

BURKINA FASO

Unité-Progrès-Justice

MINISTRE DE L'ECONOMIE ET DES FINANCES

INSTITUT NATIONAL DE LA STATISTIQUE ET DE LA
DEMOGRAPHIE

ENQUETE MULTISECTORIELLE CONTINUE (EMC-BF)

QUESTIONNAIRE (3^{EME} PASSAGE)

SECTION A : IDENTIFICATION DU MENAGE

A1. REGION	A2. PROVINCE	A3. MILIEU 1. urbain 2. rural	A4. ZD	A5. MENAGE
_ _	_ _	_	_ _ _	_ _

1. Nom et prénoms du Chef de ménage	
2. Adresse 1 (téléphone) :.....	
3. Adresse 2 (téléphone) :.....	

A6. PASSAGE	A7. REpondant	A8. Nombre de membres du ménage	A9. CODE ENQUETEUR	A10. CODE CONTROLEUR
_	_ _	_ _	_ _	_ _

A11. DATE DE COLLECTE	A12a. HEURE DE DEBUT
_ _ / _ _ / _ _	_ _ H _ _ MN

A13. RESULTAT DE L'ENTREVUE		A14. LANGUE D'INTERVIEW	
1. Interview acceptée 2. Acceptée avec réticence 3. Abandon 4. Absence temporaire 5. A refusé 6. Ménage perdu 7. Autre (préciser en observations)	_	01. MOORE 02. DIOULA 03. FOULFOULDE 04. GOURMATCHEMA 05. BOBO 06. SENOULO 07. LOBIRI 08. SAMO 09. DAGARI 10. FRANÇAIS 11. LELE/NUNI/KASSENA 12. BISSA 13. BWAMU 14. AUTRES.....	_ _
OBSERVATIONS :			

A15. Vérification		A16. Saisie		A17. Correction	
A15a. Date	A15b. Agent	A16a. Date	A16b. Agent	A17a. Date	A17b. Agent
_ _ _ _ _	_ _ _	_ _ _ _ _	_ _	_ _ _ _ _	_ _

CONFIDENTIALITE : Extrait de la loi n°012-2007/AN du 31 mai 2007 portant organisation et réglementation des activités statistiques.**Article 08 :** Les données individuelles d'ordre économique ou financier recueillies par les services ou organismes mentionnés à l'alinéa précédent ne peuvent en aucun cas être utilisées à des fins de contrôle fiscal, économique ou social, ni à des fins de recherches de la part des autorités administratives, politiques, militaires, policières ou judiciaires.**Article 13 :** Les personnes physiques et morales soumises à des opérations d'enquêtes et de recensements statistiques organisés conformément aux dispositions de la présente loi, sont tenues de répondre avec exactitude dans les délais impartis, aux questionnaires relatifs à ces opérations.

N°PASS	N°ZD	N°MENAGE	SECTION B : CARACTERISTIQUES DES MEMBRES DU MENAGE

B1. Numéro d'ordre de l'individu	01	02	03	04	05	06	07	08	09	10	11	12	13	14	15	16
<p>Notez tous les noms des membres qui étaient inclus au passage précédant avec les mêmes numéros</p> <p>B1a. Depuis mon dernier passage y a-t-il de nouvelles personnes dans le ménage ? 1. Oui 2. Non </p> <p>Si oui, ajoutez- les après les anciens membres</p>																
Inscrire ici les âges des anciens membre du ménage																
B2. [NOM] est-il un homme ou une femme ? 1. Homme 2. Femme																
CARACTERISTIQUES DES MEMBRES DU MENAGE																
<p>Les questions B1a et B1b numéros sont obligatoires pour les anciens et les nouveaux membres du ménage</p> <p>B1b. Depuis mon dernier passage à aujourd'hui, quelle est la situation de [NOM] dans le ménage ? 1. Toujours dans le ménage 2. A quitté le ménage 3. Nouveau né 4. Nouvellement arrivé 5. Décédé 6. Est revenu(e)</p>																
LES QUESTIONS B2 A B31 DE LA SECTION B CONCERNENT UNIQUEMENT LES NOUVEAUX MEMBRES DU MENAGE SI AUCUN NOUVEAU MEMBRE, PASSER A LA SECTION RP : PRISE DE RISQUE																
B3a. Au cours des 12 derniers mois, durant combien de mois [NOM] a vécu dans le ménage ? 1. 6 mois ou plus 2. moins de 6 mois																
B3b. Si moins de 6 mois, pendant combien de mois [NOM] compte-t-il rester dans le ménage ? 1. Moins de 6 mois 2. Plus de 6 mois																
B3c. Est-ce que [NOM] a passé la nuit dernière dans le ménage ? 1. Oui 2. Non																

B1. Numéro d'ordre de l'individu	01	02	03	04	05	06	07	08	09	10	11	12	13	14	15	16
B4. Quel est l'âge en années révolues de [NOM] ? (indiquer l'âge en années révolues)	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
B5. Quel est le lien de parenté de [NOM] avec le chef de ménage ? 1. Chef de ménage 2. Conjoint(e) 3. Fils ou fille 4. Petit fils/fille 5. Père / mère 6. Frère/sœur 7. Autre parent 8. Domestique/personnel de maison 9. Sans lien de parenté	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
B6. Quel est l'état matrimonial de [NOM] ? 1. Marié(e) monogame 2. Marié(e) polygame 3. Union libre 4. Célibataire (jamais marié) 5. Divorcé(e) / séparé(e) 6. Veuf (veuve)	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
B7. Quelle est la nationalité de [NOM] ? 1. Burkinabè 2. UEMOA 3. Hors UEMOA	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
B8. Quelle est la religion de [NOM] ? 1. Musulmane 2. Catholique 3. Protestante 4. Animiste 5. Autre religion 6. Sans religion	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
B9. [NOM] possède-t-il un acte de naissance/ jugement supplétif ? 1. Oui 2. Non 3. Ne sait pas → Si Non passez à B11	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
B10. [NOM] possède-t-il une pièce d'identification (CIB, CNIB, passeport, carte militaire, autres)? 1. Oui 2. Non 3. Ne sait pas	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
EDUCATION DES MEMBRES DU MENAGE AGES DE 5 ANS OU PLUS (Cette sous section ne concerne que les personnes âgées de 5 ans ou plus)																
B11. [NOM] sait-il lire et écrire dans une langue quelconque ? 1. Oui 2. Non → Si Non passer à B14	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
B12. Si oui, laquelle ?	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
a. Français ? 1. Oui 2. Non	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
b. Langue nationale ? 1. Oui 2. Non	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
c. Une autre langue ? 1. Oui 2. Non	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>

B1. Numéro d'ordre de l'individu	01	02	03	04	05	06	07	08	09	10	11	12	13	14	15	16
B13. Quel a été le principal canal d'alphabétisation de [NOM] ? 1. Ecole formelle 2. CPAF 3. CEBNF 4. Autre	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
B14. Quel est le degré de l'enseignement formel le plus élevé que [NOM] a suivi ? 1. Aucun 5. Second. 2 nd cycle général 2. Préscolaire 6. Second. 2 nd cycle tech. Prof. 3. Primaire 7. Supérieur 4. Secondaire 1 ^{er} cycle Si Aucun, allez à B16	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
B15a. Est-ce que [NOM] fréquente l'école formelle au cours de l'année scolaire 2013/2014? 1. Oui 2. Non → Si Non passer à B16	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
B15b. Quelle classe [NOM] fréquente actuellement scolaire 2013/2014? 01. Maternel 11. CP1 12. CP2 13. CE1 14. CE2 15. CM1 16. CM2 21. 6ème 22. 5ème 23. 4ème 24. 3ème 25. 2nd 26. 1ère 27. Tle 31. Supérieur 41. Prof. avant CEP 42. Prof. après CEP 43. Prof. après BEPC	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
A tous les nouveaux membres du ménage B16. Est-ce que [NOM] souffre d'un handicap majeur / principal? 1. Aucun handicap 2. Moteur 3. Manhot 4. Visuel 5. Lépreux 6. Auditive 7. Mental 8. Autre	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
SECURITE PHYSIQUE DES MEMBRES DU MENAGE (Personnes âgées de 15 ans ou plus)																
(aux personnes de 15 ans ou plus) B23. Est-ce que [NOM] a été victime d'agression ou de vol au cours des trois (03) derniers mois ? 1. Oui 2. Non 3. NSP → Si Non, passez à B25	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
B24. Pour la dernière agression, à quel moment [NOM] a-t-il/elle été agressé/e ou victime de vol? 1. la nuit 2. le jour 3. Ne sait pas	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
B25. Avez-vous peur d'être agressé ou volé quand..... a. Vous êtes dehors après 20 heures 1.Oui 2. Non 9. NPR b. Vous êtes à la maison pendant la nuit 1.Oui 2.Non 9. NPR	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

