

ENQUÊTE ADE, 2007

REPUBLIQUE DE MADAGASCAR
INSTITUT NATIONAL DE LA STATISTIQUE
DIRECTION DE LA DEMOGRAPHIE ET DES STATISTIQUES SOCIALES

ONN/PNNC
BANQUE MONDIALE
UNICEF

QUESTIONNAIRE MÉNAGE

IDENTIFICATION

NOM	Mettre nom ici	code	commentaires
A01	Code grappe	<input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>	
A02	Province (Faritany)	<input type="text"/>	
A03	District/Fivondronana	<input type="text"/> <input type="text"/>	
A04	Commune	<input type="text"/> <input type="text"/>	
A05	Fokontany	<input type="text"/> <input type="text"/>	
A06	URBAIN/RURAL	<input type="text"/>	1=urbain 2=rural
A08	Fkt desservi par site Seecaline	<input type="text"/>	1=oui, site dans FKT 2=non desservi 3=oui, desservi autre site
A09	Code ménage	<input type="text"/> <input type="text"/>	
A09A	Même ménage qu'en 2004?	<input type="text"/>	0=oui, 1=1 ^{ère} autre 2=2 ^{ème} ... (extension)
A10	Chef du Ménage	<input type="text"/>	

	1	2	3	VISITE FINALE
DATE	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	JOUR <input type="text"/> <input type="text"/> MOIS <input type="text"/> <input type="text"/> ANNÉE <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> CODE <input type="text"/> <input type="text"/> RÉSULTAT <input type="text"/> <input type="text"/>
NOM DE L'ENQUÊTRICE	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	
RÉSULTAT*	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	
PROCHAINE VISITE :DATE	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	NBRE.TOTAL DE VISITES <input type="text"/>
HEURE	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	

*CODES RÉSULTAT:
1 REMPLI
2 DIFFERE
3 AUTRE _____ (PRÉCISER)

CONTRÔLEUR	CONTRÔLE QUESTIONNAIRE BUREAU	CONTRÔLE INFORMATIQUE	SAISI PAR
NOM <input type="text"/> Date: <input type="text"/>	NOM <input type="text"/> Date: <input type="text"/>	<input type="text"/> <input type="text"/>	<input type="text"/> <input type="text"/>

CHECK: TAILLE DU MENAGE <input type="text"/> <input type="text"/> NB FEMMES ELIGIBLES (15-49 ans ou KPID FEM) <input type="text"/> <input type="text"/> <u>Questionnaires individuels femmes</u> <input type="text"/> <input type="text"/> NB FEMMES INTERVIEWEES (*) <input type="text"/> <input type="text"/>	Si FKT desservi par Site Seecaline <u>Questionnaires femmes site Seecaline</u> NB FEMMES INTERVIEWEES (*) <input type="text"/> <input type="text"/>
NB FEMMES ENCEINTES <input type="text"/> <input type="text"/>	

(*) Nb femmes interviewées: Nb femmes avec questionnaire entièrement rempli (code résultat=1)

SECTION B: TABLEAU DU MENAGE.

Parcourir la liste de tous les membres du ménage dans le «tableau de ménage» [questionnaire SHORT]. Assurez-vous que vous copiez les mêmes codes B01_ B01A, B02_ B05_ B08b, B08c pour chaque membre.

