



**SECTION 1 : DEMOGRAPHIE ET SANTE**

101 ID	102 Prénom  (Inclure les membres présents il y a 12 mois)	103 Est présent dans le ménage maintenant?	104 Etait présent dans le ménage il y a 12 mois?	105 Statut actuel	106 Age (en années) si <1an inscrire 0. Si décédé inscrire âge au décès	107 Sexe	108 Lien avec le chef du ménage	109 Cette personne exerce-t-elle ou exerçait-elle avant la maladie/décès une activité rémunérée (liquide ou nature) ?	110 (si 105=2)  La maladie l'a-t-elle empêché de travailler pendant au moins 3 mois au cours de l'année passée?	111 (si 110=1)  Quel type de maladie ?	112 (105=mort, uniquement si décès au cours des 12 derniers mois)  Cause du décès ?	113  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		__	__	__ __ __	__ __ __	__	__	__	__	__	__	__
02		__	__	__ __ __	__ __ __	__	__	__	__	__	__	__
03		__	__	__ __ __	__ __ __	__	__	__	__	__	__	__
04		__	__	__ __ __	__ __ __	__	__	__	__	__	__	__
05		__	__	__ __ __	__ __ __	__	__	__	__	__	__	__
06		__	__	__ __ __	__ __ __	__	__	__	__	__	__	__
07		__	__	__ __ __	__ __ __	__	__	__	__	__	__	__
08		__	__	__ __ __	__ __ __	__	__	__	__	__	__	__
09		__	__	__ __ __	__ __ __	__	__	__	__	__	__	__
10		__	__	__ __ __	__ __ __	__	__	__	__	__	__	__
11		__	__	__ __ __	__ __ __	__	__	__	__	__	__	__
12		__	__	__ __ __	__ __ __	__	__	__	__	__	__	__
13		__	__	__ __ __	__ __ __	__	__	__	__	__	__	__
14		__	__	__ __ __	__ __ __	__	__	__	__	__	__	__
15		__	__	__ __ __	__ __ __	__	__	__	__	__	__	__
16		__	__	__ __ __	__ __ __	__	__	__	__	__	__	__
17		__	__	__ __ __	__ __ __	__	__	__	__	__	__	__
		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

| | 3<sup>ème</sup>

- |  |  |                                 |   |
|--|--|---------------------------------|---|
| 01=Cultivé moins de terre                            | 06=Reçu support/aide pour labeur de la part d'autres ménages | 10=Dépendre de la charité/dons  | 14=Manger nourriture de moindre qualité |
| 02=Culture moins intensive des denrées               | 07=Demander aux enfants de travailler                        | 11=Prendre un crédit            | 15=Manger moins                         |
| 03=Terre louée/vendue/donnée                         | 08=Envoyer enfants vivre ailleurs                            | 12=Dépenser l'épargne du ménage | 16=Autre (spec.:_____)                  |
| 04=Augmenter le travail des autres membres du ménage | 09=Retirer les enfants de l'école                            | 13=Vendre les biens du ménage   | 17=Autre (spec.:_____)                  |
| 05=Engager travailleurs pour cultiver terres         |  |                                 | 18=Autre (spec.:_____)                  |

Pour chaque enfant (0-17ans) vivant actuellement dans ce ménage, copier son ID et son nom et reporter les informations suivantes

**SEULEMENT POUR LES ENFANTS DE 6-17 ANS VIVANT ACTUELLEMENT DANS LE MENAGE**

3

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		
		5	SUPERIEUR		
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**