B1. Numéro d'ordre de l'individu	01	02	03	04	05	06	07	08	09	10	11	12	13	14	15	16
SURVIE PARENTALE (Personnes de moins de 18 ans)																
B26. Le père biologique de [NOM] est-il ... ? 1. Vivant dans le ménage 2. Vivant hors du ménage 3. Ne sait pas 4. Décédé <div>Si 1 à 3 passez à B28</div>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
B27. Depuis combien d'années le père biologique de [NOM] est décédé?	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
B28. La mère biologique de [NOM] est-elle... ? 1. Vivante dans le ménage 2. Vivante hors du ménage 3. Ne sait pas 4. Décédé <div>Si 1 à 3 passez à B30</div>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
B29. Depuis combien d'années la mère biologique de [NOM] est décédée?	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
VIE ASSOCIATIVE DES MEMBRES DU MENAGE (Personnes âgées de 18 ans ou plus)																
B30. Est-ce que [NOM] est membre d'une association ou une organisation? 1. Oui 2. Non <div>Si Non, allez à la personne suivante</div>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
B31. Est-ce que [NOM] est membre d'une instance de décision? 1. Oui 2. Non	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

N°PASS	N°ZD	N°MENAGE	SECTION PR : PRISE DE RISQUE (personnes âgées de 18 ans ou plus)
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	

B1. Numéro d'ordre de l'individu	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
PR. Dans quelle mesure êtes-vous disposé à prendre des risques ? Etes-vous une personne entièrement prête à prendre des risques ou une personne qui essaie d'éviter de prendre tout risque ? (Sur une échelle de 1 à 10) où 1= pas du tout disposé à prendre des risques et 10 = très disposé à prendre des risques																
A. En circulation (conduisant une voiture/une motocyclette, vélo etc.) ?	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
B. Par rapport aux questions financières ?	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
C. En général ?	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<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°PASS	N°ZD	N°MENAGE	SECTION C : CONSOMMATION ALIMENTAIRE DU MENAGE DES 7 DERNIERS JOURS
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	

C01. Code produit	Lire le nom de chaque produit. Ecrire la réponse pour chaque produit à C02 avant de poser les questions C03 à C06.	C02. Combien le Ménage a-t-il dépensé Pour des achats du [PRODUIT] au cours Des 7 derniers jours ?	C03. Votre Ménage a-t-il consommé [PRODUIT] au cours des 7 derniers jours ? 1. Oui 2. Non Si 2, passer au produit suivant	C04. Quelles sont la quantité totale et la valeur des achats consommés et prélèvement de stocks achetés consommé du [PRODUIT] par le ménage au cours des 7 derniers jours		C05. Quelles sont la quantité totale et la valeur du [PRODUIT] consommé par le ménage qui ont été prélevées de sa propre production au cours des 7 derniers jours		C06. Quelles sont la quantité totale et la valeur du [PRODUIT] consommé par le ménage qui ont été reçues en cadeau, en contrepartie d'un travail ou en troc au cours des 7 derniers jours				
				<div>LISTE DES UNITES POUR LES QUESTIONS C04 ; C05 ET C06</div> <div> <div>01 = unité</div> <div>02 = sac de 25kg</div> <div>03 = sac de 50kg</div> <div>04 = kg</div> <div>05 = demi kg</div> <div>06 = quart de kg</div> <div>07 = yoruba</div> <div>08 = demi yoruba</div> <div>09 = grosse boîte de tomate</div> <div>10 = tine</div> <div>11 = baguette (pain)</div> <div>12 = demi baguette</div> <div>13 = tas</div> <div>14 = bol, assiette</div> <div>15 = morceau</div> <div>16 = litre</div> <div>17 = demi litre</div> <div>18 = quart de litre</div> <div>19= Paquet</div> <div>20 = bidon de 20 litres</div> <div>21 = Barrique (200 l)</div> <div>22 = calebasse</div> <div>23 = sachet</div> <div>24 = verre</div> <div>25 = autre unité</div> <div>26 = Gramme</div> <div>27 = Khanga</div> </div>								
CODE	Libellé des Produits	MONTANT EN FCFA	CODE	QUANTITE	UNITE	MONTANT EN FCFA	QUANTITE	UNITE	MONTANT EN FCFA	QUANTITE	UNITE	MONTANT EN FCFA
01. ALIMENTATION ET BOISSONS NON ALCOOLISEES												
011.	Céréales et produit à base de céréales											
01101	Riz	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
01102	Maïs	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
01103	Sorgho	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
01104	Fonio	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
01105	Petit mil	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
01106	Farine de Maïs	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>				<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
01107	Farine de petit mil	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>				<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
01108	Farine de sorgho	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>				<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
01109	Farine de blé	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>				<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
01110	Pain	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>				<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
01111	Pattes alimentaires	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>				<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
01112	Autres céréales	<input type="text"/>	<input type="text"/>			<input type="text"/>						<input type="text"/>
01113	Autres produits à base de céréales	<input type="text"/>	<input type="text"/>			<input type="text"/>						<input type="text"/>
012.	Viande et poisson											
01201	Viandes de bœufs fraîches	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>

C01. Code produit	<i>Lire le nom de chaque produit.</i> <i>Ecrire la réponse pour chaque produit à C02 avant de poser les questions C03 à C06.</i>	C02. Combien le Ménage a-t-il dépensé Pour des achats du [PRODUIT] au cours Des 7 derniers jours ?	C03. Votre Ménage a-t-il consommé [PRODUIT] au cours des 7 derniers jours ? 1. Oui 2. Non <i>Si 2, passer au produit suivant</i>	C04. Quelles sont la quantité totale et la valeur des achats consommés et prélèvement de stocks achetés consommé du [PRODUIT] par le ménage au cours des 7 derniers jours		C05. Quelles sont la quantité totale et la valeur du [PRODUIT] consommé par le ménage qui ont été prélevées de sa propre production au cours des 7 derniers jours			C06. Quelles sont la quantité totale et la valeur du [PRODUIT] consommé par le ménage qui ont été reçues en cadeau, en contrepartie d'un travail ou en troc au cours des 7 derniers jours			
				LISTE DES UNITES POUR LES QUESTIONS C04 : C05 ET C06 <div> <div>01 = unité</div> <div>02 = sac de 25kg</div> <div>03 = sac de 50kg</div> <div>04 = kg</div> <div>05 = demi kg</div> </div> <div> <div>06 = quart de kg</div> <div>07 = yoruba</div> <div>08 = demi yoruba</div> <div>09 = grosse boîte de tomate</div> <div>10 = tine</div> </div> <div> <div>11 = baguette (pain)</div> <div>12 = demi baguette</div> <div>13 = tas</div> <div>14 = bol, assiette</div> <div>15 = morceau</div> </div> <div> <div>16 = litre</div> <div>17 = demi litre</div> <div>18 = quart de litre</div> <div>19= Paquet</div> <div>20 = bidon de 20 litres</div> </div> <div> <div>21 = Barrique (200 l)</div> <div>22 = calebasse</div> <div>23 = sachet</div> <div>24 = verre</div> <div>25 = autre unité</div> <div>26 = Gramme</div> <div>27 = Khanga</div> </div>								

