



Evaluation d'impact du Financement de la Santé Basé sur les Résultats
Haïti
2015

IDENTIFIANT	
NOMER DE L'ARE DE DESERTE	NUMERO DE MENAGE

QUESTIONNAIRE MENAGE

EMPLACEMENT GEOGRAPHIQUE			
Département		Arrondissement	
Commune		Section communale	
Localité			

COORDONNÉES GPS DU LOGEMENT			
LATITUDE (NORD):			
LONGITUDE (EST):			
ALTITUDE (METRES):			

ENQUÊTEUR ET VISITES			
NOM :		CODE :	
VISITE N°1 :	JOUR	MOIS	ANNÉE
VISITE N°2 :	JOUR	MOIS	ANNÉE
VISITE N°3 :	JOUR	MOIS	ANNÉE
RÉSULTAT DE L'ENTRETIEN :			
ENTRETIEN RÉALISÉ 01			
PARTIELLEMENT COMPLÉTÉE 02			
LA PERSONNE INSCRITE A DÉCLINÉ L'ENTRETIEN 03			
MEMBRES DU MÉNAGE NON PRÉSENTS 04			
MÉNAGE VIDE 05			
ADRESSE DU DOMICILE INTROUVABLE 06			
CHEF DU MÉNAGE / AUTRE PERSONNE A REFUSÉ D'AUTORISER L'ENTRETIEN 07			
AUTRE, SPÉCIFIEZ : 96			

LANGUE UTILISÉE	
... PAR L'ENQUÊTEUR ?	
... PAR LE RÉPONDANT ?	
Créole	01
Français	02
AUTRE (SPÉCIFIEZ :) 96	
UTILISATION D'UN TRADUCTEUR ?	
JAMAIS	1
PARFOIS	2
TOUJOURS	3

SUPERVISEUR			
NOM :		CODE :	
JOUR MOIS ANNÉE			

OPÉRATEUR CHARGÉ DE LA SAISIE DES DONNÉES			
NOM :		CODE :	
JOUR MOIS ANNÉE			

INFORMATIONS DE CONTRÔLE	
NOMBRE DE MEMBRES DU MÉNAGE	



CETTE PAGE EST DÉLIBÉRÉMENT LAISSÉE EN BLANC

CODE ID	(1.01)	(1.02)	(1.03)		ÉLIGIBILITÉ					
	Veuillez me communiquer le nom des personnes qui vivent dans votre ménage. INSCRIVEZ ICI LE PRÉNOM ET LE NOM DE FAMILLE COMMENCEZ CETTE LISTE PAR LE CHEF DE MÉNAGE NOM	SEXE	COPIEZ L'ÂGE DE (1.12) (SI <5 ANS, INDIQUEZ AUSSI NOMBRE DE MOIS)		(1.04)	(1.05)	(1.06)	(1.07)	(1.08)	(1.09)
					Entourez le code ID de tous les membres du ménage âgés de 12 ans et plus	Entourez le code ID de toutes les femmes de 15-49 ans	Entourez le code ID de toutes les femmes enceintes <5 ans	Entourez le code ID de toutes les femmes de 5 ans	Entourez le code ID de toutes les personnes de 5-24 ans	
01					01	01	01	01	01	01
02					02	02	02	02	02	02
03					03	03	03	03	03	03
04					04	04	04	04	04	04
05					05	05	05	05	05	05
06					06	06	06	06	06	06
07					07	07	07	07	07	07
08					08	08	08	08	08	08
09					09	09	09	09	09	09
10					10	10	10	10	10	10
11					11	11	11	11	11	11
12					12	12	12	12	12	12
13					13	13	13	13	13	13
14					14	14	14	14	14	14
15					15	15	15	15	15	15

CETTE PAGE EST DÉLIBÉRÉMENT LAISSÉE EN BLANC

1 Liste des membres du ménage

CODE ID	MÈRE						
	(1.19) La mère de [NOM] vit-elle dans ce ménage?	(1.20) COPIEZ LE CODE D'IDENTIFICATION DE LA MÈRE	(1.21) Quel est le niveau de scolarisation le plus élevé atteint par la mère de [NOM] ? ÂGE PRÉSCOLAIRE 01 JARDIN D'ENFANTS 02 ÉCOLE PRIMAIRE 03 ÉCOLE SECONDAIRE 04 ÉCOLE PRÉPARATOIRE 05 LICENCE 06 MASTER 07 POST-MASTER 08 AUCUN 09 ► (1.23) AUTRE, SPÉCIFIEZ 96	(1.22) À ce niveau de scolarité, quelle est la classe la plus élevée complétée par la mère de [NOM] ? INSCRIVEZ 0 SI AUCUNE ANNÉE SCOLAIRE N'A ÉTÉ COMPLÉTÉE À CE NIVEAU CLASSE	(1.23) Quelle est la religion de [NOM] ? AUCUN 01 01 CATHOLIQUE 02 02 PROTESTANT 03 03 ADVENTISTE 04 04 MUSULMAN 05 05 VODOUISANT 06 06 AUTRE, SPÉCIFIEZ 96 96	(1.24) [NOM] est-il ou est-elle resté(e) éloigné(e) du ménage pendant plus de 6 mois au cours des 12 derniers mois ? OUI 1 NON 2 ► #REF!	(1.25) Au cours des 12 derniers mois, combien de mois [NOM] est-il ou est-elle resté(e) éloigné(e) ? MOIS
01							
02							
03							
04							
05							
06							
07							
08							
09							
10							
11							
12							
13							
14							
15							

2 ENSEIGNEMENT

SUJET : TOUS LES MEMBRES DU MÉNAGE ÂGÉS DE 5 ANS ET PLUS

RÉPONDANT : LE CHEF DU MÉNAGE OU LE MEMBRE DU MÉNAGE LE MIEUX INFORMÉ

CODE ID	(2.01)	(2.02)	(2.03)	(2.04)	(2.05)	(2.06)	(2.07)	(2.08)		(2.09)	
	CODE D'IDENTIFICATION DU RÉPONDANT (PERSONNE QUI A RÉPONDU AU NOM DU SUJET)	Quelle est la langue maternelle de [NOM] ? CREOLE 01 FRANÇAIS 02 03 04 05	[NOM] sait-il (elle) lire et écrire dans une quelconque langue? OUI 1 NON 2	[NOM] a-t-il (elle) été à l'école ? OUI 1 NON 2 ▶ (2.12)	Quel est le niveau de scolarisation le plus élevé atteint par [NOM] ? ÂGE PRÉSCOLAIRE et JARDIN D'ENFANT 01 ÉCOLE PRIMAIRE 02 ÉCOLE SECONDAIRE 03 DIPLOME/CERTIFICAT 04 LICENCE 05 MASTER 06 DOCTORAT 07 AUTRE, SPÉCIFIEZ 96 NIVEAU	À ce niveau de scolarité, quelle est la classe la plus élevée complétée par [NOM] ? INSCRIVEZ 0 SI AUCUNE ANNÉE SCOLAIRE N'A ÉTÉ COMPLÉTÉE À CE NIVEAU OUI 1 NON 2 ▶ (2.12)	SI CETTE PERSONNE EST ÂGÉE DE 25 ANS (2.12) Au cours de l'année scolaire [XXXXXX], [NOM] a-t-il/elle été scolarisé(e) ou préscolarisé(e), à un moment ou un autre ? OUI 1 NON 2 ▶ (2.12)	Au cours de cette année scolaire, quel niveau et quelle classe [NOM] suit-il/elle / a-t-il/elle suivi? ÂGE PRÉSCOLAIRE 01 JARDIN D'ENFANTS 02 ÉCOLE PRIMAIRE 03 ÉCOLE SECONDAIRE 04 ÉCOLE PRÉPARATOIRE 05 LICENCE 06 MASTER 07 POST-MASTER 08 AUTRE, SPÉCIFIEZ 96 NIVEAU		ANNÉE SCOLAIRE À CE NIVEAU	Combien de temps faut-il à [NOM] pour se rendre à son école ? (DURÉE ALLER SIMPLE) HEURES MINUTES
01											
02											
03											
07											
08											
09											
13											
14											
15											

[illegible]

