

REPUBLIQUE DU NIGER
MINISTERE DES FINANCES ET DU PLAN
SECRETARIAT GENERAL
DIRECTION DE LA STATISTIQUE
ET DES COMPTES NATIONAUX

Département de Développement
Economique et Social des
Nations Unies

Programme des Nations Unies
Pour le Développement
Projet PADEM NER/89/011

ENQUETE PERMANENTE DE CONJONCTURE
ECONOMIQUE ET SOCIALE
- 1994 -

QUESTIONNAIRE MENAGE

Département :.....
Arrondissement :.....
Canton/Commune :.....
Village/Quartier :.....

--

ARR

--

U.P.

--

MEN.

Nom et Prénom du Chef de ménage :.....

Nom et Prénom de l'Enquêteur :.....

Nom et Prénom du Contrôleur :.....

Date de l'Enquête :

--	--	--

--	--	--

--	--	--

Date de Contrôle :

--	--	--

--	--	--

--	--	--

PARTIE 1 : COMPOSITION DU MENAGE

N°	Nom	Lien de parenté avec le chef de ménage	Situation de résidence	Sexe	Age en années	Etat matrimonial	Niveau d'instruction	Si niveau d'instruction ≠ 0 et âge ≤ 25 ans			Si âge ≥ 6 ans
								Fréquentation scolaire actuelle	Fréquentation scolaire il y a deux ans	Si 0 en C ₉ et ≠ 0 en C ₁₀ pourquoi ?	Situation activité
Ordre	Prénom	1=CM 2=EPouse 3=Fils(Ile) 4=PARent 5=PEtit(te) Fils(Ile) 6=AUTres parents 7=SANs lien	1=PRésent 2=ABsent 3=VIsiteur	1=Masc 2=Fémi		1=CELibataire 2=Marié(e) MONOgame 3=Marié(e) POLYgame 4=VEUf(ve) 5=DIVorcé(e) 9=AUTres	0=AUCun 1=PRIm 2=SEC.I 3=SEC.II 4=SUP. 5=CORa. 6=ALPHA.	0=NON 1=Primaire PUBLIC 2=Primaire PRivé 3=Secondaire PUBLIC 4=Secondaire PRivé 5=SUPérieur 6=ECole coranique 7=ALphabétisation	0=NON 1=Primaire PUBLIC 2=Primaire PRivé 3=Secondaire PUBLIC 4=Secondaire PRivé 5=SUPérieur 6=ECole coranique 7=ALphabétisation	1=FIN d'études 2=EMPloi 3=FRais de Scolarité élevés 4=EXClusion 5=AVENir incertain 6=AUTres raisons	1=OCCUpé 2=CHOMeur 3=en QUETE de premier emploi 4=FEMMe au foyer 5=ELEVe Etudiant 6=RETRaité 7=AUTres inactifs 0=NON concerné (moins de 6 ans)
C ₁	C ₂	C ₃	C ₄	C ₅	C ₆	C ₇	C ₈	C ₉	C ₁₀	C ₁₁	C ₁₂
0 1		.....	.....	... ..	.....	.....	.....	.....	.....	.....	.....
0 2		.....	.....	... ..	.....	.....	.....	.....	.....	.....	.....
0 3		.....	.....	... ..	.....	.....	.....	.....	.....	.....	.....
0 4		.....	.....	... ..	.....	.....	.....	.....	.....	.....	.....
0 5		.....	.....	... ..	.....	.....	.....	.....	.....	.....	.....
0 6		.....	.....	... ..	.....	.....	.....	.....	.....	.....	.....
0 7		.....	.....	... ..	.....	.....	.....	.....	.....	.....	.....
0 8		.....	.....	... ..	.....	.....	.....	.....	.....	.....	.....
0 9		.....	.....	... ..	.....	.....	.....	.....	.....	.....	.....
1 0		.....	.....	... ..	.....	.....	.....	.....	.....	.....	.....

PARTIE 1 : COMPOSITION DU MENAGE (suite)

N°	Nom	Lien de parenté avec le chef de ménage	Situation de résidence	Sexe	Age en années révolues	Etat matrimonial	Niveau d'instruction	Si niveau d'instruction $\neq 0$ et âge ≤ 25 ans			Si âge ≥ 6 ans
								Fréquentation scolaire actuelle	Fréquentation scolaire il y a deux ans	Si 0 en C ₉ et $\neq 0$ en C ₁₀ pourquoi ?	
Ordre	Prénom	1=CM 2=EPouse 3=Fils(lle) 4=PARent 5=PEtit(te) Fils(lle) 6=AUTres parents 7=SANs lien	1=PRésent 2=ABsent 3=VISiteur	1=Masc 2=Fémi		1=CELibataire 2=Marié(e) MONOgame 3=Marié(e) POLYgame 4=VEUf(ve) 5=DIVorcé(e) 9=AUTres	0=AUCun 1=PRIm 2=SEC.I 3=SEC.II 4=SUP. 5=CORa. 6=ALPHA.	0=NON 1=Primaire PUBlic 2=Primaire PRivé 3=Secondeire PUBlic 4=Secondeire PRivé 5=SUPérieur 6=ECole coranique 7=ALphabétisation	0=NON 1=Primaire PUBlic 2=Primaire PRivé 3=Secondeire PUBlic 4=Secondeire PRivé 5=SUPérieur 6=ECole coranique 7=ALphabétisation	1=FIN d'études 2=EMPloi 3=FRais de Scolarité élevés 4=EXclusion 5=AVENir incertain 5=AUTres raisons	Situation activité 1=OCCUpé 2=CHOMeur 3=en QUEte de premier emploi 4=FEMMe au foyer 5=ELEve Etudiant 6=REtraité 7=AUTres inactifs 0=NON concerné (moins de 6 ans)
C ₁	C ₂	C ₃	C ₄	C ₅	C ₆	C ₇	C ₈	C ₉	C ₁₀	C ₁₁	C ₁₂
1 1	 <input type="text"/> <input type="text"/>	... <input type="text"/>	<input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>
1 2	 <input type="text"/> <input type="text"/>	... <input type="text"/>	<input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>
1 3	 <input type="text"/> <input type="text"/>	... <input type="text"/>	<input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>
1 4	 <input type="text"/> <input type="text"/>	... <input type="text"/>	<input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>
1 5	 <input type="text"/> <input type="text"/>	... <input type="text"/>	<input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>
1 6	 <input type="text"/> <input type="text"/>	... <input type="text"/>	<input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>
1 7	 <input type="text"/> <input type="text"/>	... <input type="text"/>	<input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>
1 8	 <input type="text"/> <input type="text"/>	... <input type="text"/>	<input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>
1 9	 <input type="text"/> <input type="text"/>	... <input type="text"/>	<input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>
2 0	 <input type="text"/> <input type="text"/>	... <input type="text"/>	<input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>

