



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

IDENTIFIANT	
NUMÉRO DE L'AIRE DE DESSERTE	NUMÉRO DE MÉNAGE
<input type="text"/>	<input type="text"/>

QUESTIONNAIRE MÉNAGE

EMPLACEMENT GÉOGRAPHIQUE			
Département	<input type="text"/>	Arrondissement	<input type="text"/>
		Commune	<input type="text"/>
		Section communale	<input type="text"/>
Localité	<input type="text"/>		
COORDONNÉES GPS DU LOGEMENT			
LATITUDE (NORD):	<input type="text"/>	<input type="text"/>	ALTITUDE (METRES): <input type="text"/>
LONGITUDE (EST):	<input type="text"/>	<input type="text"/>	

ENQUÊTEUR ET VISITES			LANGUE UTILISÉE									
NOM :	<input type="text"/>	CODE :	<input type="text"/>	... PAR L'ENQUÊTEUR ?	<input type="text"/>							
				... PAR LE RÉPONDANT ?	<input type="text"/>							
VISITE N°1 :	<table border="1" style="width: 100%;"> <thead> <tr> <th>JOUR</th> <th>MOIS</th> <th>ANNÉE</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td><input type="text"/></td> <td><input type="text"/></td> <td><input type="text"/></td> </tr> </tbody> </table>	JOUR	MOIS	ANNÉE	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	RÉSULTAT DE L'ENTRETIEN :	<input type="text"/>			
JOUR	MOIS	ANNÉE										
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>										
VISITE N°2 :	<table border="1" style="width: 100%;"> <thead> <tr> <th>JOUR</th> <th>MOIS</th> <th>ANNÉE</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td><input type="text"/></td> <td><input type="text"/></td> <td><input type="text"/></td> </tr> </tbody> </table>	JOUR	MOIS	ANNÉE	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	ENTRETIEN RÉALISÉ	<input type="text"/>	01	Créole	01
JOUR	MOIS	ANNÉE										
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>										
VISITE N°3 :	<table border="1" style="width: 100%;"> <thead> <tr> <th>JOUR</th> <th>MOIS</th> <th>ANNÉE</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td><input type="text"/></td> <td><input type="text"/></td> <td><input type="text"/></td> </tr> </tbody> </table>	JOUR	MOIS	ANNÉE	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	PARTIELLEMENT COMPLÉTÉE	<input type="text"/>	02	Français	02
JOUR	MOIS	ANNÉE										
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>										
			LA PERSONNE INSCRITE A DÉCLINÉ L'ENTRETIEN	<input type="text"/>	03							
			MEMBRES DU MÉNAGE NON PRÉSENTS	<input type="text"/>	04							
			MÉNAGE VIDE	<input type="text"/>	05							
			ADRESSE DU DOMICILE INTROUVABLE	<input type="text"/>	06							
			CHEF DU MÉNAGE / AUTRE PERSONNE A REFUSÉ D'AUTORISER L'ENTRETIEN	<input type="text"/>	07							
			AUTRE, SPÉCIFIEZ : _____	<input type="text"/>	96	AUTRE (SPÉCIFIEZ : _____)	96					
						UTILISATION D'UN TRADUCTEUR ?	<input type="text"/>					
						JAMAIS	1					
						PARFOIS	2					
						TOUJOURS	3					
SUPERVISEUR			INFORMATIONS DE CONTRÔLE									
NOM :	<input type="text"/>	CODE :	<input type="text"/>									
OPÉRATEUR CHARGÉ DE LA SAISIE DES DONNÉES			NOMBRE DE MEMBRES DU MÉNAGE									
NOM :	<input type="text"/>	CODE :	<input type="text"/>	<input type="text"/>								



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 tous les enfants de 5 ans	Entourez le code ID de toutes les personnes de 5-24 ans	
		HOMME 1	ANNÉES	MOIS						
		FEMME 2								
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