2 ENSEIGNEMENT

CODE ID	(2.11)	(2.12)						
	Quelle a été la principale raison des absences de [NOM] de l'école au cours des 14 derniers jours ?	Au cours des 14 derniers jours, combien d'heures [NOM] a-t-il/elle consacré aux activités suivantes :						
	PAS DE NOURRITURE 01	AUCUN TEMPS CONSACRÉ À CETTE ACTIVITÉ 0						
	PAS DE TRANSPORT 02							
	MALADE/BLESSÉ(E) 03							
	MALADIE DANS LA FAMILLE 04							
	MÉNAGÈRES 05							
	ÉCOLE TROP DIFFICILE 06							
	N'INTÉRESSE PAS L'ENFANT 07							
	AIDE POUR L'ENTREPRISE FAMILIALE/ GAGNER DE L'ARGENT 09							
	PRENDRE SOIN DE SES FRÈRES ET SŒURS 10							
	ÉDUCATION PAS UTILE 11							
	TOMBÉE ENCEINTE 12							
	PAS D'ENSEIGNANT 13							
	ÉCOLE FERMÉE 14	a	b	c	d	e	f	g
VACANCES SCOLAIRES 15	École	Études	S'occuper d'enfants	S'OCCUPE D'UN PARENT MALADE	Travaux ménagers	Travail pour gagner de l'argent	Récréation	
AUTRE, SPÉCIFIEZ 96								
01								
02								
03								
07								
08								
09								
13								
14								
15								

3 Main-d'œuvre

SUJET : TOUS LES MEMBRES DU MÉNAGE ÂGÉS DE 12 ANS ET PLUS

RÉPONDANT : LE CHEF DU MÉNAGE OU LE MEMBRE DU MÉNAGE LE MIEUX INFORMÉ

CODE ID	TRAVAIL PRINCIPAL					
	(3.01)	(3.02)	(3.03)	(3.04)	(3.05)	(3.06)
CODE D'IDENTIFICATION DU RÉPONDANT (PERSONNE QUI A RÉPONDU AU NOM DU SUJET)	CODE D'IDENTIFICATION DU RÉPONDANT (PERSONNE QUI A RÉPONDU AU NOM DU SUJET)	Au cours des 12 derniers mois, quelle a été la situation de [NOM] en matière d'emploi ?	Au cours des 12 derniers mois, [NOM] a-t-il/elle fait quelque chose pour gagner de l'argent ou pour aider sa famille à en gagner ?	Au cours des 12 derniers mois, quelle a été la principale industrie ou quel a été le principal secteur d'activité économique dans laquelle ou lequel [NOM] a été actif (active) ?	Au cours des 12 derniers mois, pour qui a travaillé [NOM] dans le cadre de son travail principal ?	Tous les combien [NOM] est-il/elle payé(e) pour ce travail ?
	EMPLOYÉ(E) SALARIÉ(E)	01 ► (3.04)	OUI 01 NON 02 ► (3.23)	TRAVAIL AGRICOLE/GARDE DE TROUPEAU	01	S'IL Y A AU MOINS DEUX ACTIVITÉS, INDIQUEZ LE TRAVAIL PRINCIPAL QUI A OCCUPÉ LA PLUS GRANDE PARTIE DU TEMPS ENQUÊTEUR : VÉRIFIEZ AVEC (3.01)
	TRAVAIL À LA PIÈCE	02 ► (3.04)		TRAVAIL FORESTIER/CHARBON	02	
	TRAVAILLEUR	03 ► (3.04)		PÊCHE	03	
	MEMBRE D'UNE COOPÉRATIVE DE PRODUCTEURS	04 ► (3.04)		EXPLOITATION MINIÈRE	04	
	TRAVAILLEUR FAMILIAL APPORTANT SA CONTRIBUTION	05 ► (3.04)		FABRICATION	05	
	AUTRE TRAVAILLEUR	06 ► (3.04)		ÉLECTRICITÉ/EAU	06	
	À LA RECHERCHE D'UN EMPLOI	07		CONSTRUCTION	07	
	CAPABLE MAIS PAS À LA RECHERCHE D'UN EMPLOI	08		GROSSISTE/VENTE AU DÉTAIL	08	
	NE TRAVAILLE PAS (ÉTUDIANT À PLEIN TEMPS)	09		HOTELLERIE/TOURISME	09	
	HOMME/FEMME AU FOYER	10		TRANSPORT	10	
	NE TRAVAILLE PAS (À LA RETRAITE)	11		SERVICES FINANCIERS	11	
	NE TRAVAILLE PAS (TROP VIEUX)	12		IMMOBILIER	12	
	NE TRAVAILLE PAS (TROP MALADE)	13		GOUVERNEMENT	13	
AUTRE, SPÉCIFIEZ	96	ENSEIGNEMENT	14	MEMBRE DE LA FAMILLE	02	
CODE ID DU RÉPONDANT			SECTEUR DE SANTÉ/SOCIAL	15	ENTREPRISE DU SECTEUR PRIVÉ	03
			AUTRE, SPÉCIFIEZ	96	SECTEUR PUBLIC	04
					SECTEUR SANS BUT LUCRATIF	05
					AUTRE, SPÉCIFIEZ	96
						PÉRIODE
01						
02						
03						
07						
08						
09						
13						
14						

15						
----	--	--	--	--	--	--

3 Main-d'œuvre

CODE ID		TRAVAIL PRINCIPAL						
		(3.07)	(3.08)	(3.09)	(3.10)	(3.11)	(3.12)	(3.13)
	(3.06)]?	Au cours des 12 derniers mois, combien [NOM] a-t-il/elle normalement touché pour son travail principal par [PÉRIODE DE PAYE DANS	[NOM] est-il/elle couvert(e) par une assurance santé pour son travail principal ?	[NOM] a-t-il/elle droit à des congés maladie pour son travail principal ?	Au cours des 12 derniers mois, combien d'heures [NOM] a-t-il/elle normalement consacré à son travail principal ?	Combien d'heures [NOM] a-t-il/elle consacré à son travail principal la semaine dernière ?	enquêté, répondre à Q.3.12 si le nb d'heures par semaine répondues dans Q.3.11 est < au nb d'heures par semaine dans Q3.10 Pourquoi [NOM] a-t-il/elle consacré moins d'heures que d'habitude à son travail principal la semaine dernière ?	Au cours des 12 derniers mois, pendant combien de mois [NOM] a-t-il/elle effectué son travail principal pour gagner de l'argent ou pour aider sa famille à en gagner ?
							VACANCES 01 MALADE/MALADIE 02 BLESSURE 03 S'OCCUPE D'UN PARENT MALADE 04 S'EST RENDU À UN ENTERREMENT 05 CE N'EST PAS LA SAISON POUR CETTE ACTIVITÉ 06 AUTRE, SPÉCIFIEZ 96	
			OUI 1 NON 2	OUI 1 NON 2				
		MONTANT EN DEVISE			HEURES/ SEMAINE	HEURES/ SEMAINE		MOIS
		01						
		02						
		03						
07								
08								
09								
13								
14								

15							
----	--	--	--	--	--	--	--

3 Main-d'œuvre

CODE ID	TRAVAIL SECONDAIRE								
	(3.14)	(3.15)	(3.16)	(3.17)	(3.18)	(3.19)	(3.20)	(3.21)	(3.22)
	Outre son travail principal, [NOM] a-t-il/elle eu d'autres activités pour gagner de l'argent ou pour aider sa famille à en gagner au cours des 12 derniers mois ?	Tous les combien [NOM] est-il/elle payé(e) pour son travail secondaire ?	Au cours des 12 derniers mois, combien [NOM] a-t-il/elle normalement touché pour son travail secondaire par [PÉRIODE DE PAYE DANS (3.15)] ?	[NOM] est-il/elle couvert(e) par une assurance santé pour son travail secondaire ?	[NOM] a-t-il/elle droit à des congés maladie pour son travail secondaire ?	Au cours des 12 derniers mois, combien d'heures par semaine [NOM] a-t-il/elle normalement consacré à son travail secondaire ?	Combien d'heures [NOM] a-t-il/elle consacré à son travail secondaire la semaine dernière ?	ENQUÊTEUR : SI (3.19) < (3.20) Pourquoi [NOM] a-t-il/elle consacré moins d'heures que d'habitude à son travail secondaire la semaine dernière ?	Au cours des 12 derniers mois, pendant combien de mois [NOM] a-t-il/elle effectué son travail secondaire pour gagner de l'argent ou pour aider sa famille à en gagner ?
	OUI 1 NON 2 ► (3.23)	JOUR 1 SEMAINE 2 TOUS LES 15 3 JOURS MOIS 4 ANNÉE 5 NON 06		OUI 1 NON 2	OUI 1 NON 2			VACANCES 01 MALADE/MALADIE 02 BLESSURE 03 S'OCCUPE D'UN PARENT MALADE 04 S'EST RENDU À UN ENTERREMENT 05 CE N'EST PAS LA SAISON POUR CETTE ACTIVITÉ 06 AUTRE, SPÉCIFIEZ 96	
		PÉRIODE	MONTANT EN DEVISE			HEURES/ SEMAINE	HEURES/ SEMAINE		MOIS
01									
02									
03									
07									
08									
09									
13									
14									