Tous les membres du ménage				SI AGE DE 15 ANS ET PLUS			RESIDENCE DES PARENTS POUR PERSONNES DE MOINS DE 15 ANS												
B01	B01A	(B02)	(B05)	(B08b)	(B08c)	Si moins de 5 ans		B10	B11	B12	B13	B14	B16a	(*) B16	B17a	(*)B17	B17b		
NUMERO DE LIGNE 2004		Sexe 1. masculin 2. féminin	Age en années révolues	Mettre l'âge en mois révolus (0-59 mois)	il (Nom) a-t-il toujours résidé ici ? [si OUI aller à B12] [si OUI aller à B12]	Avant que (Nom) a résidé ici, où était-il ? (voir Code B11)		Situation matrimoniale 1. célibataire 2. marié(e) civil 3. marié(e) coutumière 4. séparé(e) / divorcé(e) 5. veuf(ve)		Si marié(e) [si B12 = 2 ou 3] Le conjoint habite-t-il avec (Nom) ?		Religion [VOIR CODE RELIGION]	La mère de (nom) est-elle toujours en vie?		Qui est la mère de (Nom) ? [SI OUI, COPIER LE NUMERO DE LA LIGNE DE LA MERE]		Le père de (Nom) est-il encore en vie ?	Qui est le père de (Nom)? [SI OUI, COPIER LE NUMERO DE LA LIGNE DU PERE]	Qui est la mère ou responsable de (Nom) ? [COPIER LE NUMERO DE LA MERE ou DU/DE LA RESPONSABLE]
NOM						OUI NON	OUI NON	OUI NON	OUI NON	OUI NON	OUI NON		OUI NON	OUI NON	OUI NON	OUI NON			
01																			
02																			
03																			
04																			
05																			
06																			
07																			
08																			
09																			

QUESTION B11:

- 7 GCU

- autres villes

- fokt même fiv

- fokt autre fiv

- autre pays

12345

Quest.B14 : Code religion

01. Traditionnelle

02. Catholique

03. Protestant FJKM

04. Protestant Luthérien

05. Autres Protestants

06. Musulman

07. Hindu

08. Jesosy Mamonjy

09. Témoin de Jehovah

10. Anglicane

11. Adventiste

12. Athée/aucune religion

13. Autres

(*) QUESTIONS B16-B17:

NOTER '00', SI LES PARENTS NE SONT PAS MEMBRES DU MENAGE.

NOTER '88', SI LES PARENTS NE SONT PLUS EN VIE.

TABLEAU DU MENAGE (SUITE)

Tous les membres du ménage				Si moins de 5 ans		SI AGE DE 15 ANS ET PLUS					RESIDENCE DES PARENTS POUR PERSONNES DE MOINS DE 15 ANS					
B01	B01A	(B02)	(B05)	(B08b)	(B08c)	B10	B11	B12	B13	B14	B16a	(*) B16	B17a	(*)B17	B17b	
NUMERO DE LIGNE	NUMERO DE LIGNE 2004	NOM	Sexe	Age	Mettre l'âge en mois révolus (0-59 mois)	(Nom) a-t-il toujours résidé ici ?	Avant que (Nom) a résidé ici, où était-il ? (voir Code B11)	Situation matrimoniale	Si marié(e) [si B12 = 2 ou 3] Le conjoint de (nom) habite t-il avec vous?	Religion	La mère de (Nom) est-elle encore en vie ?	Qui est la mère de (Nom) ?	Le père de (Nom) est-il encore en vie ?	Qui est le père de (Nom)?	Qui est responsable de (nom)	
			1. masculin 2. féminin	1.célibataire 2.marié(e) civil 3.marié(e) coutumière 4.séparé(e)/divorcé(e) 5.veuf(ve)		1. célibataire 2.marié(e) civil 3.marié(e) coutumière 4.séparé(e)/divorcé(e) 5.veuf(ve)	[si OUI aller à B12]	[VOIR CODE RELIGION]	[SI OUI, COPIER LE NUMERO DE LA LIGNE DE LA MERE]	[SI OUI, COPIER LE NUMERO DE LA LIGNE DU PERE]	[COPIER LE NUMERO DE LA LIGNE DE LA MERE ou DU/DE LA RESPONSABLE]					
			M F			OUI NON			OUI NON		OUI NON	VOIR CODE *	OUI NON	VOIR CODE *		
10			1 2			1 2			1 2		1 2		1 2			
11			1 2			1 2			1 2		1 2		1 2			
12			1 2			1 2			1 2		1 2		1 2			
13			1 2			1 2			1 2		1 2		1 2			
14			1 2			1 2			1 2		1 2		1 2			
15			1 2			1 2			1 2		1 2		1 2			
16			1 2			1 2			1 2		1 2		1 2			
17			1 2			1 2			1 2		1 2		1 2			
18			1 2			1 2			1 2		1 2		1 2			

