

RÉPUBLIQUE DÉMOCRATIQUE DE MADAGASCAR
INSTITUT NATIONAL DE LA STATISTIQUE
DIRECTION DE LA DÉMOGRAPHIE ET DE LA STATISTIQUE SOCIAL

ENQUÊTE DÉMOGRAPHIQUE ET DE SANTÉ

QUESTIONNAIRE MÉNAGE

IDENTIFICATION																									
NOM DE LA LOCALITÉ _____	<table border="1" style="width: 100%; height: 100%; border-collapse: collapse;"> <tr><td style="width: 25px; height: 20px;"></td><td style="width: 25px; height: 20px;"></td><td style="width: 25px; height: 20px;"></td><td style="width: 25px; height: 20px;"></td></tr> <tr><td style="width: 25px; height: 20px;"></td><td style="width: 25px; height: 20px;"></td><td style="width: 25px; height: 20px;"></td><td style="width: 25px; height: 20px;"></td></tr> <tr><td style="width: 25px; height: 20px;"></td><td style="width: 25px; height: 20px;"></td><td style="width: 25px; height: 20px;"></td><td style="width: 25px; height: 20px;"></td></tr> <tr><td style="width: 25px; height: 20px;"></td><td style="width: 25px; height: 20px;"></td><td style="width: 25px; height: 20px;"></td><td style="width: 25px; height: 20px;"></td></tr> <tr><td style="width: 25px; height: 20px;"></td><td style="width: 25px; height: 20px;"></td><td style="width: 25px; height: 20px;"></td><td style="width: 25px; height: 20px;"></td></tr> <tr><td style="width: 25px; height: 20px;"></td><td style="width: 25px; height: 20px;"></td><td style="width: 25px; height: 20px;"></td><td style="width: 25px; height: 20px;"></td></tr> </table>																								
NOM DU CHEF DE MÉNAGE _____																									
NUMÉRO DE GRAPPE																									
NUMÉRO DE MÉNAGE																									
FARITANY																									
URBAIN/RURAL (URBAIN=1, RURAL=2)																									
ANTANANARIVO 1	<table border="1" style="width: 100%; height: 100%; border-collapse: collapse;"> <tr><td style="width: 25px; height: 20px;"></td><td style="width: 25px; height: 20px;"></td><td style="width: 25px; height: 20px;"></td><td style="width: 25px; height: 20px;"></td></tr> <tr><td style="width: 25px; height: 20px;"></td><td style="width: 25px; height: 20px;"></td><td style="width: 25px; height: 20px;"></td><td style="width: 25px; height: 20px;"></td></tr> <tr><td style="width: 25px; height: 20px;"></td><td style="width: 25px; height: 20px;"></td><td style="width: 25px; height: 20px;"></td><td style="width: 25px; height: 20px;"></td></tr> <tr><td style="width: 25px; height: 20px;"></td><td style="width: 25px; height: 20px;"></td><td style="width: 25px; height: 20px;"></td><td style="width: 25px; height: 20px;"></td></tr> </table>																								
CHEF LIEU DE FARITANY ET ANTSIRABE 2																									
CHEF LIEU DE FIVONDROKANTANY 3																									
CHEF LIEU DE FIRASAMPOKANTANY 4																									
CAMPAGNE 5																									

VISITES DE L'ENQUÊTRICE				
	1	2	3	VISITE FINALE
DATE				JOUR
				MOIS
				ANNÉE
				1 9 9 7
NOM DE L'ENQUÊTRICE				NOM
RÉSULTAT*				RÉSULTAT
PROCHAINE VISITE: DATE				N° TOTAL DE VISITES
TIME				
*CODES RÉSULTATS: 1 COMPLET 2 PAS DE MEMBRE DU MÉNAGE PRÉSENT OU PAS D'ENQUÊTÉ COMPÉTENT AU MOMENT DE LA VISITE 3 MÉNAGE TOTALEMENT ABSENT POUR UNE LONGUE PÉRIODE 4 DIFFÉRÉ 5 REFUS 6 LOGEMENT VIDE OU PAS DE LOGEMENT À L'ADRESSE 7 LOGEMENT DÉTRUIT 8 LOGEMENT PAS TROUVÉ 9 AUTRE _____ <div style="text-align: center;">(PRÉCISER)</div>				TOTAL DANS LE MÉNAGE TOTAL DE FEMMES ÉLIGIBLES N° DE LIGNE DE L'ENQUÊTÉ POUR LE QUESTIONNAIRE MÉNAGE