15									
----	--	--	--	--	--	--	--	--	--

3 Main-d'œuvre

CODE ID	REVENUS PROVENANT D'AUTRES TRAVAUX OU ACTIVITÉS			REVENUS PROVENANT D'UNE RETRAITE, D'UNE PENSION, D'ALLOCATIONS CHÔMAGE		
	(3.23)	(3.24)	(3.25)	(3.26)	(3.27)	(3.28)
	Au cours des 12 derniers mois, [NOM] a-t-il/elle reçu des revenus (en liquide ou en nature) pour d'autres travaux ou activités qui n'ont pas encore été mentionnés ?	Tous les combien [NOM] est-il/elle payé(e) pour ces autres travaux ou activités qui n'ont pas encore été mentionnés ?	Combien [NOM] touche-t-il/elle normalement pour ces autres travaux ou activités qui n'ont pas encore été mentionnés, par [PÉRIODE DE PAYE DANS (3.24)]?	Au cours des 12 derniers mois, [NOM] a-t-il/elle reçu des revenus (en liquide ou en nature) provenant d'une retraite, d'une pension, d'allocations chômage ou d'une assurance pour des travaux effectués par le passé ?	Tous les combien [NOM] reçoit-il/elle un paiement pour une retraite, une pension, des allocations chômage ou une assurance pour des travaux effectués par le passé ?	Combien [NOM] touche-t-il/elle normalement pour une retraite, une pension, des allocations chômage ou une assurance pour des travaux effectués par le passé, par [PÉRIODE DE PAYE DANS (3.27)]?
			Y COMPRIS LES PAIEMENTS EN LIQUIDE ET EN NATURE			Y COMPRIS LES PAIEMENTS EN LIQUIDE ET EN NATURE
	JOUR 1	SEMAINE 2	TOUS LES 15 JOURS 3	JOUR 1	SEMAINE 2	TOUS LES 15 JOURS 3
	OUI 1	MOIS 4	ANNÉE 5	OUI 1	MOIS 4	ANNÉE 5
	NON 2 ► (3.26)			NON 2 ► PERSONNE SUIVANTE		
		PÉRIODE	MONTANT EN DEVISE		PÉRIODE	MONTANT EN DEVISE
01						
02						
03						
07						
08						
09						
13						
14						

15						
----	--	--	--	--	--	--

4 Logement

SUJET : UNE RÉPONSE GLOBALE PAR MÉNAGE

RÉPONDANT : LE CHEF DU MÉNAGE OU LE MEMBRE DU MÉNAGE LE MIEUX INFORMÉ

(4.01) CODE ID DU RÉPONDANT :

(4.02) TYPE D'HABITATION

MAISON BASSE	01
MAISON A ETAGE	02
MAISON INDIVIDUELLE	03
MAISON RATTACHÉE À UN MAGASIN	04
CAMPS	05
APPARTEMENTS DES DOMESTIQUES	06
PENSION	08
BÂTIMENT NON RÉSIDENTIEL (ÉCOLE, SALLE DE CLASSE, 09	
HABITATION IMPROVISÉE/CABANE	10
AUTRE, SPÉCIFIEZ	96

(4.03) PRINCIPAL MATÉRIAU UTILISÉ POUR :

PAILLE/TACHE	01
PAILLASSE	02
TÔLE ONDULÉE/MÉTAL	03
PLASTIQUE	04
POTEAUX/ROSEAUX	05
TUILES/ARDOISES	06
BOIS/BAMBOU	07
TERRE/BOUE	08
BÉTON BRUT	9
BÉTON REVÊTU	10
CARTON	11
AUTRE, SPÉCIFIEZ	96

A. MURS :

B. TOITURE :

C. PLANCHER :

(4.04) A quel titre occupez cette habitation?

ENQUÊTEUR : LISEZ LES DIFFÉRENTES POSSIBILITÉS AU RÉPONDANT

Habitation occupée par le propriétaire - avec un emprunt hypothécaire 01 ► (4.06)

Habitation occupée par le propriétaire - sans emprunt hypothécaire 02 ► (4.06)

Location (sans lien avec le travail) 03

Location (liée au travail) 04

Loyer gratuit (appartient à un employeur gouvernemental) 05 ► (4.08)

Loyer gratuit (appartient à un employeur privé) 06 ► (4.08)

Loyer gratuit (appartient à une municipalité/au gouvernement) 07 ► (4.08)

Loyer gratuit (autre propriétaire) 08 ► (4.08)

Logement provisoire 09 ► (4.08)

Occupation illégale d'une habitation 10 ► (4.08)

Autre, spécifiez 96 ► (4.08)

(4.05) Combien payez-vous de loyer ?

MENSUEL	01
TOUS LES 3 MOIS	02
TOUS LES 6 MOIS	03
TOUS LES ANS	04
TOUTES LES SEMAINES	05
DEUX FOIS PAR MOIS	06
AUTRE, SPÉCIFIEZ	96

CODE DE
FRÉQUENCE

MONTANT EN GOURDES :

► (4.09)

(4.06) Si vous vendiez cette habitation aujourd'hui, quelle est la somme que vous pourriez recevoir ?

MONTANT EN GOURDES :

(4.07) Si vous mettiez cette habitation en location, quel est le montant du loyer que vous pourriez recevoir ?

MENSUEL	01
TOUS LES 3 MOIS	02
TOUS LES 6 MOIS	03
TOUS LES ANS	04
TOUTES LES SEMAINES	05
DEUX FOIS PAR MOIS	06
AUTRE, SPÉCIFIEZ	96

CODE DE
FRÉQUENCE

MONTANT EN GOURDES :

► (4.09)

(4.08) Si vous deviez louer cette habitation, quel est le montant du loyer qu'il vous faudrait payer ?

MENSUEL	01
TOUS LES 3 MOIS	02
TOUS LES 6 MOIS	03
TOUS LES ANS	04
TOUTES LES SEMAINES	05
DEUX FOIS PAR MOIS	06
AUTRE, SPÉCIFIEZ	96

CODE DE
FRÉQUENCE

MONTANT EN GOURDES :

(4.09) Combien de pièces compte votre habitation ?

(TENEZ COMPTE DES PIÈCES EN DEHORS DE L'HABITATION PRINCIPALE. NE COMPTEZ PAS LA CUISINE ET LES SALLES DE BAINS)

NOMBRE DE PIÈCES

4 Logement

(4.10) Pendant la saison sèche, quelle est la principale source d'eau de boisson de votre ménage ?

TUYAU D'ALIMENTATION ABOUTISSANT DANS L'HABITATION	01
ALIMENTATION ABOUTISSANT DANS LA COUR/LE TERRAIN	02
ROBINET PUBLIC/CONDUITE PUBLIQUE	03
PUITS/FORAGE	04
PUITS PROTÉGÉ	05
PUITS NON PROTÉGÉ	06
SOURCE PROTÉGÉE	07
SOURCE NON PROTÉGÉE	08
EAU DE PLUIE	09
CAMION-CITERNE	10
CHARIOT ACHEMINANT UN PETIT RÉSERVOIR	11
EAU DE SURFACE / MARES	12
EAU EN BOUTEILLE	13
LAC	14
FLEUVE/COURS D'EAU	15
AUTRE, SPÉCIFIEZ	96

(4.11) Combien de temps vous faut-il pour vous rendre à cette source à pied ?

ALLER SIMPLE

MINUTES :

(4.12) Comment traitez-vous l'eau pendant la saison sèche ?

PAS DE TRAITEMENT	01
ÉBULLITION	02
AJOUT DE CHLORE	03
AJOUT D'IODE	04
FILTRAGE	05
AUTRE, SPÉCIFIEZ	96

(4.13) Pendant la saison des pluies, quelle est la principale source d'eau de boisson de votre ménage ?

TUYAU D'ALIMENTATION ABOUTISSANT DANS L'HABITATION	01
ALIMENTATION ABOUTISSANT DANS LA COUR/LE TERRAIN	02
ROBINET PUBLIC/CONDUITE PUBLIQUE	03
PUITS/FORAGE	04
PUITS PROTÉGÉ	05
PUITS NON PROTÉGÉ	06
SOURCE PROTÉGÉE	07
SOURCE NON PROTÉGÉE	08
EAU DE PLUIE	09
CAMION-CITERNE	10
CHARIOT ACHEMINANT UN PETIT RÉSERVOIR	11
EAU DE SURFACE / MARES	12
EAU EN BOUTEILLE	13
LAC	14
FLEUVE/COURS D'EAU	15
AUTRE, SPÉCIFIEZ	96

(4.15) Comment traitez-vous l'eau pendant la saison des pluies ?