QUESTION B11:

- 7 GCU

- autre ville

- Fkt même fiv

- Fkt autre fiv

- autre pays

1

2

3

4

5

Quest.B14 : Code religion

01. Traditionnelle

02. Catholique

03. Protestant FJKM

04. Protestant Luthérien

05. Autres Protestants

06. Musulman

07. Hindu

08. Jesosy Mamonjy

09. Témoin de Jehovah

10. Anglicane

11. Adventiste

12. Athée/aucune religion

13. Autres

(*) QUESTIONS B16-B17:

NOTER '00', SI LES PARENTS NE SONT PAS MEMBRES DU MENAGE.

NOTER '88', SI LES PARENTS NE SONT PLUS EN VIE.

Parcourir la liste de **tous les membres du ménage** dans le «tableau du ménage» [questionnaire short]. Assurez-vous que vous copiez le même code B01 et le nom B02 pour chaque membre.

		INSTRUCTION SI ÂGÉ DE 3 ANS OU PLUS		SCOLARISATION [SI ÂGÉ DE 3 -24 ANS]				
B01	(B02)	B18	B19	B20	B21	B22	B23	B24
NUMERO DE LIGNE	NOM	(Nom) a-t-il été à l'école? [si NON aller à la ligne suivante]	Niveau et Classe Si Niveau = 0 → B20 Si Niveau = 8 → B20	À quel âge (Nom) a-t-il été à l'école la 1ère fois ? [Mettre 98 si NSP]	(Nom) a-t-il été à l'école durant l'année scolaire 2005-06? [2-NON, aller à B23]	Niveau et Classe de (Nom) durant l'année scolaire 2005-06?	(Nom) est-il toujours scolarisé actuellement (2006-07) [2-NON, aller à la ligne suivante]	En quel niveau et classe(nom) a-t-il été durant l'année scolaire 2006-2007?
		OUI NON	NIVEAU CLASSE	ANS	OUI NON	NIV. CL.	OUI NON	NIV. CL.
01		1 2	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	1 2	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	1 2	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
02		1 2	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	1 2	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	1 2	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
03		1 2	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	1 2	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	1 2	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
04		1 2	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	1 2	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	1 2	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
05		1 2	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	1 2	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	1 2	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
06		1 2	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	1 2	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	1 2	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
07		1 2	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	1 2	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	1 2	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
08		1 2	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	1 2	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	1 2	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
09		1 2	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	1 2	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	1 2	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
10		1 2	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	1 2	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	1 2	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
11		1 2	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	1 2	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	1 2	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
12		1 2	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	1 2	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	1 2	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
13		1 2	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	1 2	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	1 2	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
14		1 2	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	1 2	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	1 2	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
15		1 2	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	1 2	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	1 2	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
16		1 2	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	1 2	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	1 2	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
17		1 2	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	1 2	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	1 2	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
18		1 2	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	1 2	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	1 2	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>

Code éducation				
NIVEAU	0 = MOINS D'UNE ANNEE ACHEVEE 8 = NSP			
	PRIMAIRE = 1	SEC. I = 2	SEC. II = 3	SUPERIEUR = 4
CLASSE	T0 = 00 préscolaire. T1 = 01 T2 = 02 T3 = 03 T4 = 04 T5 = 05 NSP = 98	T6 =6ème = 06 T7 =5ème = 07 T8 =4ème = 08 T9 =3ème = 09 NSP = 98	T10 =2nd = 10 T11 =1ère = 11 T12 =Terminale = 12 NSP = 98	1ère année = 13 2ème année = 14 3ème année = 15 4ème année = 16 5ème année /+ = 17 NSP = 98

SECTION B. EMPLOI [SI ÂGÉ DE 10 ANS ET PLUS]

Parcourir la liste de tous les membres du ménage âgés de 10 ans et plus dans le «tableau du ménage» [questionnaire short]. Assurez-vous que vous copiez le même code B01 et le nom B02 pour chaque membre.