C01. Code produit	<i>Lire le nom de chaque produit.</i> <i>Ecrire la réponse pour chaque produit à C02 avant de poser les questions C03 à C06.</i>	C02. Combien le Ménage a-t-il dépensé Pour des achats du [PRODUIT] au cours Des 7 derniers jours ?	C03. Votre Ménage a-t-il consommé [PRODUIT] au cours des 7 derniers jours ? 1. Oui 2. Non <i>Si 2, passer au produit suivant</i>	C04. Quelles sont la quantité totale et la valeur des achats consommés et prélèvement de stocks achetés consommé du [PRODUIT] par le ménage au cours des 7 derniers jours		C05. Quelles sont la quantité totale et la valeur du [PRODUIT] consommé par le ménage qui ont été prélevées de sa propre production au cours des 7 derniers jours		C06. Quelles sont la quantité totale et la valeur du [PRODUIT] consommé par le ménage qui ont été reçues en cadeau, en contrepartie d'un travail ou en troc au cours des 7 derniers jours				
				LISTE DES UNITES POUR LES QUESTIONS C04 : C05 ET C06 <div> 01 = unité 06 = quart de kg 11 = baguette (pain) 16 = litre 21 = Barrique (200 l) 02 = sac de 25kg 07 = yoruba 12 = demi baguette 17 = demi litre 22 = calebasse 03 = sac de 50kg 08 = demi yoruba 13 = tas 18 = quart de litre 23 = sachet 04 = kg 09 = grosse boîte de tomate 14 = bol, assiette 19= Paquet 24 = verre 05 = demi kg 10 = tine 15 = morceau 20 = bidon de 20 litres 25 = autre unité 26 = Gramme 27 = Khanga </div>								
CODE	Libellé des Produits	MONTANT EN FCFA	CODE	QUANTITE	UNITE	MONTANT EN FCFA	QUANTITE	UNITE	MONTANT EN FCFA	QUANTITE	UNITE	MONTANT EN FCFA
01503	Pomme de terre	_____	__	_____	_____	_____	_____	_____	_____	_____	_____	_____
01504	Manioc	_____	__	_____	_____	_____	_____	_____	_____	_____	_____	_____
01505	Gombo	_____	__	_____	_____	_____	_____	_____	_____	_____	_____	_____
01506	Kapok (voaga)	_____	__	_____	_____	_____	_____	_____	_____	_____	_____	_____
01507	Oignons (gousse, feuille)	_____	__	_____	_____	_____	_____	_____	_____	_____	_____	_____
01508	Tomates fraîches	_____	__	_____	_____	_____	_____	_____	_____	_____	_____	_____
01509	Patte de tomate	_____	__	_____	_____	_____	_____	_____	_____	_____	_____	_____
01510	Feuilles (oseilles, baobab, boulvaka...)	_____	__	_____	_____	_____	_____	_____	_____	_____	_____	_____
01511	Fruits (oranges, ananas, papayes)	_____	__	_____	_____	_____	_____	_____	_____	_____	_____	_____
01512	Haricot	_____	__	_____	_____	_____	_____	_____	_____	_____	_____	_____
01513	Voandzou	_____	__	_____	_____	_____	_____	_____	_____	_____	_____	_____
01514	Sésame	_____	__	_____	_____	_____	_____	_____	_____	_____	_____	_____
01515	arachide	_____	__	_____	_____	_____	_____	_____	_____	_____	_____	_____
01516	Autres légumes et tubercules	_____	__	_____	_____	_____	_____	_____	_____	_____	_____	_____
016.	Sucre	_____	_____	_____	_____	_____	_____	_____	_____	_____	_____	_____
01601	Sucre en carreaux	_____	__	_____	_____	_____	_____	_____	_____	_____	_____	_____
01602	Sucre en poudre	_____	__	_____	_____	_____	_____	_____	_____	_____	_____	_____
017.	Autres produits alimentaires	_____	_____	_____	_____	_____	_____	_____	_____	_____	_____	_____
01701	Sel	_____	__	_____	_____	_____	_____	_____	_____	_____	_____	_____
01702	piment	_____	__	_____	_____	_____	_____	_____	_____	_____	_____	_____

C01. Code produit	Lire le nom de chaque produit.	C02. Combien le Ménage a-t-il dépensé Pour des achats du [PRODUIT] au cours Des 7 derniers jours ?	C03. Votre Ménage a-t-il consommé [PRODUIT] au cours des 7 derniers jours ? 1. Oui 2. Non <i>Si 2, passer au produit suivant</i>	C04. Quelles sont la quantité totale et la valeur des achats consommés et prélèvement de stocks achetés consommé du [PRODUIT] par le ménage au cours des 7 derniers jours			C05. Quelles sont la quantité totale et la valeur du [PRODUIT] consommé par le ménage qui ont été prélevées de sa propre production au cours des 7 derniers jours			C06. Quelles sont la quantité totale et la valeur du [PRODUIT] consommé par le ménage qui ont été reçues en cadeau, en contrepartie d'un travail ou en troc au cours des 7 derniers jours		
	<i>Ecrire la réponse pour chaque produit à C02 avant de poser les questions C03 à C06.</i>			LISTE DES UNITES POUR LES QUESTIONS C04 : C05 ET C06 <div> 01 = unité 06 = quart de kg 11 = baguette (pain) 16 = litre 21 = Barrique (200 l) 02 = sac de 25kg 07 = yoruba 12 = demi baguette 17 = demi litre 22 = calebasse 03 = sac de 50kg 08 = demi yoruba 13 = tas 18 = quart de litre 23 = sachet 04 = kg 09 = grosse boîte de tomate 14 = bol, assiette 19= Paquet 24 = verre 05 = demi kg 10 = tine 15 = morceau 20 = bidon de 20 litres 25 = autre unité 26 = Gramme 27 = Khanga </div>								
CODE	Libellé des Produits	MONTANT EN FCFA	CODE	QUANTITE	UNITE	MONTANT EN FCFA	QUANTITE	UNITE	MONTANT EN FCFA	QUANTITE	UNITE	MONTANT EN FCFA
01703	Cube (Maggi, Jumbo,...)	_____	__	_____	_____	_____				_____	_____	_____
01704	Soumbala	_____	__			_____			_____			_____
018.	Café et boissons non alcoolisées											
01801	café	_____	__	_____	_____	_____				_____	_____	_____
01802	Thé	_____	__	_____	_____	_____				_____	_____	_____
01803	Boisson non alcoolis non industr	_____	__	_____	_____	_____				_____	_____	_____
01804	Boisson non alcoolisées industr	_____	__	_____	_____	_____				_____	_____	_____
01805	Eau minérale	_____	__	_____	_____	_____				_____	_____	_____
02. BOISSONS ALCOOLISEES, TABAC ET STUPEFIANT												
021	Toutes les boissons alcoolisées, tabacs et stupéfiants											
02101	Bière traditionnelle (dolo)	_____	__			_____			_____			_____
02102	Bière industrielle importée	_____	__	_____	_____	_____				_____	_____	_____
02103	Bière industrielle local	_____	__	_____	_____	_____	_____	_____	_____	_____	_____	_____
02104	Vin et liqueurs	_____	__	_____	_____	_____	_____	_____	_____	_____	_____	_____
02105	Cigarette	_____	__	_____	_____	_____				_____	_____	_____
02106	Tabac local à chiquer	_____	__			_____			_____			_____
02107	Noix de cola	_____	__	_____	_____	_____				_____	_____	_____
02108	Autres stupéfiants	_____	__			_____						_____

N°PASS	N°ZD	N°MENAGE	SECTION C : DEPENSES NON ALIMENTAIRE DU MENAGE AU COURS DES 7 DERNIERS JOURS
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	