PAS DE TRAITEMENT	01	AJOUT D'IODE	04
ÉBULLITION	02	AUTRE, SPÉCIFIEZ	96
FILTRAGE	04		
AJOUT DE CHLORE	03		

(4.16) De quel type de toilettes les membres de votre ménage se servent-ils à la maison ?

TOILETTES CHASSE-FAUSSE	01	PAS D'INSTALLATION OU	6	(4.18)
SCEPTIQUE		DANS LA NATURE		
LATRINE AVEC FAUSSE	02	AUTRE, SPÉCIFIEZ	96	
ETANCHE				
ÉVACUATION JUSQU'À DES	03			
LATRINES				
LATRINE AVEC FAUSSE	04			
SIMPLE				
LATRINES VENTILÉES	05			

(4.17) Avec combien d'autres ménages votre ménage partage-t-il ces toilettes ?

SI CE MÉNAGE NE PARTAGE PAS, INSCRIVEZ "0"

NOMBRE :

(4.18) Comment traitez-vous principalement les ordures/saletés dans votre ménage ?

RAMASSAGE DES ORDURES	01
ORDURES JETÉES DANS UNE FOSSE	02
ORDURES ENTERRÉES	03
ORDURES INCINÉRÉES	04
ORDURES JETÉES DANS LA RUE OU SUR LA VOIE PUBLIQUE	05
AUTRE, SPÉCIFIEZ	96

(4.19) Quelle est la principale source d'énergie de votre ménage pour l'éclairage ?

KÉROSÈNE/PARAFFINE/	01	BOIS	07
LAMPE À HUILE		BOUSE D'ANIMAUX	08
GAZ	02	RÉCOLTES OU TOUT AUTRE D	09
ÉLECTRICITÉ DU RÉSEAU	03	ARBUSTES ET PAILLE	11
ÉLECTRICITÉ D'UN	04		
GÉNÉRATEUR			
ÉLECTRICITÉ DE PANNEAU	05	LAMPE-TORCHE	12
SOLAIRE		BOUGIES	13
GAZOLE	06	AUTRE, SPÉCIFIEZ	96

(4.14) Combien de temps vous faut-il pour vous rendre à cette source à pied ?

ALLER SIMPLE

MINUTES :

4 Logement

(4.20) Quelle est la principale source d'énergie utilisée pour la cuisine ?

KÉROSÈNE/PARAFFINE	01	BOIS	07
GAZ	02	CHARBON DE BOIS	08
ÉLECTRICITÉ DU RÉSEAU	03	CHARBON	09
ÉLECTRICITÉ D'UN	04		
GÉNÉRATEUR		RÉCOLTES OU TOUT	10
ÉLECTRICITÉ DE PANNEAU	05	AUTRE DÉCHET AGRICOLE	
SOLAIRE		ARBUSTES ET PAILLE	11
GAZOLE	06	AUTRE, SPÉCIFIEZ	96

5 Biens du ménage

SUJET : UNE RÉPONSE GLOBALE PAR MÉNAGE

RÉPONDANT : LE CHEF DU MÉNAGE OU LE MEMBRE DU MÉNAGE LE MIEUX INFORMÉ

Partie A : Biens durables

CODE DES BIENS DURABLES	BIEN DURABLE	(5.02)	(5.03)
		Combien de [BIENS DURABLE]s votre ménage possède-t-il ?	Si vous étiez en mesure de vendre votre [BIEN DURABLE] aujourd'hui, combien d'argent pourriez-vous en tirer ?
		N'INSCRIVEZ QUE LES BIENS QUI FONCTIONNENT SI CE N'EST PAS LE CAS, INSCRIVEZ ZÉRO PUIS ► BIEN DURABLE SUIVANT	S'IL Y EN A PLUS D'UN, DEMANDEZ LA VALEUR TOTALE DE TOUS LES ARTICLES
		NOMBRE	Gourdes
01	Radio/Lecteur de CD/Lecteur de cassette		
02	Téléviseur		
03	Fer à repasser		
04	Fourneau électrique		
05	Fourneau au gaz		
06	Lampe à paraffine		
07	Lit		
08	Matelas		
09	MOUSTIQUAIRES		
10	Réfrigérateur/congélateur		
11	Machine à coudre		
12	Table (pour les repas)		
13	Divan/Canapé		
14	Ligne de téléphone fixe		
15	Portable/Téléphone		
16	Moto		
17	Bicyclette		
18	Camionnette ou voiture		
19	Brouette		
20	Charrue		
21	Houes/herses/haches		

(5.01) CODE ID DU RÉPONDANT :

Partie B : Biens immobiliers et bétail

(5.04) Votre ménage est-il propriétaire du terrain sur lequel cette habitation est construite ? ☐

OUI	1
NON	2 ► (5.06)

(5.05) Quelle est la taille de ce terrain ? UNITÉ DE SURFACE : ☐

UNITÉ DE SURFACE :	TAILLE :		UNITÉ DE SURFACE :
LIMA	1	HECTARE	3
ACRE	2	MÈTRE CARRÉ	4

(5.06) Votre ménage possède-t-il du terrain (ou d'autres terrains en plus de cette résidence) ? ☐

OUI	1
NON	2 ► (5.09)

(5.07) Quelle est la superficie du terrain que possède votre ménage ? UNITÉ DE SURFACE : ☐

UNITÉ DE SURFACE :	TAILLE :		UNITÉ DE SURFACE :
CARREAU	1	HECTARE	3
CENTIEME	2	MÈTRE CARRÉ	4

(5.08) Si vous deviez vendre le terrain que vous possédez, d'après vous, combien d'argent en tireriez-vous ?

Gourdes :

Partie C : Chocs financiers liés à la santé (suite)

(5.15) Au cours des 12 derniers mois, un membre de votre famille a-t-il dû emprunter de l'argent pour payer des soins de santé ? Emprunter de l'argent signifie que vous devrez le rembourser au bout d'un certain temps.
APPROFONDISSEZ : Les paiements pour soins de santé comprennent les factures d'hôpital, les honoraires de médecins ou les médicaments.

OUI	1
NON	2 ► (5.18)

(5.16) Au total, combien d'argent avez-vous emprunté au cours des 12 derniers mois ?

MONTANT EN GOURDES :

(5.17) À la date d'aujourd'hui, combien d'argent devez-vous encore rembourser ?

MONTANT EN GOURDES :

(5.18) Au cours des 12 derniers mois, un membre de votre ménage a-t-il reçu de l'argent en cadeau, pour l'aider à payer des soins de santé ? Il peut s'agir d'une aide de votre communauté pour votre

ménage afin de l'aider à payer des factures, mais aussi de cadeaux de membres de votre famille

5 Biens du ménage

Partie B : Biens immobiliers et bétail (suite)

CODE DES ANIMAUX	ANIMAL	(5.09) Combien de [ANIMAUX] votre ménage possède-t-il ?	(5.10) Si vous étiez en mesure de vendre votre/vos [ANIMAUX] aujourd'hui, combien d'argent pourriez-vous en tirer ?
		SI CE N'EST PAS LE CAS, INSCRIVEZ ZÉRO PUIS ► ANIMAL SUIVANT	S'IL Y EN A PLUS D'UN, DEMANDEZ LA VALEUR TOTALE DE TOUS LES ARTICLES
		NOMBRE	DEVISE
01	Bétail		
02	Chèvres		
03	Moutons		
04	Cochons		
05	Volaille		
06	Gibier		
07	Âne/Cheval		
08	Bœufs		
96	Autres animaux, spécifiez		

qui n'habitent pas dans votre ménage, et d'autres cadeaux pour vous aider à payer des soins de santé.

OUI	1	
NON	2 ►	(5.20)

(5.19) Au total, combien d'argent avez-vous reçu au cours des 12 derniers mois ?

MONTANT EN GOURDES :

(5.20) En ce moment, combien d'argent devez-vous encore pour des frais de santé ? INSCRIVEZ ZÉRO SI MONTANT ÉGAL À ZÉRO

MONTANT EN GOURDES :

Partie C : Chocs financiers liés à la santé

(5.11) Au cours des 12 derniers mois, avez-vous eu des frais de santé excédant vos moyens financiers procurés par vos revenus habituels ?

OUI 1
NON 2 ► SECTION SUIVANTE

(5.12) Au cours des 12 derniers mois, un membre de votre ménage a-t-il dû vendre des terrains, des bâtiments, du matériel agricole, du bétail, des réserves alimentaires ou d'autres possessions pour payer des frais de santé ?

APPROFONDISSEZ : Les paiements pour soins de santé comprennent les factures d'hôpital, les honoraires de médecins ou les médicaments.

