



République de Côte d'Ivoire
Ministère de l'Economie et des Finances
Direction de la Statistique

ENQUETE PERMANENTE AUPRES DES MENAGES

QUESTIONNAIRE SUR LES MENAGES



Banque Mondiale
Etude sur la Mesure des Niveaux de Vie

1985

STRICTEMENT CONFIDENTIEL

SIGNALETIQUE

GRAPPE: MENAGE: FICHE:

CHEF DU MENAGE: _____

ADRESSE: _____

PREMIER PASSAGE DE L'ENQUETE

ENQUETEUR: _____ DATE:

ADRESSE TROUVEE? OUI..1 NON..2 (SUPERVISEUR) LE CHEF EST-IL BIEN LE MEME? OUI..1 NON..2 (SUPERVISEUR)

NOM DU NOUVEAU CHEF: _____

ETHNIE DU CHEF: _____ CODE BUREAU:

LANGUE DE L'INTERVIEW FRANCAIS..1 (FIN) AUTRE.....2 PRECISER LA LANGUE: _____ INTER-PRETE? OUI..1 NON..2

OBSERVATIONS: _____

VERIFICATION DU QUESTIONNAIRE, PREMIER PASSAGE

SUPERVISEUR: _____ DATE:

OBSERVATIONS: _____

INTERVIEW CONTROLEE? OUI..1 NON..2

CE MENAGE REMPLACE LE MENAGE NUMERO: CE MENAGE SERA REMPLACE PAR LE N°: RAISON: NON-RETROUVABLE..1 REFUS.....2

SAISIE DU PREMIER PASSAGE

OPERATRICE: _____ DATE:

OBSERVATIONS: _____

CONTROLE DU LISTING DU PREMIER PASSAGE

SUPERVISEUR: _____ DATE:

OBSERVATIONS: _____

DEUXIEME PASSAGE DE L'ENQUETE

DATE PREVUE:

ENQUETEUR: _____ DATE:

OBSERVATIONS: _____

VERIFICATION DU QUESTIONNAIRE, DEUXIEME PASSAGE

SUPERVISEUR: _____ DATE:

OBSERVATIONS: _____

INTERVIEW CONTROLEE? OUI..1 NON..2

SAISIE DU DEUXIEME PASSAGE

OPERATRICE: _____ DATE:

OBSERVATIONS: _____

CONTROLE DU LISTING, DEUXIEME PASSAGE

SUPERVISEUR: _____ DATE:

OBSERVATIONS: _____

RÉSUMÉ DE L'ENQUÊTE

SECTION		ENQUÊTEUR						SUPERVISEUR		CORRIGÉ AU BUREAU...1 CORRIGÉ LORS DU DEUXIÈME PASSAGE...2 PAS CORRIGÉ.....3	
		PREMIÈRE VISITE			DEUXIÈME VISITE			ENQUÊTEUR SATISFAISANTE...1 À COMPLÉTER.....2 À REFAIRE.....3	OPÉRATRICE SATISFAISANTE...1 CORRECTIONS....2		
		DATE			DATE						RÉSULTAT
JOUR	MOIS	AN	COMPLÉT.....1 PARTIEL.....2 NON APPLICABLE..3	JOUR	MOIS	AN	COMPLÉT.....1 PARTIEL.....2				
PREMIER PASSAGE	1										
	2										
	3										
	4										
	5										
	6										
	7										
	8										
DEUXIÈME PASSAGE	9										
	10										
	11										
	12										
	13										
	14										
	15										

SECTION 1. PARTIE A. FICHE DE COMPOSITION DU MÉNAGE

ENQUÊTÉ: DE PRÉFÉRENCE LE CHEF DU MÉNAGE. S'IL N'EST PAS PRÉSENT, CHERCHER UN "ENQUÊTÉ PRINCIPAL" POUR RÉPONDRE À LA PLACE DU CHEF. CETTE PERSONNE DOIT ÊTRE UN MEMBRE DU MÉNAGE CAPABLE DE DONNER DES RENSEIGNEMENTS SUR TOUS LES AUTRES MEMBRES.

ENQUÊTEUR=====

L'ENQUÊTÉ: _____	CODE D'ID: []
------------------	----------------

=====

3. J'aimerais faire une liste complète des gens qui logent ici d'habitude et prennent leurs repas en commun dans ce logement.

* D'abord, je voudrais savoir les noms de tous les gens qui sont dans votre famille immédiate, à savoir le chef du ménage, son épouse ou ses épouses ou mari, et ses enfants, par ordre d'âge, et qui logent habituellement et prennent leurs repas en commun dans ce logement.