C01. Code produit	<i>Lire le nom de chaque produit. Ecrire la réponse pour chaque produit</i>	C03. Votre ménage a-t-il acheté ou consommé ou reçu en cadeaux [PRODUIT] Au cours des 7 derniers jours 1. Oui 2. Non Si Non, passer au produit suivant	C04. Combien votre ménage a-t-il dépensé pour des achats du [PRODUIT] au cours des 7 derniers jours (en FCFA) ?	C05. Quelles est la valeur du [PRODUIT] consommé par le ménage qui ont été prélevées de sa propre production au cours des 7 derniers jours	C06. Quelle est la valeur totale du [PRODUIT] que votre ménage a reçue en cadeau, en contrepartie d'un travail ou en troc au cours des 7 derniers jours (en FCFA) ?
0415	Bois de chauffe	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
0416	Charbon de bois	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
0417	Eau achetée en bidon, seau, bassine, barrique	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
0536	Allumettes/Briquet	<input type="text"/>	<input type="text"/>		<input type="text"/>
0537	Bougie	<input type="text"/>	<input type="text"/>		<input type="text"/>
0538	Pétrole lampant	<input type="text"/>	<input type="text"/>		<input type="text"/>
0539	Transport urbain en taxi, bus, tricycle ou autre	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
0540	Moustiquo (en spirale)	<input type="text"/>	<input type="text"/>		<input type="text"/>
0716	Essence super	<input type="text"/>	<input type="text"/>		<input type="text"/>
0717	Essence-mélange	<input type="text"/>	<input type="text"/>		<input type="text"/>
0713	Gaz-oil	<input type="text"/>	<input type="text"/>		<input type="text"/>
0804	Crédit de communication téléphonique (téléphone portable)	<input type="text"/>	<input type="text"/>		<input type="text"/>
0805	Frais de recharge de batterie de téléphones portables		<input type="text"/>		<input type="text"/>
0923	Journaux et revues.	<input type="text"/>	<input type="text"/>		<input type="text"/>
1103	Frais de restauration dans les restaurants, cafés et établissements similaires	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
1211	Frais de mouture des céréales	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
1212	Frais de mouture des tubercules	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>

N°PASS	N°ZD	N°MENAGE	SECTION C : DEPENSES NON ALIMENTAIRE DU MENAGE AU COURS DES 3 DERNIERS MOIS
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	

C01. Code produit	<i>Lire le nom de chaque produit. Ecrire la réponse pour chaque produit</i>	C03.Votre ménage a-t-il acheté, produit et consommé ou reçu en cadeaux [PRODUIT] Au cours des 3 derniers mois 1. Oui 2. Non <i>Si Non, passer au produit suivant</i>	C04. Combien votre ménage a-t-il dépensé pour des achats du [PRODUIT] au cours des 3 derniers mois (en FCFA) ?		C06. Quelle est la valeur totale du [PRODUIT] que votre ménage a reçu en cadeau, en contrepartie d'un travail ou en troc au cours des 3 derniers mois (en FCFA) ?
03. D'ARTICLES D'HABILLEMENT ET CHAUSSURE					
0301.	Tissus d'habillement	<input type="text"/>	<input type="text"/>		<input type="text"/>
0302.	Vêtements de dessus hommes	<input type="text"/>	<input type="text"/>		<input type="text"/>
0303.	Sous-vêtements hommes	<input type="text"/>	<input type="text"/>		<input type="text"/>
0304.	Vêtements de dessus femmes	<input type="text"/>	<input type="text"/>		<input type="text"/>
0305.	Sous-vêtements femmes	<input type="text"/>	<input type="text"/>		<input type="text"/>
0306.	Vêtements enfants et sous-vêtements enfants	<input type="text"/>	<input type="text"/>		<input type="text"/>
0307.	Tenus scolaires	<input type="text"/>	<input type="text"/>		<input type="text"/>
0308.	Autres articles vestimentaire et accessoires d'habillement	<input type="text"/>	<input type="text"/>		<input type="text"/>
0309.	Confection et réparation vêtements hommes	<input type="text"/>	<input type="text"/>		<input type="text"/>
0310.	Confection et réparation vêtements femmes	<input type="text"/>	<input type="text"/>		<input type="text"/>
0311.	Confection et réparation vêtements enfants	<input type="text"/>	<input type="text"/>		<input type="text"/>
0312.	Nettoyage et blanchissage de vêtements	<input type="text"/>	<input type="text"/>		<input type="text"/>
0313.	Chaussures hommes	<input type="text"/>	<input type="text"/>		<input type="text"/>
0314.	Chaussures femmes	<input type="text"/>	<input type="text"/>		<input type="text"/>
0315.	Chaussures enfants	<input type="text"/>	<input type="text"/>		<input type="text"/>
0316.	Réparation et location d'articles chaussants	<input type="text"/>	<input type="text"/>		<input type="text"/>
04. LOGEMENT, EAU, ELECTRICITE, GAZ ET AUTRES COMBUSTIBLES					
0401	Facture d'électricité	<input type="text"/>	<input type="text"/>		<input type="text"/>
0402	Gaz	<input type="text"/>	<input type="text"/>		<input type="text"/>
0403	Loyers	<input type="text"/>	<input type="text"/>		<input type="text"/>
0404	Facture d'eau	<input type="text"/>	<input type="text"/>		<input type="text"/>
0405	Ramassage d'ordures ménagères	<input type="text"/>	<input type="text"/>		<input type="text"/>
0406	Evacuation des eaux usées	<input type="text"/>	<input type="text"/>		<input type="text"/>
0407	Brique en parpaing (pour réparation)	<input type="text"/>	<input type="text"/>		<input type="text"/>
0408	Ciment importé (pour réparation)	<input type="text"/>	<input type="text"/>		<input type="text"/>

C01. Code produit	<i>Lire le nom de chaque produit. Ecrire la réponse pour chaque produit</i>	C03.Votre ménage a-t-il acheté, produit et consommé ou reçu en cadeaux [PRODUIT] Au cours des 3 derniers mois 1. Oui 2. Non <i>Si Non, passer au produit suivant</i>	C04. Combien votre ménage a-t-il dépensé pour des achats du [PRODUIT] au cours des 3 derniers mois (en FCFA) ?		C06. Quelle est la valeur totale du [PRODUIT] que votre ménage a reçue en cadeau, en contrepartie d'un travail ou en troc au cours des 3 derniers mois (en FCFA) ?
0409	Ciment local (pour réparation)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>
0410	Fer à béton (pour réparation)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>
0411	Sable (pour réparation)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>
0412	Peinture (pour réparation)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>
0413	Vidange de fosses septiques	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>
0414	Autres services et couts domestiques (ex. intérêt et l'assurance)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>
05. MEUBLES, ARTICLES DE MENAGE ET ENTRETIEN COURANT DU FOYER					
0501	Pile électrique	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>
0502	Insecticide à pulvérisation	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>
0503	Savon de toilette	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>
0504	Patte dentifrice	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>
0505	Broche à dent	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>
0506	Papier toilette	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>
0507	Torchons	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>
0508	Employé domestique	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>
0509	Gardiennage de maison	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>
0510	Autres services ménagers	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>
0511	Lit et matelas	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>
0512	Armoire et buffet	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>
0513	Chaise	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>
0514	Salle à manger	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>
0515	Salon ordinaire	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>
0516	Natte	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>
0517	Revêtement de sol	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>
0518	Moustiquaire	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>
0519	Textiles domestiques (rideaux, serviettes)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>
0520	Réfrigérateurs et congélateurs	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>
0521	Machine à laver et à sécher	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>
0522	Gazinières, cuisinière électrique	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>
0523	Foyer amélioré	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>

C01. Code produit	<i>Lire le nom de chaque produit. Ecrire la réponse pour chaque produit</i>	C03.Votre ménage a-t-il acheté, produit et consommé ou reçu en cadeaux [PRODUIT] Au cours des 3 derniers mois 1. Oui 2. Non <i>Si Non, passer au produit suivant</i>	C04. Combien votre ménage a-t-il dépensé pour des achats du [PRODUIT] au cours des 3 derniers mois (en FCFA) ?		C06. Quelle est la valeur totale du [PRODUIT] que votre ménage a reçue en cadeau, en contrepartie d'un travail ou en troc au cours des 3 derniers mois (en FCFA) ?
0524	Appareils de chauffages, chauffe-eau humidificateurs	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
0525	Aspirateurs et autre équipement de ménage	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
0526	Machines à coudre et à tricoter	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
0527	Mixeurs de tout genre	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
0528	Fer à repasser	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
0529	Lave-vaisselle	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
0530	Savon et autres détergents	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
0531	Ventilateur	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
0532	Autres appareils électroménagers (presse-fruits)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
0533	Verrerie, vaisselle et d'autres ustensiles de ménage	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
0534	Outils majeures et équipement	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
0535	Petits outils et accessoires divers	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
06. SANTE					
0601	Médicaments modernes	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
0602	Médicaments traditionnels	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
0603	Produits médicaux divers	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
0604	Appareils et matériels thérapeutiques	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
0605	Services médicaux et dentaires	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
0606	Service de laboratoire et radiologie	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
0607	Services des auxiliaires médicaux	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
0608	Services hospitaliers	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
07. TRANSPORT					
0701	Dépenses liées au transport au cours des 3 derniers mois				
0702	Autre transport	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
0703	Pièces détachées et accessoires	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
0704	Maintenance et réparation des véhicules, vélos, motorcycle etc.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
0705	Autres couts liés au transport (sans les voyages internationaux)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
0706	Voitures automobiles neuves	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
0707	Motocycle (motos, scooters, ...) neuf	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>