OUI 1
NON 2 ► (5.15)

		(5.13) Avez-vous dû vendre [BIEN] ?	(5.14) Au total, quelle est la somme que vous avez obtenue ?
		OUI 1 NON 2 ► SUIVANT	MONTANT EN DEVISE
1	Terrain		
2	Bâtiments		
3	Matériel agricole		
4	Bétail		
5	Autres possessions		



6 Autres sources de revenus

SUJET : UNE RÉPONSE GLOBALE PAR MÉNAGE

RÉPONDANT : LE CHEF DU MÉNAGE OU LE MEMBRE DU MÉNAGE LE MIEUX INFORMÉ

(6.01) CODE ID DU RÉPONDANT

Maintenant, j'aimerais vous poser quelques questions sur d'autres sources de revenus dans votre ménage, en dehors des paiements reçus pour le travail effectué.

CODE DE SOURCE DE REVENU		(6.02)	(6.03)
		Au cours des 12 derniers mois, un des membres de votre ménage a-t-il reçu un revenu provenant de [SOURCE DE REVENU] ?	Au cours des 12 derniers mois, quelle est la somme reçue par votre ménage en provenance de [SOURCE DE REVENU] ?
		OUI 1	
		NON 2	
		► SOURCE SUIVANTE	
	SOURCE DE REVENU		Gourdes
01	Revenu sous la forme d'intérêts ou provenant d'investissements		
02	Location d'un bâtiment et (ou) d'un terrain à quelqu'un		
03	Location de matériel/véhicules/machines à quelqu'un		
04	Location d'animaux à quelqu'un		
05	Bourses scolaires pour l'étude ou la formation professionnelle		
06	Transfert gouvernemental 1		
07	Transfert gouvernemental 2		
08	Transfert gouvernemental...		
09	Assistance de groupes communautaires, ONG, églises, etc.		
10	Versements de fonds/cadeaux (en liquide ou en nature) provenant de parents, de collègues ou d'amis à l'intérieur du pays (mariages, enterrements, investissements pour l'éducation, frais de scolarité, etc.) ?		
11	Versements de fonds/cadeaux (en liquide ou en nature) provenant de parents, de collègues ou d'amis à l'extérieur du pays (mariages, enterrements, investissements pour l'éducation, frais de scolarité, etc.) ?		
12	Héritage		
96	Autre revenu, en dehors du travail, spécifiez		

7 Consommation

Partie A : Consommation alimentaire hebdomadaire

(7.01)

CODE ID DU RÉPONDANT :

SUJET : UNE RÉPONSE GLOBALE PAR MÉNAGE

RÉPONDANT : LE CHEF DU MÉNAGE OU LE MEMBRE DU MÉNAGE LE MIEUX INFORMÉ

CODE D'ARTICLE ALIMENTAIRE	(7.02)		(7.03)	(7.04)
	Votre ménage a-t-il consommé [ARTICLE ALIMENTAIRE] au cours des 7 derniers jours ?		Au cours des 7 derniers jours, quelle a été la valeur totale du (de la) [ARTICLE ALIMENTAIRE] consommé(e) par votre ménage ?	Quelle était la source principale de ce/cet(te) [ARTICLE ALIMENTAIRE]? Était-ce principalement produit par le ménage, acheté, ou reçu gratuitement?
	(1) POSEZ D'ABORD LA QUESTION (7.02) POUR CHAQUE ARTICLE FIGURANT DANS LA LISTE. INSCRIVEZ 1=OUI, 2=NON			
	(2) SI LA RÉPONSE À (7.02) EST OUI, POSEZ (7.03) ET (7.04)			
		OUI 1		Produit par le ménage 01
		NON 2		Acheté 02
	DESCRIPTION D'ARTICLE ALIMENTAIRE		Gourdes	Reçu gratuitement 03
01	Igname			
02	Pain/Petits pains			
03	Manioc			
04	Pâtes alimentaires (spaghetti, macaroni)			
05	Blé/Farine (tous types)			
06	Mais			
07	Patate			
08	Pomme de terre			
09	Plantes légumineuses sèches (haricots, pois, pois chiche)			
10	Poulets			
11	Autres viandes			
12	Poissons et fruits de mer (frais ou surgelés)			
13	Lait (liquide)			
14	Yaourts/Fromages			
15	Œufs			
16	Beurre, margarine et autres produits à tartiner			
17	Huile (noix de coco, palme, tous types)			
18	Fruits			
19	Légumes			
20	Sucre/Miel			
21	Huile de cuisson			
22	Sel/Épices/Condiments			
23	Nourriture en dehors du ménage (petits restaurants, vendeurs de rue, à l'école/au travail, etc.)			
24	Café/Thé			
25	Boissons non alcoolisées			
26	Boissons alcoolisées			

SUJET : UNE RÉPONSE GLOBALE PAR MÉNAGE

RÉPONDANT : LE CHEF DU MÉNAGE OU LE MEMBRE DU MÉNAGE LE MIEUX INFORMÉ

CODE D'ARTICLE ALIMENTAIRE	(7.02)		(7.03)		(7.04)	
	Votre ménage a-t-il consommé [ARTICLE ALIMENTAIRE] au cours des 7 derniers jours ?		Au cours des 7 derniers jours, quelle a été la valeur totale du (de la) [ARTICLE ALIMENTAIRE] consommé(e) par votre ménage ?		Quelle était la source principale de ce/cet(te) [ARTICLE ALIMENTAIRE]? Était-ce principalement produit par le ménage, acheté, ou reçu gratuitement?	
	(1) POSEZ D'ABORD LA QUESTION (7.02) POUR CHAQUE ARTICLE FIGURANT DANS LA LISTE. INSCRIVEZ 1=OUI, 2=NON					
	(2) SI LA RÉPONSE À (7.02) EST OUI, POSEZ (7.03) ET (7.04)					
		OUI	1		Produit par le ménage	01
					Acheté	02
27	Bananes Plantains (pesees)					
28	Beignet, biscuit, pâtes					
29	Pâtes alimentaires (spaghetti, macaroni)					
30	Riz importé					
31	Riz Local					

7 Consommation

Partie B : Consommation non-alimentaire mensuelle

SUJET : UNE RÉPONSE GLOBALE PAR MÉNAGE

RÉPONDANT : LE CHEF DU MÉNAGE OU LE MEMBRE DU MÉNAGE LE MIEUX INFORMÉ

CODE D'ARTICLE NON ALIMENTAIRE	(7.05)	(7.06)	(7.07)
	Votre ménage a-t-il acheté [ARTICLE NON ALIMENTAIRE] au cours des 30 derniers jours ou en a-t-il reçu gratuitement ? (1) POSEZ D'ABORD LA QUESTION (7.05) POUR CHAQUE ARTICLE FIGURANT DANS LA LISTE. INSCRIVEZ 1=OUI, 2=NON (2) SI LA RÉPONSE À (7.05) EST OUI, POSEZ (7.06) ET (7.07) OUI 1 NON 2	Au cours des 30 derniers jours, combien votre ménage a-t-il dépensé pour [ARTICLE NON ALIMENTAIRE] ? INSCRIVEZ ZÉRO SI MONTANT	Au cours des 30 derniers jours, quelle a été la valeur de [ARTICLE NON ALIMENTAIRE] que votre ménage a reçu gratuitement ou contre paiement en nature ? INSCRIVEZ ZÉRO SI MONTANT
	DESCRIPTION D'ARTICLE NON ALIMENTAIRE	Gourdes	Gourdes
01	Articles de toilettes (savon, mousse à raser, dentifrice, mouchoirs, serviettes hygiéniques)		
02	Bougies/Briquets et allumettes		
03	Carburant et lubrifiant pour véhicule privé - À L'EXCLUSION DES COÛTS POUR LE CARBURANT DANS LE CADRE D'UNE UTILISATION PROFESSIONNELLE D'UN VÉHICULE (TAXI, VÉHICULE COMMERCIAL, ETC.)		
04	Transports publics (pour aller au travail et en revenir)		
05	Transports publics (pour aller à l'école et en revenir)		
06	Transports publics (pour aller à un établissement de santé et en revenir)		
07	Autres transports publics		
08	Assurance maladie		
09	Honoraires de dentistes et frais connexes		
10	Honoraires de consultations médicales, médecins et infirmières, sages-femmes, etc. (à l'exclusion des notes d'hôpital)		
11	Médicaments et injections		
12	Honoraires de laboratoires, honoraires de radiographie		
13	Honoraires de consultation de docteurs traditionnels, guérisseurs, etc.		
14	Autres frais liés à la santé		
15	Téléphone (appels, cartes, cartes souples, bons de recharge, etc.)		
16	Frais Internet (y compris les cybercafés)		

