

NUMERO DE QUESTIONNAIRE : |_|_|_| |_|_|_| |_|_|_| |_|_|_| (Province, commune, colline, ménage)

Date |_|_|_| |_|_|_| 2004

Province |_|_|_| _____ **Commune :** |_|_|_| _____ **Colline :** |_|_|_| _____ **Ménage :** |_|_|_|

Sous colline : _____

Région naturelle |_|_|_|

Nom du Chef de Ménage _____

Nom de l'enquêteur : _____ **Numéro de l'enquêteur** |_|_|_|

Signature de l'enquêteur: _____

Vérification du questionnaire: signature du chef d'équipe _____ **Date de vérification:** |_|_|_| |_|_|_| 2004

Observations:

Saisie des données: Date d'entrée section |_|_|_| |_|_|_| 2004 **Signature d'entrée des données:** _____ |_|_|_|_|

Section 1 – Démographie du ménage

1.1 Sexe du chef du ménage

Homme.....1
Femme.....2

1.2 Age du chef du ménage ?

|_|_|
(99= ne sais pas, 96 = plus que 95 ans)

1.3 Etat civil du chef du ménage ?

Marié(e).....1
Veu(f)ve.....2
Concubinage.....3
Divorcé(e).....3
Célibataire.....4

1.4 Est-ce que le chef du ménage peut lire et écrire une phrase simple en Français, Kirundi, ou autre langue ?

Oui.....1
Non.....0

1.5 Nombre des enfants dans le ménage ayant moins que 5 ans :

a. |_|_| Garçons b. |_|_| Filles

1.6 Nombre des enfants de 5-15 ans :

a. |_|_| Garçons b. |_|_| Filles

1.7 Nombre de personnes dans le ménage de 16 a 60 ans :

a. |_|_| Hommes b. |_|_| Femmes

1.8 Nombre de personnes dans le ménage de 61 ans et plus :

a. |_|_| hommes b. |_|_| Femmes

1.9 Nombre total des personnes vivant dans le ménage :

|_|_|

1.10 Nombre d'enfants inscrits à l'école primaire

|_|_|

1.11 Nombre d'enfants inscrits à l'école secondaire

|_|_|

1.12 Y a-t-il un/des handicapé(s) physique(s) ou mental(aux) dans la ménage ?

Oui.....1
Non.....0

1.13 Hébergez-vous des personnes dans votre ménage (personnes résidant temporairement chez vous) ?

Oui.....1
Non.....0

Section 2 - Circonstances Particulières du Ménage

2.1 Quand est-ce que votre ménage s'est installé dans cette colline?

Année |_|_|_|_|_|
(toujours ici = 9999)

2.2 Est-ce que les membres de votre ménage ont été déplacés (quitté votre domicile) dans les derniers 2 ans ?

Oui.....1
NON.....0
(Si NON, continuez à la section 3)

2.3 Si «Oui », quelles sont les raisons? (Encercler tout réponse qui convient)

- | | |
|------------------------------------|------------------------------|
| 1. Insécurité | 2. Emploi |
| 3. Soins médicaux | 4. Études |
| 5. Immigration temporaire | 6. Problèmes fonciers |
| 7. Autres (spécifier) _____ | |

2.4 Ou est-ce que ils sont allés ?

- A l'intérieur de la commune.....1
A l'extérieur commune, mais dans le pays.....2
A l'extérieur du pays, dans un camp des réfugiés.....3
A l'extérieur du pays, PAS dans un camp des réfugiés.....4

2.5 Est-ce que des membres de votre ménage, sont-ils retournés après leur déplacement ?

Oui.....1
NON.....0
(Si NON, continuez à la section 3)

2.6 Depuis quand est-ce que ils sont rentrés ?

|_|_| Mois

2.7 Quant ils ont rentrés, est-ce que ils ont reçu de l'aide alimentaire/paquet retour ?

Oui.....1
Non.....0
(Si NON, continuez à section 3)

2.8 Si OUI, Combien de KG de chaque denrée ont-ils reçu durant au cours des 6 derniers mois ?

Mais |_|_|_|,|_| kg
Légumineuse |_|_|,|_| kg
CSB |_|_|_|,|_| kg
Huile |_|_|,|_| kg

Section 3 – Habitat et Equipement du Ménage

3 – Cette maison vous appartient?

Oui.....1
NON.....0

3.1 – Si « non », est-ce que vous louez la maison?

Oui.....1
NON.....0

3.2 – Combien de pièces (salles de séjour et chambres à coucher) occupe votre ménage ?

|_|_| Pièces

3.3 – Quels sont les principaux matériaux pour la maçonnerie des murs de la maison principale ?

Paille.....1
Terre battue/Pisée.....2
Brique adobe.....3
Brique cuite.....4
Autre (spécifier).....5

3.4 – Quels sont les matériaux utilisés pour le toit de la maison principale ?