CONTRÔLEUSE	CHEF D'ÉQUIPE	CONTRÔLE BUREAU	SAISI PAR
NOM _____	NOM _____		
DATE _____	DATE _____		

QUESTIONNAIRE MÉNAGE

Maintenant nous voudrions des renseignements sur les personnes qui vivent habituellement dans votre ménage ou qui habitent chez vous actuellement.

NO. DE LIGNE	RÉSIDENTS HABITUELS ET VISITEURS	LIEN DE PARENTÉ AVEC LE CHEF DE MÉNAGE	RÉSIDENCE		SEXE	ÂGE	ÉDUCATION			SURVIE ET RÉSIDENCE DES PARENTS POUR LES PERSONNES DE MOINS DE 15 ANS				ÉLIGIBILITÉ						
			(NOM) vit-il/elle ici d'habitude ?	(NOM) a-t-il/elle dormi ici la nuit dernière ?			(NOM) est-il de sexe masculin ou féminin?	Quel âge a (NOM)?	(NOM) a-t-il/elle fréquenté l'école?	SI A FRÉQUENTÉ L'ÉCOLE		Est-ce que la mère biologique de (NOM) est toujours vivante?	SI VIVANTE		Est-ce que le père biologique de (NOM) est toujours vivant?	SI VIVANT				
								Quel est le plus haut niveau d'études que (NOM) a atteint ? Quelle est la dernière classe que (NOM) a achevée à ce niveau ?**		SI ÂGÉ(E) DE MOINS DE 25 ANS										
(1)	(2)	(3)	(4)	(5)	(6)	(7)	(8)	(9)		(10)		(11)			(12)	(13)			(14)	(15)
			OUI NON	OUI NON	M F	EN ANS.	OUINON	NIVEAU	CLASSE	OUI NON	OUI NON NSP	OUI NON NSP	OUI NON NSP		OUI NON NSP					
01		<input type="checkbox"/>	1 2	1 2	1 2	<input type="checkbox"/>	1 2	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	1 2	1 2 8	<input type="checkbox"/>	1 2 8	<input type="checkbox"/>	1 2 8	<input type="checkbox"/>				01
02		<input type="checkbox"/>	1 2	1 2	1 2	<input type="checkbox"/>	1 2	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	1 2	1 2 8	<input type="checkbox"/>	1 2 8	<input type="checkbox"/>	1 2 8	<input type="checkbox"/>				02
03		<input type="checkbox"/>	1 2	1 2	1 2	<input type="checkbox"/>	1 2	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	1 2	1 2 8	<input type="checkbox"/>	1 2 8	<input type="checkbox"/>	1 2 8	<input type="checkbox"/>				03
04		<input type="checkbox"/>	1 2	1 2	1 2	<input type="checkbox"/>	1 2	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	1 2	1 2 8	<input type="checkbox"/>	1 2 8	<input type="checkbox"/>	1 2 8	<input type="checkbox"/>				04
05		<input type="checkbox"/>	1 2	1 2	1 2	<input type="checkbox"/>	1 2	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	1 2	1 2 8	<input type="checkbox"/>	1 2 8	<input type="checkbox"/>	1 2 8	<input type="checkbox"/>				05
06		<input type="checkbox"/>	1 2	1 2	1 2	<input type="checkbox"/>	1 2	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	1 2	1 2 8	<input type="checkbox"/>	1 2 8	<input type="checkbox"/>	1 2 8	<input type="checkbox"/>				06
07		<input type="checkbox"/>	1 2	1 2	1 2	<input type="checkbox"/>	1 2	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	1 2	1 2 8	<input type="checkbox"/>	1 2 8	<input type="checkbox"/>	1 2 8	<input type="checkbox"/>				07