SUJET : UNE RÉPONSE GLOBALE PAR MÉNAGE

RÉPONDANT : LE CHEF DU MÉNAGE OU LE MEMBRE DU MÉNAGE LE MIEUX INFORMÉ

CODE D'ARTICLE NON ALIMENTAIRE	(7.05)	(7.06)	(7.07)
	Votre ménage a-t-il acheté [ARTICLE NON ALIMENTAIRE] au cours des 30 derniers jours ou en a-t-il reçu gratuitement ?	Au cours des 30 derniers jours, combien votre ménage a-t-il dépensé pour [ARTICLE NON ALIMENTAIRE] ?	Au cours des 30 derniers jours, quelle a été la valeur de [ARTICLE NON ALIMENTAIRE] que votre ménage a reçu gratuitement ou contre paiement en nature ?
	(1) POSEZ D'ABORD LA QUESTION (7.05) POUR CHAQUE ARTICLE FIGURANT DANS LA LISTE. INSCRIVEZ 1=OUI, 2=NON (2) SI LA RÉPONSE À (7.05) EST OUI, POSEZ (7.06) ET (7.07)	INSCRIVEZ ZÉRO SI MONTANT	INSCRIVEZ ZÉRO SI MONTANT
	OUI 1		

7 Consommation

Partie C : Consommation non-alimentaire annuelle

SUJET : UNE RÉPONSE GLOBALE PAR MÉNAGE

RÉPONDANT : LE CHEF DU MÉNAGE OU LE MEMBRE DU MÉNAGE LE MIEUX INFORMÉ

CODE D'ARTICLE NON ALIMENTAIRE	(7.08)	(7.09)	(7.10)
	Votre ménage a-t-il acheté [ARTICLE NON ALIMENTAIRE] au cours des 12 derniers mois ou en a-t-il reçu gratuitement ? (1) POSEZ D'ABORD LA QUESTION (7.08) POUR CHAQUE ARTICLE FIGURANT DANS LA LISTE. INSCRIVEZ 1=OUI, 2=NON (2) SI LA RÉPONSE À (7.08) EST OUI, POSEZ (7.09) ET (7.10)	Au cours des 12 derniers mois, combien votre ménage a-t-il dépensé pour [ARTICLE NON ALIMENTAIRE] ? INSCRIVEZ ZÉRO SI MONTANT ÉGAL À ZÉRO	Au cours des 12 derniers mois, quelle a été la valeur de [ARTICLE NON ALIMENTAIRE] que votre ménage a reçu gratuitement ou contre paiement en nature ? INSCRIVEZ ZÉRO SI MONTANT ÉGAL À ZÉRO
	<div>OUI 1</div> <div>NON 2</div>		
	DESCRIPTION D'ARTICLE NON ALIMENTAIRE	GOURDES	GOURDES
01	Matériau pour vêtements et couturier		
02	Chaussures et souliers		
03	Meubles		
04	Ustensiles de ménage (coutellerie, verres, assiettes, etc.)		
05	Frais de scolarité		
06	Honoraires et taxes pour les associations de parent d'élèves		
07	Frais de scolarité et de pensionnat		
08	Livres de classe		
09	Uniformes et autres articles		
10	Autres frais du domaine de l'éducation		
11	Versements envoyés à des parents, amis		
12	Enterrements (y compris les contributions versées)		
13	Fêtes (mariages, anniversaires, baptêmes, etc.)		
14	Véhicules (voitures, motos, bicyclettes, etc.)		
15	Bijoux, horloges et montres		
16	Réparation et entretien du domicile		
17	Frais pour les médicaments		
18	Frais pour les examens médicaux (laboratoire, échographie, radiologie, x-ray)		
19	Frais pour la consultation en dispensaire/Centre de Santé		
20	Frais pour la consultation en HCR/Hôpital départemental		
21	Frais pour séjour hospitalier (Centre de Santé, HCR, Hôpital Départemental)		
22	Frais pour les agents communautaire/matrones		
23	Frais auprès de médecins traditionnels		

SUJET : UNE RÉPONSE GLOBALE PAR MÉNAGE

RÉPONDANT : LE CHEF DU MÉNAGE OU LE MEMBRE DU MÉNAGE LE MIEUX INFORMÉ

CODE D'ARTICLE NON ALIMENTAIRE	(7.08)	(7.09)	(7.10)
	Votre ménage a-t-il acheté [ARTICLE NON ALIMENTAIRE] au cours des 12 derniers mois ou en a-t-il reçu gratuitement ? (1) POSEZ D'ABORD LA QUESTION (7.08) POUR CHAQUE ARTICLE FIGURANT DANS LA LISTE. INSCRIVEZ 1=OUI, 2=NON (2) SI LA RÉPONSE À (7.08) EST OUI, POSEZ (7.09) ET (7.10)	Au cours des 12 derniers mois, combien votre ménage a-t-il dépensé pour [ARTICLE NON ALIMENTAIRE] ? <i>INSCRIVEZ ZÉRO SI MONTANT ÉGAL À ZÉRO</i>	Au cours des 12 derniers mois, quelle a été la valeur de [ARTICLE NON ALIMENTAIRE] que votre ménage a reçu gratuitement ou contre paiement en nature ? <i>INSCRIVEZ ZÉRO SI MONTANT ÉGAL À ZÉRO</i>

8 Mortalité

SUJET : UNE RÉPONSE GLOBALE PAR MÉNAGE

RÉPONDANT : LE CHEF DU MÉNAGE OU LE MEMBRE DU MÉNAGE LE MIEUX INFORMÉ

(8.01) Y-a-t-il eu décès d'un adulte, d'un enfant ou d'un nourrisson vivant dans ce ménage, au cours des 12 derniers mois ?

OUI 1
NON 2

(8.02) Au cours des 12 derniers mois, un bébé a-t-il pleuré ou montré des signes de vie mais survécu que quelques heures ou jours ?

OUI 1 TRAITEZ CE TYPE DE BÉBÉ COMME UN MEMBRE DÉCÉDÉ DU MÉNAGE
NON 2

(8.03) Combien de membres du ménage sont-ils morts au cours des 12 derniers mois ?
S'IL N'Y EN A EU AUCUN, INSCRIVEZ "0" PUIS ► SECTION SUIVANTE

NOMBRE :

Je vous prie de bien vouloir me donner le nom des membres du ménage décédés au cours des 12 derniers mois, en commençant par le décès le plus récent. INSCRIVEZ D'ABORD LE DÉCÈS LE PLUS RÉCENT, PUIS LE DÉCÈS PRÉCÉDENT

CODE DU DÉCÉDÉ	NOM DU DÉCÉDÉ	(8.04) Quelle est la date du décès ?		(8.05) Quel est le sexe de la personne décédée ?	(8.06) Quel âge avait-[IL / ELLE] lors de son décès ?		(8.07) Quelle a été la cause du décès ?		(8.08) Où est-[IL / ELLE] décédé(e) ?		(8.09) Quel était le lien de parenté entre la personne décédée et le chef actuel du ménage ?			
		MOIS	ANNÉE	HOMME 01 FEMME 02	INSCRIVEZ L'ÂGE EN JOURS, MOIS OU ANNÉES JOURS 1 MOIS 2 ANNÉE 3	TRAUMATISME À LA NAISSANCE 01 ANOMALIES CONGÉNITALES 02 CHOLERA 03 ROUGEOLE 04 PALUDISME 05 MALNUTRITION 06 DIARRHÉE 07 PNEUMONIE 08 TUBERCULOSE 09 SIDA 10 ACCIDENT 11 VIOLENCE 12 ATTAQUE (CÉRÉBRALE) 13 CANCER 14 MALADIE CARDIAQUE 15 VIEILLESSE 16 INCONNUE 17 AUTRE, SPÉCIFIEZ 96		À LA MAISON 01 DANS UNE AUTRE MAISON 02 DANS LA RUE 03 DANS UNE CLINIQUE 04 DANS UN HÔPITAL 05 AUTRE : 96		CONJOINT (FEMME / MARI) 02 PROPRE FILS / FILLE 03 ENFANT D'UN AUTRE MARIAGE 04 BEAU-FILS / BELLE-FILLE 05 PETIT-FILS/PETITE-FILLE 06 FRÈRE / SOEUR 07 PARENT 08 BEAU-PARENT 09 NIÈCE / NEVEU 10 AUTRE MEMBRE DE LA FAMILLE 11 AIDE DOMESTIQUE 12 AUTRE, NON MEMBRE DE LA FAMILLE 13 AUTRE, SPÉCIFIEZ 96				
01														
02														
03														
04														
05														
06														