Paille.....1
Tôle.....2
Tuiles.....3
Plastique.....4
Autre.....5

3.5 – Quelle est la source principale d'éclairage de la maison?

Lampe à pétrole.....1
Bobèche.....2
Bois de chauffe.....3
Electricité.....4
Solaire.....5
Autre (spécifier).....6

3.6 - Quelle est la source principale d'énergie pour la cuisson des aliments de ce ménage?

Bois de chauffe.....1
Déchets de bois.....2
Charbon.....3
Gaz.....4
Electricité.....5
Pétrole / réchaud.....6
Autre (spécifier).....7

3.7 – Quel type de toilette votre ménage utilise?

Système d'évacuation avec chasse d'eau/fosse septique.....1
Latrine avec chasse d'eau (sceau d'eau)..2
Latrine améliorée (voie d'aération).....3
Latrine traditionnelle/trou ouvert.....4
Dans la brousse/au champ/rien6
Autre (spécifier).....7

3.8– Quelle est la source principale d'eau potable (eau pour boire) pour les membres de votre ménage?

Eau courante dans votre maison.....1
Robinet publique/pompe.....2
Puits simple.....3
Source aménagée.....4
Eau de pluie.....5
Bassin, rivière, source ou ruisseau.....6
Autre (spécifier).....7

3.9– Combien de temps en marchant, jusqu'au point d'eau (d'allé seulement) ?

La source d'eau est sur place.....0
Moins d'une demi-heure.....1
Demi-heure a 1 heure.....2
1 heure a 3 heures.....3
Plus que 3 heures.....4

Section 4 – Les biens du Ménage

4 – Votre ménage possède-t-il l'un des biens suivants? (**Encercler toute réponse qui convient**)

4.1.....Machine à coudre
4.2.....Table
4.3.....Chaise
4.4.....Lampe à gaz/aida
4.5.....Fer à repasser
4.6.....Houe
4.7.....Hache
4.8.....Faucille
4.9.....Serpette
4.10.....Machette
4.11.....Pirogue
4.12.....Radio
4.13.....Bicyclette
4.14.....Mobyette
4.15.....Télévision
4.16.....Voiture
4.17.....Moulin
4.18.....Equipage de pêche

4.20 – Combien d'animaux votre ménage possède t-il en ce moment ?

4.21 – Gros Bétail |_|_|
4.22 – Chèvres |_|_|
4.23 – Moutons |_|_|
4.24 – Porcs |_|_|
4.25 – Volaille |_|_|_|
4.26 – Lapins |_|_|
4.27 – Cobaye |_|_|

Section 5 – Possession et Utilisation de Terre du Ménage

5.1 – Quelle est la superficie de terre que votre ménage cultive maintenant?

Propres |_|_|_|_|, |_|_| **ARES**

Loués |_|_|_|_|, |_|_| **ARES**

(Si la réponse en question 5.1 est 0 Ares Propres ET Loués, continuez à section 6)

5.1 – De ces produits, combien de KG est-ce que vous avez récolté dans la dernière année (Depuis la saison 2003b)? Quelle quantité avez-vous réservé à la consommation ? (Depuis la saison 2003b)

Type de produit	Quantité total (KG)	Quantité réservée a la consommation (KG)
Mais		
Sorgho		
Blé		
Riz		
Manioc		
Patates douces		
Pommes de terre		
Plantain		
Banane		
Haricots/légumineuse		
Arachides		

5.2 Votre stock actuel de vivres durera combien de mois ?

|_|_|

5.3 Est-ce que la récolte de cette saison (2004b) est meilleur, pire, or la même que la récolte de l'année passée (2003b) ?

Meilleur.....1
Pas de différence.....2
Pire.....3

5.4 Avez-vous en ce moment un stock suffisant de semences pour la prochaine saison ?

Oui.....1

Non.....0

5.5. Quelles sont les principales cultures de rente pratiquées par votre ménage? (Encrer toute réponse qui convient. Autrement, laissez la place en blanc)

1. Tabac	2. Coton	3. Café
4. Fruits	5. Plantain/banane à la bière	6. Manioc
7. Patates douces/pomme de terre	8. Arachides	9. Maïs
10. blé	11. Riz	12. Sorgho
13. Légumes	14. Palmier	15. tournesol
16. Miel	17. Thé	18. Autre_____

Pour la saison agricole 2003-04 (DEPUIS la saison 2003 b)

5.6 - Quel est la céréale la plus importante cultivée par votre ménage?

0 = aucun 1 = maïs 2 = blé 3 = riz 4 = sorgho

5.7 - Quelle était la source principale des semences pour cette récolte?

1 = achat 2 = stock personnel 3 = Gouv. 4 = ONG

5 = emprunt/don 6 = société de développement 9 = non applicable

5.8 - Quel est la 2^e céréale la plus important cultivé par votre ménage?

0 = aucun 1 = maïs 2 = blé 3 = riz 4 = sorgho

5.9 - Quelle était la principale source des semences pour cette récolte?