C01. Code produit	<i>Lire le nom de chaque produit. Ecrire la réponse pour chaque produit</i>	C03.Votre ménage a-t-il acheté, produit et consommé ou reçu en cadeaux [PRODUIT] Au cours des 3 derniers mois 1. Oui 2. Non <i>Si Non, passer au produit suivant</i>	C04. Combien votre ménage a-t-il dépensé pour des achats du [PRODUIT] au cours des 3 derniers mois (en FCFA) ?		C06. Quelle est la valeur totale du [PRODUIT] que votre ménage a reçue en cadeau, en contrepartie d'un travail ou en troc au cours des 3 derniers mois (en FCFA) ?
0708	Vélo neuf	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>
0709	Voiture automobile de seconde main	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>
0710	Motocycle (motos, scooters,...) de seconde main	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>
0711	Vélo de seconde main	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>
0712	Charrette	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>
0713	Lubrifiants	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>
08. COMMUNICATION					
0801	Services postaux	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>
0802	Frais de connexion internet	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>
0803	Autres services téléphoniques/fax/ frais d'entretien	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>
0804	Autres équipement et fax (y compris les réparations)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>
09. LOISIRS ET CULTURES					
0901	Jeux et hobby	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>
0902	Equipement de sport, camping et récréation en plein air	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>
0903	Jardins, plantes et fleurs (pas pour l'agriculture)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>
0904	Animaux domestiques et les couts (inclus nourritures des animaux)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>
0905	Frais pour le sport, cinéma, musée, vidéo club, etc.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>
0906	CD, vidéo et DVD (loué ou acheté)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>
0907	Jeux de chance	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>
0908	Autres services de loisirs	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>
0909	Livres, papiers et d'autres fournitures	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>
0910	Vacances organisés	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>
0911	Téléviseur	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>
0912	Lecteur CD/DVD portables	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>
0913	Magnétoscope/DVD	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>
0914	Antennes de télé	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>
0915	Radio ou autre équipement audio	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>
0916	Chaine Hi Fi	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>
0917	Appareils photos, cameras et équipement photographique	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>
0918	Ordinateurs personnels et autre équipement similaire	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>

C01. Code produit	<i>Lire le nom de chaque produit. Ecrire la réponse pour chaque produit</i>	C03.Votre ménage a-t-il acheté, produit et consommé ou reçu en cadeaux [PRODUIT] Au cours des 3 derniers mois 1. Oui 2. Non <i>Si Non, passer au produit suivant</i>	C04. Combien votre ménage a-t-il dépensé pour des achats du [PRODUIT] au cours des 3 derniers mois (en FCFA) ?		C06. Quelle est la valeur totale du [PRODUIT] que votre ménage a reçue en cadeau, en contrepartie d'un travail ou en troc au cours des 3 derniers mois (en FCFA) ?
0919	Instruments de musique (y compris les réparations)	<input type="checkbox"/>	<input type="text"/>		<input type="text"/>
0920	Consoles et appareils semblables	<input type="checkbox"/>	<input type="text"/>		<input type="text"/>
0921	Autres biens durables pour le loisir et la culture	<input type="checkbox"/>	<input type="text"/>		<input type="text"/>
0922	Réparations de ces biens	<input type="checkbox"/>	<input type="text"/>		<input type="text"/>
10. ENSEIGNEMENT					
1001	Frais de scolarité et prise en charge au préscolaire et primaire	<input type="checkbox"/>	<input type="text"/>		<input type="text"/>
1002	Frais de scolarité et prise en charge au secondaire	<input type="checkbox"/>	<input type="text"/>		<input type="text"/>
1003	Frais de scolarité et prise en charge au supérieur	<input type="checkbox"/>	<input type="text"/>		<input type="text"/>
1004	Frais de scolarité et prise en charge dans les enseignements non définis par niveau et apprentissage	<input type="checkbox"/>	<input type="text"/>		<input type="text"/>
11. RESTAURANTS ET HOTELS					
1101	Frais de cantines	<input type="checkbox"/>	<input type="text"/>		<input type="text"/>
1102	Hôtels et service de logement	<input type="checkbox"/>	<input type="text"/>		<input type="text"/>
12. BIENS ET SERVICES DIVERS					
1201	Salon de coiffure	<input type="checkbox"/>	<input type="text"/>		<input type="text"/>
1202	Pommade et autres lotions corporelles	<input type="checkbox"/>	<input type="text"/>		<input type="text"/>
1203	Bijoux, horloges et montres	<input type="checkbox"/>	<input type="text"/>		<input type="text"/>
1204	Voyage et autres articles personnels (ne figurant pas ailleurs)	<input type="checkbox"/>	<input type="text"/>		<input type="text"/>
1205	Service de protection sociale, garderies	<input type="checkbox"/>	<input type="text"/>		<input type="text"/>
1206	Assurance maison	<input type="checkbox"/>	<input type="text"/>		<input type="text"/>
1207	Assurance maladie	<input type="checkbox"/>	<input type="text"/>		<input type="text"/>
1208	Assurance voyage et incendie	<input type="checkbox"/>	<input type="text"/>		<input type="text"/>
1209	Autres assurances sans assurance vie	<input type="checkbox"/>	<input type="text"/>		<input type="text"/>
1210	Frais bancaires et autres services financiers	<input type="checkbox"/>	<input type="text"/>		<input type="text"/>

N°PASS	N°ZD	N°MENAGE	SECTION SA : SECURITE ALIMENTAIRE

SA1.	SA2.					SA3.		SA4.
Au cours des 7 derniers jours, avez-vous fait face à une situation où vous n'avez pas suffisamment de nourriture pour tout le ménage ? 1. Oui 2. Non	Au cours des 7 derniers jours, combien de jours vous, ou une autre personne du ménage a eu à : SI VOUS N'AVEZ PAS EU A LE FAIRE, ENREGISTRER ZERO.					Combien de repas, y compris le petit-déjeuner, ont été pris par jour dans le ménage au cours des 7 derniers jours?		Au cours des 12 derniers mois, avez-vous fait face à une situation où vous n'avez pas suffisamment de nourriture pour tout le ménage ? 1. Oui 2. Non Si Non aller à la section suivante
	A.	B.	C.	D.	E.	A. Personnes	B. Enfants	
	Consommer des aliments moins chers que d'habitude?	Réduire les quantités consommées chaque fois?	Réduire le nombre de repas par jour?	Réduire les quantités consommées par les adultes au profit des enfants?	Emprunter de la nourriture, ou compter sur l'aide de parents ou d'amis?	(5 ans ou plus)	(6-59 mois) METTRE 99 S'IL N'Y A PAS D'ENFANTS DANS LE MENAGE	
JOUR	JOUR	JOUR	JOUR	JOUR	JOUR	NOMBRE	NOMBRE	

