



**REPOBLIKAN' I MADAGASIKARA**  
 Fitiavana - Tanindrazana - Fandrosoana  
 Ministère d'Etat chargé de l'Economie et de l'Industrie  
 Secrétariat Général

IDENTIFIANT MENAGE							
LOCALITE		MENAGE		MC		1 ou 2	

**INSTAT**  
 DIRECTION GENERALE  
 DIRECTION DES STATISTIQUES DES MENAGES

INSTITUT  
 NATIONAL  
 DE LA STATISTIQUE

CERDI (France)

CORNELL UNIVERSITY (ETATS-UNIS)

**Questionnaire 4 : Conjoint (C)**

**ENQUETE STATISTIQUE SUR LES ITINERAIRES DE VIE DES JEUNES A MADAGASCAR**

**A NE PAS DISTRIBUER SANS L'AUTORISATION DE LA DIRECTION  
 DES STATISTIQUES DES MENAGES**

**STRICTEMENT CONFIDENTIEL**

**Exécution conforme aux dispositions prévues par la loi N° 68-003 du 18 Juin 1968 sur les obligations et le secret en matière de statistique.**

IDENTIFIANT											
District			Localité			Ménage		Individu MC		1 ou 2	

**Nom du Chef de ménage :** \_\_\_\_\_

**Adresse :** \_\_\_\_\_

ENREGISTREMENT DES VISITES			
	1ERE	2EME	3EME
DATE DE LA VISITE	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
HEURE DE DEBUT	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
HEURE DE FIN	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
CODE RESULTAT	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>

CODES RESULTATS	
COMPLET	1
PARTIELLEMENT COMPLET	2
AUCUN REpondANT DISPONIBLE	3
REFUS	4
AUTRE	5

NOM DE L'ENQUETEUR \_\_\_\_\_

NOM DU CONTROLEUR \_\_\_\_\_

NOM DU SUPERVISEUR \_\_\_\_\_

NOM DE L'AGENT DE SAISIE \_\_\_\_\_

**OBSERVATIONS**

**RENSEIGNEMENTS SUR LES PARENTS**

**CONJOINT(E) DU MEMBRE DE LA COHORTE**

CE MODULE SERA REMPLI UNIQUEMENT POUR LE(A) CONJOINT(E) DU MEMBRE DE LA COHORTE

- Q.1 Votre père naturel vit-il dans ce ménage ? OUI...1  
NON...2 CODE:
- SI OUI, COPIER LE CODE ID DU PÈRE DU MODULE "LISTE DES MEMBRES DU MÉNAGE (ROSTER)" ET >>Q.6 CODE:
- Q.2 Votre père est-il toujours vivant? OUI.....1  
NON.....2 >>Q.10  
NE SAIT PAS ...3 CODE:
- Q.3 Le père de [NOM] a-t-il été à l'école? OUI.....1  
NON.....2 >>Q.6  
NE SAIT PAS...3>>Q.6 CODE:
- Q.4 Quel niveau d'éducation a-t-il atteint? AUCUN.....1 COLLEGE COMPLET.....5  
PRIMAIRE NON COMPLET..2 LYCEE NON COMPLET.....6  
PRIMAIRE COMPLET.....3 LYCEE COMPLET.....7  
COLLEGE NON COMPLET...4 UNIVERSITE.....8 CODE:
- Q.5 Quel est le plus haut diplôme qu'il a obtenu? AUCUN.....1 MAITRISE.....7  
CEPE.....2 DEA/DESS.....8  
BEP C.....3 DOCTORAT.....9  
BAC.....4 AUTRE.....10  
DEUG/BAC+2..5  
LICENCE.....6 CODE:
- Q.6 a.Dans son activité principale pour qui travaille(ou travaillait)-t-il ? EMPLOYE D'ADMINISTRATION PUBLIQUE /ENTREPRISE PARA PUBLIQUE.....1  
EMPLOYE D'ENTREPRISE.PRIVEE.....2  
EMPLOYE D'ENTREPRISE ASSOCIATIVE SANS BUT LUCRATIF, ONG.....3  
EMPLOYEUR/PATRON.....4  
TRAVAILLEUR COMPTE PROPRE.....5  
TRAVAILLEUR DANS UNE ENTREPRISE FAMILIALE (AGRICOLE OU NON).....6  
TRAVAILLEUR DANS AUTRE MENAGE (DOMESTIQUE, GARDIEN.....).....7  
AUTRES (A PRECISER).....8 CODE:

b. Quelle est ou était sa catégorie socio-professionnelle?

CADRE SUPÉRIEUR, INGÉNIEUR ET ASSIMILÉ.....1  
 CADRE MOYEN, AGENT DE MAÎTRISE.....2  
 EMPLOYÉ/OUVRIER QUALIFIÉ.....3  
 EMPLOYÉ/OUVRIER SEMI QUALIFIÉ.....4  
 MANŒUVRE.....5  
 STAGIAIRE REMUNÉRÉ.....6  
 PATRON .....7  
 TRAVAILLEUR POUR COMPTE PROPRE.....8  
 APPRENTI REMUNÉRÉ OU NON .....9  
 AIDE FAMILIALE .....10

CODE:

c. Quel est son secteur d'activité ?

CODES SECTEUR D'ACTIVITÉ.  
 AGRICULTURE, ÉLEVAGE.....01  
 PÊCHE, CHASSE ET SYLVICULTURE.....02  
 INDUSTRIES EXTRACTIVES.....03  
 ÉNERGIE.....04  
 INDUSTRIES AGRO-ALIMENTAIRES ,BOISSONS, TABACS...05  
 INDUSTRIES TEXTILES ET CONFÉCTION.....06  
 INDUSTRIES DU BOIS ET MEUBLES.....07  
 AUTRES INDUSTRIES.....08  
 BÂTIMENTS ET TRAVAUX PUBLICS.....09  
 TRANSPORT.....10  
 POSTES ET TÉLÉCOMMUNICATIONS.....11  
 COMMERCE.....12  
 BANQUES ET ASSURANCES.....13  
 SERVICES RENDUS AUX ENTREPRISES.....14  
 SERVICES RENDUS AUX PARTICULIERS.....15  
 ADMINISTRATION PUBLIQUE.....16  
 AUTRES SERVICES NON MARCHANDS.....17  
 SANTÉ PRIVÉE.....18  
 ÉDUCATION PRIVÉE.....19  
 HÔTELLERIE, RESTAURANT.....20

CODE:

Q.7 Continue-t-il de mener cette activité ou d'autres activités génératrices de revenus ?

OUI...1 >>Q.21  
 NON...2

CODE:

Q.8 Quand a-t-il arrêté de travailler ?

ANNEE  
CODE:

Q.9 Pour quelle raison a-t-il arrêté de travailler?

MALADIE/BLESSURE.....1  
PERTE D'EMPLOI.....2  
ENTERPRISE EN FAILLITE..3  
RETRAITE.....4  
AUTRE.....5

CODE:

>> Q.21

Q.10 Quand est-il décédé?

ANNEE  
CODE:

Q.11 Quelle était la cause du décès ?

ACCIDENT/BLESSURE.....1  
MALADIE.....2  
VIOLENCE.....3  
SUICIDE.....4  
AUTRE.....5

CODE:

Q.12 Votre père a-t-il été à l'école ?

OUI.....1  
NON.....2>>Q.15  
NE SAIS PAS...3>>Q.15

CODE:

Q.13 Quel niveau d'éducation a-t-il atteint?

AUCUN.....1  
PRIMAIRE NON COMPLET..2  
PRIMAIRE COMPLET.....3  
COLLEGE NON COMPLET...4  
COLLEGE COMPLET.....5  
LYCEE NON COMPLET.....6  
LYCEE COMPLET.....7  
UNIVERSITE.....8

CODE:

Q.14 Quel est le haut diplôme qu'il avait obtenu ?

AUCUN.....1  
CEPE.....2  
BEPC.....3  
BAC.....4  
DEUG/BAC+2...5  
MAITRISE.....7  
DEA/DESS.....8  
DOCTORAT.....9  
AUTRE.....10

CODE:

Q.15 a. Dans son activité principale pour qui travaille(ou travaillait)-t-il ?

- EMPLOYE D'ADMINISTRATION PUBLIQUE /ENTREPRISE PARA PUBLIQUE.....1
- EMPLOYE D'ENTREPRISE.PRIVEE.....2
- EMPLOYE D'ENTREPRISE ASSOCIATIVE SANS BUT LUCRATIF, ONG.....3
- EMPLOYEUR/PATRON.....4
- TRAVAILLEUR COMPTE PROPRE.....5
- TRAVAILLEUR DANS UNE ENTREPRISE FAMILIALE (AGRICOLE OU NON).....6
- TRAVAILLEUR DANS AUTRE MENAGE (DOMESTIQUE, GARDIEN.....).....7
- AUTRES (A PRECISER).....8

CODE:

b. Quelle est ou était sa catégorie socio-professionnelle?

**VOIR CODE CATEGORIE SOCIO PROFESSIONNELLE ( Q.6b)**

CODE:

c. Quel est son secteur d'activité ?

**VOIR CODE SECTEUR D'ACTIVITE ( Q.6c)**

CODE:

Q.16 Travaillait-il durant l'année précédent son décès?

OUI...1 >>Q.19  
NON...2

CODE:

Q.17 En quelle année avait-il arrêté de travailler?

ANNEE

CODE:

Q.18 Pour quelle raison avait-il arrêté de travailler ?

- MALADIE/BLESSURE.....1
- PERTE D'EMPLOI.....2
- ENTERPRISE EN FAILLITE...3
- RETRAITE.....4
- AUTRE.....5

CODE:

Q.19 Quand votre père mourut, avez-vous directement hérité: de l'argent? De biens ou de terres?

CELA FAIT REFERENCE A N'IMPORTE QUELLE HERITAGE

SPECIFIQUEMENT DEDIE AU REpondant , PAS POUR LA FAMILLE EN GENERAL

SI **NON** ,VERIFIEZ Q.10 :SI LE PERE MOURUT AVANT 2004 >>Q.33

D'AUTRE CAS >>Q.21

OUI...1 >>Q.20  
NON...2

CODE:

Q.20 Veuillez me donner le montant que vous avez reçu [...]

en espece

Milliers de ARIARY

en nature (par exemple biens, equipements de commerce, etc)

en terrains et batiments (de même que votre actuelle maison, si concernée)

**VERIFIEZ Q.10 : SI LE PÈRE EST DECEDE AVANT 2004, >> Q.33**

Je voudrais vous poser quelques questions sur la santé de votre père depuis notre dernier entretien avec votre ménage en 2004.