(B01)	(B02)	B28	B29	B29a	B29b	B30
NUMERO DE LIGNE ↓	Nom	(Nom) travaille-t-il ?	Quelle est la profession de (Nom) ? (écrire profession sur ligne et mettre code dans case selon manuel) (contrôler code)	Situation vis à vis de l'emploi 1. salarié 2. aide familial 3. indépendant 4. apprenti /stagiaire	(Nom) a-t-il un autre emploi ? à part sa profession principale ? Si NON passez à la ligne suivante	Est-ce un travail saisonnier ? (activités saisonnières ou non) 1. Selon la saison 2. toute l'année
		OUI NON			OUI NON	
<input type="text"/> <input type="text"/>		1 2	<input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>	<input type="checkbox"/>	1 2	1 2
<input type="text"/> <input type="text"/>		1 2	<input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>	<input type="checkbox"/>	1 2	1 2
<input type="text"/> <input type="text"/>		1 2	<input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>	<input type="checkbox"/>	1 2	1 2
<input type="text"/> <input type="text"/>		1 2	<input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>	<input type="checkbox"/>	1 2	1 2
<input type="text"/> <input type="text"/>		1 2	<input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>	<input type="checkbox"/>	1 2	1 2
<input type="text"/> <input type="text"/>		1 2	<input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>	<input type="checkbox"/>	1 2	1 2
<input type="text"/> <input type="text"/>		1 2	<input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>	<input type="checkbox"/>	1 2	1 2
<input type="text"/> <input type="text"/>		1 2	<input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>	<input type="checkbox"/>	1 2	1 2
<input type="text"/> <input type="text"/>		1 2	<input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>	<input type="checkbox"/>	1 2	1 2
<input type="text"/> <input type="text"/>		1 2	<input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>	<input type="checkbox"/>	1 2	1 2
<input type="text"/> <input type="text"/>		1 2	<input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>	<input type="checkbox"/>	1 2	1 2
<input type="text"/> <input type="text"/>		1 2	<input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>	<input type="checkbox"/>	1 2	1 2
<input type="text"/> <input type="text"/>		1 2	<input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>	<input type="checkbox"/>	1 2	1 2
<input type="text"/> <input type="text"/>		1 2	<input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>	<input type="checkbox"/>	1 2	1 2

SECTION D. CARACTERISTIQUES DU LOGEMENT

Poser les questions au chef du ménage ou en cas d'absence de celui-ci à un autre membre adulte