9 Statut de Santé et Utilisation

SUJET : TOUS LES MEMBRES DU MÉNAGE

RÉPONDANT : ELLE/LUI-MÊME; ET POUR LES ENFANTS DE MOINS DE 15 ANS, LA MÈRE OU LE PRINCIPAL SOIGNANT

CODE ID	HANDICAP ET MALADIES CHRONIQUES						
	(9.01)	(9.02)	(9.03)	(9.04)	(9.05)	(9.06)	(9.07)
CODE D'IDENTIFICATION DU SOIGNANT (PERSONNE QUI A RÉPONDU AU NOM DE L'ENFANT < 15 ans)	CODE	À l'heure actuelle, quel est votre niveau de santé / le niveau de santé de [NOM] lors d'une journée normale ? Diriez-vous qu'il est excellent, bon, assez bon ou médiocre ?	Souffrez-vous / [NOM] souffre-t-il/elle de handicap ou de maladies chroniques ?	De quels handicaps ou maladies chroniques souffrez-vous / [NOM] souffre-t-il/elle ?	Étant donnée votre santé actuelle / la santé actuelle de [NOM], comment êtes-vous / [NOM] est-il/elle en mesure d'effectuer vos/ses activités quotidiennes (travail, école, etc.) ?	Etes-vous/Est [NOM] présentement couvert par une assurance santé ?	Au cours des 2 dernières semaines, avez-vous / [NOM] a-t-il/elle été malade, ou souffrez-vous / souffre-t-il/elle d'une maladie ou blessure, en dehors des handicaps ou des maladies chroniques ?
				HANDICAPS HANDICAP PHYSIQUE 01 HANDICAP MENTAL 02 CÉCITÉ 03 SURDITÉ/MUTITÉ 04 AUTRE HANDICAP 05			
				MALADIE CHRONIQUE TROUBLE CARDIAQUE 06 DIABÈTE 07 ÉPILEPSIE 08 ASTHME 09 CANCER 10 VIH/SIDA 11 TUBERCULOSE 12	AISÉMENT 1 AVEC DES DIFFICULTÉS 2 AVEC BEAUCOUP DE DIFFICULTÉ 3 IMPOSSIBLE DE LE FAIRE 4		
CODE ID DU SOIGNANT	EXCELLENT 1 BON 2 PASSABLE 3 MÉDIOCRE 4	OUI 1 NON 2 ► (9.06)				OUI 1 NON 2	OUI 1 NON 2 ► (9.47)
				AUTRE MALADIE CHRONIQUE 13			
01							
02							
03							
04							
05							
06							
07							
08							
09							
10							
11							
12							
13							
14							
15							

9 Statut de Santé et Utilisation

		MALADIE AIGUE				DIARRHÉE			
CODE ID	(9.08)		(9.09)	(9.10)	(9.11)	(9.12)	(9.13)	(9.14)	
	De quoi souffrez-vous / souffre [NOM] surtout ?		A quand remonte le début de sa maladie ?	A quand remonte la fin de sa maladie ?	Au cours des 2 dernières semaines, combien de jours de travail, d'école, de jeu ou d'autres activités principales avez-vous / [NOM] a-t-il/elle manqué du fait de sa mauvaise santé ?	Au cours des 2 dernières semaines, combien de jours avez-vous / [NOM] a-t-il/elle dû rester alité(e) du fait de votre/sa mauvaise santé ?	INTERVIEWER: CHECK WHETHER YOU/[NAME] IS A CHILD UNDER AGE FIVE AND HAD DIARRHEA IN QUESTION (9.08), I.E. ANSWERED CODES 45, 46, OR 47.	Quelle quantité de liquide a-t-on cherché à vous faire boire / faire boire à [NOM] pendant cette maladie ? Vous/Lui a-t-on proposé plus que d'habitude, à peu près la même chose, moins que d'habitude ou rien du tout ?	
	MALADIES	MALADIES (suite)	ENQUÊTEUR : INSCRIVEZ LA RÉPONSE EN NOMBRE DE JOURS	ENQUÊTEUR : INSCRIVEZ LA RÉPONSE EN NOMBRE DE JOURS. SI ENCORE MALADE AUJOURD'HUI, INSCRIVEZ 00.				PLUS QUE D'HABITUDE À PEU PRÈS PAREIL MOINS QUE D'HABITUDE RIEN À BOIRE	
	PALUDISME	01 PEAU							19
	VIH/SIDA	02 GÉNITO-URINAIRE							20
	ROUGEOLE	03 GROSSESSE / LIÉ À LA NAISSANCE							21
CANCER	04 PÉRINATAL	22							
ANÉMIE	05 CONGÉNITAL	23							
DIABÈTE	06 BLESSURE OU EMPOISONNEMENT	24							
MALNUTRITION	07 SYMPTÔMES								
TROUBLES MENTAUX	08 FIÈVRE	41							
MALADIE	09 DOULEURS ABDOMINALES	42							
PROBLÈME OCULAIRE	10 TOUX UNIQUEMENT	43							
PROBLÈME AURICULAIRE	11 TOUX AVEC RESPIRATION DIFFICILE, RAPIDE	44							
MALADIE CARDIAQUE	12								
INFECTION PULMONAIRE	13 DIARRHÉE SANS SANG	45							
TUBERCULOSE	14 DIARRHÉE AVEC SANG	46							
PNEUMONIE	15 DIARRHÉE ET VOMISSEMENTS	47							
AUTRES DIFFICULTÉS	16 VOMISSEMENTS	48							
DIGESTIF	17 MAUX DE TÊTE	49							
MUSCLE/OS	18 AUTRE	96							
			NOMBRE DE JOURS	NOMBRE DE JOURS	JOURS	JOURS	OUI 1 NON 2 ► (9.18)		
01									
02									
03									
04									
05									
06									
07									
08									
09									
10									
11									
12									
13									
14									
15									

9 Statut de Santé et Utilisation

CODE ID	DIARRHÉE			À LA RECHERCHE DE SOINS				
	(9.15)	(9.16)	(9.17)	(9.18)	(9.19)			
	Quelle quantité de nourriture a-t-on cherché à vous faire manger / faire manger à [NOM] pendant cette maladie ? Vous/Lui a-t-on proposé plus que d'habitude, à peu près la même chose, moins que d'habitude ou rien du tout ?	Vous a-t-on donné / A-t-on donné à [NOM] un liquide provenant d'un paquet spécial appelé Solution de Réhydratation par voie Orale (SRO), comme celui-ci ? ENQUÊTEUR : MONTREZ LE PAQUET AU RÉPONDANT	Où avez-vous obtenu ce paquet de Solution de Réhydratation par voie Orale (SRO) ? HÔPITAL PUBLIC (HCR, hopital departeme 01 CENTRE DE SANTE PUBLIC (CSL/CAL) 02 DISPENSAIRE PUBLIC 03 HÔPITAL PRIVÉ 04 CLINIQUE PRIVÉE 05 DISPENSAIRE PRIVÉ 06 MÉDECIN PRIVÉ 07 PHARMACIE 08 CLINIQUE MOBILE 09 GUÉRISSEUR TRADITIONNEL 10 GUÉRISSEUR PAR LA PRIÈRE/D'ÉGLISE 11 AGENT DE SANTÉ COMMUNAUTAIRE 12 FAMILLE/AMIS/VOISINS 13 AUTRE, SPÉCIFIEZ 96	Vous êtes-vous / [NOM] s'est-il/elle rendu(e) dans un établissement de soins, avez-vous / a-t-il/elle vu du personnel médical ou un guérisseur traditionnel pour soigner cette maladie ? APPROFONDISSEZ POUR SAVOIR SI LE PATIENT S'EST RENDU AU CENTRE MAIS CELUI-CI ÉTAIT FERMÉ/N'AVAIT PAS DE PERSONNEL. SI C'EST LE CAS, CONSIDÉREZ QUE LA RÉPONSE EST "OUI". OUI 1 ► (9.20) NON 2	Pourquoi ne vous-êtes-vous pas / [NOM] ne s'est-il/elle pas rendu(e) dans un établissement de santé ou n'avez-vous pas / n'a-t-il/elle pas vu du personnel TROP CHER 01 TROP LOIN 02 TROP OCCUPÉ(E) (TRAVAIL, ENFANTS) 03 N'ÉTAIT PAS SUFFISAMMENT MALADE 04 LA STRUCTURE DE CET ÉTABLISSEMENT EST MAUVAISE 05 L'ÉTABLISSEMENT A DES STOCKS INSUFFISANTS 06 MAUVAISE ATTITUDE DU PERSONNEL 07 MAUVAISES CONNAISSANCES DU PERSONNEL 08 NE FAIT PAS CONFIANCE AU PERSONNEL 09 PERSONNEL HABITUELLEMENT ABSENT 10 ÉTABLISSEMENT DE SANTÉ FERMÉ 11 PAS DE TRANSPORT 12 MAUVAISE QUALITÉ DES SOINS 13 HORAIRES PEU PRATIQUES 14 LONGUES ATTENTES 15 PRÉFÈRE LES SOINS À LA MAISON 16 AUTRE (SPÉCIFIEZ) 96 ► (9.40)	INSCRIVEZ UN MAXIMUM DE 3 RÉPONSES		
					PREMIER	DEUXIÈME	TROISIÈME	
01								
02								
03								
04								
05								
06								
07								
08								
09								
10								
11								
12								
13								
14								
15								