Q.21 Votre père a-t-il eu une quelconque maladie ou handicap, ou une blessure grave durant les sept dernières années (depuis 2004) qui l'a empêché de travailler ou d'exercer ses activités durant un mois ou plus? OUI...1  
NON...2 >>Q.33

CODE:

Il pourrait s'agir d'une maladie dont il est déjà guéri ou d'une maladie ou handicap permanent.

LA QUESTION PRECEDENTE RESTE VALABLE DANS LE CAS OÙ LA MALADIE A CONDUIT AU DECES DU PERE.

Veillez me parler de cette maladie/blessure en commençant par le plus récent.

Q.22 Quelle est la dernière fois que votre père est tombé malade/(a eu un handicap) et combien de temps cela a-t-il duré?

SI LA MALADIE EST TOUJOURS PRESENTE OU S'IL S'AGIT D'UN HANDICAP PERMANENT, METTEZ "99" DANS LES CASES ANNEES ET MOIS.

DEBUT				DUREE	
ANNEE				Annees	Mois
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>

Q.23 Est-ce que cette maladie, handicap ou blessure a nécessité qu'une personne l'assiste dans ses activités quotidiennes (par exp: manger, se laver)

OUI...1  
NON...2 >>Q.25

CODE:

Q.24 L'avez-vous personnellement assisté au moins 5 heures chaque jour ?

OUI...1  
NON...2

CODE:

Q.25 Y a-t-il eu une maladie/blessure majeure avant celle-ci?

OUI...1  
NON...2 >>Q.33

CODE:

Q.26	Quand a-t-elle commencé et combien de temps a-t-elle duré?					
			DEBUT		DUREE	
			ANNEE	Annees	Mois	
			<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	
Q.27	Est-ce que cette maladie, handicap ou blessure a nécessité qu'une personne l'assiste dans ses activités quotidiennes (par exp: manger, se laver)					
		OUI...1			CODE:	<input type="text"/>
		NON...2 >>Q.29				
Q.28	L'avez-vous personnellement assisté au moins 5 heures chaque jour ?					
		OUI...1			CODE:	<input type="text"/>
		NON...2				
Q.29.	Y a-t-il eu une maladie/blessure majeure avant celle-ci?					
		OUI...1			CODE:	<input type="text"/>
		NON...2 >>Q.33				
Q.30	Quand a-t-elle commencé et combien de temps a-t-elle duré?					
			DEBUT		DUREE	
			ANNEE	Annees	Mois	
			<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	
Q.31	Est-ce que cette maladie, handicap ou blessure a nécessité qu'une personne l'assiste dans ses activités quotidiennes (par exp: manger, se laver)					
		OUI...1			CODE:	<input type="text"/>
		NON...2 >>Q.33				
Q.32	L'avez-vous personnellement assisté au moins 5 heures chaque jour ?					
		OUI...1			CODE:	<input type="text"/>
		NON...2				
Q.33	La mère naturelle de [NOM] vit-elle dans ce ménage?					
		OUI...1			CODE:	<input type="text"/>
		NON...2				
	SI OUI, COPIER LE CODE ID DE LA MERE DU MODULE "LISTE DES MEMBRES DU MÉNAGE (ROSTER)" ET >>Q.38				CODE:	<input type="text"/>
Q.34	La mère de [NOM] est-elle toujours vivant?					
		OUI.....1			CODE:	<input type="text"/>
		NON.....2>>Q.42				
		NE SAIS PAS...3				
Q.35	La mère de [NOM] a-t-elle été à l'école?					
		OUI.....1			CODE:	<input type="text"/>
		NON.....2 >>Q.38				
		NE SAIS PAS.....3 >>Q.38				
Q.36	Quel niveau d'éducation a-t-elle atteint?					
		AUCUN.....1	COLLEGE COMPLET.....5		CODE:	<input type="text"/>
		PRIMAIRE NON COMPLET...2	LYCEE NON COMPLET.....6			
		PRIMAIRE COMPLET.....3	LYCEE COMPLET.....7			
		COLLEGE NON COMPLET...4	UNIVERSITE.....8			



Q.37 Quel est le plus haut diplôme qu'elle a obtenu?

AUCUN.....1	LICENCE.....6
CEPE.....2	MAITRISE....7
BEP.....3	DEA/DESS....8
BAC.....4	DOCTORAT....9
DEUG/BAC+2..5	AUTRE.....10

CODE:

Q.38 a. Dans son activité principale pour qui travaille(ou travaillait)-t-elle ?

EMPLOYE D'ADMINISTRATION PUBLIQUE /ENTREPRISE PARA PUBLIQUE.....1	
EMPLOYE D'ENTREPRISE.PRIVEE.....2	
EMPLOYE D'ENTREPRISE ASSOCIATIVE SANS BUT LUCRATIF, ONG.....3	
EMPLOYEUR/PATRON.....4	
TRAVAILLEUR COMPTE PROPRE.....5	
TRAVAILLEUR DANS UNE ENTREPRISE FAMILIALE (AGRICOLE OU NON).....6	
FEMME AU FOYER .....7	>> Q.53
TRAVAILLEUR DANS AUTRE MENAGE (DOMESTIQUE, GARDIEN.....).....8	

CODE:

b. Quelle est ou était sa catégorie socio-professionnelle?

**VOIR CODE CATEGORIE SOCIO PROFESSIONNELLE ( Q.6b)**

CODE:

c. Quel est son secteur d'activité ?

**VOIR CODE SECTEUR D'ACTIVITE ( Q.6c)**

CODE:

Q.39 Continue t-elle d'exercer son activité ou d'autres activités génératrices de revenus?

OUI...1 >>Q.53  
NON...2

CODE:

Q.40 Quand a-t-elle arrêté de travailler ?

ANNEE  
CODE:

Q.41 Pour quelle raison a-t-elle arrêté de travailler?

MALADIE/BLESSURE.....1
PERTE D'EMPLOI.....2
ENTERPRISE EN FAILLITE...3
RETRAITE.....4
AUTRE.....5

CODE:

>> Q.53

Q.42 Quand est-elle décédée?

ANNEE  
CODE:

Q.43 Quelle était la cause de son décès?

ACCIDENT/BLESSURE....1
MALADIE.....2
VIOLENCE.....3
SUICIDE.....4

CODE:

Q.44 Votre mère a-t-elle été à l'école ?

OUI.....1	
NON.....2 >> Q.47	
NE SAIS PAS...3 >> Q.47	

CODE:

Q.45 Quel niveau d'éducation a-t-elle atteint?

AUCUN.....1	COLLEGE COMPLET.....5
PRIMAIRE NON COMPLET...2	LYCEE NON COMPLET.....6
PRIMAIRE COMPLET.....3	LYCEE COMPLET.....7
COLLEGE NON COMPLET...4	UNIVERSITE.....8

CODE:

Q.46 Quel est le haut diplôme qu'elle avait obtenu ?

AUCUN.....1	MAITRISE.....7
CEPE.....2	DEA/DESS.....8
BEP/PC.....3	DOCTORAT.....9
BAC.....4	AUTRE.....10
DEUG/BAC+2...5	

CODE:

Q.47 a. Dans son activité principale pour qui travaille(ou travaillait)-t-elle ?

EMPLOYE D'ADMINISTRATION PUBLIQUE /ENTREPRISE PARA PUBLIQUE.....1	
EMPLOYE D'ENTREPRISE.PRIVEE.....2	
EMPLOYE D'ENTREPRISE ASSOCIATIVE SANS BUT LUCRATIF, ONG.....3	
EMPLOYEUR/PATRON.....4	
TRAVAILLEUR COMPTE PROPRE.....5	
TRAVAILLEUR DANS UNE ENTREPRISE FAMILIALE (AGRICOLE OU NON).....6	
FEMME AU FOYER .....7>>Q.51	
TRAVAILLEUR DANS AUTRE MENAGE (DOMESTIQUE, GARDIEN.....).....8	

CODE:

b. Quelle est ou était sa catégorie socio-professionnelle?  
**VOIR CODE CATEGORIE SOCIO PROFESSIONNELLE ( Q.6b)**

CODE:

c. Quel est son secteur d'activité ?  
**VOIR CODE SECTEUR D'ACTIVITE ( Q.6c)**

CODE:

Q.48 Travaillait-elle durant l'année précédent son décès?

OUI.....1 >>Q.51	
NON.....2	
NE SAIS PAS...3 >>Q.51	

CODE:

Q.49 en quelle année a-t-elle arrêté de travailler?

ANNEE

CODE:

Q.50 Pour quelle raison a-t-elle arrêté de travailler?

MALADIE/BLESSURE.....1  
PERTE D'EMPLOI.....2  
ENTERPRISE EN FAILLITE...3  
RETRAITE.....4  
AUTRE.....5

CODE:

Q.51 Quand votre mère mourut, avez-vous hérité: de l'argent? De biens ou de terres?

CELA FAIT REFERENCE A N'IMPORTE QUELLE HERITAGE  
SPECIFIQUEMENT DEDIE AU REpondant , PAS POUR LA FAMILLE EN GENERAL

CODE:

OUI...1 >>Q.52  
NON...2

SI **NON** ,VERIFIEZ Q.42 :SI LA MERE MOURUT AVANT 2004 >>MODULE SUIVANT  
D'AUTRE CAS >>Q.53

Q.52 Veuillez me donner le montant que vous avez reçu [...]

Milliers d'ARIARY

en espee

en nature (par exemple biens, equipements de commerce, etc)

en terrains et batiments (De même que votre actuelle maison, si concernée)

VERIFIEZ Q.42 : SI LA MERE MOURUT AVANT 2004, >> **MODULE SUIVANT**

Je voudrais vous poser quelques questions sur la santé de votre mère depuis 2004.