PARTIE 2 : SOINS MEDICAUX, ASSURANCES ET DEPENSES SANITAIRES

N°	Au cours des 2 dernières semaines «Nom» a-t-il/elle souffert d'une maladie ou d'une blessure ou a-t-elle accouché ? 0=NON 1=MALadie 2=BLEssure 3=ACCouchement	Si 1, 2 ou 3 en C ₂ «Nom» a-t-il/elle consulté un praticien ou un centre de santé ? 0=NON 1=DISPensaire 2=HOPital 3=MATernité 4=CABinet médical privé 5=PHarmacie 6=INFirmerie 7=TRAdipraticien 8=SECouristes/MATronc 9=AUTres	Si l'enquête a consulté un tradipraticien ou un centre de santé Quelles sont les dépenses afférentes effectuées au cours des 2 dernières semaines en FCFA ?				Si Non en C ₃ Pourquoi ? 1 = PAS nécessaire 2 = Manque moyen FINANcier 3 = CENTre trop loin 4 = Manque de MEDicament 5 = AUTres	«Nom» bénéficie-t-il/elle d'une assurance médicale ? 1=OUI 0=NON	Si Oui sous quelle forme ? 1 = FONctionnaire 2 = CNSS 3 = ASSURance privée 4 = AUTres
			Consultation médicale (Honoraires)	Médicaments	Radio, Analyse et autres	Transport			
C ₁	C ₂	C ₃	C ₄	C ₅	C ₆	C ₇	C ₈	C ₉	C ₁₀
0 1 <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
0 2 <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
0 3 <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
0 4 <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
0 5 <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
0 6 <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
0 7 <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
0 8 <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
0 9 <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
1 0 <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>

PARTIE 2 : SOINS MEDICAUX, ASSURANCES ET DEPENSES SANITAIRES (suite)

N°	Au cours des 2 dernières semaines «Nom» a-t-il/elle souffert d'une maladie ou d'une blessure ou a-t-elle accouché ? 0=NON 1=MALadie 2=BLEssure 3=ACCouchement	Si 1, 2 ou 3 en C ₂ «Nom» a-t-il/elle consulté un praticien ou un centre de santé ? 0=NON 1=DISPensaire 2=HOPital 3=MATernité 4=CABinet médical privé 5=PHarmacie 6=INFirmerie 7=TRAdipraticien 8=SECouristes/MATrone 9=AUTres	Si l'enquête a consulté un tradipraticien ou un centre de santé Quelles sont les dépenses afférentes effectuées au cours des 2 dernières semaines en FCFA ?				Si Non en C ₃ Pourquoi ? 1= PAS nécessaire 2= Manque moyen FINANcier 3= CENTre trop loin 4= Manque de MEDicament 5= AUTres	«Nom» bénéficie-t-il/elle d'une assurance médicale ? 1= OUI 0= NON	Si Oui sous quelle forme ? 1= FONctionnaire 2= CNSS 3= ASSUrance privée 4= AUTres
			Consultation médicale (Honoraires)	Médicaments	Radio, Analyse et autres	Transport			
C ₁	C ₂	C ₃	C ₄	C ₅	C ₆	C ₇	C ₈	C ₉	C ₁₀
1 1 <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
1 2 <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
1 3 <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
1 4 <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
1 5 <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
1 6 <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
1 7 <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
1 8 <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
1 9 <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
2 0 <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>

PARTIE 3 : MIGRATION

N°	Avez-vous changé de logement au cours des 12 derniers mois? 1=OUI 0=NON	Si oui en C ₂						
		Quelles sont les raisons de ce changement ?	Avez-vous changé de localité (ville/village) depuis 12 mois?	Si oui en C ₄				
				Quelles sont les raisons de ce changement ?	Indiquez la ville ou le village d'où vous venez ?	Indiquez le milieu de résidence	Avez-vous changé d'arrondissement ?	Si Oui en C ₅ , indiquez l'arrondissement ou le pays de résidence il y a 12 mois
1=Mariage Divorce, Veuvage 2=SANTé 3=ETUdes 4=RECherche emploi 5=MUTation administrative 6=AMElioration de conditions de vie 7=CONtraintes financières 8=DEPlacement familial 0=AUTres	1=OUI 0=NON	1=Mariage Divorce, Veuvage 2=SANTé 3=ETUdes 4=RECherche emploi 5=MUTation administrative 6=AMElioration de conditions de vie 7=CONtraintes financières 8=DEPlacement familial 0=AUTres	1=OUI 0=NON	1=Mariage Divorce, Veuvage 2=SANTé 3=ETUdes 4=RECherche emploi 5=MUTation administrative 6=AMElioration de conditions de vie 7=CONtraintes financières 8=DEPlacement familial 0=AUTres		1=URBain 2=RURal	1=OUI 0=NON	
Ordre								
C ₁	C ₂	C ₃	C ₄	C ₅	C ₆	C ₇	C ₈	C ₉
0 1
0 2
0 3
0 4
0 5
0 6
0 7
0 8
0 9
1 0