(1)	(2)	(3)	(4)	(5)	(6)	(7)	(8)	(9)	(10)	(11)	(12)	(13)	(14)	(15)
08		<input type="checkbox"/>	1 2 1 2 1 2	<input type="checkbox"/>	1 2	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	1 2 1 2 8	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	1 2 8	<input type="checkbox"/>	08	
09		<input type="checkbox"/>	1 2 1 2 1 2	<input type="checkbox"/>	1 2	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	1 2 1 2 8	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	1 2 8	<input type="checkbox"/>	09	
10		<input type="checkbox"/>	1 2 1 2 1 2	<input type="checkbox"/>	1 2	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	1 2 1 2 8	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	1 2 8	<input type="checkbox"/>	10	
11		<input type="checkbox"/>	1 2 1 2 1 2	<input type="checkbox"/>	1 2	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	1 2 1 2 8	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	1 2 8	<input type="checkbox"/>	11	
12		<input type="checkbox"/>	1 2 1 2 1 2	<input type="checkbox"/>	1 2	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	1 2 1 2 8	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	1 2 8	<input type="checkbox"/>	12	
13		<input type="checkbox"/>	1 2 1 2 1 2	<input type="checkbox"/>	1 2	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	1 2 1 2 8	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	1 2 8	<input type="checkbox"/>	13	
14		<input type="checkbox"/>	1 2 1 2 1 2	<input type="checkbox"/>	1 2	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	1 2 1 2 8	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	1 2 8	<input type="checkbox"/>	14	

COCHER ICI SI UNE AUTRE FEUILLE EST UTILISÉE

Juste pour être sûre que j'ai une liste complète:

- 1) Y-a-t-il d'autres personnes tels que des petits enfants ou des nourrissons que nous n'avons pas portés sur la liste ? OUI INSCRIRE CHACUN(E) DANS LE TABLEAU NON
- 2) De plus, y-a-t-il d'autres personnes qui ne sont peut-être pas de votre famille tels que des domestiques, des locataires ou des amis qui vivent habituellement ici ? OUI INSCRIRE CHACUN(E) DANS LE TABLEAU NON
- 3) Avez-vous des invités ou des visiteurs temporaires qui sont chez vous, ou d'autres personnes qui ont dormi ici la nuit dernière ? OUI INSCRIRE CHACUN(E) DANS LE TABLEAU NON




*CODES POUR Q.3
PARENTE AVEC CHEF DE MÉNAGE:
01 = CHEF DE MÉNAGE
02 = FEMME OU MARI
03 = FILS OU FILLE
04 = BEAU-FILS OU BELLE-FILLE
05 = PETIT-ENFANT
06 = PÈRE OU MÈRE
07 = BEAUX-PARENTS

08 = FRÈRE OU SOEUR
09 = CO-ÉPOUSE
10 = AUTRES PARENTS
11 = ENFANT ADOPTÉ/EN GARDE
12 = SANS PARENTE
98 = NSP

CODES POUR Q.8
NIVEAU D'INSTRUCTION
1 = PRIMAIRE
2 = SECONDAIRE
3 = SUPÉRIEUR
8 = NSP

CODES POUR Q.9
DERNIÈRE CLASSE ACHEVÉE
00 = MOINS D'UN AN ACHEVÉ
98 = NSP

Q.11 À Q.14
CES QUESTIONS CONCERNENT LES
PARENTS BIOLOGIQUES DE L'ENFANT.
NOTER 00 SI LES PARENTS NE SONT
PAS MEMBRES DU MÉNAGE