Q.53 Votre mère a-t-elle eu une quelconque maladie ou handicap, ou une blessure grave durant les sept dernières années (depuis 2004) qui l'a empêché de travailler ou d'exercer ses activités durant un mois ou plus?

CODE:

Il pourrait s'agir d'une maladie dont il est déjà guéri ou d'une maladie ou handicap permanent.

OUI.....1  
NON.....2 >>MODULE SUIVANT  
NE SAIS PAS ...3 >>MODULE SUIVANT

LA QUESTION PRECEDENTE RESTE VALABLE DANS LE CAS OÙ LA MALADIE A CONDUIT AU DECES DE LA MERE.

Veillez me parler de ces maladies/blessures en commençant par le plus récent.

Q.54 Quelle est la dernière fois que votre mère est tombée malade/(a eu un handicap) et combien de temps cela a-t-il duré?

SI LA MALADIE EST TOUJOURS PRESENTE OU S'IL S'AGIT D'UN HANDICAP PERMANENT, METTEZ "99" DANS LES CASES ANNEES ET MOIS.

DEBUT	DUREE	
ANNEE	Annees	Mois
_ _ _	_	_

Q.55 Est-ce que cette maladie, handicap ou blessure a nécessité qu'une personne assiste votre mère dans ses activités quotidiennes (par exp: manger, se laver) ?

OUI...1  
NON...2 >>Q.57

CODE: |\_|

Q.56 L'avez-vous personnellement assisté au moins 5 heures chaque jour ?

OUI...1  
NON...2

CODE: |\_|

Q.57. a)-Y a-t-il eu une maladie/blessure majeure avant celle-ci?

OUI...1  
NON...2 >>MODULE SUIVANT

CODE: |\_|

b)-Quand a-t-elle commencé et combien de temps a-t-elle duré?

DEBUT	DUREE	
ANNEE	Annees	Mois
_ _ _	_	_

Q.58 Est-ce que cette maladie, handicap ou blessure a nécessité qu'une personne assiste votre mère dans ses activités quotidiennes (par exp: manger, se laver) ?

OUI...1  
NON...2 >>Q.60

CODE: |\_|

Q.59 L'avez-vous personnellement assisté au moins 5 heures chaque jour ?

OUI...1  
NON...2

CODE:

Q.60 a)-Y a-t-il eu une maladie/blessure majeure avant celle-ci?

OUI...1  
NON...2 >>MODULE SUIVANT

CODE:

b)-Quand a-t-elle commencé et combien de temps a-t-elle duré?

DEBUT	DUREE	
ANNEE	Annees	Mois
<input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>	<input type="text"/> <input type="text"/>	<input type="text"/> <input type="text"/>

Q.61 Est-ce que cette maladie, handicap ou blessure a nécessité qu'une personne assiste votre mère dans ses activités quotidiennes (par exp: manger, se laver) ?

OUI...1  
NON...2 >>MODULE SUIVANT

CODE:

Q.62 L'avez-vous personnellement assisté au moins 5 heures chaque jour ?

OUI...1  
NON...2  
>> MODULE SUIVANT

CODE:

MÉNAGE :           MC #     C-MC

**QUESTIONNAIRE 4: CONJOINT:  
2-FRÈRES ET SOEURS**

Maintenant je voudrais vous poser des questions sur vos frères et soeurs qui ne vivent pas dans votre ménage. Je vais d'abord vous poser des questions sur vos frères/soeurs de même père et de même mère. Ensuite, je poserai des questions sur vos demi-frères/soeurs c'est-à-dire ceux qui ont soit le même père que vous, soit la même mère que vous (pas les 2 en même temps). Ayez à l'esprit que je m'intéresse seulement à ceux qui ne vivent pas dans votre ménage.

<p>1, SVP donnez-moi leurs noms</p> <div style="border: 1px solid black; padding: 5px; margin: 10px 0;"> <p>N'INSCRIRE QUE LES INDIVIDUS QUI N'ONT PAS DÉJÀ ÉTÉ CITÉS DANS LE MODULE "ROSTER"</p> <p>SI DEUX PERSONNES DE MÊME NOM, LES DISTINGUER PAR 1 ET 2.</p> <p>SI PAS DE FRÈRES ET SOEURS, ALLEZ À Q.4</p> <p>ENREGISTREZ TOUS LES NOMS D'ABORD PUIS POSEZ Q.2-3</p> </div> <p style="text-align: center;">NOM</p>	<p>2, Quel est le sexe de [personne]?</p> <p style="text-align: center;">MASC. . 1 FEM. . . 2</p>	<p>3, Quel est son âge ?</p> <p style="text-align: center;">ANNEES</p>
---	---	--

Q.4. Vous avez combien de demi-frères/soeurs qui ne vivent pas dans votre ménage? Il s'agit des frères/soeurs qui ont soit le même père que vous, soit la même mère que vous, mais pas les deux en même temps.

ASSUREZ-VOUS AVOIR EXCLU TOUS LES INDIVIDUS QUI ONT DÉJÀ ÉTÉ CITÉS DANS LE MODULE "ROSTER"

S'IL N'Y EN A PAS, METTEZ '0'

NOMBRE DE DEMI-FRÈRES

NOMBRE DE DEMI-SOEURS

>> MODULE SUIVANT

A	<input style="width: 40px; height: 20px;" type="text"/>	<input style="width: 40px; height: 20px;" type="text"/>	<input style="width: 40px; height: 20px;" type="text"/>
B	<input style="width: 40px; height: 20px;" type="text"/>	<input style="width: 40px; height: 20px;" type="text"/>	<input style="width: 40px; height: 20px;" type="text"/>
C	<input style="width: 40px; height: 20px;" type="text"/>	<input style="width: 40px; height: 20px;" type="text"/>	<input style="width: 40px; height: 20px;" type="text"/>
D	<input style="width: 40px; height: 20px;" type="text"/>	<input style="width: 40px; height: 20px;" type="text"/>	<input style="width: 40px; height: 20px;" type="text"/>
E	<input style="width: 40px; height: 20px;" type="text"/>	<input style="width: 40px; height: 20px;" type="text"/>	<input style="width: 40px; height: 20px;" type="text"/>
F	<input style="width: 40px; height: 20px;" type="text"/>	<input style="width: 40px; height: 20px;" type="text"/>	<input style="width: 40px; height: 20px;" type="text"/>
G	<input style="width: 40px; height: 20px;" type="text"/>	<input style="width: 40px; height: 20px;" type="text"/>	<input style="width: 40px; height: 20px;" type="text"/>
H	<input style="width: 40px; height: 20px;" type="text"/>	<input style="width: 40px; height: 20px;" type="text"/>	<input style="width: 40px; height: 20px;" type="text"/>
I	<input style="width: 40px; height: 20px;" type="text"/>	<input style="width: 40px; height: 20px;" type="text"/>	<input style="width: 40px; height: 20px;" type="text"/>
J	<input style="width: 40px; height: 20px;" type="text"/>	<input style="width: 40px; height: 20px;" type="text"/>	<input style="width: 40px; height: 20px;" type="text"/>
K	<input style="width: 40px; height: 20px;" type="text"/>	<input style="width: 40px; height: 20px;" type="text"/>	<input style="width: 40px; height: 20px;" type="text"/>
L	<input style="width: 40px; height: 20px;" type="text"/>	<input style="width: 40px; height: 20px;" type="text"/>	<input style="width: 40px; height: 20px;" type="text"/>
M	<input style="width: 40px; height: 20px;" type="text"/>	<input style="width: 40px; height: 20px;" type="text"/>	<input style="width: 40px; height: 20px;" type="text"/>
N	<input style="width: 40px; height: 20px;" type="text"/>	<input style="width: 40px; height: 20px;" type="text"/>	<input style="width: 40px; height: 20px;" type="text"/>
O	<input style="width: 40px; height: 20px;" type="text"/>	<input style="width: 40px; height: 20px;" type="text"/>	<input style="width: 40px; height: 20px;" type="text"/>

Household:  MC1  MC2  S-MC1  S-MC2

### EMPLOI DU CONJOINT

JE VOUDRAIS VOUS POSER DES QUESTIONS SUR VOS ACTIVITES ACTUELLES ET PASSEES LIEES AU TRAVAIL

Q.1. Est-ce que la personne repond pour elle-meme? OUI...1  
NON...2 CODE:

Q.2. Avez-vous travaillé au cours des 7 derniers jours? OUI...1 >>Q.15  
NON...2 CODE:

Q.3. Bien que vous ayez déclaré ne pas avoir travaillé au cours des 7 derniers jours, avez-vous effectué une (des) activités suivantes au cours des 7 derniers jours, à domicile ou à l'extérieur, pour aider la famille? OUI...1 >>Q.15  
NON...2 CODE:

LIRE TOUTE LES ACTIVITES, S'ARRETER SI REpond OUI A UNE DES PROPOSITIONS

EN TRAVAILLANT DANS UNE AFFAIRE PERSONNELLE  EN FABRIQUANT UN PRODUIT POUR LA VENTE  EN TRAVAILLANT À LA MAISON POUR UN REVENU  EN EXERCANT UN SERVICE RÉMUNÉRATEUR  EN AIDANT DANS UNE ENTREPRISE FAMILIALE	COMME APPRENTI, RÉMUNÉRÉ OU NON  COMME ÉTUDIANT QUI EXERCE UN TRAVAIL  EN TRAVAILLANT POUR UNE AUTRE FAMILLE  N'IMPORTE QUELLE AUTRE ACTIVITÉ POUR UN REVENU
--	--

Q.4. Avez-vous travaillé au cours des 12 derniers mois? OUI...1 >>Q.15  
NON...2 CODE:

Q.5. Bien que vous ayez déclaré ne pas avoir travaillé au cours des 12 derniers mois, avez-vous effectué une des activités suivantes au cours des 12 derniers mois? OUI...1 >>Q.15  
NON...2 CODE:

LIRE TOUTE LES ACTIVITES, S'ARRETER SI REpond OUI A UNE DES PROPOSITIONS

**ACTIVITIES**

- EN TRAVAILLANT DANS UNE AFFAIRE PERSONNELLE -EN FABRIQUANT UN PRODUIT POUR LA VENTE -EN TRAVAILLANT À LA MAISON POUR UN REVENU -EN EXERCANT UN SERVICE RÉMUNÉRATEUR -EN AIDANT DANS UNE ENTREPRISE FAMILIALE
--

COMME APPRENTI, RÉMUNÉRÉ OU NON COMME ÉTUDIANT QUI EXERCE UN TRAVAIL EN TRAVAILLANT POUR UNE AUTRE FAMILLE N'IMPORTE QUELLE AUTRE ACTIVITÉ POUR UN REVENU
--

Household:         MC1   MC2   S-MC1   S-MC2

Q.6. Avez-vous une fois travaillé que ce soit rémunéré ou non ?