SECTION 2 - LOGEMENT

201	LE LOGEMENT DANS LEQUEL VOTRE MENAGE HABITE EST-IL	1	VOTRE PROPRIETE								
		2	LOUE								
		3	OCCUPE GRATUITEMENT								
202	OBSERVER LE PRINCIPAL MATERIEL UTILISE DANS CE LOGEMENT POUR LE TOIT ET LE SOL - UNE REPONSE PAR LIGNE		TERRE	BOIS	PAILLE	CIMENT	CARRELAGE	PLASTIQUE	TOLES	TUILES	AUTRE, PRECISEZ
		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 MENAGE?	1	CHASSE D'EAU								
		2	LATRINE NON-COUEVERTE								
		3	LATRINE COUEVERTE								
		4	LATRINE VENTILEE								
		5	PAS DE TOILETTE/NATURE								
204	DANS VOTRE MÉNAGE, QUELLE EST LA SOURCE <u>PRINCIPALE</u> D'ÉCLAIRAGE ?	1	PAS D'ECLAIRAGE								
		2	LAMPES A PILES								
		3	LAMPES A HUILE/PETROLE								
		4	FEU DE BOIS								
		5	BOUGIES								
		6	ELECTRICITE								
		9	AUTRE, PRECISEZ _____								
205	DANS VOTRE MÉNAGE, QUEL EST LE COMBUSTIBLE <u>PRINCIPALEMENT</u> UTILISÉ POUR LA CUISSON ?	1	BOIS A BRULER								
		2	CHARBON DE BOIS								
		3	GAZ								
		4	ELECTRICITE								
		5	KEROSENE								
		9	AUTRE, PRECISEZ _____								
206	QUELLE EST LA PRINCIPALE SOURCE D'EAU DE BOISSON POUR LE MENAGE?					SAISON SECHE			SAISON DES PLUIES		
		1 = EAU DU ROBINET 2 = PUIT/SOURCE OUVERTE 3 = PUIT/SOURCE PROTEGEE 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 A PIED A 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 MENAGE 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
		<b>SAISON A</b>	<b>SAISON B</b>	<b>SAISON C</b>
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)
11. SORGHO	21. MANIOC	31. HARICOTS	41. THE	59. AUTRE CULTURE, PRECISEZ
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 <b>effectuées au cours des 12 derniers mois</b> .																		
402	QUELS MOIS DE L'ANNEE VOTRE MENAGE PRATIQUE-T-IL PRINCIPALEMENT CETTE ACTIVITE?	1.  __ __  (code)			2.  __ __  (code)			3.  __ __  (code)										
		JAN		JUIL	JAN		JUIL	JAN		JUIL								
		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 ( <b>12 derniers mois – y compris l'autoconsommation</b> )	_____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? |\_\_| REPAS

502 **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 ?

REMPLEZ 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			
									B	C	
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>														