	QUESTION	REPONSE	CODES/COMMENTAIRES
D01	Caractéristique des murs extérieurs (OBSERVATION)	<input type="checkbox"/>	1. Ecorce, feuille, tige 2. Terre battue/torchis/brique en terre 3. Planche 4. Tôle 5. Fût/bidon/autre récup. 6. Brique cuite 7. Parpaing, ciment 8. Autre
D02	Caractéristique du plancher (OBSERVATION)	<input type="checkbox"/>	1. Sol nu 2. Natte 3. Bois /planches/bambous 4. Parquet bois poli 5. Carreaux/ciment 8. Autres
D03	Caractéristique du plafond (OBSERVATION)	<input type="checkbox"/>	1. Ecorce/feuille/tige/bambou 2. Volige/contreplaqué/isorel 3. Béton 4. Matière végétale travaillée (raphia, jonc, bambou) 5. Sans plafond 8. Autres
D03a	Caractéristique du toit (OBSERVATION)	<input type="checkbox"/>	1. Bozaka/herana/raty 2. Tuile 3. Tôle 4. Béton 8. Autres
D04	Nombre de pièces que vous occupez?	<input type="text"/> <input type="text"/>	Nombre
D05	Situation vis-à-vis de l'habitation ?	<input type="checkbox"/>	1. Propriétaire 2. Locataire 3. Logement fourni gratuitement 4. Occupation provisoire 8. Autre
D06	Quel est le principal combustible que vous utilisez pour la cuisine ?	<input type="checkbox"/>	1. Electricité 2. Gaz 3. Pétrole 4. Charbon de bois 5. Bois de chauffage 6. Bouse/paille 8. Autre
D07	Quelle est la principale source d'énergie (lumière) que vous utilisez ?	<input type="checkbox"/>	1. Electricité 2. Bougies 3. Pétrole 4. Suif (jabora) 8. Autre
D08	Quel genre de toilettes la plupart des membres de votre ménage utilisent ?	<input type="checkbox"/>	1. Toilettes avec chasse d'eau 2. Fosse perdue 3. Trad. avec latrine 4. Tinette 5. Aucune toilette -> D10 8. Autre
D09	Partagez-vous cette installation avec d'autres ménages ?	<input type="checkbox"/>	1. Oui 2. Non
D10	Comment traitez-vous vos ordures ménagères ?	<input type="checkbox"/>	1. Ramassées par un camion d'ordures 2. Jetées dans une fosse 3. Jetées n'importe où 4. Brûlées 8. Autre
D11	D'où provient principalement l'eau que boivent les membres de votre ménage?	<input type="text"/> <input type="text"/>	Voir code eau
D12	Combien de temps faut-il pour aller là bas prendre de l'eau ? (aller simple à pieds)	<input type="text"/> <input type="text"/>	En minute (90 si plus de 1h 30mn) (00 si < 1 mn)

	QUESTION	REPONSE	CODES/COMMENTAIRES
D13	D'où provient principalement l'eau que les membres de votre ménage utilisent pour la vaisselle et autres qu'à boire ?	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	Voir code eau _____
D13b	Dans votre ménage, où est-ce que vous lavez les mains habituellement ?	<input type="checkbox"/> Si 2 ou 3 → Section E	1. Dans le logement, la cour, la parcelle 2. Quelque part d'autre 3. Nulle part
D13c	Si D13b =1, inspecter les lieux et vérifier si il y ait la présence de l'un de ces éléments:	<div>OUI NON</div> <div>1 2</div> <div>1 2</div> <div>1 2</div>	a) eau/robinet b) savon, cendre ou autre produit lavant c) cuvette

Code eau (D11, D13)

01. ROBINET DANS LOGEMENT	08. MARE/LAC
02. FONTAINE PUBLIQUE	09. EAU PLUIE
03. PUIITS PROTÉGÉ INDIVIDUEL	10. CAMION
04. PUIITS NON PROTEGE INDIVIDUEL	11. LIT DE RIVIERE (CREUSE DANS LE SABLE)
05. PUIITS PUBLIC/COMMUNAUTAIRE	12. IMPLUVIUM
06. SOURCE	13. AUTRES (à préciser)
07. FLEUVE/RIVIÈRE	

SECTION E. AVOIRS

1. Biens possédés par le ménage

	QUESTION	REPONSE	CODES/COMMENTAIRES
E01	Avez-vous une maison ?	<input type="checkbox"/>	1. Oui 2. Non
E02	Avez-vous un terrain pour cultiver ?	<input type="checkbox"/>	1. Oui 2. Non
E03	Cultivez-vous ?	<input type="checkbox"/>	1. Oui 2. Non Si E02 = 2 et E03 = 2 -> E08
E04a	Si oui E03 =1 Quel est le type d'exploitation sur vos terrains? PLUSIEURS REPONSES	<div>OUI NON</div> <div>1 2</div> <div>1 2</div> <div>1 2</div> <div>1 2</div> <div>1 2</div>	a). Propre exploitation comme propriétaire (fvd) b). Exploitation reçue en métayage/ location/ prêt c). Donné en métayage d). Donné en location e). Donné en prêt gratuit → E05
E04b	<u>SI NON MAIS POSSEDE UN TERRAIN</u> E02 =1 et E03 =2 Quel est le type d'exploitation sur	1 2	a). Donné en métayage