SUJET : TOUS LES MEMBRES DU MÉNAGE

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

CODE ID	(1.10)	(1.11)			(1.12)		(1.13)	(1.14)			PÈRE			(1.18)
	Quelle est la relation entre [NOM] et le chef de ménage?	Quelle est la date de naissance de [NOM] ?			Quel âge a [NOM] ?		Quelle est la situation matrimoniale actuelle de	CODE ID DU CONJOINT			(1.15)	(1.16)	(1.17)	À ce niveau de scolarité, quelle est la classe la plus élevée complétée par le père de [NOM] ?
	CHEF DU MÉNAGE 01 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	SI LE RÉPONDANT NE CONNAIT PAS LE JOUR OU LE MOIS, INSCRIVEZ "DK". S'IL NE CONNAIT PAS L'ANNÉE, APPROFONDISSEZ EN UTILISANT UN TABLEAU D'ÉVÉNEMENTS			(SI <5 ANS, INDIQUEZ AUSSI NOMBRE DE MOIS) INSCRIVEZ ÉGALEMENT L'ÂGE DE [NOM] SUR LE VOLET SI MOINS DE 12 ANS		CELIBATAIRE 1 MARIÉ / MIE MARITALE 2 UNION LIBRE/CONCUBINA 3 DIVORCÉ(E) / SÉPARÉ(E) 4 VEUF/VEUVE 5	SI LE/LA CONJOINT(E) N'EST PAS MEMBRE DU MÉNAGE, CODE 98. ÉNUMÉREZ EN FONCTION DU RANG ID1 ID2 ID3			Le père de [NOM] vit-il dans ce ménage? OUI 1 NON 2 DÉCÉDÉ(E) 3	COPIEZ LE CODE D'IDENTIFICATION DU PÈRE (1.19) CODE ID DU PÈRE	Quel est le niveau de scolarisation le plus élevé atteint par le père 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 AUTRE, SPÉCIFIEZ 96	
01														
02														
03														
04														
05														
06														
07														
08														
09														
10														
11														
12														
13														
14														
15														

1 Liste des membres du ménage

CODE ID	MÈRE						
	(1.19)	(1.20)	(1.21)	(1.22)	(1.23)	(1.24)	(1.25)
	La mère de [NOM] vit-elle dans ce ménage?	COPIEZ LE CODE D'IDENTIFICATION DE LA MÈRE	Quel est le niveau de scolarisation le plus élevé atteint par la mère de [NOM] ?	À ce niveau de scolarité, quelle est la classe la plus élevée complétée par la mère de [NOM] ?	Quelle est la religion de [NOM] ?	[NOM] est-il ou est-elle resté(e) éloigné(e) du ménage pendant plus de 6 mois au cours des 12 derniers mois ?	Au cours des 12 derniers mois, combien de mois [NOM] est-il ou est-elle resté(e) éloigné(e) ?
	OUI 1 NON 2 ▶ (1.21)		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	INSCRIVEZ 0 SI AUCUNE ANNÉE SCOLAIRE N'A ÉTÉ COMPLÉTÉE À CE NIVEAU	AUCUN 01 01 CATHOLIQUE 02 02 PROTESTANT 03 03 ADVENTISTE 04 04 MUSULMAN 05 05 VODOUISANT 06 06 AUTRE, SPÉCIFIEZ 96 96	OUI 1 NON 2 ▶ #REF!	
	DÉCÉDÉ(E) 3 ▶ (1.21)	▶ (1.23)	NIVEAU	CLASSE			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] ?	[NOM] sait-il (elle) lire et écrire dans une quelconque langue?	[NOM] a-t-il (elle) été à l'école ?	Quel est le niveau de scolarisation le plus élevé atteint par [NOM] ?	À ce niveau de scolarité, quelle est la classe la plus élevée complétée par [NOM] ?	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 ?	Au cours de cette année scolaire, quel niveau et quelle classe [NOM] suit-il/elle / a-t-il/elle suivi?	ANNÉE SCOLAIRE À CE NIVEAU		Combien de temps faut-il à [NOM] pour se rendre à son école ? (DURÉE ALLER SIMPLE)	
		CREOLE 01 FRANCAIS 02 03 04 05	OUI 1 NON 2	OUI 1 NON 2 ▶ (2.12)	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	INSCRIVEZ 0 SI AUCUNE ANNÉE SCOLAIRE N'A ÉTÉ COMPLÉTÉE À CE NIVEAU	OUI 1 NON 2 ▶ (2.12)	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	CLASSE	HEURES	MINUTES
01												
02												
03												
07												
08												
09												
13												
14												
15												

