS/ANIMAUX 30. Aide aux orphelins 88. AUTRE : _____

**SECTION 8 : MIGRATIONS ET DEPLACEMENTS**

801	Est-ce que les membres de votre ménage se sont /ont été déplacés (quittés votre domicile) depuis 1998 ?	_  Oui, tous	_  Oui, certains	_  Non, aucun → 810	
802	Quelle est la date du premier déplacement ?	Année  _ _ _ _ _ _			
803	Quelle est la principale raison de ce déplacement ?	1	Insécurité	2	Emploi
		3	Soins médicaux	4	Etudes
		5	Migration temporaire	6	Problème foncier (terre ou logement)
		7	Catastrophe naturelle (inondation, sécheresse, etc.)	8	Autre : spéc : _____
804	Où sont allés les membres du ménage déplacés ?	1	A l'intérieur du Secteur	2	A l'extérieur du Secteur mais dans le pays
		3	Dans un camp à l'intérieur du pays	4	A l'extérieur du pays dans un camp
		5	A l'extérieur du pays		
805	Est-ce que des membres de votre ménage sont retournés à leur lieu d'origine après leur déplacement ?	0	NON → 807	1	Oui tous
				2	Oui certains
806	Depuis quand sont-ils rentrés ? (remplir année)	Année  _ _ _ _ _ _  → 810			
807	Si non, pourquoi ne sont-ils pas retournés à leur lieu d'origine après leur déplacement ?	1	INSECURITE	2	PROPRIETE DETRUITE
		3	PAS DE TERRE DISPONIBLE	4	TERRE/PROPRIETE OCCUPEE
		5	PAS D'OPPORTUNITE DE TRAVAIL	6	PAS LES MOYENS DE RETOURNER
		7	ON EST BIEN ICI	9	AUTRE, PRECISER _____
808	EST-CE QUE des membres souhaitent RETOURNER À leur LIEU D'ORIGINE?	0	NON	1	OUI
809	SI OUI, DANS COMBIEN DE TEMPS ?	_ _  MOIS  _ _  ANS			
810	EST-CE QUE CE MENAGE HEBERGE DES DEPLACES?	0	NON → 814	1	OUI
811	COMBIEN D'ENFANTS ET ADULTES DEPLACES VIVENT AVEC CE MENAGE?	_ _  ENFANTS (<18)  _ _  ADULTES			
812	COMBIEN DE DEPLACES VIVANT AVEC CE MENAGE TRAVAILLENT?	_ _  ENFANTS (<18)  _ _  ADULTES			
813	DEPUIS COMBIEN DE TEMPS CES DEPLACES SONT-ILS AVEC LE MENAGE?	_ _  MOIS  _ _  ANS			
814	L'ACCES À LA TERRE DU MENAGE A-T-IL ETE CONTESTE DEPUIS 1998?	0	NON → 817	1	OUI

		1	LA FAMILLE		
815	SI OUI, QUI A CONTESTE?	2	UN AUTRE MENAGE		
		3	DES MILITAIRES/ HOMMES ARMES		
		4	LE GOUVERNEMENT		
816	CETTE CONTESTATION A-T-ELLE ETE REGLEE?	0	NON	1	OUI
	<b>DEPUIS 1998, VOTRE MENAGE A-T-IL SUBI LES EVENEMENTS SUIVANTS?</b>				
	LA PROPRIETE (CONSTRUCTION) ENDOMMAGEE	0	NON	1	OUI
	DES ANIMAUX VOLEES	0	NON	1	OUI
	DES CHAMPS OU STOCKS PILLES	0	NON	1	OUI
	D'AUTRES RESSOURCES PRODUCTIVES VOLEES	0	NON	1	OUI
817	DES TERRES VOLEES/CONFISQUEES	0	NON	1	OUI
	LE CHEF DE MENAGE TUE	0	NON	1	OUI
	UN AUTRE ADULTE TUE	0	NON	1	OUI
	UN ENFANT TUE	0	NON	1	OUI
	UN ADULTE DE CE MENAGE BLESSE GRIEUREMENT	0	NON	1	OUI
	UN ENFANT DE CE MENAGE BLESSE GRIEUREMENT	0	NON	1	OUI

**SECTION 9 - SANTE ET NUTRITION DES FEMMES**

901. Y A-T-IL DES FEMMES AGEES DE 15 A 49 ANS OU MERES DENFANTS DE MOINS DE 5 ANS DANS CE MENAGE? 0 NON 1 OUI  
(Y COMPRIS LES ABSENTES) - SECTION SUIVANTE - LISTE DES MERES