OUI...1  
NON...2 >> Q.8

CODE:

Q.7. Quand avez-vous effectué une activité rémunéré ou non pour la dernière fois ?

Mois

Années

Q.8. Actuellement, êtes-vous à la recherche d'un travail?

OUI...1 >> Q.10  
NON...2

CODE:

Q.9. Quelle est la principale raison pour laquelle vous ne cherchez pas du travail?

MALADE.....1  
PREND SOIN DES ENFANTS.....2  
PREND SOIN D'UN MEMBRE DE LA FAMILLE MALADE.....3  
PREND SOIN D'UN MEMBRE AGE DE LA FAMILLE.....4  
ESPERE RETOURNER AU MEME TRAVAIL-MEME EMPLOYEUR.....5  
PENSE QU'IL N'Y A PAS DE TRAVAIL QUI ME CONVIENT.....6  
ELEVE/ETUDIANT.....7  
PAS D'EMPLOI DISPONIBLE.....8  
ATTEND LA PERIODE OU IL YA BEAUCOUP D'EMPLOIS.....9  
ESPERE RETOURNER CHEZ MOI.....10  
TRAVAILLE A LA MAISON.....11  
AUTRES (A PRECISER).....12

CODE:

Q.10. Si l'on vous offrait du travail aujourd'hui, seriez-vous prêt à commencer très bientôt?

OUI.DANS MOINS DE 15 JOURS....1  
OUI. DANS 15 A 30 JOURS.....2  
OUI.DANS PLUS DE 30 JOURS....3  
NON.....4 >> Q.13

CODE:

Q.11. Dans quelle Catégorie Socio-professionnelle auriez-vous accepté de travailler? PERMETTEZ JUSQU'À TROIS REPONSES

**CATEGORIE SOCIO PROFESSIONNELLE**

CADRE SUPÉRIEUR, INGÉNIEUR ET ASSIMILE.....1  
CADRE MOYEN, AGENT DE MAITRISE.....2  
EMPLOYÉ/OUVRIER QUALIFIÉ.....3  
EMPLOYÉ/OUVRIER SEMI QUALIFIÉ.....4  
MANŒUVRE.....5  
STAGIAIRE REMUNERE.....6  
PATRON.....7  
TRAVAILLEUR POUR COMPTE PROPRE.....8  
APPRENTI REMUNERE OU NON.....9  
AIDE FAMILIALE.....10

CODE:

CODE:

CODE:



Household:           MC1   MC2   S-MC1   S-MC2

Q.12. Quel aurait été votre salaire pour accepter ce travail ?  
INDIQUER LE MONTANT ET LA FREQUENCE DE PAIEMENT

MONTANT  
Milliers d' ARIARY  
        **000 Ariary**

FREQUENCE      CODE FREQUENCE  
SALAIRE PAR JOUR.....1        
SALAIRE PAR SEMAINE.....2  
SALAIRE PAR MOIS.....3

SI IL OU ELLE CHERCHE DU TRAVAIL ( Q.8 = 1 ) >> Q.15

Q.13. Avez-vous une fois cherché du travail?

OUI...1  
NON...2 >> VOIR NOTE CI DESSOUS

CODE:

SI NON:  
SI Q.6 = 1 ( TRAVAILLE DANS LE PASSE ) >> Q.70  
SI Q.6 = 2 ( JAMAIS TRAVAILLE ) >> Q.79

Q.14. Quand avez -vous cherché pour la dernière fois du travail ou cherché à entamer toute activité génératrice de revenu?

MOIS      ANNEE

Q.15. Quelles sont les actions que vous avez entreprises pour trouver votre emploi  
(actuel ou passé) ou toute activité génératrice de revenu

PERMETTEZ PLUSIEURS REPONSES -JUSQU'À 5

CONTACT AVEC DES EMPLOYEURS ET DES SOCIÉTÉS..... 1  
CONTACT AVEC DES MEMBRES DE MA FAMILLE OU DES PARENTS .....2  
CONTACT AVEC DES AMIS.....3  
CONTACT DE MEMBRES DE LA MEME CONFRERIE OU RELIGION.....4  
RÉPONSE À DES OFFRES D' EMPLOI DES JOURNAUX.....5  
RÉPONSE À DES OFFRES D' EMPLOI EN LIGNE.....6  
INSCRIPTION DANS UNE AGENCE GOUVERNEMENTALE DE RECRUTEMENT.....7  
INSCRIPTION DANS UN CABINET DE RECRUTEMENT PRIVÉ.....8  
EN PREPARATION POUR MES PROPRES AFFAIRES.....9  
AUTRES (A PRECISER).....10

CODE   
CODE   
CODE   
CODE   
CODE

SI L'ENQUÊTÉ A TRAVAILLÉ DANS LE PASSÉ ET NE TRAVAILLE PLUS Q.6=1 » Q70

SI L'ENQUÊTÉ N'A JAMAIS TRAVAILLÉ DANS LE PASSÉ Q.6=2 » Q.79

EN TOUT AUTRE CAS (C.A.D. , TRAVAILLÉ AU COURS DES 7 DERNIER JOURS OU 12 MOIS) » CONTINUER AVEC Q.16

Household:         MC1   MC2   S-MC1   S-MC2

Q.16. Dans votre activité principale (l'activité qui vous prend plus de temps), que vous avez occupée au cours des 12 derniers mois, pour qui travaillez vous ...?

EMPLOYE D'ADMINISTRATION PUBLIQUE /ENTREPRISE PARA PUBLIQUE.....1  
EMPLOYE D'ENTREPRISE.PRIVEE.....2  
EMPLOYE D'ENTREPRISE ASSOCIATIVE SANS BUT LUCRATIF,ONG.....3  
EMPLOYEUR/PATRON.....4  
TRAVAILLEUR COMPTE PROPRE.....5  
TRAVAILLEUR DANS UNE ENTREPRISE FAMILIALE (AGRICOLE OU NON).....6  
TRAVAILLEUR DANS AUTRE MENAGE (DOMESTIQUE, GARDIEN.....).....7  
AUTRES (A PRECISER).....8

CODE

Q.17. Comment êtes/étiez-vous rémunéré?

SALAIRE FIXE.....1  
REMUNERATION SUIVANT LA PRODUCTION INDIVIDUELLE.....2  
REMUNERATION SUIVANT LA PRODUCTION DE L'EQUIPE3.....3  
UNE PARTIE FIXE ET UNE PARTIE LIEE A LA PRODUCTION.....4  
LOCATION GERANCE.....5  
PARTAGE DES PERTES ET PROFITS.....6  
EMPLOYEUR/PATRON.....7  
TRAVAILLEUR A COMPTE PROPRE.....8  
AIDE FAMILIAL, APPRENTI, NON PAYE.....9

CODE

Q.18. Quelle est/était votre catégorie socio-professionnelle?

**CATEGORIE SOCIO-PROFESSIONNELLE**

CADRE SUPÉRIEUR, INGÉNIEUR ET ASSIMILÉ.....1  
CADRE MOYEN, AGENT DE MAÎTRISE.....2  
EMPLOYÉ/OUVRIER QUALIFIÉ.....3  
EMPLOYÉ/OUVRIER SEMI QUALIFIÉ.....4  
MANŒUVRE.....5  
EMPLOYEUR.....6  
TRAVAILLEUR POUR COMPTE PROPRE.....7  
AIDE-FAMILIAL.....8  
APPRENTI RÉMUNÉRÉ OU NON.....9  
AUTRE (PRÉCISEZ).....10

CODE:

Q.19. Quel est votre secteur d'activité?

AGRICULTURE, ELEVAGE.....01  
PÊCHE, CHASSE ET SYLVICULTURE.....02  
INDUSTRIES EXTRACTIONNES.....03  
ENERGIE.....04  
INDUSTRIES AGRO-ALIMENTAIRES ,BOISSONS, TABACS.....05  
INDUSTRIES TEXTILES ET CONFECTION.....06  
INDUSTRIES DU BOIS ET MEUBLES.....07  
AUTRES INDUSTRIES.....08  
BATIMENTS ET TRAVAUX PUBLICS.....09  
TRANSPORT.....10  
POSTES ET TELECOMMUNICATIONS.....11  
COMMERCES.....12  
BANQUES ET ASSURANCES.....13  
SERVICES RENDUS AUX ENTREPRISES.....14  
SERVICES RENDUS AUX PARTICULIERS.....15  
ADMINISTRATION PUBLIQUE.....16  
AUTRES SERVICES NON MARCHANDS.....17  
SANTÉ PRIVEE.....18  
EDUCATION PRIVEE.....19  
HOTELLERIE, RESTAURANT.....20

CODE:

Household: [ ] [ ] [ ] [ ] [ ] [ ] [ ] [ ] [ ] [ ] [ ] MC1 [ ] [ ] MC2 [ ] [ ] S-MC1 [ ] [ ] S-MC2 [ ] [ ]

Q.20. Où avez-vous appris les connaissances nécessaires pour votre activité ?

PERMETTEZ PLUSIEURS REPONSES

FORMATION GENERALE.....1  
FORMATION PROFESSIONNELLES.....2  
FORMATION TECHNIQUES.....3  
APPRENTISSAGE AUPRES DE MES PARENTS/FAMILLES.....4  
APPRENTISSAGE AUPRES D'UNE AUTRE PERSONNE.....5  
APPRIIS DANS MON PRECEDENT EMPLOI.....6  
APPRIIS SUR LE TAS.....7  
AUTRE (A PRECISER).....8

CODE: [ ] [ ]

CODE: [ ] [ ]

CODE: [ ] [ ]

CODE: [ ] [ ]

Q.21. Pourquoi avez-vous accepté ce travail ?