PARTIE 3 : MIGRATION (suite)

N°	Avez-vous changé de logement au cours des 12 derniers mois? 1=OUI 0=NON	Si oui en C ₂						
		Quelles sont les raisons de ce changement ?	Avez-vous changé de localité (ville/village) depuis 12 mois? 1=OUI 0=NON	Si oui en C ₄				
				Quelles sont les raisons de ce changement ?	Indiquez la ville ou le village d'où vous venez ?	Indiquez le milieu de résidence	Avez-vous changé d'arrondissement ?	Si Oui en C ₁ , indiquez l'arrondissement ou le pays de résidence il y a 12 mois
1 = Mariage Divorce, Veuvage 2 = SANTé 3 = ETUdes 4 = RECherche emploi 5 = MUTation administrative 6 = AMEloration de conditions de vie 7 = CONTRaintes financières 8 = DEPlacement familial 0 = AUTres				1 = Mariage Divorce, Veuvage 2 = SANTé 3 = ETUdes 4 = RECherche emploi 5 = MUTation administrative 6 = AMEloration de conditions de vie 7 = CONTRaintes financières 8 = DEPlacement familial 0 = AUTres		1 = URBain 2 = RURAl	1 = OUI 0 = NON	
C ₁	C ₂	C ₃	C ₄	C ₅	C ₆	C ₇	C ₈	C ₉
1 1
1 2
1 3
1 4
1 5
1 6
1 7
1 8
1 9
2 0

PARTIE 4 : EMPLOI

4.1. ACTIF OCCUPE : remplir ce tableau pour toute personne déclarée active occupée en C₁₂ de la Partie 1

N° Ordre	Nom et Prénom	Quelle est votre activité (Occupation) dominante au cours des 12 derniers mois ?	Quel est votre statut dans cette occupation ? 1 = PATron 2 = INDépendant et tâcheron 3 = SALarié 4 = AIDe familial 5 = APPrenti 9 = AUTres	Durant l'année combien de mois avez-vous travaillé ?	Si 3, 4 ou 5 en C ₄ quel est votre employeur ?	Quel est le secteur de votre activité ?	Avez-vous changé d'activité dominante au cours des 12 derniers mois ? 1 = OUI 0 = NON	Si Oui en C ₄	
								Pourquoi ? 1 = MEILLEure rémunération 2 = STAbilité 3 = ADEquat à la formation 4 = PERte d'emploi 5 = RAISON de santé 6 = AUTres	Indiquez votre avant dernière activité (occupation) dominante
C ₁	C ₂	C ₃	C ₄	C ₅	C ₆	C ₇	C ₈	C ₉	C ₁₀
<input type="text"/>		<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
<input type="text"/>		<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
<input type="text"/>		<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
<input type="text"/>		<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
<input type="text"/>		<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
<input type="text"/>		<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
<input type="text"/>		<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
<input type="text"/>		<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
<input type="text"/>		<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
<input type="text"/>		<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>

4.1. ACTIF OCCUPE (suite) : Activité secondaire

N° Ordre	Nom et Prénom		Si Oui en C ₃				
		Exercez-vous une activité secondaire ? 1=OUI 0=NON	Quelle est cette activité secondaire ?	Quel est votre statut dans cette occupation secondaire ? 1 = PATron 2 = INDépendant et tâcheron 3 = SALarié 4 = AIDe familial 5 = APPrenti 9 = AUTres	Durant l'année combien de mois avez-vous exercé cette activité secondaire ?	Si 3, 4 ou 5 en C ₅ quel est votre employeur ?	Quel est le secteur de votre activité secondaire ?
C ₁	C ₂	C ₃	C ₄	C ₅	C ₆	C ₇	C ₈
<input type="text"/>	 <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>	<input type="text"/> <input type="text"/>
<input type="text"/>	 <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>	<input type="text"/> <input type="text"/>
<input type="text"/>	 <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>	<input type="text"/> <input type="text"/>
<input type="text"/>	 <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>	<input type="text"/> <input type="text"/>
<input type="text"/>	 <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>	<input type="text"/> <input type="text"/>
<input type="text"/>	 <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>	<input type="text"/> <input type="text"/>
<input type="text"/>	 <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>	<input type="text"/> <input type="text"/>
<input type="text"/>	 <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>	<input type="text"/> <input type="text"/>
<input type="text"/>	 <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>	<input type="text"/> <input type="text"/>
<input type="text"/>	 <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>	<input type="text"/> <input type="text"/>