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						
		PAS DE TRANSPORT 02						
		MALADE/BLESSÉ(E) 03						
		MALADIE DANS LA FAMILLE 04						
		MÉNAGÈRES 05	AUCUN TEMPS CONSACRÉ À CETTE ACTIVITÉ					0
		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	a	b	c	d	e	f
	ÉCOLE FERMÉE 14	École	Études	S'occuper d'enfants	S'OCCUPE D'UN PARENT MALADE	Travaux ménagers	Travail pour gagner de l'argent	Récréation
	VACANCES SCOLAIRES 15							
	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)	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)		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	
		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		
				CONSTRUCTION 07		ENQUÊTEUR : VÉRIFIEZ AVEC (3.01)
		À LA RECHERCHE D'UN EMPLOI 07		GROSSISTE/VENTE AU DÉTAIL 08		
		CAPABLE MAIS PAS À LA RECHERCHE D'UN EMPLOI 08		HOTELLERIE/TOURISME 09		SOI-MEME (TRAVAILLEUR 01
		NE TRAVAILLE PAS (ÉTUDIANT À PLEIN TEMPS) 09		TRANSPORT 10		MEMBRE DE LA FAMILLE 02
		HOMME/FEMME AU FOYER 10		SERVICES FINANCIERS 11		JOUR 1
		NE TRAVAILLE PAS (À LA RETRAITE) 11	OUI 01	IMMOBILIER 12		SEMAINE 2
		NE TRAVAILLE PAS (TROP VIEUX) 12	NON 02	GOUVERNEMENT 13		ENTREPRISE DU SECTEUR PRIVÉ 03
		NE TRAVAILLE PAS (TROP MALADE) 13	► (3.23)	ENSEIGNEMENT 14	TOUS LES 15 JOURS 3	
	CODE ID DU RÉPONDANT	AUTRE, SPÉCIFIEZ 96		SECTEUR DE SANTÉ/SOCIAL 15	MOIS 4	
				AUTRE, SPÉCIFIEZ 96	SECTEUR PUBLIC 04	
					SECTEUR SANS BUT LUCRATIF 05	
					ANNÉE 5	
					NON REGULIEF 06	
					PÉRIODE	
01						
02						
03						
07						
08						
09						
13						
14						

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

3 Main-d'œuvre

TRAVAIL PRINCIPAL							
CODE ID	(3.07)	(3.08)	(3.09)	(3.10)	(3.11)	(3.12)	(3.13)
	Au cours des 12 derniers mois, combien [NOM] a-t-il/elle normalement touché pour son travail principal par [PÉRIODE DE PAYE DANS (3.06)]?	[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 par semaine [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 ?
		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	
	MONTANT EN DEVISE			HEURES/ SEMAINE	HEURES/ SEMAINE		MOIS
01							
02							
03							
07							
08							
09							
13							
14							

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

3 Main-d'œuvre

		TRAVAIL SECONDAIRE							
CODE ID	(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		JOUR 1			
	SEMAINE 2		SEMAINE 2			
	TOUS LES 15 JOURS 3		TOUS LES 15 JOURS 3			
	OUI 1	MOIS 4	OUI 1	MOIS 4		
	NON 2 ► (3.26)	ANNÉE 5	NON 2 ► PERSONNE SUIVANTE	ANNÉE 5		
		PÉRIODE		PÉRIODE		
		MONTANT EN DEVISE		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

MONTANT EN GOURDES :

CODE DE FRÉQUENCE

► (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

MONTANT EN GOURDES :

CODE DE FRÉQUENCE

► (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

MONTANT EN GOURDES :