C' EST LE SEUL QUE J'AI TROUVÉ.....1  
COÏNCIDE AVEC MA FORMATION.....2  
HERITE DES PARENTS.....3  
TRAVAIL NON DIFFICILE,FACIL ET BIEN PAYÉ.....4  
TRAVAIL BIEN PAYÉ.....5  
POUR ACQUERIR DE L'EXPERIENCE POUR LE FUTUR.....6  
POUR FAIRE FACE AUX BESOINS D ' ARGENT.....7  
AUTRE (A PRECISER).....8

CODE: [ ] [ ]

Q.22. Quand avez-vous commencé votre actuelle principale activité?

MOIS          ANNEE  
[ ] [ ] [ ] [ ] | [ ] [ ] [ ] [ ]

Q.23. Combien avez-vous gagné l'année dernière dans votre principale activité?

MONTANT  
Milliers d' ARIARY  
[ ] [ ] [ ] [ ] [ ] [ ] **000 Ariary**

POSEZ LA QUESTION MEME SI LE REPONDANT AVAIT COMMENCE A TRAVAILLER IL Y A MOINS D'UN AN.

Q.24. Combien de mois avez-vous exercé ce travail au cours des 12 derniers mois dans votre principale activité?

NOMBRE DE  
MOIS  
[ ] [ ]

PRENEZ EN COMPTE LES VACANCES SI ELLES SONT REMUNEREES

Q.25. Combien de semaines par mois en moyenne avez-vous travaillé dans votre activité principale?

NOMBRE DE  
SEMAINES  
[ ] [ ]

Q.26. Combien d'heures par semaine en moyenne avez-vous travaillé dans votre activité principale?

NOMBRE DE  
HEURES  
[ ] [ ]

Household:           MC1   MC2   S-MC1   S-MC2

Q.27. Combien gagnez-vous et selon quelle fréquence êtes-vous payé?

MONTANT  
Milliers d' ARIARY

000 Ariary

FREQUENCE CODE FREQUENCE

SALAIRE PAR JOUR.....1  
SALAIRE PAR SEMAINE.....2  
SALAIRE PAR MOIS.....3

REGARDEZ LA QUESTION 17: SI LE MEMBRE DE LA COHORTE  
EST EMPLOYEUR/PATRON, TRAVAILLEUR A COMPTE PROPRE  
AIDE FAMILIAL/ APPRENTI (Q.17 = 7, 8, OU 9)» **Q.29**

Q.28. En plus de votre activité actuelle pendant les 3 derniers mois, avez-vous  
essayé d'initier un travail pour votre propre compte?

CODE:

OUI...1 >> Q.31  
NON...2

Q.29. En plus de votre activité actuelle pendant les 3 derniers mois, avez-vous  
essayé de trouver une autre activité?

CODE:

OUI...1  
NON...2 >> VOIR NOTE CI DESSOUS

REGARDEZ LA QUESTION 17:  
SI EMPLOYEUR/PATRON OU TRAVAILLEUR A COMPTE PROPRE, AIDE FAMILIALE/ APPRENTI (Q.17 = 7,8 OU 9)»Q.47;  
DANS TOUS LES AUTRES CAS » Q. 32

Q.30. Où avez-vous essayé de trouver un autre activité ?

DANS LA LOCALITE 1  
AILLEURS DANS LE PAYS 2  
AILLEURS ET HORS DU PAYS 3

CODE:

Q.31. Pourquoi?

CODE:

AVOIR PLUSIEURS ACTIVITES.....1  
AVOIR UNE ACTIVITÉ MIEUX REMUNERE.....2  
AVOIR UNE ACTIVITÉ DANS DE MEILLEURES CONDITIONS DE TRAVAIL  
(AMBIANCE, HORAIRES, AUTRES BÉNÉFICES NON SALARIAUX).....3  
AVOIR UNE ACTIVITÉ MIEUX ADAPTEE A MA FORMATION.....4

REGARDEZ LA QUESTION 17:  
SI EMPLOYEUR/PATRON, TRAVAILLEUR A COMPTE PROPRE, AIDE FAMILIAL/  
APPRENTI (Q.17 = 7, 8, OU 9) » Q. 47;  
DANS TOUS LES AUTRES CAS, CONTINUER **AVEC** Q.32

Household:         MC1   MC2   S-MC1   S-MC2

Q.32. Avez-vous un logement gratuit ou des indemnités de logement?

CODE:

OUI...1  
NON...2 >> Q.34

Q.33. Combien recevez-vous des indemnités de logement en moyenne par mois?

MONTANT  
Milliers d' ARIARY  
        **000 Ariary**

Q.34. Bénéficiez-vous de transport gratuit ou d'une indemnité de transport?

OUI...1  
NON...2 >> Q.36

CODE:

Q.35. A combien s'élève votre indemnité de transport par mois (en moyenne)?

MONTANT  
Milliers d' ARIARY  
        **000 Ariary**

Q.36. Recevez-vous des vivres gratuits ou avez-vous des indemnités pour ça?

OUI...1  
NON...2 >> Q.38

CODE:

Q.37. Combien recevez-vous d' indemnités de vivres en moyenne par mois?

MONTANT Milliers d' ARIARY  
        **000 Ariary**

Q.38. Avez-vous un contrat?

OUI...1  
NON...2 >> Q.40

CODE:

Q.39. Quels sont les termes de votre contrat?

CONTRAT NORMAL A DUREE DETERMINEE.....1  
CONTRAT À DURÉE INDERTERMINÉE.....2  
JOURNALIER.....3  
CONTRAT SAISONNIER.....4  
CONTRAT ACTIVITÉ SPÉCIFIQUE (TÂCHERON)....5

CODE:

Household:           MC1   MC2   S-MC1   S-MC2

Q.40. Votre employeur paie-t-il des impôts ? (Patente au Service des Contributions Directes, par exemple)

- OUI.....1
- NON.....2
- NSP (PAS DE BULLETIN DE PAIE).....3

CODE:

Q.41. Votre employeur contribue-t-il à la Caisse de Sécurité Sociale (CNaPS)?

- OUI.....1
- NON.....2
- NSP (PAS DE BULLETIN DE PAIE).....3

CODE:

Q.42. Votre employeur est-il enregistré à l'INSTAT?

- OUI.....1
- NON.....2
- NSP (PAS DE BULLETIN DE PAIE).....3

CODE:

Q.43. Combien de personnes travaillent dans cette entreprise/lieu de travail?

- MOINS DE 5.....1
- ENTRE 5 ET 20.....2
- ENTRE 20 ET 50.....3
- ENTRE 50 ET 250.....4
- PLUS DE 250.....5

CODE:

Q.44. Avez-vous des congés-maladie ?

- OUI.....1
- NON.....2

CODE:

Household:           MC1   MC2   S-MC1   S-MC2

Q.45. Avez-vous des congés payés ?

OUI.....1  
NON.....2

CODE:

Q.46. Avez-vous une assurance de santé pour ce travail?

OUI.....1  
NON.....2

CODE:

Q.47. En plus de votre activité principale, avez-vous exercé d'autres activités au cours des 12 derniers mois (v compris les mêmes que vous exercez présentement, mais pour le compte d'une autre personne ou entreprise) ?

OUI.....1  
NON.....2>> Q.68

CODE:

Q.48. Dans l'activité secondaire que vous exercée au cours des 12 derniers mois, pour qui travaillez vous?

EMPLOYE D'ADMINISTRATION PUBLIQUE /ENTREPRISE PARA PUBLIQUE.....1  
EMPLOYE D'ENTREPRISE PRIVEE.....2  
EMPLOYE D'ENTREPRISE ASSOCIATIVE SANS BUT LUCRATIF, ONG.....3  
EMPLOYEUR/PATRON.....4  
TRAVAILLEUR COMPTE PROPRE.....5  
TRAVAILLEUR DANS UNE ENTREPRISE FAMILIALE (AGRICOLE OU NON).....6  
TRAVAILLEUR DANS AUTRE MENAGE (DOMESTIQUE, GARDIEN.....).....7

CODE:

Q.49. Comment êtes-vous rémunéré?

SALAIRE FIXE.....1  
REMUNERATION SUIVANT LA PRODUCTION INDIVIDUELLE.....2  
REMUNERATION SUIVANT LA PRODUCTION DE L'EQUIPE3.....3  
UNE PARTIE FIXE ET UNE PARTIE LIEE A LA PRODUCTION.....4  
LOCATION GERANCE.....5  
PARTAGE DES PERTES ET PROFITS.....6  
EMPLOYEUR/PATRON.....7  
TRAVAILLEUR A COMPTE PROPRE.....8  
AIDE FAMILIAL, APPRENTI, NON PAYE.....9  
AUTRE (A PRECISER).....10

CODE:

Q.50. Quelle est votre catégorie socio-professionnelle?

CADRE SUPÉRIEUR, INGÉNIEUR ET ASSIMILE.....1  
CADRE MOYEN, AGENT DE MAITRISE.....2  
EMPLOYÉ/OUVRIER QUALIFIÉ.....3  
EMPLOYÉ/OUVRIER SEMI QUALIFIÉ.....4  
MANŒUVRE.....5  
STAGIAIRE REMUNERE.....6  
PATRON.....7  
TRAVAILLEUR POUR COMPTE PROPRE.....8  
APPRENTI REMUNERE OU NON.....9  
AIDE FAMILIALE.....10

CODE:

Household:         MC1   MC2   S-MC1   S-MC2

Q.51. Dans quel secteur d'activité exercez-vous?

- AGRICULTURE, ELEVAGE.....01
- PECHE, CHASSE ET SYLVICULTURE.....02
- INDUSTRIES EXTRACTIVES.....03
- ENERGIE.....04
- INDUSTRIES AGRO-ALIMENTAIRES ,BOISSONS, TABACS.....05
- INDUSTRIES TEXTILES ET CONFECTION.....06
- INDUSTRIES DU BOIS ET MEUBLES.....07
- AUTRES INDUSTRIES.....08
- BATIMENTS ET TRAVAUX PUBLICS.....09
- TRANSPORT.....10
- POSTES ET TELECOMMUNICATIONS.....11
- COMMERCES.....12
- BANQUES ET ASSURANCES.....13
- SERVICES RENDUS AUX ENTREPRISES.....14
- SERVICES RENDUS AUX PARTICULIERS.....15
- ADMINISTRATION PUBLIQUE.....16
- AUTRES SERVICES NON MARCHANDS.....17
- SANTE PRIVEE.....18
- EDUCATION PRIVEE.....19
- HOTELLERIE, RESTAURANT.....20

CODE:

Q.52. Combien gagnez-vous et selon quelle fréquence êtes-vous payé?