4.2. ACTIF EN CHOMAGE : remplir ce tableau pour toute personne déclarée en chômage en C₁₂ de la Partie 1

N° Ordre	Nom et Prénom	Quelle était votre activité (Occupation) dominante de l'année ?	Quel était votre statut dans cette occupation ? 1 = PATron 2 = INDépendant et tâcheron 3 = SALarié 4 = AIDe familial 5 = APPrenti 9 = AUTres	Si 3, 4 ou 5 en C ₄ quel était votre employeur ?	Quel était le secteur de votre activité ?	Depuis combien de mois êtes-vous en chômage ?	Quelle était la cause de votre chômage ? 1 = FERmeture de l'entreprise 2 = FIN de contrat 3 = COMpression 4 = REVocation 5 = RAISON de santé 6 = AUTres	Que faites-vous pour la recherche d'un emploi ? 1 = SERvice de la main d'oeuvre 2 = CONnaissance personnelle 3 = AUTres	Pensez-vous que votre situation va s'améliorer ? 1 = OUI 2 = NON 9 = SANs avis
C ₁	C ₂	C ₃	C ₄	C ₅	C ₆	C ₇	C ₈	C ₉	C ₁₀
<input type="text"/>	 <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>	<input type="text"/>	 <input type="text"/> <input type="text"/>
<input type="text"/>	 <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>	<input type="text"/>	 <input type="text"/> <input type="text"/>
<input type="text"/>	 <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>	<input type="text"/>	 <input type="text"/> <input type="text"/>

4.3. ACTIF EN QUETE DE PREMIER EMPLOI : remplir ce tableau pour toute personne déclarée en quête de premier emploi en C₁₂

N° Ordre	Nom et Prénom	Avez-vous reçu une formation professionnelle ou un diplôme ? 1 = OUI 0 = NON	Si Oui en C ₃ laquelle ? (ou lequel)	Quelle activité (Occupation) souhaiteriez-vous exercer ?	Depuis combien de mois vous êtes à la recherche de votre premier emploi ?	Que faites-vous pour la recherche d'un emploi? 1 = SERvice de la main d'oeuvre 2 = CONnaissance personnelle 3 = AUTres	Pensez-vous que votre situation va s'améliorer ? 1 = OUI 2 = NON 9 = SANs avis
C ₁	C ₂	C ₃	C ₄	C ₅	C ₆	C ₇	C ₈
<input type="text"/>	 <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>	<input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>
<input type="text"/>	 <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>	<input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>
<input type="text"/>	 <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>	<input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>

PARTIE 5 : CARACTERISTIQUES DE L'HABITAT

Ce ménage existait-il y a 12 mois ? 1 = Oui 0 = Non ☐

Si Oui demander les conditions actuelles d'habitat du ménage et celles d'il y a 12 mois, et sinon remplir seulement la première ligne du tableau.

Condition d'habitat	Quel est votre statut d'occupation du logement ? 1 = PROPriétaire 2 = LOCataire 3 = LOGE gratuitement 4 = Logement de FONction 5 = AUTres	Combien de pièces sont occupées par le ménage ?	Quels sont les matériaux de construction des murs de votre logement ? 1 = DUR 2 = SEMi-dur 3 = BANco 4 = PAILle 5 = TENte 6 = Autres	Quels sont les matériaux de construction du toit de votre logement ? 1 = BETon 2 = TOLe 3 = BANco 4 = PAILle 5 = TENte 6 = AUTres	Quel est le type de lieu d'aisance utilisé par les membres de ménage ? 1 = W.C. moderne 2 = Latrine (W.C. traditionnel) 3 = Brousse 4 = AUTres	Quelle est votre principale source d'approvision- nement en eau à boire ? 1 = ROBinet dans la concession 2 = FONTaine publique, forage 3 = PUITs 4 = FLEuve, Rivière, lac 5 = AUTres sources	Quelle est votre principale source d'éclairage ? 1 = électricité compteur INDividuel 2 = électricité compteur en COMmun 3 = PETrole 4 = BOUgie 5 = BOIs 6 = GROupes électrogènes 7 = AUTres sources	Quelle est votre principale source d'énergie pour la cuisson ? 1 = GAZ 2 = PETrole 3 = BOIs de chauffe 4 = AUTres
C ₁	C ₂	C ₃	C ₄	C ₅	C ₆	C ₇	C ₈	C ₉
Situation actuelle <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
Situation Il y a 12 mois <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>

PARTIE 6 : ACCES AUX SERVICES

Service	Quelle est la distance à parcourir pour se rendre au service le plus proche ? 1=Moins 1 km 2=De 1 à 2 km 3=De 2 à 5 km 4=De 5 à 10 km 5=de 10 à 30 km 6=Plus de 30 km	Est-ce que des membres de votre ménage utilisent ce service ? 1=OUI 0=NON 8=Autres	Si Oui en C ₃ quel moyen utilisez-vous habituellement pour vous rendre à ce service ? 1=A PIEDS 2=VELO/bicyclette 3=VELOMoteur 4=AUTOmobile 5=MONTure animale 6=CHARette 7=PIROgue 8=AUTres	Si Non en C ₃ pourquoi ? 1=Trop CHER 2=MANque de moyens financiers 3=Trop LOIN 4=MAUVaise qualité de service 5=AUTres 6=PAS besoin
C ₁	C ₂	C ₃	C ₄	C ₅
Marché
Lieu d'approvisionnement en bois de chauffe
Point d'eau moderne
Point d'eau traditionnel
Ecole Primaire
Centre de Santé
Arrêt du bus/taxi/taxi brousse