	vos terrains?	1	2	<i>b). Donné en location</i>
	PLUSIEURS REPONSES	1	2	<i>c). Donné en prêt gratuit</i>
		1	2	<i>d). Non cultivé</i>

Tableau de production annuelle (Campagne agricole 2005-2006)

Les mesures doivent être convertis en kg par l'enquêteur à partir du tableau des mesures agricoles en annexe du manuel de formation.

E05 - Type de produit	E06x – cultivez-vous du ? (Si 2 → ligne suiv.)		Quantité consommée		E07cx – Quantité vendue		E07dx – Quantité en semence/stock		E07ex – Quantité affecté à tout autre usage.	
	OUI	NON	E07ax - Proportion (en %)	E07b - Durée (mois)	Proportion (en %)		Proportion (en %)		Proportion (en %)	
A – Cultures vivrières										
1. Riz	1	2	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
2. Manioc	1	2	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
3. Maïs	1	2	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
4. Patate douce	1	2	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
5. Pomme de terre	1	2	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
6. Haricot/ loiy	1	2	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
7. Pois du cap	1	2	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
8. Arachide	1	2	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
9. Brède	1	2	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
B – Cultures de rente										
1. Café	1	2	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
2. Vanille	1	2	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
3. Cacao	1	2	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
4. Letchis	1	2	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
5. Girofle	1	2	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
6. Poivre	1	2	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
7. Gingembre	1	2	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
8. Ylang-ylang	1	2	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
C – Cultures industrielles										
1. Coton	1	2	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
2. Tabac	1	2	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
3. Sisal	1	2	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
8. Canne à sucre	1	2	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>

2 Animaux / Bétail

	QUESTION	Type de bétail	OUI (1)	NON (2)	Nombre de têtes (2)
E08	Possédez-vous des animaux/bétail ?	a. zébus de trait	1	2	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
		b. bœuf /autres zébus	1	2	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
		c. veau	1	2	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
		d. vaches laitières	1	2	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
		e. porcs	1	2	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
		f. oies	1	2	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
		g. ovins/caprins	1	2	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
		h. lapins	1	2	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
		i. canards	1	2	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
		j. poulets	1	2	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
		k. autres volailles	1	2	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
		l. autres animaux	1	2	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>

3. Biens meubles

	QUESTION	REPONSE	OUI	NON
E09	Possédez-vous ces biens durables ? (lire les réponses)	A. Chaises.	1	2
		B. Tables.	1	2
		C. Lits.	1	2
		D. Autres meubles.	1	2
		E. Machine à coudre	1	2
		F. Réfrigérateur	1	2
		G. Cuisinière a gaz	1	2
		H. radio/cassette / CD etc	1	2
		I. appareils TV	1	2
		J. téléphone fixe / portable.....	1	2
		K. charrette	1	2
		L. voiture.	1	2
		M. camion.....	1	2
		N. Tracteur	1	2
		O. cyclomoteurs	1	2
		P. Bicyclette	1	2
		Q. Bateau / pirogue.	1	2

SECTION F. CHOCS RECENTS AU BIEN-ETRE DU MENAGE

Maintenant, je vais vous poser des questions sur les problèmes qui ont survécu dans votre famille durant les 12 derniers mois.