MONTANT  
Milliers d' ARIARY

000 Ariary

FREQUENCE      CODE FREQUENCE

- SALAIRE PAR JOUR.....1
- SALAIRE PAR SEMAINE.....2
- SALAIRE PAR MOIS.....3

REGARDEZ LA QUESTION 49: SI LE MEMBRE DE LA COHORTE EST EMPLOYEUR/PATRON, TRAVAILLEUR A COMPTE PROPRE AIDE FAMILIAL/ APPRENTI (Q.49 = 7, 8, OU 9)» **Q.68**

Q.53. Avez-vous un logement gratuit ou des indemnités de logement?

- OUI.....1
- NON.....2>> Q.55

CODE:

Q.54. A combien s'élève votre indemnité de logement *par mois (en moyenne)*?

MONTANT  
Milliers d' ARIARY

000 Ariary



Household:           MC1   MC2   S-MC1   S-MC2

Q.55. Bénéficiez-vous de transport gratuit ou d'une indemnité de transport ?

OUI.....1  
NON.....2>> Q.57

CODE:

Q.56. A combien s'élève votre indemnité de transport *par mois (en moyenne)*?

MONTANT  
Milliers d' ARIARY

**000 Ariary**

Q.57. Recevez-vous des vivres gratuits ou avez-vous des indemnités pour ça?

OUI.....1  
NON.....2>> Q.59

CODE:

Q.58. A combien s'élève votre indemnité de nourriture *par mois (en moyenne)*?

MONTANT  
Milliers d' ARIARY

**000 Ariary**

Q.59. Avez-vous un contrat?

OUI.....1  
NON.....2>> Q.61

CODE:

Q.60. Quels sont les termes du contrat?

CONTRAT NORMAL A DUREE DETERMINEE.....1  
CONTRAT A DUREE INDETERMINEE.....2  
JOURNALIER.....3  
CONTRAT SAISONNIER.....4  
CONTRAT ACTIVITE SPECIFIQUE (TACHERON).....5

CODE:

Q.61. Votre employeur paie-t-il des impôts ? (Patente au Service des Contributions Directes, par exemple)

OUI.....1  
NON.....2  
NSP (PAS DE BULLETIN DE PAIE).....3

CODE:

Q.62. Votre employeur contribue-t-il à la Caisse de Sécurité Sociale (CNaPS)?

OUI.....1  
NON.....2  
NSP (PAS DE BULLETIN DE PAIE).....3

CODE:

Q.63. Votre employeur est-il enregistré a l'INSTAT?

OUI.....1  
NON.....2  
NSP.....3

CODE:

Household: [ ] [ ] [ ] [ ] [ ] [ ] [ ] [ ] MC1 [ ] [ ] MC2 [ ] [ ] S-MC1 [ ] [ ] S-MC2 [ ] [ ]

Q.64. Combien de personnes travaillent dans cette entreprise/lieu de travail?

- MOINS DE 5.....1
- ENTRE 5 ET 20.....2
- ENTRE 20 ET 50.....3
- ENTRE 50 ET 250.....4
- PLUS DE 250.....5

CODE: [ ]

Q.65. Avez-vous des congés maladie ?

- OUI.....1
- NON.....2

CODE: [ ]

Q.66. Avez-vous des congés-payés ?

- OUI.....1
- NON.....2

CODE: [ ]

Q.67. Avez-vous une assurance santé pour ce travail?

- OUI.....1
- NON.....2

CODE: [ ]

Household:         MC1   MC2   S-MC1   S-MC2

HISTORIQUE A PARTIR DE LA PREMIERE ACTIVITE  
CEUX QUI N'ONT JAMAIS TRAVAILLE SONT EXCLUS (Q.6=2)

Q.68. Votre activité principale actuelle est-elle la première que vous avez eu?

OUI.....1  
NON.....2>> Q.70

CODE:

Q.69. Etiez-vous toujours à l'école lorsque vous avez commencé ce travail?

OUI.....1  
NON.....2

CODE:

>> Q.79

Q.70. Dans cette activité pour qui travaill(i)ez vous ...?

EMPLOYE D'ADMINISTRATION PUBLIQUE /ENTREPRISE PARA PUBLIQUE.....1  
EMPLOYE D'ENTREPRISE.PRIVEE.....2  
EMPLOYE D'ENTREPRISE ASSOCIATIVE SANS BUT LUCRATIF, ONG.....3  
EMPLOYEUR/PATRON.....4  
TRAVAILLEUR COMPTE PROPRE.....5  
TRAVAILLEUR DANS UNE ENTREPRISE FAMILIALE (AGRICOLE OU NON).....6  
TRAVAILLEUR DANS AUTRE MENAGE (DOMESTIQUE, GARDIEN.....).....7  
AUTRES (A PRECISER).....8

CODE:

Q.71. Quelle était votre catégorie socio-professionnelle?

CADRE SUPÉRIEUR, INGÉNIEUR ET ASSIMILE.....1  
CADRE MOYEN, AGENT DE MAITRISE.....2  
EMPLOYÉ/OUVRIER QUALIFIÉ.....3  
EMPLOYÉ/OUVRIER SEMI QUALIFIÉ.....4  
MANŒUVRE.....5  
STAGIAIRE REMUNERE.....6  
PATRON.....7  
TRAVAILLEUR POUR COMPTE PROPRE.....8  
APPRENTI REMUNERE OU NON.....9  
AIDE FAMILIALE.....10

CODE:

Household:         MC1   MC2   S-MC1   S-MC2

Q.72. Quel était votre secteur d'activité?

- AGRICULTURE, ELEVAGE.....01
- PECHE, CHASSE ET SYLVICULTURE.....02
- INDUSTRIES EXTRACTIVES.....03
- ENERGIE.....04
- INDUSTRIES AGRO-ALIMENTAIRES, BOISSONS, TABACS.....05
- INDUSTRIES TEXTILES ET CONFECTION.....06
- INDUSTRIES DU BOIS ET MEUBLES.....07
- AUTRES INDUSTRIES.....08
- BATIMENTS ET TRAVAUX PUBLICS.....09
- TRANSPORT.....10
- POSTES ET TELECOMMUNICATIONS.....11
- COMMERCES.....12
- BANQUES ET ASSURANCES.....13
- SERVICES RENDUS AUX ENTREPRISES.....14
- SERVICES RENDUS AUX PARTICULIERS.....15
- ADMINISTRATION PUBLIQUE.....16
- AUTRES SERVICES NON MARCHANDS.....17
- SANTE PRIVEE.....18
- EDUCATION PRIVEE.....19
- HOTELLERIE, RESTAURANT.....20

CODE:

Q.73. Comment aviez-vous trouvé ce travail?

- CONTACT AVEC DES EMPLOYEURS ET DES SOCIÉTÉS.....1
- CONTACT AVEC DES MEMBRES DE MA FAMILLE OU DES PARENTS.....2
- CONTACT AVEC DES AMIS.....3
- CONTACT DE MEMBRES DE LA MEME CONFRERIE OU RELIGION.....4
- RÉPONSE À DES OFFRES D ' EMPLOI DES JOURNAUX.....5
- RÉPONSE À DES OFFRES D ' EMPLOI EN LIGNE.....6
- INSCRIPTION DANS UNE AGENCE GOUVERNEMENTALE DE RECRUTEMENT.....7
- INSCRIPTION DANS UN CABINET DE RECRUTEMENT PRIVÉ.....8
- EN PREPARATION POUR MES PROPRES AFFAIRES.....9
- AUTRES (A PRECISER).....10

CODE:

Q.74. Quand avez-vous commencé à faire cette activité?

MOIS ANNEE

Q.75. Etiez-vous toujours à l'école lorsque vous avez démarré le travail?

- OUI.....1
- NON.....2

CODE:

Q.76. Quand vous avez arrêté cette activité.....?

MOIS ANNEE

Household:         MC1   MC2   S-MC1   S-MC2

Q.77. Pourquoi aviez-vous arrêté cette activité?

**RAISONS DE L'ARRET**

- SOCIETE EN FAILLITE.....1
- J'AI ETE RENVOYE .....2
- J'AI QUITTE POUR UN MEILLEUR TRAVAIL.....3
- J' ETAIS MALADE/A CAUSE D ' UN HANDICAP.....4
- J'AVAIS A M' OCCUPER DE MEMBRES DE MA FAMILLE.....5
- J'AVAIS A TRAVAILLER A LA MAISON.....6
- JE M' ETAIS MARIE.....7
- J' ETAIS ENCEINTE.....8
- AUTRES (SPECIFIEZ).....9

CODE:

Q.78. Aviez-vous un autre travail après cette activité (autre que votre activité actuelle ou celle des 12 derniers mois)?

- OUI.....1
- NON.....2 >> Q.79

CODE:

Q.79. Maintenant, nous voudrions avoir des renseignements sur vos activités domestiques , durant une semaine normale du mois

**Pendant une semaine normale du mois dernier, avez-vous fait du travail à votre domicile tel que:**

	Activité	OUI 1 NON 2	Nombre d'heures consacrées par semaine	Nombre de minutes consacrées
a	Travaillé à la maison comme le nettoyage de la maison,préparation des repas pour la famille , le lavage du linge , l'achat de la nourriture ou des vêtements , du bricolage dans la maison.	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
b	Chercher de l'eau	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
c	Chercher du bois pour la cuisine ou tout autre combustible	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
d	S'occuper des enfants	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
e	S'occuper des personnes âgées	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
f	S'occuper des malades dans la famille	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>

**MIGRATION DU CONJOINT**

Q.1 Avez-vous vécu toujours dans cette localité?[COMMUNE SI RURAL,VILLE SI URBAIN]

OUI..1 >>Q.7  
NON..2

CODE:

Q.2 Quand étiez-vous venu dans votre localité actuelle ?  
Si 2004 ou avant >> MODULE SUIVANT

MOIS

ANNEE

Q.3 Dans quel région viviez-vous avant de venir ici?