1 = achat 2 = stock personnel 3 = Gouv. 4 = ONG

5 = emprunt/don 6 = société de développement 9 = non applicable

5.10 Quel était la légumineuse la plus importante cultivée par votre ménage?

0 = aucun 1 = arachides 2 = haricots 3 = soja

4 = pois 5 = niébé 6 = autres_____

5.11 Quelle était la source principale des semences pour cette récolte?

- 1 = achat 2 = stock personnel 3 = Gouv. 4 = ONG
 5 = emprunt/don 6 = société de développement 9 = non applicable

Section 6 – Sources de Revenus Annuels

En utilisant les codes suivants, veuillez répondre aux questions suivantes. Ensuite, demandez aux personnes interrogées d'estimer la contribution relative de chaque source de revenus à l'ensemble des revenus totaux du ménage.

Codes de Source de Revenus

1 = Vente des produits vivriers	2 = Vente de culture de rente	3 = Vente du Bétail
4 = Emploi/travailleur salarié/Fonctionnaire	5 = Vente de produits artisanaux	6 = Travail temporaire
7 = Petit commerce	8 = Main d'œuvre	9 = Vente de bois de chauffe
10 = Vente des produits forêts	11 = Chasse/Cueillette	12 = Pêche
13 = Exploitation minière	14 = location de terres/parcelles	15 = don d'argent/nourriture
16 = pension	17 = vente de l'aide	18 = Prêts
19 = brasserie	20 = vent sur pied	21 = Autre : _____

Participant codes

1 = Hommes	2 = Femmes	3 = Enfants
4 = Hommes et Femmes	5 = Femmes et enfants	6 = Hommes et enfants
7 = Tout le monde (enfants, hommes, femmes)		

Pendant l'année passée (depuis la saison 2003b).....

6.1- Quelle est la *principale source de revenus* de votre ménage? |__|__|

6.2 - Qui participe à cette activité? |__|

6.3 - Quelle est la 2^e plus importante source de revenus ? |__|__|

6.4 - Qui participe à cette activité? |__|

6.5 – Quelle est votre 3^e plus importante source de revenus? |__|__|

6.6 – Qui participe à cette activité? |__|

6.7 –Quelle est votre 4^e plus importante source de revenus? |__|__|

6.8 – Qui participe à cette activité? |__|

6.9 - En utilisant la méthode proportionnelle, veuillez estimer la contribution relative de chaque source de revenu à l'ensemble des revenus totaux du ménage et les montants **ANNUELS** absolus.

6.91 - % de la plus importante source _____% _____FBu/an

6.92 - % de la 2^e plus importante source _____% _____FBu/an

6.93 - % de la 3^e plus importante source _____% _____FBu/an

6.94 - % de la 4^e plus importante source _____% _____FBu/an

= 100%

NOTE: dans les questions 6.1 a 6.94, S'il y a moins de 4 sources citées, veuillez mettre « 0 » dans les parties vides ci-dessus

Section 7 – Dépenses du Ménage—Au Cours du mois ou an

Passé (on peut utiliser la méthode proportionnelle pour séparer les catégories, mais il faut toujours mettre le réponse en FBu)

DÉPENSES AU MOIS PASSÉ	Dépenses Totales (en FBu)	
	Cash/crédit	Troc
7.1 – Maïs/Sorgho/blé/Riz		
7.2 – Manioc/Ignames/patate		
7.3 – légumineuse /haricot		
7.4 – Huile végétale/de palme		
7.5 – Viande/Volaille/poisson		
7.6 – Autre nourriture		
7.7 – Alcool & Tabac		

7.8 – Transport		
7.9 – Amendes ou dettes		
7.10 – Eau/Electricité /Carburant/ pétrole		
7.11 – Bois de chauffe		
7.12 – Louer (maison)		
7.13 – autre _____		
7.14 – autre _____		

DÉPENSES A L'ANNÉE PASSÉE	Dépenses Totales (en FBu)	
	Cash/crédit	Troc
7.17 – Soins Médicaux		
7.18 – Equipement agricole/ outillages/semences		
7.19 – Habillement/Chaussures		
7.20 – Fêtes/événements sociaux		
7.21 – Education/Frais Scolaires		
7.21 - Nourriture		
7.22 – autre _____		
7.23 – autre _____		

Section 8 – Alimentation, Aide Alimentaire

Je voudrais vous poser des questions sur tous les différents aliments que les membres de votre ménage ont consommés dans les 7 derniers jours. Pourriez-vous me dire combien de jours votre ménage a consommé les aliments suivants au cours de la semaine passée?