SA5.						SA6.			CODE POUR SA6
A quel mois avez-vous rencontré ce problème au cours des 12 derniers mois? METTRE 1=OUI POUR CHAQUE MOIS OU LE MENAGE N'A PAS EU SUFFISAMMENT A MANGER ET 2=NON DANS LE CAS CONTRAIRE						Quelles étaient les causes de cette situation? LISTER AU MAXIMUM 3 CAUSES, PAR ORDRE D'IMPORTANCE; UTILISANT LES CODES SIS A DROITE.			01. Faibles récoltes du fait de la sécheresse 02. Faibles récoltes du fait de l'attaque des insectes 03. Faibles récoltes du fait du faible accès aux terres cultivables 04. Faibles récoltes du fait du manque des intrants 05. Faibles récoltes du fait de la pauvreté des sols 06. Faibles récoltes du fait d'autre chose 07. Cherté des produits sur le marché 08. Accès difficile aux marchés du fait des coûts de transport élevé 09. Faibles ressources financières 10. Peu de produits alimentaires au marché 11. Inondations 12. Autre (à préciser)
2013									
Juillet	Août	Sept.	Oct.	Nov.	Déc.				
2014						A.	B.	C.	
Janv.	Févr.	Mars	Avril	Mai	Juin	1 ^{er}	2 ^{ème}	3 ^{ème}	

N°PASS		N°ZD		N°MENAGE		SECTION CS : CHOCS ET STRATEGIE DE SURVIE									
CS0.		CS1.	CS2.	CS3.					CS4.			CODE POUR CS4.			
Code du choc	Nature du choc	Au cours des 12 derniers mois, le ménage a-t-il été négativement affecté par le problème suivant ? 1. Oui 2. Non	Déterminer les 3 problèmes les plus importants ? 1. Le plus sévère 2. Deuxième 3. Troisième	Comme conséquence de ce choc, votre ménage a-t-il enregistré l'augmentation ou la baisse du [...] suivant ? 1. Augmenté 2. Diminué 3. Inchangé 4. NA					Quelle a été la stratégie adoptée par le ménage après le [CHOC] pour faire face à la situation? (Pour chaque choc, donner jusqu'à 3 stratégies par ordre d'importance. Si le type de choc est survenu plusieurs fois au cours des 12 derniers mois, considérer l'évènement le plus récent. Utiliser les codes sis à droite).			01. Utilisation de son épargne 02. Aide de parents ou d'amis 03. Aide du gouvernement/l'Etat 04. Aide d'organisations religieuses ou d'ONG 05. Marier les enfants 06. Changement des habitudes de consommation (Achat d'aliments moins chers, réduction du nombre de repas par jour, Réduction des quantités consommées, etc.) 07. Les membres actifs occupés du ménage ont pris des emplois supplémentaires 08. Les membres adultes (au moins 15 ans) inactifs ou chômeurs ont pris des emplois 09. Les enfants de moins de 15 ans ont été amenés à travailler 10. Les enfants ont été déscolarisés 11. Migration d'un ou plusieurs membres du ménage 12. Réduction des dépenses de santé/d'éducation 13. Obtention d'un crédit 14. Vente des actifs agricoles 15. Vente des biens durables du ménage 16. Vente de terrain/immeubles/Maisons 17. Vente du stock de vivres 18. Vente de bétail 19. Pratique plus importante des activités de pêche 20. Confiage des enfants à d'autres ménages 21. Engagé dans des activités spirituelles (prières, sacrifices, consultation de marabout, ...) 22. Pratique de la culture de contre saison 23. Autre stratégie.(à préciser) 24. Aucune stratégie			
				Revenu	Avoirs	Production alimentaire	Stock de produits alimentaires	Achat de produits alimentaire	1ère	2ème	3ème				
101	Sécheresse/Pluies irrégulières														
102	Inondations/Incendie														
103	Taux élevé de maladies des cultures														
104	Taux élevé de maladies des animaux														
105	Baisse importante des prix des produits agricoles														
106	Prix élevés des inputs agricoles														
107	Prix élevés des produits alimentaires														
108	Fin de transferts réguliers provenant d'autres ménages														
109	Perte importante du revenu non agricole du ménage (autre que du fait d'un accident ou d'une maladie)														
110	Faillite d'une entreprise non agricole du ménage														
111	Perte importante de revenus salariaux (autre que du fait d'un accident ou d'une maladie)														
112	Perte d'emploi salarié d'un membre du ménage														
113	Maladie grave ou accident d'un membre du ménage														
114	Décès d'un membre actif du ménage														
115	Décès d'un autre membre du ménage														
116	Divorce, séparation														
117	Vol d'argent, de biens ou de récolte														
118	Conflit/Violence/Insécurité														
119	Autre (à préciser)														

N°PASS	N°ZD	N°MENAGE	SECTION S : SANTE DE LA POPULATION														
B1. Numéro d'ordre de l'individu																	
Nom des personnes du ménage <i>(Inscrivez les noms de toutes les personnes qui, normalement vivent et prennent leurs repas ensemble dans le ménage, en commençant par le chef de ménage)</i>																	
PARTIE A. SANTE GENERALE																	
S01a. [NOM] a-t-il eu un problème de santé, maladie ou un accident au cours des quinze derniers jours ? 1. Oui 2. Non Si Oui aller à S02.																	
S01b. [NOM] a-t-il eu un problème de santé, maladie ou un accident au cours des quatre dernières semaines ? 1. Oui 2. Non Si Non aller à S21.																	
S02. Quel a été le principal problème de santé que [NOM] a eu ? 01. Fièvre/Paludisme 07. Problème de tension 02. Diarrhée/maux ventre 08. Fièvre typhoïde 03. Douleurs dans le dos, membres ou articulations 04. Problème dentaire 09. ORL 12. Accident/Blessure 05. Problème de peau 10. Diabète 13. Ulcère 06. Maladie des yeux 11. Méningite 14. Autre																	
S03. Est-ce que ce problème de santé a empêché [NOM] de mener ses activités quotidiennes normales ? 1. Oui 2. Non Si Non aller à S05.																	
S04. Pendant combien de temps la maladie a-t-elle empêché [NOM] de mener ses activités quotidiennes normales ? 1. Moins d'une semaine 2. Entre une et deux semaines 3. Plus de deux semaines																	

S05. [NOM] a-t-il consulté un service de santé, un guérisseur ou un marabout au cours des quatre dernières semaines du fait de ce problème de santé ? 1. Oui, Service/personnel santé moderne 2. Oui, Guérisseur traditionnel/marabout 3. Non Si 1 aller à S07		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
S06. Pour quelle raison principale [NOM] n'a-t-il pas été consulté (e) un service ou personnel de santé moderne? 1. Pas nécessaire 2. Trop cher 3. Trop éloigné 4. Automédication 5. N'avoir pas de temps/trop occupé 6. Peur du résultat 7. Refus d'un membre de la famille 8. Manque d'argent 9. Autre à préciser Si 2 à S05 aller à S08 OU Si 3 à S05 aller à S21		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
S07. Où [NOM] a-t-il consulté la première fois pour cette épisode de maladie ? 1. Centre Hospitalier Universitaire (CHU) 2. Centre Hospitalier Régional (CHR) 3. Centre Médical avec Antenne Chirurgicale (CMA) 4. Centre Médicale (CM) 5. Centre de Santé et de Promotion Sociale (CSPS) 6. Clinique privé/cabinet de soins 7. Privé religieux/ONG 8. Pharmacie 9. Autres		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
S08. Qui a consulté [NOM] la première fois pour cet épisode de maladie ? 1. Médecin (docteur) 2. Attaché de santé 3. Infirmier/infirmière (breveté ou d'Etat) 4. Pharmacien 5. Autres agents de santé moderne 6. Guérisseur/Marabout 7. Autre		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
S09. [NOM] a-t-il été satisfait du service fourni lors de cette première consultation ? 1. Très satisfait 2. Satisfait 3. Peu satisfait 4. Pas du tout satisfait		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
S10. Est-ce que [NOM] a eu des problèmes au moment de sa visite ?		1. Oui 2. Non 3. Non applicable															
A.	Etablissement pas propre	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
B.	Attente longue	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
C.	Personnel non qualifié	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
D.	Trop cher	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
E.	Pas de personnel/établissement fermé	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
F.	Traitement inefficace	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
G.	Mauvais accueil	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
H.	Autre	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