9 Statut de Santé et Utilisation

CODE ID	LA RECHERCHE DE SOIN	À LA RECHERCHE D'UN LIEU POUR DES SOINS		À LA RECHERCHE DE SOINS, DERNIÈRE VISITE	
	(9.20) Combien de temps après le début de votre/sa maladie avez-vous / [NOM] a-t-il/elle attendu avant de chercher à se faire soigner ?	(9.21) Ou avez-vous / [NOM] a-t-il/elle cherché à se faire soigner ?	(9.22) S'IL S'AGIT D'UN HÔPITAL, CLINIQUE OU DISPENSAIRE, APPROFONDISSEZ POUR OBTENIR LE NOM DE CET ÉTABLISSEMENT ET INSCRIRE SON CODE	(9.23) Lors de la dernière visite, combien de temps a-t-il fallu pour se rendre auprès de la ou des personnes chargées de fournir ces soins ?	(9.24) Lors de la dernière visite, y-a-t-il eu une interaction directe entre vous/[NOM] et un professionnel de santé ?
		HÔPITAL PUBLIC (HCR, hopital departemental, ho 01 CENTRE DE SANTE PUBLIC (CSL/CAL) 02 DISPENSAIRE PUBLIC 03 HÔPITAL PRIVÉ 04 CLINIQUE PRIVÉE 05 DISPENSAIRE PRIVÉ 06 MÉDECIN PRIVÉ 07 PHARMACIE 08 CLINIQUE MOBILE 09 GUÉRISSEUR TRADITIONNEL 10 GUÉRISSEUR PAR LA PRIÈRE/D'ÉGLISE 11 AGENT DE SANTÉ COMMUNAUTAIRE/MATRON 12		ENQUÊTEUR : INSCRIVEZ LES RÉPONSES EN MINUTES ALLER SIMPLE	
	DANS LES 24 HEURES 1				
	ENTRE 24 ET 48 HEURES 2				
	DANS LA MEME SEMAINE 3				
	DANS LES 15 JOURS 4				
	DANS LES 3 SEMAINES 5				
		AUTRE, SPÉCIFIEZ 96			
			NOM	CODE	MINUTES
01					
02					
03					
04					
05					
06					
07					
08					
09					
10					
11					
12					
13					
14					
15					

9 Statut de Santé et Utilisation

À LA RECHERCHE DE SOINS, DERNIÈRE VISITE					
CODE ID	(9.25)	(9.26)	(9.27)	(9.28)	(9.29)
	Pourquoi n'y-a-t-il pas eu d'interaction directe entre vous/[NOM] et un professionnel de santé ?	Lors de la dernière visite, pendant combien de temps avez-vous / [NOM] a-t-il/elle dû attendre avant de voir un professionnel de santé ?	Lors de la dernière visite, qui s'est occupé de vous/[NOM] ?	Ce professionnel de santé a-t-il posé des questions pour savoir comment vous vous sentiez / se sentait [NOM] et connaître vos symptômes / les symptômes de [NOM] ?	Ce professionnel de santé a-t-il procédé à des examens physiques sur vous/[NOM], par exemple, en prenant votre/sa pression artérielle, en écoutant votre/son cœur, etc. ?
	AUCUN PROFESSIONNEL DE SANTÉ PRÉSENT 01	ENQUÊTEUR : INSCRIVEZ LES RÉPONSES EN MINUTES	DOCTEUR EN MÉDECINE 01	OUI 1 NON 2	OUI 1 NON 2
	PROFESSIONNEL DE SANTÉ TROP OCCUPÉ 02		INFIRMIÈRE / SAGE-FEMME 02		
	PROFESSIONNEL DE SANTÉ NE VOIT PAS DE PATIENTS 03		INFIRMIÈRE AUXILIAIRE/SAGE-FEMME 03		
	REFUS DU PROFESSIONNEL DE SANTÉ 04		AGENT DE SANTÉ COMMUNAUTAIRE 04		
	AUCUN PROFESSIONNEL DE SANTÉ FÉMININ 05		TECHNICIEN DE LABORATOIRE 05		
	PROFESSIONNEL DE SANTÉ NON QUALIFIÉ 06		PHARMACIEN 06		
	ATTENTE TROP LONGUE 07		MATRONE 07		
	PATIENT ARRIVÉ EN RETARD 08		GUÉRISSEUR TRADITIONNEL 08		
	NE PEUT PAS PAYER LES HONORAIRES 09		GUÉRISSEUR SPIRITUEL 09		
	AUTRE, SPÉCIFIEZ : _____ 96		VENDEUR DE MÉDICAMENTS 10		
		AUTRE, SPÉCIFIEZ 96			
		MINUTES			
01					
02					
03					
04					
05					
06					
07					
08					
09					
10					
11					
12					
13					
14					
15					

9 Statut de Santé et Utilisation

CODE ID	À LA RECHERCHE DE SOINS, DERNIÈRE VISITE					FRAIS				
	(9.30)	(9.31)	(9.32)	(9.33)	(9.34)	(9.35)				(9.36)
	Ce professionnel de santé a-t-il procédé à un test rapide (par exemple, une petite piqûre à l'extrémité d'un doigt pour détecter le paludisme) ?	Ce professionnel de santé a-t-il ordonné des radiographies ou des examens en laboratoires (tests urinaires ou sanguins, par exemple) ?	Avez-vous / [NOM] a-t-il/elle fait faire ces tests ?	Avez-vous / [NOM] a-t-il/elle reçu les résultats ?	Ce professionnel de santé a-t-il prescrit des médicaments ?	Au cours des 2 dernières semaines, quel est le montant dépensé par votre ménage de sa propre poche pour traiter votre maladie / la maladie de [NOM] ? Plus spécifiquement, combien votre ménage a-t-il dépensé pour...				Un employeur ou une assurance ont-ils payé une partie des honoraires du professionnel de santé, des frais de médicaments, de radiographie, ou de transport ?
						LISEZ À VOIX HAUTE CHAQUE CATÉGORIE				OUI, L'EMPLOYEUR
	OUI 1 NON 2	OUI 1 NON 2	OUI 1 NON 2	OUI 1 NON 2	OUI 1 NON 2	A. Honoraires officiels du professionnel	B. Honoraires de laboratoire et de radiographie	C. Autres paiements au professionnel ?	D. Transports	OUI, L'ASSUR/ NON AUTRE, SPÉC
		► (9.34)				Gourdes	Gourdes	Gourdes	Gourdes	02 03 96
01										
02										
03										
04										
05										
06										
07										
08										
09										
10										
11										
12										
13										
14										
15										

[illegible]

[illegible]

[illegible]

19 Informations sur les contacts

	(19.01) Pouvez-vous me communiquer le nom des membres de votre ménage qui ont un portable ? INSCRIVEZ LE CODE D'IDENTIFICATION ET LE NOM	(19.02) Pouvez-vous me donner votre numéro de portable afin que nous puissions vous recontacter, si cela s'avérait nécessaire ?
	NOM	NUMÉRO DE PORTABLE
1		
2		
3		
4		
5		
6		
7		
8		

Pouvez-vous également me donner le numéro de portable d'au moins deux autres membres de votre famille, de parents ou d'amis de votre ménage ? Si nous avons besoin de vous recontacter mais si votre numéro de portable ne fonctionne pas, nous pourrions les appeler pour leur demander où vous vous trouvez.

	(19.03) NOM	(19.04) NUMÉRO DE PORTABLE	(19.05) LIEN DE PARENTÉ AVEC LE CHEF DE MÉNAGE
1			
2			
3			
4			
5			

CODES DE LIENS DE PARENTÉ

PARENT	1
AMI	2
VOISIN	3

REMERCIEZ LES MEMBRES DU MÉNAGE (VOTRE MANUEL VOUS INDIQUE COMMENT VOUS DEVEZ CONCLURE)

DÉCRIREZ EN DÉTAIL COMMENT TROUVER CE MÉNAGE, EN COMMENCANT PAR UN REPÈRE FACILEMENT IDENTIFIABLE.

Remarques de l'enquêteur

VEUILLEZ INSCRIRE VOS REMARQUES (LE CAS ÉCHÉANT) POUR CHAQUE RÉPONDANT

01	
02	
03	
04	
05	
06	
07	
08	
09	
10	
11	
12	
13	
14	
15	