<u>Code des Sources d'approvisionnement</u>	
1 = Auto- production (cultive, récolte)	4 = Troc/travaille pour nourriture
2 = Chasse/cueillette/pêche	5 = Aide alimentaire
3 = dons de nourriture	6 = achat

	Aliment	JOURS de consommation semaine passée (0-7 jours)	Les 2 principales Sources d'approvisionnement (voir les codes)	KG
8.3a	Maïs			
8.3b	Blé			
8.3c	Sorgho			
8.3d	Riz			
8.3e	Manioc (racines, farine)			
8.3f	Patates douces/tubercules/			
8.3g	Plantains/banane			
8.3h	Arachides/ légumineuse/haricots			
8.3i	Huile de végétal/palme			
8.3j	Poisson			
8.3k	Volaille			
8.3l	Viande			
8.3m	Œufs (Nombre)			
8.3n	Lait/ produits lactées			
8.3o	Feuilles de manioc			
8.3p	Légumes (+feuilles)			
8.3q	Fruits			
8.3r	Pain/Beignets			

8.4- Combien des personnes, en moyenne, ont mangé des aliments ci-dessus identifiés ?

|||

8.5 – Y a-t-il un membre du ménage qui a reçu de l'aide alimentaire durant les 6 derniers mois?

Oui.....1
 Non.....0
(Si NON, continuez a 8.14)

8.6 – Si oui, de quelle forme? **Encercler tous les bonnes réponses**

1 = Distribution ciblée
 2 = Cantine scolaire
 3 = Centres nutritionnels
 4 = Vivres contre Travail/Vivres pour Formation
 5 = VIH/SIDA
 6 = Centres Sociaux
 7 = Autre _____

8.7 - Combien de KG de chaque denrée avez-vous reçu durant au cours des 6 derniers mois (comment aide alimentaire) ?

Mais |__|__|__|,|__| kg

Légumineuse |__|__|,|__| kg

CSB |__|__|__|,|__| kg

Huile |__|__|,|__| kg

8.8 - Avez-vous vendu/échangé l'aide alimentaire au cours des 6 derniers mois ?

Oui.....1
 Non.....0
(si NON, continuez a 8.12)

8.9 - Combien de kg pour chaque denrée?

Mais |__|__|__|,|__| kg

Légumineuse |__|__|,|__| kg

CSB |__|__|__|,|__| kg

Huile |__|__|,|__| kg

8.10 - Pourquoi avez-vous vendu/échange l'aide alimentaire reçue? (Encercler la bonne réponse)

1 = pour acheter les besoins non alimentaires
 2 = Pour acheter les autres types de vivres
 3 = Pour payer les frais de mouture
 4 = Pour payer les frais médicaux/scolaires
 5 = Pour payer la transportation
 6 = Insécurité
 7 = Autres _____

8.11 - Avez-vous partagé une partie de l'aide alimentaire reçu aux autres membres de famille ou un autre membre de la communauté en dehors de votre ménage ?

Oui.....1
 Non.....0

8.12 - Avez-vous eu des problèmes de recevoir l'aide alimentaire l'année passée?

Oui.....1
 Non.....0 **(si Non, continuez a 8.14)**

8.13 - Si oui, quel genre de problèmes ? **Encercler tous les bonnes réponses**

Enregistrement.....1	Insécurité.....4
Manque de vivres.....2	Manque de transport.....5
Programme termine.....3	Autre.....6

8.14 – Est-ce que votre ménage avait été ciblé ?

Oui.....1
 Non.....0

8.15 - Pouvez-vous donner 2 raisons de sélection pour recevoir l'aide alimentaire ? **(Ne lisez pas les réponses !)**

Veuve/veuf.....1	Orphelin.....4
Indigent.....2	Maladie chronique.....5
Déplacé/rapatrié.....3	Autre.....6

8.16 Citez 3 besoins d'assistance prioritaires ? **(Lisez la liste pour le ménage)**

1 = Santé	6 = Projets générateur de revenu
2 = Education	7 = Production agricole
3 = Habitat	8 = Elevage
4 = Routes	9 = Alimentation
5 = Sécurité	

Section 9: Risques et Chocs –I : chocs qui affectent plusieurs ménages, ou même des villages, des régions...