PARTIE 7 : DEPENSES ET AUTO-CONSOMMATION ALIMENTAIRE DU MENAGE

7.1. DEPENSES MENSUELLES DE PRODUITS CEREALIERES ET DU NIEBE

Produit	Code du produit	Le ménage a-t-il acheté de ce produit au cours des 30 derniers jours ? 1=OUI 0=NON	Si Oui en C ₃			
			Quel est le montant total mensuel des dépenses ? en FCFA	Quelle est la durée prévisionnelle de consommation de ce produit en nombre de mois ?	Par rapport à vos dépenses il y a 12 mois, ce montant est-il : 1=PLUS important 2=SENSiblement le même 3=MOINs important	Observations
C ₁	C ₂	C ₃	C ₄	C ₅	C ₆	C ₇
Riz	0 1 <input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/> <input type="text"/>	
Mil	0 2 <input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/> <input type="text"/>	
Sorgho	0 3 <input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/> <input type="text"/>	
Maïs	0 4 <input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/> <input type="text"/>	
Niébé	0 5 <input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/> <input type="text"/>	

7.2. DEPENSES HEBDOMADAIRES DES PRINCIPAUX PRODUITS D'ACHAT COURANT

Produit	Code du produit	Le ménage a-t-il acheté de ce produit au cours des 7 derniers jours ? 1 = OUI 0 = NON	Si Oui en C ₃		
			Montant total des achats de la semaine en FCFA	Par rapport à vos dépenses il y a 12 mois, ce montant est-il : 1 = PLUS important 2 = SENSiblement le même 3 = MOINS important	Observations
C ₁	C ₂	C ₃	C ₄	C ₅	C ₆
Condiments (soubala, piment, arôme, sel, tomate concentrée...)	0 6	.....	_____	.....
Huiles	0 7	.....	_____	.....
Viandes et volailles	0 8	.....	_____	.....
Plats cuisinés consommés à l'extérieur	0 9	.....	_____	.....
Eau de garoua	1 0	.....	_____	.....
Produits d'hygiène (savon, Omo, détergent, Eau de javel...)	1 1	.....	_____	.....
Bois de chauffe	1 2	.....	_____	.....
Pétrole	1 3	.....	_____	.....

7.3. AUTO-CONSUMMATION HEBDOMADAIRE DES PRINCIPAUX PRODUITS ALIMENTAIRES

Produit	Code du produit	Au cours des 7 derniers jours, le ménage a-t-il consommé de ce produit, en provenance du champs, du jardin familial ou d'un cadeau reçu ? 1=OUI 0=NON	Si Oui en C ₃		
			Quelle est la quantité hebdomadaire totale consommée (auto-consommation + cadeaux reçus) ? en Grammes	Par rapport à votre consommation il y a 12 mois, cette quantité est- elle : 1=PLUS importante 2=SENSiblement la même 3=MOINS importante	Observations
C ₁	C ₂	C ₃	C ₄	C ₅	C ₆
Riz	9 1 <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	
Mil	9 2 <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	
Sorgho	9 3 <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	
Maïs	9 4 <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	
Niébé	9 5 <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	
Condiments (soubala, piment, arôme, sel, tomate concentrée...)	9 6 <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	
Huiles	9 7 <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	
Viandes et volailles	9 8 <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	

7.4. DEPENSES BIMENSUELLES DE SANTE ET DE TRANSPORT

Produit	Code du produit	Le ménage a-t-il effectué ces dépenses au cours des 14 derniers jours ? 1 = OUI 0 = NON	Si Oui en C ₃		
			Montant total des dépenses bimensuelles (2 semaines) en FCFA	Par rapport à vos dépenses il y a 12 mois, ce montant est-il : 1 = PLUS important 2 = SENSiblement le même 3 = MOINs important	Observations
C ₁	C ₂	C ₃	C ₄	C ₅	C ₆
Dépenses de santé (médicaments, honoraires, radio, analyses...)	2 1 <input type="text"/>	<input type="text"/> <input type="text"/>	
Dépenses de transport public dans le département de résidence (taxi, bus, taxi brousse...)	3 1 <input type="text"/>	<input type="text"/> <input type="text"/>	
Dépenses de transport privé (carburant, entretien vélo, moto, véhicule, monture animale...)	3 2 <input type="text"/>	<input type="text"/> <input type="text"/>	

7.5. DEPENSES MENSUELLES D’HABILLEMENT ET DEPENSES REGULIERES D’ENTRETIEN DE LOGEMENT

Produit	Code du produit	Le ménage a-t-il effectué ces dépenses au cours des 30 derniers jours ? 1 = OUI 0 = NON	Si Oui en C ₃		
			Montant total mensuel des dépenses en FCFA	Par rapport à vos dépenses il y a 12 mois, ce montant est-il : 1 = PLUS important 2 = SENSiblement le même 3 = MOINs important	Observations
C ₁	C ₂	C ₃	C ₄	C ₅	C ₆
Habillement (pagnes, tissus, couture...)	4 1 <input type="text"/>	<input type="text"/> <input type="text"/>	
Loyer	5 1 <input type="text"/>	<input type="text"/> <input type="text"/>	
Eau courante (SNE)	5 2 <input type="text"/>	<input type="text"/> <input type="text"/>	
Electricité (Nigelec)	5 3 <input type="text"/>	<input type="text"/> <input type="text"/>	
Téléphone (OPT)	5 4 <input type="text"/>	<input type="text"/> <input type="text"/>	

7.6. PRINCIPALES DEPENSES ANNUELLES

			Si Oui		
Produit	Code du produit	Le ménage a-t-il effectué ces dépenses au cours des 12 derniers mois ? 1 = OUI 0 = NON	Montant total annuel des dépenses en FCFA	Par rapport à vos dépenses effectuées au cours de l'avant dernière année, ce montant est-il : 1 = PLUS important 2 = SENSiblement le même 3 = MOINS important	Observations
C ₁	C ₂	C ₃	C ₄	C ₅	C ₆
Dépenses de transport en dehors du département et à l'étranger	3 3 <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	
Dépenses scolaires	6 1 <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	
Dépenses exceptionnelles à l'occasion de l'Aïd El-Fitr (fin du mois de Ramadan)	7 1 <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	
Dépenses exceptionnelles à l'occasion de l'Aïd El-Idha (fête de tabaski)	7 2 <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	
Mariage, Baptême	7 3 <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	