	QUESTION	REPONSE	CODES/COMMENTAIRES
F01	Y avait-il eu un problème, un décès, un sinistre qui ait eu un effet sur le bien être de votre ménage les 12 derniers mois?	<input type="checkbox"/>	1. Oui 2. Non → page suivante

F02 Quels ont été les chocs récents vécus par votre famille ?			F03 Période de survenance ?	F04 Quelle a été votre réaction principale ?
(POSSIBILITES DE REPONSE MULTIPLES)	Oui	Non	1. si < 3 mois 2. si 3 – 6 mois 3. si 7– 12 mois	(REACTION PRINCIPALE) Voir code réaction
a). Décès du chef de ménage	1	2	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
b). Décès d'un membre du ménage pourvu d'emploi	1	2	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
c). Décès d'autres membres du ménage	1	2	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
d). Séparation du ménage	1	2	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
e). Perte d'emploi par un membre du ménage	1	2	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
f). Maladie ou accident d'un membre du ménage....	1	2	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
g). Perte de cultures ou perte d'affaires	1	2	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
h). Vol de cultures ou insectes / animaux	1	2	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
i). Mort ou vol de bétail	1	2	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
j). Catastrophes naturelles (cyclone, sécheresse, grêle, inondation, ...)	1	2	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
k). Autre (à préciser)	1	2	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>

Codes réactions aux chocs :

01. a mangé moins que d'habitude	11. a déménagé au sein du même village ou vers un autre village
02. a consommé des aliments moins chers ou moins appréciés	12. a travaillé plus d'heures qu'habituellement
03. a réduit les dépenses de produits non alimentaires	13. a reçu du soutien de la famille ou des amis
04. a utilisé de l'argent épargné	14. a reçu de l'aide d'une ONG
05. a envoyé ses enfants aux autres membres de la famille	15. a reçu de l'aide du gouvernement
06. a enlevé ses enfants de l'école	16. a arrêté ou réduit ses activités commerciales
07. a vendu des biens, des outils ou des meubles	17. s'est endetté
08. a vendu des terres	18. a fait autres choses
09. a vendu du bétail	19. n'a rien fait du tout, pas de réaction
10. a prié	

OBSERVATIONS DE L'ENQUETEUR/ENQUETRIX

À REMPLIR APRÈS AVOIR TERMINÉ L'INTERVIEW
(SI LE QUESTIONNAIRE N'A PAS ÉTÉ REMPLI, EXPLIQUER)

Q1 : LORS DE L'INTERVIEW, QUI D'AUTRE QUE L'ENQUETE(E) ÉTAIT PRÉSENT ?

- | | |
|-----------------------------|------------------------------------|
| A. AUCUNE PERSONNE | D. EPOUX/EPOUSE |
| B. ENFANT DE 5 ANS OU MOINS | E. UN ADULTE, MEMBRE DU MENAGE |
| C. ENFANT DE 5 ANS OU PLUS | F. UN ADULTE, NON MEMBRE DU MENAGE |

Q2. COMMENT ÉVALUEZ-VOUS LA PRÉCISION DES RÉPONSES DE L'ENQUETE(E) ?

- | | |
|-------------|-------------|
| 1 EXCELLENT | 4. PASSABLE |
| 2 BON | 5. MAUVAIS |
| 3. MOYEN | |

Q3. QUELLES QUESTIONS L'ENQUETE(E) A-T-IL/ELLE TROUVE DIFFICILES/EMBARASSANTES/CONFUSES ?

Q4. QUELLES QUESTIONS L'ENQUETEUR A-T-IL TROUVE DIFFICILES/EMBARASSANTES/CONFUSES?

Q5 QUELLES QUESTIONS ONT PARTICULIÈREMENT INTÉRESSÉ L'ENQUETE(E) ?

NOM DE L'ENQUÊTRICE : _____ DATE: _____

OBSERVATIONS DU CONTRÔLEUR/CONTRÔLEUSE

À REMPLIR APRÈS AVOIR TERMINÉ LA VÉRIFICATION DU QUESTIONNAIRE

Notes:

NOM DU CONTRÔLEUR/CONTRÔLEUSE: _____ DATE: _____