<p>9.1- Le ménage, a-t-il été affecté par l'un des types de problèmes suivants pendant les 12 derniers mois (depuis la saison 2003b)? <i>(encercler tous les bonnes réponses)</i></p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Déficit hydrique/sécheresse 2. Insectes nuisibles et de maladies des plantes 3. La grêle 4. Epidémie des bétails 5. Inondation 6. Erosion 7. Insécurité/violence dans la région 8. Epidémie (touchant les personnes) 9. Basse considérable des prix des denrées au marché 10. Feux de brousse 11. Autre : _____ 12. Rien (<i>pas de chocs : continuez a section 10</i>) <hr/> <p>9.2. Indiquez les 3 chocs qui ont eu un impact majeur sur votre ménage (en ordre !).</p>	<p>9.3.- Les chocs indiqués au point 9.2, ont-ils provoqué une réduction ou une perte en terme de:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Revenus et transferts financiers 2. Biens (bétails, équipement) 3. Revenu/dons et biens (1+2) 4. Pas de changement <p>Indiquez les réponses pour chaque choc identifié</p>	<p>9.4. – Aux chocs cités au point 9.2, ont-ils provoqué une baisse de la capacité de votre ménage de produire ou d'acheter assez de nourriture à manger pour une certaine période (sans compter la période creuse) ?</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Oui 0. Non 9. Ne sais pas <p>Indiquez les réponses pour chaque choc identifié</p>	<p>9.5- Qu'est-ce que le ménage a fait pour compenser ou résoudre cette baisse ou perte de revenus et/ou actifs?</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Réduction de la qualité/quantité d'alimentation 2. Dépenses réduites 3. Collection et vente accrues de ressources naturelles 4. Epargnes et investissements dépensés 5. Prêts contractés auprès des famille/amis 6. Dettes auprès des prêteurs/commerçants 7. Nourriture achetée à crédit 8. Aide reçue des autres 9. Meubles ou autres biens vendus 10. Equipement / biens générateurs de revenus vendus 11. Mise en location de terres 12. Vente du gros bétail 13. vente du petit bétail 14. (petit) élevage 15. Maison ou terre vendues 16. Travail pour nourriture 17. Travail pour programme de secours du Gouv., ONG ou des Nations Unies 18. Travail temporaire 19. Emigré pour chercher le travail 20. Enfants envoyés pour travailler pour l'argent ou nourriture 21. (petit) commerce 22. vente sur pied 23. Mendicité 24. aide alimentaire 25. Autre (spécifier) _____ 26. N'ont rien fait <p>Indiquez les réponses pour chaque choc identifié</p>	<p>9.6 – Le ménage s'est-il remis de la baisse des revenus ou des actifs ou des chocs indiqués au point 9.2?</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Ne s'est pas remis du tout 2. S'est partiellement remis 3. S'est complètement remis <p>Indiquez les réponses pour chaque choc identifié</p>			
Choc 1.	_ _	_	_	_ _	_ _	_ _	_
Choc 2.	_ _	_	_	_ _	_ _	_ _	_
Choc 3.	_ _	_	_	_ _	_ _	_ _	_

Section 10: Risques et Chocs – II chocs spécifiques aux ménages particulières

<p>10.1.- Le ménage, a-t-il été affecté par l'un des types de problèmes suivants pendant les 12 derniers mois (depuis la saison 2003b) ? (encercler tous les bonnes réponses)</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Perte d'emploi pour un membre du ménage 2. Salaire réduit pour un membre du ménage 3. Perte du capital du ménage 4. Maladie grave ou accident d'un membre actif du ménage 5. Décès d'un membre productif du ménage 6. Décès d'autres membres du ménage 7. Insécurité/violence localisé 8. Vol des récoltes/bétaux 9. Déplacement/ 10. Retour a la colline d'origine 11. Autre : _____ 12. Rien (pas de chocs : continuez à section 11) <hr/> <p>10.2. Indiquez les 3 chocs qui ont eu un impact majeur sur votre ménage (en ordre !).</p>	<p>10.3.- Les chocs indiqués au point 10.2, ont-il provoqué une réduction ou une perte en terme de:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Revenus et transferts financiers 2. Biens (bétails, équipement) 3. Revenue/dons et biens (1+2) 4. Pas de changement <p>Indiquez les réponses pour chaque choc identifié</p>	<p>10.4. – Aux chocs cités au point 10.2, ont-ils provoqué une baisse de la capacité de votre ménage de produire ou d'acheter assez de nourriture à manger pour une certaine période (sans compter la période de vache maigre) ?</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Oui 0. Non 9. Ne sais pas <p>Indiquez les réponses pour chaque choc identifié</p>	<p>10.5- Qu'est-ce que le ménage a fait pour compenser ou résoudre cette baisse ou perte de revenus et/ou biens?</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Réduction de la qualité/quantité d'alimentation 2. Dépenses réduites 3. Collection et vente accrues de ressources naturelles 4. Epargnes et investissements dépensés 5. Prêts contractés auprès des famille/amis 6. Dettes auprès des prêteurs/commerçants 7. Nourriture achetée à crédit 8. Aide reçue des autres 9. Meubles ou autres biens vendus 10. Equipement / biens générateurs de revenus vendus 11. Mise en location de terres 12. vente du gros bétail 13. vente du petit bétail 14. (petit) élevage 15. Maison ou terre vendues 16. Travail pour nourriture 17. Travail pour programme de secours du Gouv., ONG ou des Nations Unies 18. Travail temporaire 19. Emigré pour chercher le travail 20. Enfants envoyés pour travailler pour l'argent ou nourriture 21. (petit) commerce 22. vente sur pied 23. Mendicité 24. aide alimentaire 25. Autre (spécifier) _____ 26. N'ont rien fait <p>Indiquez les réponses pour chaque choc identifié</p>	<p>10.6 – Le ménage s'est-il remis de la baisse des revenus ou des actifs ou des chocs indiqués au point 10.2?</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Ne s'est pas remis du tout 2. S'est partiellement remis 3. S'est complètement remis <p>Indiquez les réponses pour chaque choc identifié</p>			
Choc 1.	_ _	_	_	_ _	_ _	_ _	_
Choc 2.	_ _	_	_	_ _	_ _	_ _	_
Choc 3.	_ _	_	_	_ _	_ _	_ _	_