8.1. REVENUS SALARIAUX

Si Oui remplir le tableau suivant :

N° d'ordre	Numéro d'ordre de la personne salariée (Partie 1 composition du ménage)	Montant net du dernier salaire mensuel reçu en FCFA	Avez-vous reçu des primes des heures supplémentaires au cours du dernier mois ? 1 = OUI 0 = NON	Si Oui en C ₄ quel montant avez-vous reçu en FCFA ?	Avez-vous reçu des avantages ou remunérations en nature liés à votre activité ? 1 = OUI 0 = NON	Si Oui en C ₆ , indiquez l'avantage 1=Logement de fonction 2=Véhicule de fonction 3=Logement + véhicule 4=Nourriture 5= Autres avantages 0=Non concerné	Par rapport à son niveau il y a 12 mois, votre salaire tous indemnités et avantages compris est-il : 1=en hausse 2=au même niveau 3=en baisse 0=NON concerné
C ₁	C ₂	C ₃	C ₄	C ₅	C ₆	C ₇	C ₈
0 1	□ □ □	□ □ □ □ □ □ □ □ □ □ □	□ □ □ □ □ □ □ □ □ □ □ □ □
0 2	□ □ □	□ □ □ □ □ □ □ □ □ □ □	□ □ □ □ □ □ □ □ □ □ □ □ □
0 3	□ □ □	□ □ □ □ □ □ □ □ □ □ □	□ □ □ □ □ □ □ □ □ □ □ □ □
0 4	□ □ □	□ □ □ □ □ □ □ □ □ □ □	□ □ □ □ □ □ □ □ □ □ □ □ □
0 5	□ □ □	□ □ □ □ □ □ □ □ □ □ □	□ □ □ □ □ □ □ □ □ □ □ □ □
0 6	□ □ □	□ □ □ □ □ □ □ □ □ □ □	□ □ □ □ □ □ □ □ □ □ □ □ □

8.2. PENSIONS, ALLOCATIONS FAMILIALES, PÉCULES, BOURSES ET ALLOCATIONS SCOLAIRES

Y-a-t-il des membres du ménage qui perçoivent des pensions, allocations familiales, pécules, bourses ou allocations scolaires ?

1=Oui 0=NON ☐

Si Oui remplir le tableau suivant :

N° d'ordre	Numéro d'ordre de la personne bénéficiaire (dans la Partie 3 composition du ménage)	Quel est l'intitulé de la source du revenu ? 1=Retraite civile 2=Retraite Militaire 3=Allocation Familiale 4=Pécule 5=Bourse 6=Allocation scolaire 7=Accident de travail 8=Autres	Quel est le montant net de la dernière perception en FCFA	Quelle est la période correspondante à cette dernière perception en nombre de mois ?	Quelle est la durée annuelle de perception en nombre de mois ?	Par rapport à son niveau il y a 12 mois, le montant perçu est-il : 1=en hausse 2=au même niveau 3=en baisse 0=NON concerné
C ₁	C ₂	C ₃	C ₄	C ₅	C ₆	C ₇
0 1	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
0 2	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
0 3	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
0 4	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
0 5	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
0 6	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>

PARTIE 9 : ENTREPRISES NON AGRICOLES GERÉES PAR LES MEMBRES DU MÉNAGE

Y-a-t-il des membres du ménage qui ont possédé un atelier, une entreprise, un commerce... au cours de 12 derniers mois ?

1 = Oui 0=Non ☐
Si Oui remplir le tableau suivant.

N° d'ordre de l'entreprise	Activité de l'entreprise	Numéro d'ordre de la personne responsable de la gestion de l'entreprise	Depuis combien d'années cette entreprise fonctionne-t-elle ?	Pendant combien de mois cette entreprise a-t-elle fonctionné au cours des 12 derniers mois ?	Cette entreprise est-elle encore en activité ? 1 = OUI 0 = NON	Si Oui en C ₆ combien d'employés travaillent ils actuellement dans cette entreprise ?	Combien d'employés travaillaient-ils dans cette entreprise il y a 12 mois ?
C ₁	C ₂	C ₃	C ₄	C ₅	C ₆	C ₇	C ₈
0 1 <input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/> <input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
0 2 <input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/> <input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
0 3 <input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/> <input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
0 4 <input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/> <input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>

N° d'ordre de l'entreprise	Quel est le nombre de salariés payés par l'entreprise actuellement ?	Quel était ce nombre il y a 12 mois ?	L'entreprise utilise-t-elle un équipement spécial (machines, outils...) 1 = OUI 0 = NON	Si Oui C ₄ l'entreprise a-t-elle acquis un nouvel équipement au cours des 12 derniers mois ? 1 = OUI 0 = NON	Par rapport à son niveau il y a 12 mois, l'équipement de votre entreprise est-il : 1 = en hausse 2 = au même niveau 3 = en baisse	Quel est le chiffre d'affaires de votre entreprise en FCFA ?	Période correspondante 1 = Jour 2 = Semaine 3 = Mois 4 = Année	Par rapport à son niveau il y a 12 mois, votre chiffre d'affaires est-il : 1 = en hausse 2 = au même niveau 3 = en baisse
C ₁	C ₉	C ₁₀	C ₁₁	C ₁₂	C ₁₃	C ₁₄	C ₁₅	C ₁₆
0 1	<input type="text"/>	<input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>	<input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>
0 2	<input type="text"/>	<input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>	<input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>
0 3	<input type="text"/>	<input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>	<input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>
0 4	<input type="text"/>	<input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>	<input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>