CODE DE FRÉQUENCE

(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 SCEPTIQUE	01	PAS D'INSTALLATION OU DANS LA NATURE	6	(4.18)
LATRINE AVEC FAUSSE ETANCHE	02	AUTRE, SPÉCIFIEZ	96	
ÉVACUATION JUSQU'À DES LATRINES	03			
LATRINE AVEC FAUSSE SIMPLE	04			
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/ LAMPE À HUILE	01	BOIS	07
GAZ	02	BOUSE D'ANIMAUX	08
ÉLECTRICITÉ DU RÉSEAU	03	RÉCOLTES OU TOUT AUTRE D'ARBUSTES ET PAILLE	09
ÉLECTRICITÉ D'UN GÉNÉRATEUR	04		
ÉLECTRICITÉ DE PANNEAU SOLAIRE	05	LAMPE-TORCHE	12
GAZOLE	06	BOUGIES	13
		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 GÉNÉRATEUR	04		
ÉLECTRICITÉ DE PANNEAU SOLAIRE	05	RÉCOLTES OU TOUT AUTRE DÉCHET AGRICOLE	10
GAZOLE	06	ARBUSTES ET PAILLE	11
		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	S'IL Y EN A PLUS D'UN, DEMANDEZ LA VALEUR TOTALE DE TOUS LES ARTICLES
		SI CE N'EST PAS LE CAS, INSCRIVEZ ZÉRO PUIS ► BIEN DURABLE SUIVANT	
		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 :

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 :

CARRÉAU 1 HECTARE 3

CENTIÈME 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)	(5.10)
		Combien de [ANIMAUX] votre ménage possède-t-il ?	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	DEWISE
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)	(5.14)
Avez-vous dû vendre [BIEN] ?	Au total, quelle est la somme que vous avez obtenue ?
OUI 1	
NON 2 ► SUIVANT	MONTANT EN DEWISE

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	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	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 ? (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)	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? Produit par le ménage 01 Acheté 02 Reçu gratuitement 03
	DESCRIPTION D'ARTICLE ALIMENTAIRE	OUI 1 NON 2	
01	Igname		
02	Pain/Petits pains		
03	Manioc		
04	Pâtes alimentaires (spaghetti, macaroni)		
05	Ble/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 ? (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)	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?
	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)
	<p>Votre ménage a-t-il acheté [ARTICLE NON ALIMENTAIRE] au cours des 30 derniers jours ou en a-t-il reçu gratuitement ?</p> <p>(1) POSEZ D'ABORD LA QUESTION (7.05) POUR CHAQUE ARTICLE FIGURANT DANS LA LISTE. INSCRIVEZ 1=OUI, 2=NON</p> <p>(2) SI LA RÉPONSE À (7.05) EST OUI, POSEZ (7.06) ET (7.07)</p>	<p>Au cours des 30 derniers jours, combien votre ménage a-t-il dépensé pour [ARTICLE NON ALIMENTAIRE] ?</p> <p><i>INSCRIVEZ ZÉRO SI MONTANT</i></p>	<p>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 ?</p> <p><i>INSCRIVEZ ZÉRO SI MONTANT</i></p>
	<p>OUI 1</p>		

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
	OUI 1 NON 2		
	DESCRIPTION D'ARTICLE NON ALIMENTAIRE		
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/Hopital departemental		
21	Frais pour séjour hospitalier (Centre de Santé, HCR, Hopital Departemental)		
22	Frais pour les agents communautaire/matrones		
23	Frais aupres de medecins traditionnels		