ANALAMANGA.....11	ATSIMO AT SINANANA...25	ATSIMO ANDREFANA...51
VAKINANKARATRA.....12	ATSINANANA.....31	ANDROY.....52
ITASY.....13	ANALANJIROFO.....32	ANOSY.....53
BONGOLAVA.....14	ALAO TRA MANGORO.....33	MENABE.....54
MAHATSIATRA AMBONY...21	BOENY.....41	DIANA.....71
AMORON'I MANIA.....22	SOFLA.....42	SAVA.....72
VATOVAVY FITOVINANY...23	BETSIBOKA.....43	FRANCE.....98
IHOROMBE.....24	MELAKY.....44	ANDAFY Hafa.....99

CODE:

Q.4 Là où vous viviez avant de venir ici, était-ce une .....?

ZONE URBAINE.....1  
ZONE RURALE.....2

CODE:

Q.5 Etiez-vous né dans cette même localité ?

OUI..1>> Q.7  
NON..2

CODE:

Q.6 Dans quelle région étiez-vous né ?

ANALAMANGA.....11	ATSIMO AT SINANANA...25	ATSIMO ANDREFANA...51
VAKINANKARATRA.....12	ATSINANANA.....31	ANDROY.....52
ITASY.....13	ANALANJIROFO.....32	ANOSY.....53
BONGOLAVA.....14	ALAO TRA MANGORO.....33	MENABE.....54
MAHATSIATRA AMBONY...21	BOENY.....41	DIANA.....71
AMORON'I MANIA.....22	SOFLA.....42	SAVA.....72
VATOVAVY FITOVINANY...23	BETSIBOKA.....43	FRANCE.....98
IHOROMBE.....24	MELAKY.....44	

CODE

Q.7 Depuis 2004, avez-vous déjà habité dans une localité autre que celle dans laquelle vous êtes né ou celle dans laquelle vous vivez maintenant il ya plus de 6 mois ?

OUI..1  
NON..2

CODE:

**FECONDITE DU CONJOINT**

**CE MODULE SERA ADMINISTRE AU CONJOINT SEULEMENT S'IL EST DU SEXE FEMININ. SI LE CONJOINT EST DE SEXE MASCULIN, LE MODULE SERA ADMINISTRE AU MEMBRE DE LA COHORTE. S'IL Y A PLUS D'UNE CONJOINTE ALORS POSEZ LES QUESTIONS A LA PREMIERE EPOUSE**

Maintenant je voudrais vous poser des questions sur les naissances que vous avez eues durant votre vie.

**Q.1** Avez-vous déjà accouché un enfant qui a vécu ne serait-ce que pour peu de temps ?

OUI.....1  
NON.....2 -> Q.11

CODE:

**Q.2** Avez-vous accouché des garçons ou des filles qui vivent avec vous ?

OUI.....1  
NON.....2 -> Q.5

CODE:

**Q.3** Veuillez me donner leur noms, genre, mois et année de naissance, de même que leur poids à la naissance. Commencez par le plus âgé.

**VEUILLEZ NOTER QUE NOUS AVONS CES INFORMATIONS DANS LE MODULE "ROSTER"— AINSI, DANS CE CAS, L'ENQUETEUR DIRAIT PLUTOT :**

Pouvez-vous me dire encore qui sont les enfants? Veuillez commencer par le plus âgé.

	CODE D'IDENTITE	SEXE	MOIS/ANNEE DE NAISSANCE	COPIEZ DU ROSTER ET CONFIRMEZ AVEC LE REPONDANT
	COPIEZ DU ROSTER	MASC..1 FEM..2		
3A.	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
3B.	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
3C.	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
3D.	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
3E.	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>

**POIDS A LA NAISSANCE**  
grammes

3A.	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
3B.	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
3C.	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
3D.	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
3E.	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>

**SOURCE DE INFORMATION SUR LE POIDS A LA NAISSANCE**

SOURCE	
DOCUMENT DE CLINIQUE/ HOPITAL/MEDECIN.....1 MEMOIRE .....2	
	<input type="text"/>
	<input type="text"/>
	<input type="text"/>
	<input type="text"/>

**QUESTIONNAIRE 4:  
CONJOINT  
5-FECONDITE :Partie A:Fécondité .**

Q.4 S'il vous plaît laissez-moi peser et mesurer vos enfants

	CENTIMETRE		KILOGRAMME
3A.	<input type="text"/>	<input type="text"/>	
3B.	<input type="text"/>	<input type="text"/>	
3C.	<input type="text"/>	<input type="text"/>	
3D.	<input type="text"/>	<input type="text"/>	
3E.	<input type="text"/>	<input type="text"/>	

Q.5 Avez-vous accouché des garçons ou des filles qui ne vivent plus avec vous?

OUI.....1  
NON.....2 -> Q.8

CODE:

Q.6 Combien de vos enfants sont en vie et ne vivent plus avec vous? NOMBRE D'ENFANTS

Q.7 Veuillez me donner leur noms, mois et année de naissance, de même que leur poids à la naissance. SOURCE de l'information

	<b>MOIS/ANNEE DE NAISSANCE</b>		<b>POIDS A LA NAISSANCE</b>	
	MOIS	ANNEE	grammes	Naissance
6A.	<input type="text"/>	<input type="text"/>		
6B.	<input type="text"/>	<input type="text"/>		
6C.	<input type="text"/>	<input type="text"/>		

SOURCE  
DOCUMENT DE CLINIQUE/  
HOPITAL/MEDECIN.....1  
MEMOIRE .....2

Q.8 Avez-vous déjà accouché un garçon ou une fille mais qui est décédé(e) plus tard? SOURCE de l'information

OUI.....1  
NON.....2 -> Q.11

CODE:

Q.9 Combien sont-ils/elles décédé(e)s ? NOMBRE D'ENFANTS

Q.10 Veuillez me donner leur mois et année de naissance, de même que leur poids à la naissance. SOURCE de l'information

	SOURCE DOCUMENT DE CLINIQUE/ HOPITAL/MEDECIN.....1 MEMOIRE .....2		SOURCE D'INFORMATION SUR LE POIDS
	<b>POIDS A LA NAISSANCE</b>		<b>A LA NAISSANCE</b>
	MOIS	ANNEE	grammes
10A.	<input type="text"/>	<input type="text"/>	
10B.	<input type="text"/>	<input type="text"/>	
10C.	<input type="text"/>	<input type="text"/>	



**QUESTIONNAIRE 4:  
CONJOINT  
5-FECONDITE :Partie A:Fécondité .**

DONNER LE NOMBRE DE NAISSANCES A LA QUESTION 10 ICI : \_\_\_\_\_

*Confirmer le total obtenu et rectifier si nécessaire*

*Vous me dites que vous avez donné naissance à xx enfants qui sont décédés ?*

*Est-ce le nombre exact ? Y a-t-il d'autres que vous avez oublié ?*

Q.11 Etes-vous enceinte actuellement? CODE:

OUI.....1  
NON.....2 >> Q.14  
PAS SURE.....3 >> Q.14

Q.12 De combien de mois êtes-vous enceinte? NOMBRE DE MOIS

Q.13 Avez-vous prévu de tomber enceinte ? CODE:

OUI.....1  
NON.....2

>> Q.15

Q.14 Souhaiteriez-vous tomber enceinte ? CODE:

OUI.....1  
NON.....2

Q.15 Est-ce que vous faites quelque chose ou utilisez une méthode actuellement pour retarder ou pour éviter de tomber enceinte ? CODE:

OUI.....1  
NON.....2 >> Q.17

Q.16 Quelle(s) méthode(s) utilisez-vous actuellement?

ECRIVEZ D'ABORD TOUTES LES METHODES, EN COMMENÇANT PAR LA PLUS UTILISEE.

ENSUITE DEMANDEZ LA DATE DE DU DÉBUT D'UTILISATION DE CHAQUE MÉTHODE.

	MOIS	ANNEE
Méthode 1	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
Méthode 2	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
Méthode 3	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
Méthode 4	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>

**CODE DES METHODES**

- |                                 |  |
|---------------------------------|--|
| STERILISATION FEMININE.....1    | DIAPHRAGME.....9                       |
| STERILISATION MASCULINE.....2   | SPERMICIDE/MOUSSE/GELÉE.....10         |
| DIU (Dispositif Intra-utérin).3 | ALLAITEMENT MATERNEL EXC.....11        |
| INJECTABLES.....4               | METHODE DE "CALENDRIER".....12         |
| IMPLANTS.....5                  | RETRAIT.....13                         |
| PILULES.....6                   | AUTRES METHODES MODERNES.....14        |
| PRESERVATIFS MASCULINS.....7    | AUTRES METHODES TRADITIONNELLES.....15 |
| PRESERVATIFS FEMININS.....8     |  |

>> Q.18

**QUESTIONNAIRE 4:  
CONJOINT  
5-FECONDITE :Partie A:Fécondité .**

**Q.17** Bien que vous n'utilisez pas de méthode pour éviter les grossesses actuellement, au cours des 5 dernières années, aviez-vous utilisé une méthode de contrôle des naissances?

OUI.....1  
NON.....2 >> Q.19

CODE:

**Q.18** Quelles méthodes avez-vous utilisé précédemment mais que vous n'employez plus? SVP parlez-moi de ces méthodes en commençant par celle que vous avez utilisée en premier

**ECRIVEZ TOUTES LES METHODES EN COMMENCANT PAR LA PERMIERE QUI EST UTILISEE. DEMANDEZ LA DATE A LAQUELLE L'UTILISATION DE LA METHODE A COMMENCE ET LA DEMANDE D'ARRRET .**

LE "CODE DES METHODES" CI-DESSUS (Q.16)

	DATE DE DÉBUT		DATE DE FIN	
	MOIS	ANNEE	MOIS	ANNEE
Méthode 1	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
Méthode 2	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
Méthode 3	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
Méthode 4	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>

**Q.19** Au cours des 12 derniers mois, étiez-vous visité par un travailleur social qui vous a parlé de la planification familiale?