10.1.
ELEVAGE DU BETAIL ET/OU DE LA VOLAILLE

Y-a-t-il des membres du ménage qui ont possédé du bétail et/ou de la volaille au cours des 12 derniers mois ? 1 = Oui 0=Non ☐

Si Oui remplir le tableau suivant :

Espèces	Code	Combien de têtes votre ménage possède t-il actuellement ?	Comment a évolué ce nombre par rapport à il y a 12 mois ? 1 = AUGmenté 2 = INChangé 3 = DIMInué	Avez-vous vendu de cette espèce au cours des 12 derniers mois ? 1 = OUI 0 = NON	Si Oui en C ₅ Combien de têtes avez-vous vendu au cours des 12 derniers mois ?	Si Oui en C ₅ quel a été le montant total des ventes par espèce ?
C ₁	C ₂	C ₃	C ₄	C ₅	C ₆	C ₇
Bovin	0 1	_____	_____	_____	_____	_____
Ovin	0 2	_____	_____	_____	_____	_____
Caprin	0 3	_____	_____	_____	_____	_____
Camelin	0 4	_____	_____	_____	_____	_____
Asin	0 5	_____	_____	_____	_____	_____
Equin	0 6	_____	_____	_____	_____	_____
Lapin	0 7	_____	_____	_____	_____	_____
Poule	1 1	_____	_____	_____	_____	_____
Pintade	1 2	_____	_____	_____	_____	_____
Pigeon	1 3	_____	_____	_____	_____	_____
Canard	1 4	_____	_____	_____	_____	_____
Autres volailles	1 5	_____	_____	_____	_____	_____

10.2. PRODUCTION AGRICOLE DU MENAGE

Y-a-t-il des membres du ménage qui ont exploité des champs au cours des 12 derniers mois ? 1 = Oui 0=Non ☐

Si Oui remplir le tableau suivant :

Cultures	Code	Le ménage a-t-il produit de cette culture au cours des 12 derniers mois ? 1=OUI 0=NON	Si Oui en C ₃ quelle a été la production du ménage en nombre d'unités de mesure ?	Unité de mesure utilisée	Poids moyen par unité de mesure en grammes ?	Avez-vous vendu de cette production au cours des 12 derniers mois ? 1=OUI 0=NON	Si Oui en C ₇		Par rapport à l'avant dernière année cette production est-elle : 1=en hausse 2=au même niveau 3=en baisse 0=NON concerné
							Quelle est la quantité vendue en nombre d'unité de mesures ?	Quel a été le montant total des ventes par culture ?	
C ₁	C ₂	C ₃	C ₄	C ₅	C ₆	C ₇	C ₈	C ₉	C ₁₀
Riz	0 1 <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
Mil	0 2 <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
Sorgho	0 3 <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
Maïs	0 4 <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
Niébé	0 5 <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
Arachide	0 6 <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
Coton	0 7 <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
Oignon	0 8 <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
Canne à sucre	0 9 <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>

10.3 FACTEURS DE PRODUCTION AGRICOLE

Cultures	Code	Le ménage a-t-il utilisé de la main d'oeuvre salariée au cours des 12 derniers mois? 1=OUI 0=NON	Si Oui en C ₃ quel est le nombre de journées travaillées et payées par le ménage au cours des 12 derniers mois	Par rapport à l'avant dernière année ce nombre de journées travaillées est-il : 1=en hausse 2=au même niveau 3=en baisse 0=NON concerné	Le ménage a-t-il utilisé des engrais chimiques pour cette culture ? 1=OUI 0=NON	Si Non en C ₆ pourquoi ? 1=Trop cher 2=Non disponible 3=Pas nécessaire 4=Ne sait pas les utiliser 5=Autres	Avez-vous obtenu un crédit pour cette culture au cours des 12 derniers mois ? 1=OUI 0=NON	Si Oui en C ₈ où l'avez-vous obtenu ? 1=Banque 2=Coopérative 3=Particulier 4=Autres 0=Non concerné	Par rapport à l'avant dernière année la superficie cultivée est-elle : 1=en hausse 2=au même niveau 3=en baisse 0=NON concerné	Si la superficie cultivée est en baisse quelle en est la cause principale ? 1=Manque de pluviométrie 2=Manque de main d'oeuvre familiale 3=Désertification 4=Autres
C ₁	C ₂	C ₃	C ₄	C ₅	C ₆	C ₇	C ₈	C ₉	C ₁₀	C ₁₁
Riz	0 1 <input type="text"/>	<input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>
Mil	0 2 <input type="text"/>	<input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>
Sorgho	0 3 <input type="text"/>	<input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>
Maïs	0 4 <input type="text"/>	<input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>
Niébé	0 5 <input type="text"/>	<input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>
Arachide	0 6 <input type="text"/>	<input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>

PARTIE 11 : PATRIMOINE DU MENAGE

11.1. HABITATIONS ET TERRAINS

1. Y-a-t-il des membres du ménage qui ont possédé des maisons ? 1=Oui 0=Non ☐

Si Oui, quel est leur nombre actuel ? et leur nombre il y a 12 mois ?

2. Y-a-t-il des membres du ménage qui ont possédé des parcelles destinées à la construction 1=Oui 0=Non ☐

Si Oui, quel est leur nombre actuel ? et leur nombre il y a 12 mois ?