S11. Quelles est la distance qui sépare le domicile de [NOM] au lieu de cette première consultation ? 1. Moins 1 Km 3. 5 à 10 Km 2. 1 à moins 5 Km 4. Plus de 10 Km	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
S12. Quel est le montant des frais de consultation pour cet épisode de maladie ou cours des quatre dernières semaines ? (MONTANT EN CFA) Si consultation gratuit écrivez 00000 et aller à S15	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
S13. [NOM] dispose-t-il d'une assurance maladie ou d'une prise en charge médicale qui couvre ce genre de prestations médicales? 1. Oui 2. Non Si Non aller à S15	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
S14. Dans les frais de consultation déclarés à S12, [NOM] a-t-il supporté la totalité des frais ou seulement le montant hors assurance ? 1. A supporté la totalité des frais 2. A supporté le montant hors assurance	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
S15. Quel est le montant des frais des examens médicaux pour cet épisode de maladie au cours des quatre dernières semaines ? (MONTANT EN CFA) Si examens gratuit écrivez 000000 et aller à S18	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
S16. [NOM] dispose-t-il d'une assurance maladie ou d'une prise en charge médicale qui couvre ce genre de prestations médicales ? 1. Oui 2. Non Si Non aller à S18	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
S17. Dans les frais des examens déclarés à S15, [NOM] a-t-il supporté la totalité des frais ou seulement le montant hors assurance ? 1. A supporté la totalité des frais 2. A supporté le montant hors assurance	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>

S18. Quel est le montant des frais de médicaments pour cet épisode de maladie au cours des quatre dernières semaines ? (MONTANT EN CFA) <i>Si médicaments reçus gratuitement, écrivez 000000 et aller à S21</i>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
S19. [NOM] dispose-t-il d'une assurance maladie ou d'une prise en charge médicale qui couvre ce genre de prestations médicales. 1. Oui 2. Non Si Non aller à S21	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
S20. Dans les frais de pharmacie déclarés à S18, [NOM] a-t-il supporté la totalité des frais ou seulement le montant hors assurance ? 1. A supporté la totalité des frais 2. A supporté le montant hors assurance	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
S21. [NOM] a-t-il été hospitalisé pour cette maladie ou pour toute autre maladie survenue au cours des 12 derniers mois ? 1. Oui 2. Non Si Non aller à S27	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
S22. Quel est le montant des frais d'hospitalisation au cours des 12 derniers mois ? (MONTANT EN CFA) <i>Si hospitalisation gratuite, écrivez 000000 et aller à S25</i>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
S23. [NOM] dispose-t-il d'une assurance maladie ou d'une prise en charge médicale qui couvre ce genre de prestations médicales. 1. Oui 2. Non Si Non aller à S25	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
S24. Dans les frais d'hospitalisation déclarés à S22, [NOM] a-t-il supporté la totalité des frais ou seulement le montant hors assurance ? 1. A supporté la totalité des frais 2. A supporté le montant hors assurance	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
S25. [NOM] a-t-il reçu de l'aide de parents ou d'amis pour ce cas de maladie ? 1. Oui 2. Non Si Non aller à S27.	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>

S26. Quel est le montant des aides reçus des parents ou d'amis au cours des 12 derniers mois? <div>(MONTANT EN CFA)</div>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
S27. [NOM] a-t-il supporté d'autres dépenses de santé (automédication, consultation à titre préventif, achat de médicaments à titre préventif, frais de circoncision, etc.) au cours des 12 derniers mois ? 1. Oui 2. Non si Non aller à S29.	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
S28. Quel est le montant de ces dépenses de santé ? <div>(MONTANT EN CFA)</div>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
S29. [NOM] a-t-il supporté des dépenses de santé non conventionnelles/illégales (achat de place à l'hôpital, frais de consultation non prévus, remerciement en espèce ou en nature pour service rendu, etc.) au cours des 12 derniers mois ? 1. Oui 2. Non si Non aller à S31.	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
S30. Quel est le montant des dépenses de santé non conventionnelles/illégales? <div>(MONTANT EN CFA)</div>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
S31. [NOM] a-t-il une moustiquaire ? 1. Oui 2. Non Si Non aller à S33	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
S32. Comment avez-vous obtenu cette moustiquaire ? 1. Achetée 2. Reçue gratuitement 3. Autre	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
S33. Est-ce-que [NOM] a dormi sous une moustiquaire la nuit dernière ? 1. Oui 2. Non 3. NSP Si Non ou NSP, aller à S35	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>

S34. Quel est le type de la moustiquaire ? 1. Imprégnée 2. Simple (non imprégnée) 3. NSP	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
<i>Ne concerne que les individus âgés de 15 ans ou moins.</i>																
S35. Qu'est-ce que [NOM] a pris au petit déjeuner le jour précédent ? 00. Pas de petit-déjeuner 17. Ragoût de tubercules 01. Beignet à base de haricot 18. Couscous de céréales 02. Bouillie à base de céréales 19. Gari avec du sucre et du lait 03. Galette à base de mil 20. Gari avec du sucre 04. Beignet à base de blé 21. Plats de haricots 05. Café au lait/Lait simple +pain 22. Boule d'akassa 06. Beignet à base de mil 23. Feuilles vertes 07. Riz_niébé 24. Gari préparé avec de l'huile et d'autres condiments 08. Œuf 25. Soupes à base de légumes et de viande/poisson 09. Pain+beignet à base de haricot 26. Galettes à base d'autres céréales 10. Lait frais/Lait caillé/Yaourt 27. Lait maternel 11. Yaourt + pain 28. Autre 12. Riz au gras 13. Riz plus sauce 14. Pâte de céréales et sauce 15. Pates alimentaires 16. Tubercules bouillis	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<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 B : CONSOMMATION DE TABAC (individus de plus de 15 ans)																
S36. Est-ce que [NON] consomme actuellement du tabac ? 1. Oui, tabac en poudre, 2. Oui, cigarette ou Pipe 3. Autre tabac 4. Non si [NON] aller à S39	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
S37. A quelle fréquence [NOM] consomme-t-il le tabac ? 1. Plusieurs fois par jour 2. Une fois par jour 3. Occasionnellement 4. Ne sait pas	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
S38. Depuis combien d'années [NOM] consomme-t-il le tabac?	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<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 C : SANTE DE LA REPRODUCTION (femmes de 15 à 49 ans)																
B1. Numéro d'ordre des femmes de 15 ans ou plus	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
Nom des femmes de 15 ans ou plus (Inscrivez les noms de toutes les femmes ou filles du ménage qui ont 15 ans ou plus)	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>

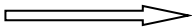
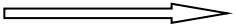
S39. [NOM] a-t-elle eu au moins une naissance vivante au cours de sa vie ? 1. Oui 2. Non, mort né/avortement 3. Jamais eu de grossesse si 2 aller à S41 ; si 3 aller à S50	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
S40. A quel âge [NOM] a-t-elle données naissance à son premier enfant ?	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
S41. [NOM] a-t-elle eu au moins une grossesse au cours des 12 derniers mois ? 1. Oui 2. Non si Non aller à S50	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
S42. [NOM] a-t-elle été suivie pendant sa grossesse ? 1. Oui 2. Non si Non aller à S45.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
S43. Qui a suivi [NOM] pendant la période de grossesse ? 1. Médecin 2. Infirmier(ère) 3. Sage femme/maganeuticien 4. Accoucheuse traditionnelle formée/matrone 5. Accoucheuse traditionnelle non formée 6. Autre	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
S44. Où [NOM] a-t-elle été suivie pendant la période de grossesse ? 1. Centre Hospitalier Universitaire (CHU) 2. Centre Hospitalier Régional (CHR) 3. Centre Médical avec Antenne Chirurgicale (CMA) 4. Centre Médicale (CM) 5. Centre de Santé et de Promotion Sociale (CSPS) 6. Clinique privé/cabinet de soins 7. Privé religieux/ONG 8. Maternité isolée 9. Autres	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
S45. Quel est le montant des frais médicaux supporté par [NOM] pendant la grossesse ? (MONTANT EN CFA)	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
S46. La grossesse que [NOM] a eue au cours des 12 derniers mois a-t-elle abouti à une naissance vivante ? 1. Oui 2. Non 3. En cours, Si En cours aller à la personne suivante	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
S47. Qui a assisté [NOM] pour son dernier accouchement/avortement ? 1. Médecin 2. Infirmier(ère) 3. Sage femme/maganeuticien 4. Accoucheuse traditionnelle formée/matrone 5. Accoucheuse traditionnelle non formée 6. Autre	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