OUI.....1  
NON.....2

CODE:

**Q.20** Au cours des 12 derniers mois, étiez vous parti dans un centre de santé pour des soins de santé pour vous-même (ou pour votre enfant)?

OUI.....1  
NON.....2

CODE:

SI NON,REGARDEZ Q.3  
SI LE REPONDANT A DES ENFANTS QUI RESIDE DANS CE MENAGE » **PARTIE B**  
SI NON (C.A.D, 3.A-3.E SONT VIDES) » **FIN DU QUESTIONNAIRE**

**Q.21** Des agents du centre de santé vous ont-il parlé des méthode de planification familiale ?

OUI.....1  
NON.....2

CODE:

**REGARDEZ Q.3**  
SI LE REPONDANT A DES ENFANTS QUI RESIDE DANS CE MENAGE » **PARTIE B**  
SI NON (C.A.D, 3.A-3.E SONT VIDES) » **FIN DU MODULE**

**QUESTIONNAIRE 4: CONJOINT**  
**5-FECONDITE:Partie B: Projets de Sante**

**COPIEZ LES NOMS ET LES CODES ID DES ENFANTS DE LA PARTIE A ( Q.3) AVANT DE POSER Q.1**

Maintenant je voudrais poser des questions sur la participation de vos enfants à des programmes liés à leur santé

<p>1, Est-ce qu'il est arrivé que [NOM D'ENFANT] a jamais reçu régulièrement des médicaments gratuits ou repas gratuits de la part des projets comme SEECALINE, CRESAN, SANTE II, FID ou autres sources? Je veux parler de toutes sortes de repas réguliers , médicaments, tablettes, suppléments ou vitamines que votre enfant a reçus, dans son école ou ailleurs.</p> <p align="center">NOTE: SE REFERER AUX PROGRAMMES QUI FOURNISSENT DES MEDICAMENTS ET SOINS GRATUITS. LES REPAS FOURNIS PAR LES ECOLES Y COMPRIS. NE PAS INCLURE LES PERIODES DE TRAITEMENTS RELATIVES AUX MALADIES CHRONIQUES ET DES AUTRES MALADIES RECURRENTES</p>		<p>2, <i>Pour le projet le plus récent:</i> quels types de nourriture/ médicaments/supplément sont donnés?</p> <p>MEBENDAZOLE (VERMIFUGE).....1</p> <p>ACIDE FER FOLIQUE (FER FOLATE).....2</p> <p>VITAMINE A.....3</p> <p>NOURRITURE.....4</p> <p>AUTRE (PRECISER) _____5</p> <div style="border: 1px solid black; padding: 5px; width: fit-content; margin: 10px auto;">JUSQU'A TROIS</div>			<p>3 Où ces soins ont-ils été donnés?</p> <p>A L'ECOLE... 1</p> <p>DANS UN CENTRE DE SANTE ....2</p> <p>A L'EGLISE.. 3</p> <p>DANS UN CENTRE COMMUN-AUTAIRE .... 4</p> <p>DANS UNE PHARMACIE VILLAGOISE...5</p> <p>CHEZ SOI.....6</p> <p>AUTRE.....7</p>		<p>4, Pouvez-vous me donner le nom du projet (ou organisation) le plus récent qui a fourni ces soins pour [...]?</p> <p>PAM.....1</p> <p>UNICEF.....2</p> <p>FID.....3</p> <p>SEECALINE.....4</p> <p>CRESAN, SANTE II.....5</p> <p>AUTRE (PRECISER) _____6</p> <p>NSP.....7</p>		<p>5, L'enfant reçoit-il encore actuellement ces médicaments / suppléments / nourriture ?</p>		<p>6, A quel âge [...] a-t-il commencé à prendre ces médicaments / suppléments ? Pour combien de temps ?</p> <div style="border: 1px solid black; padding: 10px; margin: 10px auto; width: 80%;"> <p align="center">SI Q5 = 1, LAISSEZ DUREE EN BLANC</p> <p align="center">SI MOINS D'UNE ANNEE, LAISSEZ ANNEES EN BLANC</p> </div>		
NOM D'ENFANT	CODE ID D'ENFANT	OUI...1 NON...2 SI NON» ENFANT	1ER	2EME	3EME		OUI...1 NON...2	AGE EN ANNEES	NOMBRES D'ANNEES	NOMBRE DE MOIS			

**QUESTIONNAIRE 4: CONJOINT**  
**5-FECONDITE:Partie B: Projets de Sante**

<p>7, Est-ce que [...] a bénéficié d'un autre programme fournissant des médicaments ou nourriture?</p> <p>OUI..1 NON..2</p> <p>(SI NON» ENFANT SUIV.)</p>	<p>8, Quels types de nourriture/ médicaments/supplément sont donnés?</p> <p>MEBENDAZOLE (VERMIFUGE).....1</p> <p>ACIDE FER FOLIQUE (FER FOLATE).....2</p> <p>VITAMINE A.....3</p> <p>NOURRITURE.....4</p> <p>AUTRE (PRECISER) _____ 5</p> <div style="border: 1px solid black; padding: 5px; width: fit-content; margin: 10px auto;">JUSQU'A TROIS</div>	<p>9 Où ces soins ont-ils été donnés?</p> <p>A L'ECOLE... 1</p> <p>A UN CENTRE DE SANTE ....2</p> <p>A L'EGLISE.. 3</p> <p>A UN CENTRE COMMUN-AUTAIRE .... 4</p> <p>A UNE PHARMACIE VILLAGOISE...5</p> <p>CHEZ SOI.....6</p> <p>AUTRE.....7</p>	<p>10, Pouvez-vous me donner le nom du projet (ou organisation) qui a fourni ces soins pour [...] ?</p> <p>PAM.....1</p> <p>UNICEF.....2</p> <p>FID.....3</p> <p>SEECALINE.....4</p> <p>CRESAN, SANTE II.....5</p> <p>AUTRE (PRECISER) _____6</p> <p>NSP.....7</p>	<p>11, L'enfant reçoit-t-il encore actuellement ces médicaments/suppléments/nourriture?</p> <p>OUI..1 NON..2</p>	<p>12, A quel âge [...] a-t-il commencé à prendre ce médicament/supplément ? Pour combien de temps ?</p> <div style="border: 1px solid black; padding: 10px; text-align: center; margin: 10px auto;"> <p>SI Q11 = 1, LAISSEZ DUREE EN BLANC</p> <p>SI MOINS D'UNE ANNEE, LAISSEZ ANNEES EN BLANC</p> </div> <p align="center">DUREE</p>	<p>13, Est-ce que [...] a bénéficié d'un autre programme fournissant des médicaments ou nourriture?</p> <p>OUI..1 NON..2</p> <p>(SI NON» ENFANT SUIV.)</p>						
	<table border="1" style="width:100%; border-collapse: collapse;"> <tr> <td style="width:25%;">1ER</td> <td style="width:25%;">2EME</td> <td style="width:25%;">3EME</td> </tr> </table>	1ER	2EME	3EME				<table border="1" style="width:100%; border-collapse: collapse;"> <tr> <td style="width:25%;">AGE EN ANNEES</td> <td style="width:25%;">NOMBRES D'ANNEES</td> <td style="width:25%;">NOMBRE DE MOIS</td> </tr> </table>	AGE EN ANNEES	NOMBRES D'ANNEES	NOMBRE DE MOIS	
1ER	2EME	3EME										
AGE EN ANNEES	NOMBRES D'ANNEES	NOMBRE DE MOIS										
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		

**QUESTIONNAIRE 4: CONJOINT**  
**5-FECONDITE:Partie B: Projets de Sante**

<p>14, Quels types de nourriture/ médicaments/supplément sont donnés?</p> <p>MEBENDAZOLE (VERMIFUGE).....1</p> <p>ACIDE FER FOLIQUE (FER FOLATE).....2</p> <p>VITAMINE A.....3</p> <p>NOURRITURE.....4</p> <p>AUTRE (PRECISER) _____5</p> <div style="border: 1px solid black; width: fit-content; margin: 10px auto; padding: 2px;">JUSQU'A TROIS</div>	<p>15 Où ces soins ont-ils été donnés?</p> <p>A L'ECOLE... 1</p> <p>A UN CENTRE DE SANTE ....2</p> <p>A L'EGLISE.. 3</p> <p>A UN CENTRE COMMUN- AUTAIRE .... 4</p> <p>A UNE PHARMACIE VILLAGOISE...5</p> <p>CHEZ SOI.....6</p> <p>AUTRE.....7</p>	<p>16, Pouvez-vous me donner le nom du projet (ou organisation) qui a fourni ces soins pour [...] ?</p> <p>PAM.....1</p> <p>UNICEF.....2</p> <p>FID.....3</p> <p>SEECALINE.....4</p> <p>CRESAN, SANTE</p> <p>II.....5</p> <p>AUTRE (PRECISER) _____6</p> <p>NSP.....7</p>	<p>17, A quel âge [...] a-t-il commencé à prendre ce médicament/supplément ? Pour combien de temps ?</p> <div style="border: 1px solid black; width: 150px; height: 150px; margin: 10px auto; text-align: center; padding: 5px;"> <p>SI MOINS D'UNE ANNEE, LAISSEZ ANNEES EN BLANC</p> </div> <p style="text-align: center; margin-top: 20px;">DUREE</p> <table style="width:100%; border-collapse: collapse;"> <tr> <td style="width:33%; text-align: center; border-bottom: 1px solid black;">AGE EN ANNEES</td> <td style="width:33%; text-align: center; border-bottom: 1px solid black;">NOMBRES D'ANNEES</td> <td style="width:33%; text-align: center; border-bottom: 1px solid black;">NOMBRE DE MOIS</td> </tr> </table>	AGE EN ANNEES	NOMBRES D'ANNEES	NOMBRE DE MOIS	<p>» ENFANT SUIVANT</p> <p>S'IL N'Y A PLUS D'ENFANTS DE MOINS DE 16 ANS QUI RECEVAIENT DES MEDICAMENTS OU REPAS GRATUITS »FIN DU MODULE</p>	
AGE EN ANNEES	NOMBRES D'ANNEES	NOMBRE DE MOIS						
1ER	2EME	3EME						

	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	