Section 11 - CSI

Pendant ces derniers 30 jours, comment souvent le ménage devait :

Stratégies d'adaptation a la consommation	Chaque jour	4-5 jours/ semaine	2-3 jours/ semaine	1-2 jours/ semaine	Jamais
11.1. Consommer d'aliments moins chers et moins préférés ?					
11.2. Dépendre des aides des parentes ou des amis ?					
11.3. Acheter des aliments a crédit ?					
11.4. Dépendre de l'aide alimentaire ?					
11.5. Consommer des aliments sauvages ou banane a bière ?					
11.6. Consommer les semences ?					
11.7. Aller mendier ?					
11.8. Envoyer les enfants mangés ailleurs ?					
11.9. limiter la portion du repas ?					
11.10. Réduire les repas des adultes au profit des petits enfants ?					
11.11. Réduire le nombre de repas/jour ?					
11.12. Passer des jours entiers sans manger ?					
11.13. manger des récoltes précoces ?					
11.14. Travailler contre la nourriture ?					

Section 12 – Santé Maternelle et Nutrition (Seulement pour femmes 15 - 49 ans)

(Pour le reste du questionnaire, il faut parler avec la mère principale, ou la femme qui s'occupe des enfants, PAS avec son mari. S'il y a plus qu'une mère dans la ménage, choisir la mère plus principale)

Nom de la mère _____

12.1 - Niveau d'éducation de la mère :

- | | |
|----------------------------|-------------------------------|
| Rien.....0 | Secondaire non complet.....3 |
| Primaire non complet.....1 | Secondaire complet.....4 |
| Primaire complet.....2 | Etudes post-secondaires.....5 |

12.2 - Age de la mère : |__|__| ans

12.3 – Combien d'enfants avez-vous maintenant? |__|__|

12.4 – Combien d'enfants avez-vous mis au monde? |__|__|

12.5 Avez-vous eu des enfants morts avant l'âge de 1 an ?

OUI.....1 NON.....0

12.5b Si OUI, Combien ? |__|

12.6 – Combien de fois avez-vous été enceinte? |__|__|

12.7 – Etes-vous à présente enceinte ou en train d'allaiter? *(Encercler une)*

- | | |
|--------------------------|----------------------|
| 1 = enceinte | 4 = les deux (1 + 2) |
| 2 = allaitante | 5 = Ne sais pas |
| 3 = ni l'une, ni l'autre | |

12.8 – Si enceinte, combien de mois? |__|

12.9 – Quel âge aviez-vous lors de votre premier accouchement? |__|__|

12.10 – Dans les 4 semaines après la naissance de votre dernier enfant, avez-vous reçu une capsule de vitamine A (capsule de couleur rouge)?

OUI.....1 NON.....0

12.11 – Dans les deux dernières semaines, avez-vous souffert de:

12.11a – Diarrhée? OUI.....1 NON.....0

12.11b – Fièvre? OUI.....1 NON.....0

12.12 – Avez-vous passé la nuit passée sous une moustiquaire?

OUI.....1 NO.....0

12.13 – Apres avoir été aux toilettes, qu'est-ce que vous avez utilisé pour vous laver les mains? *(Encercler)*

- 1 = de l'eau seulement, 2 = feuillage et de l'eau, 3 = du savon et de l'eau
4 = papier de toilette 5= rien

Section 13 – Connaissance du VIH/SIDA (Seulement pour femmes 15-49 ans)

13.1 – Avez-vous déjà entendu parler d'une maladie qu'on appelle le SIDA? *(Encercler)*

OUI.....1 NON.....0
(Si « Non », continuer à Section 14)

13.2 – Savez-vous comment éviter de contracter le VIH ou le virus qui provoque le SIDA

- 1 = OUI 0 = NON 9 = Ne sais pas
(Continuer à section 14) (Continuer à section 14)

13.3 – Qu'est-ce qu'on peut faire pour éviter le SIDA? Donnez 3 exemples. *(Voir les codes en bas)*

|__|__| |__|__| |__|__|

NE MONTREZ PAS LES REPONSES POSSIBLES, ON VEUT DES REPONSES SPONTANÉES !