S48. Où [NOM] a-t-elle accouché de cet enfant ou avorté ? 1. Centre Hospitalier Universitaire (CHU) 2. Centre Hospitalier Régional (CHR) 3. Centre Médical avec Antenne Chirurgicale (CMA) 4. Centre Médicale (CM) 5. Centre de Santé et de Promotion Sociale (CSPS) 6. Clinique privé/cabinet de soins 7. Privé religieux/ONG 8. Maternité 9. A domicile 0. Autres																
S49. Quel est le montant des frais supporté par [NOM] à son dernier accouchement/avortement? (MONTANT EN CFA)																
S50. Est-ce que [NOM] ou son partenaire utilise actuellement une méthode contraceptive pour éviter une grossesse indésirée ? 1. Oui 2. Non si Non aller à S52.																
S51. Quelle principale méthode utilise [NOM] ou son conjoint ? 01. Stérilisation féminine 02. Stérilisation masculine 03. Pilule 04. Dispositif intra-utérin 05. Injections 06. Implants 07. Préservatifs 08. Allaitement 09. Abstinence périodique 10. Retrait (coït interrompu) 11. gris-gris/Méthodes 12. Autre Aller à l'individu suivant																
S52. Quelle est la raison principale qui fait que [NOM] ou son conjoint n'utilise pas de méthode contraceptive? 1. Pas de partenaire/abstinence 2. Veut avoir des enfants 3. Partenaire ne veut pas 4. Interdit par ma religion 5. Ignore l'existence des méthodes 6. Méthodes trop chères 7. Inaccessible 8. Autres																

N°PASS	N°ZD	N°MENAGE	SECTION E : EMPLOI DES MEMBRES DU MENAGE (INDIVIDUS 10 ANS OU PLUS)													

B1. Numéro d'ordre de l'individu																
Nom des personnes du ménage <i>(Inscrivez les noms de toutes les personnes du ménage qui ont 10 ans ou plus.</i>																
E01. Au cours des 7 derniers jours, [NOM] a-t-il travaillé au moins une heure, pour une entreprise, pour l'Etat, pour un patron ou toute autre personne qui n'est pas membre de votre ménage? 1. Oui 2. Non																
E02. Au cours des 7 derniers jours, [NOM] a-t-il travaillé au moins une heure, avec ou sans rémunération, dans un champ ou jardin/maraîcher lui appartenant ou appartenant à un autre membre du ménage? Ou [NOM] a-t-il élevé des animaux? 1. Oui 2. Non																
E03. Au cours des 7 derniers jours, [NOM] a-t-il travaillé au moins une heure, avec ou sans rémunération, dans un commerce, une activité de transformation, rendu un service pour son propre compte ou pour le compte d'un autre membre du ménage? Par exemple comme artisan, commerçant ou pêcheur indépendant, avocat, médecin ou autre travail indépendant? 1. Oui 2. Non																
E04. Au cours des 7 derniers jours, [NOM] a-t-il travaillé au moins une heure comme un travailleur occasionnel ou à temps partiel? 1. Oui 2. Non																
E05. Au cours des 7 derniers jours, [NOM] a-t-il travaillé au moins une heure comme un apprenti avec ou sans rémunération? 1. Oui 2. Non																
E06. Parmi les réponses aux questions E01 à E05 y en a-t-il une affirmative? 1. Oui 2. Non, <i>Si Oui aller à E16</i>																
E07. Même si [NOM] n'a pas travaillé au cours des 7 derniers jours, a-t-il un emploi qu'il aurait dû exercer au cours des 7 derniers jours? 1. Oui 2. Non <i>Si Non aller à E09</i>																

B1. Numéro d'ordre de l'individu	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
E08. Pourquoi [NOM] n'a-t-il pas travaillé au cours des 7 derniers jours ? 1. Congé, Vacances 2. Congé de Maternité 3. Arrêt provisoire pour son propre compte 4. Congé maladie 5. En grève 6. Suspension temporaire 7. En formation ou en stage 8. Autre (à préciser) Aller à E16	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
E09. [NOM] a-t-il cherché un emploi rémunéré au cours des 7 derniers jours? 1. Oui 2. Non Si Non aller à E11	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
E10. Quand [NOM] sera-t-il disponible pour travailler? 1. Immédiatement 2. Dans moins d'un mois 3. Plus d'un mois Si 1 ou 2 Aller à E12	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
E11. Pour quelle raison principale [NOM] n'a-t-il pas cherché du travail pendant les 7 derniers jours ou ne peut-il pas travailler tout de suite? 01. Ne veut pas travailler 02. Etudiant/Elève 03. Trop jeune 04. Maladie/Handicap 05. Ménagère 06. Trop vieux/Retraité 07. Attend le démarrage de sa propre entreprise 08. Attend la réponse à une demande d'emploi 09. Manque d'emploi 10. Ne sait pas comment chercher 11. Chômage saisonnier 12. Autre (à préciser) Aller à E15.	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
E12. Depuis combien de mois [NOM] est-il sans emploi?	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
E13. Depuis combien de mois [NOM] est-il à la recherche d'un emploi ?	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
E14. Pourquoi [NOM] cherche-t-il du travail? 1. Perte de l'emploi précédent 2. En quête d'un premier emploi	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
E15. Comment fait [NOM] principalement pour subvenir à ses besoins? 1. Perçoit une pension 2. Perçoit des loyers/Rentes 3. Perçoit une Bourse/Transfert 4. Vit de son épargne/dette 5. Vit du produit de ses récoltes passées 6. Vit de transferts de vivres gratuits 7. Est à la charge de la famille 8. Mendie 9. Autre (à préciser)..... Aller à l'individu suivant	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>

B1. Numéro d'ordre de l'individu	__	__	__	__	__	__	__	__	__	__	__	__	__	__	__	__	__
E16. Quel est le nom du métier, de la profession, du poste, de la tâche principal que [NOM] a exercé ou aurait dû exercer au cours des 7 derniers jours? inscrire le libellé de l'emploi/profession 																	
inscrire le code de l'emploi ou de la profession	__	__	__	__	__	__	__	__	__	__	__	__	__	__	__	__	__
E17. Si Agriculteur, quelle est la principale finalité du produit obtenu. 1. Consommation 2. Vente	__	__	__	__	__	__	__	__	__	__	__	__	__	__	__	__	__
E18. Quelle est l'activité principale de l'entreprise dans laquelle [NOM] a exercé son emploi principal au cours de 7 derniers jours, ou quel type de produits fabrique-t-elle ? inscrire le libellé de la branche 																	
Inscrire le code de la branche	__	__	__	__	__	__	__	__	__	__	__	__	__	__	__	__	__
E19. Quel est la catégorie socioprofessionnelle de [NOM] dans cet emploi ? <div style="display: flex; justify-content: space-between;"> <div> <u>Salarié</u> 1. Cadre supérieur 2. Cadre moyen ou agent de maîtrise 3. Ouvrier ou employé qualifié 4. Ouvrier ou employé non qualifié 5. Manœuvre </div> <div> <u>Non Salarié</u> 6. Patron/Associé 7. Travailleur pour compte propre 8. Aide familial 9. Stagiaire/Apprenti </div> </div>	__	__	__	__	__	__	__	__	__	__	__	__	__	__	__	__	__
E20. Quel est le statut de [NOM] dans cet emploi ? 1. Permanent 2. A durée déterminée 3. Emploi saisonnier	__	__	__	__	__	__	__	__	__	__	__	__	__	__	__	__	__
E21. Combien d'heures par semaine [NOM] consacre-t-il habituellement à cet emploi ?	__	__	__	__	__	__	__	__	__	__	__	__	__	__	__	__	__

A12b. HEURE DE LA FIN DE COLLECTE __ __ H __ __ MN