SUJET : UNE RÉPONSE GLOBALE PAR MÉNAGE

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

	(7.08)	(7.09)	(7.10)
CODE D'ARTICLE NON ALIMENTAIRE	Votre ménage a-t-il acheté [ARTICLE NON ALIMENTAIRE] au cours des 12 derniers mois ou en a-t-il reçu gratuitement ?	Au cours des 12 derniers mois, combien votre ménage a-t-il dépensé pour [ARTICLE NON ALIMENTAIRE] ?	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 ?
	(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)	<i>INSCRIVEZ ZÉRO SI MONTANT ÉGAL À ZÉRO</i>	<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	JOURS 1 MOIS 2 ANNÉE 3	INSCRIVEZ L'ÂGE EN JOURS, MOIS OU ANNÉES	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)
D'IDENTIFICATION DU SOIGNANT (PERSONNE QUI A RÉPONDU AU NOM DE L'ENFANT <15 ans)	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	AISÉMENT 1					
TROUBLE CARDIAQUE 06	AVEC DES DIFFICULTÉS 2					
DIABÈTE 07	AVEC BEAUCOUP DE DIFFICULTÉ 3					
ÉPILEPSIE 08	IMPOSSIBLE DE LE FAIRE 4					
ASTHME 09						
CANCER 10						
VIH/SIDA 11						
TUBERCULOSE 12						
AUTRE MALADIE CHRONIQUE 13						
CODE ID DU SOIGNANT	EXCELLENT 1	OUI 1			OUI 1	OUI 1
	BON 2	NON 2 ► (9.06)			NON 2	NON 2 ► (9.47)
	PASSABLE 3					
	MÉDIOCRE 4					
01						
02						
03						
04						
05						
06						
07						
08						
09						
10						
11						
12						
13						
14						
15						