507	AU COURS DES 30 DERNIERS JOURS, COMBIEN VOTRE MENAGE A-T-IL DEPENSE POUR LES PRODUITS SUIVANTS? (Inclure également la valeur des produits échangés en dehors de la production propre ou dons)		
	REEMPLIR POUR CHAQUE PRODUIT	MONTANT A	ORIGINE PRINCIPALE DE L'ARGENT UTILISE B
01	SORGHO	_ _ _ _ _ _ _ _ _ _ _ _ _  Fc	_  (code)
02	RIZ	_ _ _ _ _ _ _ _ _ _ _ _ _  Fc	_  (code)
03	MAIS	_ _ _ _ _ _ _ _ _ _ _ _ _  Fc	_  (code)
04	PAIN / BLÉ	_ _ _ _ _ _ _ _ _ _ _ _ _  Fc	_  (code)
05	AUTRES CEREALES	_ _ _ _ _ _ _ _ _ _ _ _ _  Fc	_  (code)
06	MANIOC	_ _ _ _ _ _ _ _ _ _ _ _ _  Fc	_  (code)
07	PATATE DOUCE	_ _ _ _ _ _ _ _ _ _ _ _ _  Fc	_  (code)
08	IGNAME	_ _ _ _ _ _ _ _ _ _ _ _ _  Fc	_  (code)
09	AUTRES TUBERCULES	_ _ _ _ _ _ _ _ _ _ _ _ _  Fc	_  (code)
10	HARICOT / LÉGUMINEUSES	_ _ _ _ _ _ _ _ _ _ _ _ _  Fc	_  (code)
11	ARACHIDES	_ _ _ _ _ _ _ _ _ _ _ _ _  Fc	_  (code)
12	BANANES PLANTAIN / À CUIRE	_ _ _ _ _ _ _ _ _ _ _ _ _  Fc	_  (code)
13	LEGUMES / FEUILLES	_ _ _ _ _ _ _ _ _ _ _ _ _  Fc	_  (code)
14	FRUITS FRAIS	_ _ _ _ _ _ _ _ _ _ _ _ _  Fc	_  (code)
15	POISSON (TOUS)	_ _ _ _ _ _ _ _ _ _ _ _ _  Fc	_  (code)
16	VIANDES (TOUTES)	_ _ _ _ _ _ _ _ _ _ _ _ _  Fc	_  (code)
17	OEUFS	_ _ _ _ _ _ _ _ _ _ _ _ _  Fc	_  (code)
18	HUILE, GRAISSE, BEURRE	_ _ _ _ _ _ _ _ _ _ _ _ _  Fc	_  (code)
19	SUCRE, SEL	_ _ _ _ _ _ _ _ _ _ _ _ _  Fc	_  (code)
20	LAIT	_ _ _ _ _ _ _ _ _ _ _ _ _  Fc	_  (code)
21	ALCOOL, TABAC	_ _ _ _ _ _ _ _ _ _ _ _ _  Fc	_  (code)
22	SAVON	_ _ _ _ _ _ _ _ _ _ _ _ _  Fc	_  (code)
23	TRANSPORT	_ _ _ _ _ _ _ _ _ _ _ _ _  Fc	_  (code)
24	BOIS DE CHAUFFE, CHARBON	_ _ _ _ _ _ _ _ _ _ _ _ _  Fc	_  (code)
25	PETROLE, ELECTRICITE, GAZ	_ _ _ _ _ _ _ _ _ _ _ _ _  Fc	_  (code)
508	AU COURS DES 6 DERNIERS MOIS COMBIEN VOTRE MENAGE A-T-IL DEPENSE D'ARGENT POUR LES PRODUITS SUIVANTS ? (Inclure également la valeur des produits échangés en dehors de la production propre ou dons)		
	REEMPLIR POUR CHAQUE PRODUIT	MONTANT (A)	SOURCE PRINCIPALE DE L'ARGENT UTILISE (B)
01	DEPENSES MEDICALES, SOINS	_ _ _ _ _ _ _ _ _ _ _ _ _  Fc	_  (code)
02	HABILLEMENT, CHAUSSURE	_ _ _ _ _ _ _ _ _ _ _ _ _  Fc	_  (code)
03	EQUIPEMENTS, OUTILS (maison ou terre)	_ _ _ _ _ _ _ _ _ _ _ _ _  Fc	_  (code)
04	INTRANTS AGRICOLES (semences, engrais)	_ _ _ _ _ _ _ _ _ _ _ _ _  Fc	_  (code)
05	ANIMAUX DE FERME	_ _ _ _ _ _ _ _ _ _ _ _ _  Fc	_  (code)
06	AMENDES, TAXES	_ _ _ _ _ _ _ _ _ _ _ _ _  Fc	_  (code)
07	CONSTRUCTION, REPARATION MAISON	_ _ _ _ _ _ _ _ _ _ _ _ _  Fc	_  (code)
08	LOYER (MAISON, TERRE)	_ _ _ _ _ _ _ _ _ _ _ _ _  Fc	_  (code)
09	MOULIN (MOUDRE GRAIN)	_ _ _ _ _ _ _ _ _ _ _ _ _  Fc	_  (code)
10	MAIN D'OEUVRE	_ _ _ _ _ _ _ _ _ _ _ _ _  Fc	_  (code)
11	DONS	_ _ _ _ _ _ _ _ _ _ _ _ _  Fc	_  (code)
12	EDUCATION, FRAIS SCOLAIRES	_ _ _ _ _ _ _ _ _ _ _ _ _  Fc	_  (code)
13	CELEBRATIONS, EVENEMENTS	_ _ _ _ _ _ _ _ _ _ _ _ _  Fc	_  (code)
14	FUNERAILLES	_ _ _ _ _ _ _ _ _ _ _ _ _  Fc	_  (code)
15	REMBOURSEMENT DE DETTES	_ _ _ _ _ _ _ _ _ _ _ _ _  Fc	_  (code)



**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

601	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)
	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) (si = 00 → 701)	2.  __ __  (code)	3.  __ __  (code)
	00. PAS DE PROBLÈME 11. SECHERESSE 12. INONDATION 13. PLUIES IRRÉGULIÈRES 14. GLISSEMENT DE TERRAIN 15. GRELE, TEMPÊTE	21. MALADIE DES PLANTES 22. MALADIES ANIMALES 23. PRIX ÉLEVÉS DES INTRANTS 24. PRIX ÉLEVÉS DE LA NOURRITURE	31. PERTE D'EMPLOI 32. DIMINUTION DES REVENUS 33. MALADIE TEMPORAIRE 34. MALADIE CHRONIQUE 35. ACCIDENT 36. DÉCÈS DU CHEF DE MÉNAGE 37. DÉCÈS D'UN AUTRE ADULTE	38. AUTRE DÉCÈS 41. VOL DE RESSOURCES 42. INSECURITE 43. INVASION DE CRIQUETS 44. INCENDIE 88. AUTRE, PRÉCISER: _____