3. Y-a-t-il des membres du ménage qui ont possédé des champs ? 1=Oui 0=Non ☐

Si Oui, quel est leur nombre actuel ? et leur nombre il y a 12 mois ?

11.2. BIENS D'EQUIPEMENT ET MOYENS DE TRANSPORT DU MENAGE

Biens d'équipement	Code	Le ménage possède-t-il ce bien ? 1=OUI 0=NON	Si Oui en C ₃ quel est le nombre actuel de ce bien que possède le ménage ?	Si Oui en C ₃ quel est le nombre de ce bien que possédait le ménage il y a 12 mois ?	Biens d'équipement	Code	Le ménage possède-t-il ce bien ? 1=OUI 0=NON	Si Oui en C ₃ quel est le nombre actuel de ce bien que possède le ménage ?	Si Oui en C ₃ quel est le nombre de ce bien que possédait le ménage il y a 12 mois ?
C ₁	C ₂	C ₃	C ₄	C ₅	C ₆	C ₇	C ₈	C ₉	C ₁₀
Télé couleur	0 1 <input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	Lampe à pétrole	1 1 <input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
Télé noir sur blanc	0 2 <input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	Lit	1 2 <input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
Vidéo	0 3 <input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	Bibliothèque	1 3 <input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
Radio, radio cassette	0 4 <input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	Fauteuil, divan, canapé	1 4 <input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
Congélateur, réfrigérateur	0 5 <input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	Buffet	1 5 <input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
Climatiseur	0 6 <input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	Voiture, camionnette	1 6 <input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
Ventilateur	0 7 <input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	Motocyclette	1 7 <input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
Cuisinière	0 8 <input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	Vélo	1 8 <input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
Foyer amélioré	0 9 <input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	Pirogue	1 9 <input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
Réchaud à pétrole	1 0 <input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	Charrette	2 0 <input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>

PARTIE 12 :

VACCINATION DES ENFANTS DE MOINS DE 5 ANS

N° Ordre	Nom et Prénom de l'enfant	Age de l'enfant en mois	L'enfant est il vacciné contre :									
			BCG	Dtcoq 1	Dtcoq 2	Dtcoq 3	Polio 1	Polio 2	Polio 3	Rougeole	Fièvre jaune	Fièvre Typhoïde
			1=OUI 0=NON	1=OUI 0=NON	1=OUI 0=NON	1=OUI 2=NON	1=OUI 0=NON	1=OUI 0=NON	1=OUI 0=NON	1=OUI 0=NON	1=OUI 0=NON	1=OUI 0=NON
C ₁	C ₂	C ₃	C ₄	C ₅	C ₆	C ₇	C ₈	C ₉	C ₁₀	C ₁₁	C ₁₂	C ₁₃
<input type="text"/>		<input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>	 <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>
<input type="text"/>		<input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>	 <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>
<input type="text"/>		<input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>	 <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>
<input type="text"/>		<input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>	 <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>
<input type="text"/>		<input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>	 <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>
<input type="text"/>		<input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>	 <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>
<input type="text"/>		<input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>	 <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>
<input type="text"/>		<input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>	 <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>

PARTIE 13 :

MESURES ANTHROPOMETRIQUES ET MORBIDITE DES ENFANTS DE MOINS DE 5 ANS

N° Ordre	Nom et Prénom de l'enfant	Poids en hectogrammes	Taille en cm	Périmètre brachial en cm	L'enfant a-t-il eu une diarrhée au cours des dernières 24 heures ? 1=OUI 0=NON	Maladies survenues au cours des deux dernières semaines			
						Diarrhée 1=OUI 0=NON	Un rhume, une toux 1=OUI 0=NON	Etat fiévreux 1=OUI 0=NON	Autres maladies 1=OUI 0=NON
C ₁	C ₂	C ₃	C ₄	C ₅	C ₆	C ₇	C ₈	C ₉	C ₁₀
<input type="text"/>		<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>
<input type="text"/>		<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>
<input type="text"/>		<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>
<input type="text"/>		<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>
<input type="text"/>		<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>
<input type="text"/>		<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>
<input type="text"/>		<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>
<input type="text"/>		<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>
<input type="text"/>		<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>

N°	Nom et Prénom	L'enfant est-il encore allaité au sein maternel ?	L'enfant est-il allaité au biberon ?	Si Oui en C ₄ quel est le type de lait utilisé ?	Quel est le type d'aliment de l'enfant ?	Si l'enfant est sevré (Non en C ₃)		
						Quel est son âge au moment du sevrage en nombre de mois ?	L'enfant est-il allaité au biberon juste après le sevrage ?	Si Oui en C ₈ quel est le type de lait utilisé ?
Ordre	de l'enfant	1=OUI 0=NON	1=OUI 0=NON	1=Lait en Poudre (de pharmacie) 2=AUTre lait	1=Préparation SPÉciale 2=Alimentation avec le MENage 3=Alimentation MIXte		1=OUI 0=NON	1=Lait en Poudre (de pharmacie) 2=AUTre Lait
C ₁	C ₂	C ₃	C ₄	C ₅	C ₆	C ₇	C ₈	C ₉
<input type="text"/>	 <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>	<input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>
<input type="text"/>	 <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>	<input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>
<input type="text"/>	 <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>	<input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>
<input type="text"/>	 <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>	<input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>
<input type="text"/>	 <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>	<input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>
<input type="text"/>	 <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>	<input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>
<input type="text"/>	 <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>	<input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>
<input type="text"/>	 <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>	<input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>