S'abstenir = 1	Eviter de partager les injections = 8
Utiliser les préservatifs = 2	Eviter de partager le rasoirs = 9
Se limiter a un partenaire/rester fidèle a un partenaire = 3	Eviter d'embrasser = 10
Eviter les rapports sexuels avec les gens qui ont beaucoup de partenaires = 4	Chercher la protection de guérisseurs = 11
Eviter les rapports sexuels avec les prostituées = 5	Autre _____ = 12
Eviter les rapports sexuels avec les gens qui pratiquent les injections intraveineuses = 6	Autre _____ = 13
Eviter les transfusions sanguines = 7	Autre _____ = 14

Section 14 – Santé et Nutrition de l’enfant

Ecrivez le nom, le mois et l’année de chaque naissance dans le ménage DEPUIS Août 1999. Incluez seulement les enfants de la mère interrogée en la section 12 et 13. Poser des questions sur TOUTES ces naissances. Commencer par la naissance plus RÉCENT (s’il n’y a pas de naissance depuis août 1999 pour la femme identifiée, terminez)

« Maintenant, je voudrais vous poser des questions sur la santé des tous vos enfants nés au cours des 5 dernières années. Nous allons parler d’un enfant à la fois... »

		Naissance la plus récente (1)	Avant dernière naissance (2)	Naissance précédente (3)
14.1	Nom et date de naissance des enfants	Nom: _____ Mois de naissance: _____ Année de naissance: _____	Nom: _____ Mois de naissance: _____ Année de naissance: _____	Nom: _____ Mois de naissance: _____ Année de naissance: _____
14.2	Sexe de l’enfant	Masculin.....1 Féminin.....2	Masculin.....1 Féminin.....2	Masculin.....1 Féminin.....2
14.3	Est-ce que l’enfant est toujours en vie ? <i>Si 'non', continuez jusque 14.8)</i>	Non....0 Oui....1	Non....0 Oui....1	Non....0 Oui....1
14.4	L’âge de l’enfant en mois : <i>(si l’enfant est mort, écrivez l’âge de l’enfant quand il est mort)</i>	_ _ mois	_ _ mois	_ _ mois
14.5	Quant vous étiez enceinte de (Nom) avez-vous consulté quelqu’un pour suivre votre grossesse? (NOTEZ TOUTES LES PERSONNES)	Docteur.....1 Infirmière/sage femme.....2 Accoucheuse traditionnelle formée...3 Accoucheuse traditionnelle non formée.....4 Lien de parenté/ami.....5 Autre..... 6 Aucune personne..... 7	Docteur.....1 Infirmière/sage femme.....2 Accoucheuse traditionnelle formée...3 Accoucheuse traditionnelle non formée.....4 Lien de parenté/ami.....5 Autre..... 6 Aucune personne..... 7	Docteur.....1 Infirmière/sage femme.....2 Accoucheuse traditionnelle formée...3 Accoucheuse traditionnelle non formée.....4 Lien de parenté/ami.....5 Autre..... 6 Aucune personne..... 7
14.6	Combien de visites au centre de santé durant la grossesse ?	_ _	_ _	_ _
14.7	Pendant votre grossesse de [NOM], avez-vous reçu une injection au bras pour empêcher le bébé d’avoir des convulsions après la naissance (vaccin anti-tétanique—une injection au niveau de l’épaule) ?	Oui.....1 Non.....0 Ne sais pas.....9		

Burundi: Etude sur la Sécurité Alimentaire et Vulnérabilité – Questionnaire de ménage – Août- 2004

14.8	Avez-vous allaité [NOM]?	Oui.....1 Non.....0 <i>(si non, continuez a 14.12)</i>	Oui.....1 Non.....0 <i>(si non, continuez a 14.12)</i>	Oui.....1 Non.....0 <i>(si non, continuez a 14.12)</i>
	Nom d'enfant	Nom_____ (1)	Nom_____ (2)	Nom_____ (3)
14.9	Combien de temps après la naissance avez-vous commencé à allaiter [NOM] ? <i>Si c'est moins d'une heure choisir « immédiatement ». Si c'est moins de 24 heures, noter les heures. Autrement, noter les jours.</i>	Immédiatement.....00 Heures..... __ __ Jours..... __ __	Immédiatement.....00 Heures..... __ __ Jours..... __ __	Immédiatement.....00 Heures..... __ __ Jours..... __ __
14.10	Est-ce que vous allaitez [NOM] maintenant ?	Oui.....1 Non.....0	Oui.....1 Non.....0	
14.11	Si NON, À quel age est-ce que [NOM] a arrêté d'allaiter ?	__ __ mois	__ __ mois	__ __ mois
14.12	<i>Cette question est POUR LES PLUS JEUNES ENFANTS QUI ONT moins que 24 MOIS</i> Jusqu'à hier, [NOM] a-t-il reçu ce qui suit: <i>(Encercler tout ce qui convient)</i>	L'eau.....1 Lait (frais, en boîte, en poudre).....2 Formule centre thérapeutique.....3 Bouillon/chuchongui.....4 Autre liquide.....5 Bouille6 Autre nourriture.....7	L'eau.....1 Lait (frais, en boîte, en poudre).....2 Formule centre thérapeutique.....3 Bouillon/chuchongui.....4 Autre liquide.....5 Bouille6 Autre nourriture.....7	
14.13	Est-ce que [NOM] a reçu une capsule de Vitamine A comme celle-ci? [MONTRER LA CAPSULE]	Oui.....1 Non.....0 Ne sais pas.....99	Oui.....1 Non.....0 Ne sais pas.....99	Oui.....1 Non.....0 Ne sais pas.....99
14.14	Si oui, Il y a combien de mois que [NOM] a pris la dernière dose ?	Mois..... __ __ Ne sais pas.....99	Mois..... __ __ Ne sais pas.....99	Mois..... __ __ Ne sais pas.....99
14.15	Où est-ce que [NOM] a reçu cette dernière dose?	Lors de visite de routine au centre de santé.....1 Visite au centre de santé pour une maladie d'enfant.....2 Campagne nationale de la journée de vaccination.....3	Lors de visite de routine au centre de santé.....1 Visite au centre de santé pour une maladie 'enfant.....2 Campagne nationale de la journée de vaccination.....3	Lors de visite de routine au centre de santé.....1 Visite au centre de santé pour une maladie d'enfant.....2 Campagne nationale de la journée de vaccination.....3