9 Statut de Santé et Utilisation

CODE ID	MALADIE AIGUË						DIARRHÉE		
	(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)						
	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	ENQUÊTEUR : INSCRIVEZ LA RÉPONSE EN NOMBRE DE JOURS	ENQUÊTEUR : INSCRIVEZ LA RÉPONSE EN NOMBRE DE JOURS. SI ENCORE MALADE AUJOURD'HUI, INSCRIVEZ 00.			
	PROBLÈME AURICULAIRE	11	TOUX AVEC RESPIRATION DIFFICILE, RAPIDE	44					
	MALADIE CARDIAQUE	12	DIARRHÉE SANS SANG	45					PLUS QUE D'HABITUDE 1
	INFECTION PULMONAIRE	13	DIARRHÉE AVEC SANG	46					À PEU PRÈS PAREIL 2
	TUBERCULOSE	14	DIARRHÉE ET VOMISSEMENTS	47					MOINS QUE D'HABITUDE 3
	PNEUMONIE	15	VOMISSEMENTS	48					RIEN À BOIRE 4
	AUTRES DIFFICULTÉS	16	MAUX DE TÊTE	49					
	DIGESTIF	17	AUTRE	96					
	MUSCLE/OS	18			NOMBRE DE JOURS	NOMBRE DE JOURS	JOURS	JOURS	OUI 1 NON 2 ► (9.18)
		1st	2nd	3rd					
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 ?	Où avez-vous obtenu ce paquet de Solution de Réhydratation par voie Orale (SRO) ?	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 ?	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		
	PLUS QUE D'HABITUDE 1	ENQUÊTEUR : MONTREZ LE PAQUET AU RÉPONDANT	HÔPITAL PUBLIC (HCR, hopital departeme 01	TROP CHER	01		
	À PEU PRÈS 2		CENTRE DE SANTE PUBLIC (CSL/CAL) 02	TROP LOIN	02		
	PAREIL		DISPENSARE PUBLIC 03	TROP OCCUPÉ(E) (TRAVAIL, ENFANTS)	03		
	MOINS QUE D'HABITUDE 3		HÔPITAL PRIVÉ 04	N'ÉTAIT PAS SUFFISAMMENT MALADE	04		
	MOINS QUE D'HABITUDE 3	OUI 1	CLINIQUE PRIVÉE 05	LA STRUCTURE DE CET ÉTABLISSEMENT EST MAUVAISE	05		
	MOINS QUE D'HABITUDE 3	NON 2 ► (9.18)	DISPENSARE PRIVÉ 06	L'ÉTABLISSEMENT A DES STOCKS INSUFFISANTS	06		
	MOINS QUE D'HABITUDE 3		MÉDECIN PRIVÉ 07	MAUVAISE ATTITUDE DU PERSONNEL	07		
	MOINS QUE D'HABITUDE 3		PHARMACIE 08	MAUVAISES CONNAISSANCES DU PERSONNEL	08		
	MOINS QUE D'HABITUDE 3		CLINIQUE MOBILE 09	NE FAIT PAS CONFIANCE AU PERSONNEL	09		
	MOINS QUE D'HABITUDE 3		GUÉRISSEUR TRADITIONNEL 10	PERSONNEL HABITUELLEMENT ABSENT	10		
	MOINS QUE D'HABITUDE 3		GUÉRISSEUR PAR LA PRIÈRE/D'ÉGLISE 11	ÉTABLISSEMENT DE SANTÉ FERMÉ	11		
	MOINS QUE D'HABITUDE 3		AGENT DE SANTÉ COMMUNAUTAIRE 12	PAS DE TRANSPORT	12		
	MOINS QUE D'HABITUDE 3		FAMILLE/AMIS/VOISINS 13	MAUVAISE QUALITÉ DES SOINS	13		
	MOINS QUE D'HABITUDE 3		AUTRE, SPÉCIFIEZ 96	HORAIRES PEU PRATIQUES	14		
	MOINS QUE D'HABITUDE 3			LONGUES ATTENTES	15		
	MOINS QUE D'HABITUDE 3			PRÉFÈRE LES SOINS À LA MAISON	16		
	MOINS QUE D'HABITUDE 3			AUTRE (SPÉCIFIEZ)	96		
	MOINS QUE D'HABITUDE 3			► (9.40)			
	MOINS QUE D'HABITUDE 3			INSCRIVEZ UN MAXIMUM DE 3 RÉPONSES			
	MOINS QUE D'HABITUDE 3			OUI 1 ► (9.20)	PREMIER	DEUXIÈME	TROISIÈME
	MOINS QUE D'HABITUDE 3			NON 2			
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)	(9.21)	(9.22)	(9.23)	(9.24)	
	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 ?	Où avez-vous / [NOM] a-t-il/elle cherché à se faire soigner ?	S'IL S'AGIT D'UN HÔPITAL, CLINIQUE OU DISPENSAIRE, APPROFONDISSEZ POUR OBTENIR LE NOM DE CET ÉTABLISSEMENT ET INSCRIRE SON CODE	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 ?	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/MATRONI 12		ENQUÊTEUR : INSCRIVEZ LES RÉPONSES EN MINUTES		
	DANS LES 24 HEURES 1			ALLER SIMPLE		
	ENTRE 24 ET 48 HEURES 2					
	DANS LA MEME SEMAINE 3					
	DANS LES 15 JOURS 4					
	DANS LES 3 SEMAINES 5					
		AUTRE, SPÉCIFIEZ 96				
						OUI 1 ► (9.26) NON 2
			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				
	(9.25)	(9.26)	(9.27)	(9.28)
	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] ?
CODE ID	AUCUN PROFESSIONNEL DE SANTÉ PRÉSENT	01	DOCTEUR EN MÉDECINE	01
	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
	▶ (9.35)		AUTRE, SPÉCIFIEZ	96
		MINUTES		
			OUI 1 NON 2	OUI 1 NON 2
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				(9.36)	
	(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 ?	LISEZ À VOIX HAUTE CHAQUE CATÉGORIE				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 ?	
						A.	B.	C.	D.	OUI, L'ASSUR/	01
	OUI 1	OUI 1	OUI 1	OUI 1	OUI 1	Honoraires officiels du professionnel	Honoraires de laboratoire et de radiographie	Autres paiements au professionnel ?	Transports	NON	02
	NON 2	NON 2	NON 2	NON 2	NON 2					AUTRE, SPÉC:	03
		▶ (9.34)									96
						Gourdes	Gourdes	Gourdes	Gourdes		
01											
02											
03											
04											
05											
06											
07											
08											
09											
10											
11											
12											
13											
14											
15											

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	CODE ID	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 MENAGE (VOTRE MANUEL VOUS INDIQUE COMMENT VOUS DEVEZ CONCLURE)

DÉCRIEZ 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	

089 996 96 56