902	903		904		905		906		907		908		909		910		912		913		914	
PRENOM DES FEMMES DE 15- 49 ANS	PRE- SENTE ?		ACCEPTÉ DE PARTICIPER ? (si non, passer a suivante)		AGE ?		PEUT LIRE ET ECRIRE SIMPLE MESSAGE ?		NIVEAU D'INSTR UCTION		ACTUELLEMENT ENCEINTE ?		ACTUELLEMENT ALLAITANTE ?		A DORMI SOUS MOUSTIQUAIRE LA NUIT DERNIERE ?		TAILLE DE LA FEMME		POIDS DE LA FEMME		MUAC DE LA FEMME	
1 _____	0	NON	0	NON	_ _	0	NON	_  (code)	0	NON	0	NON	0	NON	_ _ _ · _		_ _ _ · _		_ _ · _		CM	
	1	OUI	1	OUI		1	OUI						1	OUI	1	OUI	2	OUI NON- IMPREGNEE	999	PAS MESURE	999	PAS MESURE
2 _____	0	NON	0	NON	_ _	0	NON	_  (code)	0	NON	0	NON	0	NON	_ _ _ · _		_ _ _ · _		_ _ · _		CM	
	1	OUI	1	OUI		1	OUI						1	OUI	1	OUI	2	OUI NON- IMPREGNEE	999	PAS MESURE	999	PAS MESURE
3 _____	0	NON	0	NON	_ _	0	NON	_  (code)	0	NON	0	NON	0	NON	_ _ _ · _		_ _ _ · _		_ _ · _		CM	
	1	OUI	1	OUI		1	OUI						1	OUI	1	OUI	2	OUI NON- IMPREGNEE	999	PAS MESURE	999	PAS MESURE
4 _____	0	NON	0	NON	_ _	0	NON	_  (code)	0	NON	0	NON	0	NON	_ _ _ · _		_ _ _ · _		_ _ · _		CM	
	1	OUI	1	OUI		1	OUI						1	OUI	1	OUI	2	OUI NON- IMPREGNEE	999	PAS MESURE	999	PAS MESURE
5 _____	0	NON	0	NON	_ _	0	NON	_  (code)	0	NON	0	NON	0	NON	_ _ _ · _		_ _ _ · _		_ _ · _		CM	
	1	OUI	1	OUI		1	OUI						1	OUI	1	OUI	2	OUI NON- IMPREGNEE	999	PAS MESURE	999	PAS MESURE

1 = PRIMAIRE INCOMPLET  
2 = PRIMAIRE COMPLET  
3 = SECONDAIRE INCOMPLET

4 = SECONDAIRE COMPLET  
5 = SUPERIEUR

**SECTION 10 - SANTE ET NUTRITION DES ENFANTS**1001. Y A-T-IL DES ENFANTS AGES DE **6 A 59 MOIS** (5 ANS) DANS CE MENAGE? 0 NON  
- TERMINE 1 OUI  
- LISTE DES ENFANTS