		1.				2.				3.			
603	CE CHOC A-T-IL ENTRAÎNE UNE PERTE OU DIMINUTION DE REVENUS/PRODUCTION ?	0	NON	1	OUI	0	NON	1	OUI	0	NON	1	OUI
604	CE CHOC A-T-IL ENTRAÎNE UNE PERTE OU DIMINUTION DE VOS BIENS ?	0	NON	1	OUI	0	NON	1	OUI	0	NON	1	OUI
605	CE CHOC A-T-IL ENTRAÎNE UNE PERTE OU DIMINUTION DE VOTRE CAPACITÉ À AVOIR ASSEZ À MANGER	0	NON	1	OUI	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	AU COURS DE L'ANNÉE, DURANT QUELS MOIS VOTRE MÉNAGE A-T-IL EU DES PROBLÈMES À SATISFAIRE SES BESOINS ALIMENTAIRES ? (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 → <b>704</b>	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 → <b>801</b>	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	21. ONG (locales et internationales)	Code type d'assistance	11. FINANCE	21. SEMENCES
	12. LA COMMUNAUTE	22. EGLISE		12. EDUCATION	22. OUTILS
	13. COMMERCANTS	23. GOUVERNEMENT		13. SANTE	23. BOEUF/ANIMAUX
	88. AUTRE, SPECIFIER _____	24. NATIONS UNIES		14. CONSTRUCTION	30. Aide aux orphelins
	99. PAS DE REPONSE			15. ARTICLES DE MAISON	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 → <b>810</b>				
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 → <b>807</b>	1	Oui tous	2	Oui certains
806	Depuis quand sont-ils rentrés ? (remplir année)			Année  _ _ _ _ _ _ _ _  → <b>810</b>					
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
809	SI OUI, DANS COMBIEN DE TEMPS ?			_ _ _  MOIS     _ _ _  ANS					
810	EST-CE QUE CE MENAGE HEBERGE DES DEPLACES?			0	NON → <b>814</b>	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 → <b>817</b>	1	OUI		

815	SI OUI, QUI A CONTESTE?	1	LA FAMILLE	
		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>				
817	LA PROPRIETE (CONSTRUCTION) ENDOMMAGEE	0	NON	1 OUI
	DES ANIMAUX VOLES	0	NON	1 OUI
	DES CHAMPS OU STOCKS PILLES	0	NON	1 OUI
	D'AUTRES RESSOURCES PRODUCTIVES VOLEES	0	NON	1 OUI
	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	_____	_____	_____	_____	_____	_____
	1	OUI	1	OUI	_____	1	OUI		1	OUI	1	OUI	2	OUI NON- IMPREGNEE	999	PAS MESURE	999	PAS MESURE	_____	_____
																			_____	Rouge Jaune Vert
2 _____	0	NON	0	NON	_____	0	NON	_____ (code)	0	NON	0	NON	0	NON	_____	_____	_____	_____	_____	_____
	1	OUI	1	OUI	_____	1	OUI		1	OUI	1	OUI	2	OUI NON- IMPREGNEE	999	PAS MESURE	999	PAS MESURE	_____	_____
																			_____	Rouge Jaune Vert
3 _____	0	NON	0	NON	_____	0	NON	_____ (code)	0	NON	0	NON	0	NON	_____	_____	_____	_____	_____	_____
	1	OUI	1	OUI	_____	1	OUI		1	OUI	1	OUI	2	OUI NON- IMPREGNEE	999	PAS MESURE	999	PAS MESURE	_____	_____
																			_____	Rouge Jaune Vert
4 _____	0	NON	0	NON	_____	0	NON	_____ (code)	0	NON	0	NON	0	NON	_____	_____	_____	_____	_____	_____
	1	OUI	1	OUI	_____	1	OUI		1	OUI	1	OUI	2	OUI NON- IMPREGNEE	999	PAS MESURE	999	PAS MESURE	_____	_____
																			_____	Rouge Jaune Vert
5 _____	0	NON	0	NON	_____	0	NON	_____ (code)	0	NON	0	NON	0	NON	_____	_____	_____	_____	_____	_____
	1	OUI	1	OUI	_____	1	OUI		1	OUI	1	OUI	2	OUI NON- IMPREGNEE	999	PAS MESURE	999	PAS MESURE	_____	_____
																			_____	Rouge Jaune Vert

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, OÙ 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)