Burundi: Etude sur la Sécurité Alimentaire et Vulnérabilité – Questionnaire de ménage – Août- 2004

		Autre.....4 Ne sais pas.....99	Autre.....4 Ne sais pas.....99	Autre.....4 Ne sais pas.....99
	Nom d'enfant	Nom..... (1)	Nom..... (2)	Nom..... (3)
14.16	Est-ce que [NAME] a été vacciné contre la rougeole? Une injection au bras à l'âge de 9 mois ou plus? (<i>VÉRIFIER LA CARTE BLEU SI C'EST DISPONIBLE</i>)	Oui.....1 Non.....0 Ne sais pas.....9	Oui.....1 Non.....0 Ne sais pas.....9	Oui.....1 Non.....0 Ne sais pas.....9
14.17	La carte bleu de vaccination est-elle disponible ?	Oui, dûment remplis.....2 Oui, pas dûment remplis.....1 NON.....0	Oui, dûment remplis.....2 Oui, pas dûment remplis.....1 NON.....0	Oui, dûment remplis.....2 Oui, pas dûment remplis.....1 NON.....0
14.18	[NOM], a-t-il/elle souffert de la fièvre dans les deux dernières semaines?	Oui.....1 Non.....0 Ne sais pas.....9 <i>(si NON or ne sais pas, continuez a 14.21)</i>	Oui.....1 Non.....0 Ne sais pas.....9 <i>(si NON or ne sais pas, continuez a 14.21)</i>	Oui.....1 Non.....0 Ne sais pas.....9 <i>(si NON or ne sais pas, continuez a 14.21)</i>
14.19	[NOM], s'est il/elle rendu à un centre de santé pendant cette maladie?	Oui.....1 Non.....0 Ne sais pas.....9	Oui.....1 Non.....0 Ne sais pas.....9	Oui.....1 Non.....0 Ne sais pas.....9
14.20	[NOM], a-t-il/elle pris un médicament contre la fièvre ou le paludisme?	Oui.....1 Non.....0 Ne sais pas.....9	Oui.....1 Non.....0 Ne sais pas.....9	Oui.....1 Non.....0 Ne sais pas.....9
14.21	[NOM], a-t-il/elle souffert de la toux dans les deux dernière semaines?	Oui.....1 Non.....0 Ne sais pas.....9	Oui.....1 Non.....0 Ne sais pas.....9	Oui.....1 Non.....0 Ne sais pas.....9

Burundi: Etude sur la Sécurité Alimentaire et Vulnérabilité – Questionnaire de ménage – Août- 2004

14.22	[NOM], a-t-il/elle souffert de diarrhée dans les deux dernière semaines?	Oui.....1 Non.....0 Ne sais pas.....9	Oui.....1 Non.....0 Ne sais pas.....9	Oui.....1 Non.....0 Ne sais pas.....9
	Nom d'enfant	Nom_____ (1)	Nom_____ (2)	Nom_____ (3)
14.23	Oedemes bilatéral (dans les pies)	Oui.....1 Non.....0	Oui.....1 Non.....0	Oui.....1 Non.....0
14.24	Poids de l'enfant – NOTEZ LE POIDS en KG	_ _ _ . _ (1)	_ _ _ . _ (2)	_ _ _ . _ (3)
14.25	Taille de l'enfant – NOTEZ en CENTIMÈTRES	_ _ _ _ . _ (1)	_ _ _ _ . _ (2)	_ _ _ _ . _ (3)
14.26	Taille mesurée allongée ou debout ? (Si < 24 moins, il faut mesurer allongé)	Allongé.....1 Debout.....2	Allongé.....1 Debout.....2	Allongé.....1 Debout.....2