1002 PRENOM DES ENFANTS DE 6-59 MOIS	1003 IDENTITE DE LA FEMME (table ...)	1004 ETES VOUS LA MERE DE [ENFANT]	1005 SI NON, OU EST LA MERE ?	1006 DATE DE NAISSANCE DE [ENFANT]	1007 AGE EN MOIS	1008 SEXE DE [ENFANT]	1009 FIEVRE CES DEUX DERNIERES SEMAINES ?	1010 DHIARREES CES DEUX DERNIERES SEMAINES ?	1011 POIDS DE [ENFANT] (kg avec une décimale)	1012 OEDEMES BILA- TERAUX ?	1013 TAILLE DE [ENFANT] (cm avec une décimale)	1014 MESURE FAITE ...	1015 MEASURE MUAC
1. _____	_  ordre 902	<input type="checkbox"/> 0 NON <input type="checkbox"/> 1 OUI	_  (code)	_ _  JOUR  _ _  MOIS  _ _  ANNEE	_ _  (mois)	<input type="checkbox"/> 0 GARCON <input type="checkbox"/> 1 FILLE	<input type="checkbox"/> 0 NON <input type="checkbox"/> 1 OUI	<input type="checkbox"/> 0 NON <input type="checkbox"/> 1 OUI	_ _ _ . _  kg 999 PAS MESURE	<input type="checkbox"/> 0 NON <input type="checkbox"/> 1 OUI	_ _ _ . _  Cm 999 PAS MESURE	<input type="checkbox"/> 0 COUCHE <input type="checkbox"/> 1 DEBOUT	_ _ . _  CM Rouge Jaune Vert
2. _____	_  ordre 902	<input type="checkbox"/> 0 NON <input type="checkbox"/> 1 OUI	_  (code)	_ _  JOUR  _ _  MOIS  _ _  ANNEE	_ _  (mois)	<input type="checkbox"/> 0 GARCON <input type="checkbox"/> 1 FILLE	<input type="checkbox"/> 0 NON <input type="checkbox"/> 1 OUI	<input type="checkbox"/> 0 NON <input type="checkbox"/> 1 OUI	_ _ _ . _  kg 999 PAS MESURE	<input type="checkbox"/> 0 NON <input type="checkbox"/> 1 OUI	_ _ _ . _  Cm 999 PAS MESURE	<input type="checkbox"/> 0 COUCHE <input type="checkbox"/> 1 DEBOUT	_ _ . _  CM Rouge Jaune Vert
3. _____	_  ordre 902	<input type="checkbox"/> 0 NON <input type="checkbox"/> 1 OUI	_  (code)	_ _  JOUR  _ _  MOIS  _ _  ANNEE	_ _  (mois)	<input type="checkbox"/> 0 GARCON <input type="checkbox"/> 1 FILLE	<input type="checkbox"/> 0 NON <input type="checkbox"/> 1 OUI	<input type="checkbox"/> 0 NON <input type="checkbox"/> 1 OUI	_ _ _ . _  kg 999 PAS MESURE	<input type="checkbox"/> 0 NON <input type="checkbox"/> 1 OUI	_ _ _ . _  Cm 999 PAS MESURE	<input type="checkbox"/> 0 COUCHE <input type="checkbox"/> 1 DEBOUT	_ _ . _  CM Rouge Jaune Vert
4. _____	_  ordre 902	<input type="checkbox"/> 0 NON <input type="checkbox"/> 1 OUI	_  (code)	_ _  JOUR  _ _  MOIS  _ _  ANNEE	_ _  (mois)	<input type="checkbox"/> 0 GARCON <input type="checkbox"/> 1 FILLE	<input type="checkbox"/> 0 NON <input type="checkbox"/> 1 OUI	<input type="checkbox"/> 0 NON <input type="checkbox"/> 1 OUI	_ _ _ . _  kg 999 PAS MESURE	<input type="checkbox"/> 0 NON <input type="checkbox"/> 1 OUI	_ _ _ . _  Cm 999 PAS MESURE	<input type="checkbox"/> 0 COUCHE <input type="checkbox"/> 1 DEBOUT	_ _ . _  CM Rouge Jaune Vert
5. _____	_  ordre 902	<input type="checkbox"/> 0 NON <input type="checkbox"/> 1 OUI	_  (code)	_ _  JOUR  _ _  MOIS  _ _  ANNEE	_ _  (mois)	<input type="checkbox"/> 0 GARCON <input type="checkbox"/> 1 FILLE	<input type="checkbox"/> 0 NON <input type="checkbox"/> 1 OUI	<input type="checkbox"/> 0 NON <input type="checkbox"/> 1 OUI	_ _ _ . _  kg 999 PAS MESURE	<input type="checkbox"/> 0 NON <input type="checkbox"/> 1 OUI	_ _ _ . _  Cm 999 PAS MESURE	<input type="checkbox"/> 0 COUCHE <input type="checkbox"/> 1 DEBOUT	_ _ . _  CM Rouge Jaune Vert
6. _____	_  ordre 902	<input type="checkbox"/> 0 NON <input type="checkbox"/> 1 OUI	_  (code)	_ _  JOUR  _ _  MOIS  _ _  ANNEE	_ _  (mois)	<input type="checkbox"/> 0 GARCON <input type="checkbox"/> 1 FILLE	<input type="checkbox"/> 0 NON <input type="checkbox"/> 1 OUI	<input type="checkbox"/> 0 NON <input type="checkbox"/> 1 OUI	_ _ _ . _  kg 999 PAS MESURE	<input type="checkbox"/> 0 NON <input type="checkbox"/> 1 OUI	_ _ _ . _  Cm 999 PAS MESURE	<input type="checkbox"/> 0 COUCHE <input type="checkbox"/> 1 DEBOUT	_ _ . _  CM Rouge Jaune Vert

1 = DECEDEE  
2 = ABSENTE  
3 = REFUSE DE REPONDRE

(3 fois ou plus selles liquides/JOUR pendant 3 jours ou large selles liquides ou avec sang)