No.	QUESTIONS ET FILTRES	CODES	PASSER À																		
16	D'où provient l'eau que boivent les membres de votre ménage ?	EAU DU ROBINET ROBINET DANS LE LOGEMENT/COUR/PARCELLE 11 → 18 ROBINET EXTÉRIEUR 12 BORNE FONTAINE/ROBINET PUBLIC 13 EAU DE PUIITS DANS LA COUR/PARCELLE FORAGE ÉQUIPÉ DE POMPE 21 PUIITS AMÉNAGÉ SANS POMPE 22 → 18 PUIITS NU/PUISARD 23 EAU DE PUIITS À L'EXTÉRIEUR FORAGE ÉQUIPÉ DE POMPE 24 PUIITS AMÉNAGÉ SANS POMPE 25 PUIITS NU/PUISARD 26 EAU DE SURFACE SOURCE 31 RIVIÈRE/RUISSEAU 32 MARE/LAC 33 BARRAGE 34 EAU DE PLUIE 41 → 18 CAMION CITERNE 51 EAU EN BOUTEILLE 61 → 18 AUTRE 96 (PRÉCISER)																			
17	Combien de temps faut-il pour aller là-bas, prendre de l'eau et revenir ?	MINUTES  SUR PLACE 996																			
18	Quel genre de toilettes y-a-t-il dans votre ménage ?	CHASSE D'EAU 11 LATRINES À FOSSE VENTILÉE 22 LATRINES À FOSSE SIMPLE 23 PAS DE TOILETTE/NATURE 31 AUTRE 96 → 19 (PRÉCISER)																			
18A	Les toilettes sont-elles utilisées seulement par les membres de votre ménage ou sont-elles partagées avec d'autres ménages?	UTILISATION EXCLUSIVE 1 PARTAGÉES 2																			
19	Dans votre ménage, avez-vous :	<table style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <thead> <tr> <th></th> <th>OUI</th> <th>NON</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>ELECTRICITÉ</td> <td>1</td> <td>2</td> </tr> <tr> <td>RADIO</td> <td>1</td> <td>2</td> </tr> <tr> <td>TÉLÉVISION</td> <td>1</td> <td>2</td> </tr> <tr> <td>TÉLÉPHONE</td> <td>1</td> <td>2</td> </tr> <tr> <td>RÉFRIGÉRATEUR</td> <td>1</td> <td>2</td> </tr> </tbody> </table>		OUI	NON	ELECTRICITÉ	1	2	RADIO	1	2	TÉLÉVISION	1	2	TÉLÉPHONE	1	2	RÉFRIGÉRATEUR	1	2	
	OUI	NON																			
ELECTRICITÉ	1	2																			
RADIO	1	2																			
TÉLÉVISION	1	2																			
TÉLÉPHONE	1	2																			
RÉFRIGÉRATEUR	1	2																			
20	Dans votre ménage, combien de pièces utilisez-vous pour dormir ?	PIÈCES 																			
21	PRINCIPAL MATÉRIAU DU PLANCHER. ENREGISTRER L'OBSERVATION.	PLANCHER NATUREL TERRE/SABLE 11 BOUSE 12 PLANCHER SOMMAIRE PLANCHES EN BOIS 21 PALMES/BAMBOU 22 PLANCHER FINI PARQUET OU BOIS CIRÉ 31 VINYLE OU ASPHALTE 32 CARRELAGE 33 CIMENT 34 MOQUETTE 35 AUTRE 96 (PRÉCISER)																			
22	Y-a-t-il quelqu'un de votre ménage qui possède ?	<table style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <thead> <tr> <th></th> <th>OUI</th> <th>NON</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>CHARRETTE</td> <td>1</td> <td>2</td> </tr> <tr> <td>BICYCLETTE</td> <td>1</td> <td>2</td> </tr> <tr> <td>MOBYLETTE/MOTOCYCLETTE</td> <td>1</td> <td>2</td> </tr> <tr> <td>VOITURE</td> <td>1</td> <td>2</td> </tr> </tbody> </table>		OUI	NON	CHARRETTE	1	2	BICYCLETTE	1	2	MOBYLETTE/MOTOCYCLETTE	1	2	VOITURE	1	2				
	OUI	NON																			
CHARRETTE	1	2																			
BICYCLETTE	1	2																			
MOBYLETTE/MOTOCYCLETTE	1	2																			
VOITURE	1	2																			
23	Combien des personnes fument dans ce ménage?	NOMBRE  AUCUNE 00																			
24	Pourriez vous me montrer le sel que vous avez utilisé pour cuire le repas principal hier ou la nuit dernière?	IL N'EN ONT PAS UTILISÉ 00 SEL FIN EN SACHET 01 SEL FIN EN VRAC 02 GROS SEL EN SACHET 03 GROS SEL EN VRAC 04 AUTRE 96 (PRÉCISER) REFUSE DE MONTRER 05																			
25	ENREGISTREZ LE RÉSULTAT DU TEST	SEL IODÉ (COULEUR) 1 SEL NON IODÉ (BLANC) 2 SEL PAS TESTÉ 3																			