TOUJOURS ENREGISTRER LE CHEF EN PREMIER, SUIVI(E) DE SON CONJOINT ET SES ENFANTS, DU PLUS ÂGÉ AU PLUS JEUNE. S'IL A PLUSIEURS CONJOINTS, LE PREMIER SUIVI DE SES ENFANTS EN ORDRE D'ÂGE, PUIS LE SECOND SUIVI DE SES ENFANTS EN ORDRE D'ÂGE, ETC.

ENREGISTRER LE NOM, LE SEXE, ET LE LIEN DE PARENTÉ AVEC LE CHEF POUR CHAQUE PERSONNE.

* S'il vous plaît, quels sont les noms des autres personnes qui sont apparentées au chef ou à son épouse (ou mari), ainsi que leur famille, qui logent habituellement dans cette habitation et y prennent leurs repas en commun?

ENREGISTRER LE NOM, LE SEXE, ET LE LIEN DE PARENTÉ AVEC LE CHEF.

* Quels sont les noms des autres personnes qui ne sont pas apparentées au chef, ni à son épouse (ou mari), mais qui logent habituellement ici et prennent leurs repas en commun? Par exemple, des pensionnaires ou des domestiques, ou autres personnes non-apparentées.

ENREGISTRER LE NOM, LE SEXE, ET LE LIEN DE PARENTÉ AVEC LE CHEF.

* Y a-t-il d'autres personnes qui ne sont pas présentes mais qui logent ici d'habitude et qui prennent leurs repas en commun? Par exemple, les personnes qui suivent des études ailleurs, qui sont en congé, qui rendent visite aux autres?

ENREGISTRER LE NOM, LE SEXE, ET LE LIEN DE PARENTÉ AVEC LE CHEF.

* Y a-t-il d'autres personnes qui ont logé dans ce logement la nuit dernière, mais qui n'y habitent pas en général?

ENREGISTRER LE NOM, LE SEXE, ET LE LIEN DE PARENTÉ AVEC LE CHEF.

POUR CHAQUE PERSONNE INSCRITE AU NUMÉRO 1, POSER 4 À 13 ET CLASSER LA PERSONNE À 14. COUVRIR UNE LIGNE ENTIERE AVANT DE COMMENCER LA PERSONNE SUIVANTE.

4-13. Maintenant je voudrais avoir quelques renseignements sur chaque personne que vous avez mentionnée.

SI L'ENQUÊTÉ A DES DIFFICULTÉS POUR SON ÂGE OU DATE DE NAISSANCE À LA QUESTION 6, ESTIMER À L'AIDE DU CALENDRIER D'ÉVÉNEMENTS.

14. CLASSER LA PERSONNE SELON LES CRITÈRES SUIVANTES :

REGARDER LA RÉPONSE À LA QUESTION 13.

* TOUTES LES PERSONNES AYANT POUR RÉPONSE 9 MOIS OU MOINS SONT MEMBRES DU MÉNAGE SAUF:

- LES DOMESTIQUES ET LEURS PARENTS (VOIR QUESTION 3)
- LES PENSIONNAIRES ET LEURS PARENTS (VOIR QUESTION 3)
- LES DÉCÉDÉS

* PARMIS CEUX AYANT POUR RÉPONSE PLUS DE 9 MOIS, LES SEULS QUI SONT MEMBRES SONT:

- LE CHEF DU MÉNAGE
- LES NOUVEAU-NÉS ÂGÉS DE MOINS DE 3 MOIS (À L'EXCEPTION DES ENFANTS DES DOMESTIQUES ET PENSIONNAIRES)

* TOUTES LES AUTRES PERSONNES AYANT POUR RÉPONSE PLUS DE 9 MOIS NE SONT PAS MEMBRES DU MÉNAGE.

DONNER À TOUTE PERSONNE QUI EST MEMBRE LE CODE 1, ET À TOUTE CELLE QUI N'EST PAS MEMBRE LE CODE 2. PASSER À LA PERSONNE SUIVANTE.

COLONNES A ET B

COLONNE A. SUR LE CÔTÉ GAUCHE DE LA FICHE, METTRE UNE CROIX DANS LA COLONNE A POUR LES NOMS DE TOUTES LES PERSONNES QUI ONT REÇU LE CODE 1 AU NUMÉRO 14.

COLONNE B. RECOPIER L'ÂGE DE TOUTES LES PERSONNES EN ANNÉES ÉCOULÉES (VOIR QUESTION 13) QUI ONT REÇU LE CODE 1 AU NUMÉRO 14. C'EST À DIRE, SI LA PERSONNE A 4 ANS 8 MOIS, METTRE 4. SI ELLE A 9 MOIS SEULEMENT, METTRE 0.

REPLISSAGE DE LA CARTE DU MÉNAGE

INSCRIRE LE NOM DE TOUTES LES PERSONNES AYANT REÇU LE CODE 1 AU NUMÉRO 14 SUR LA CARTE DU MÉNAGE.

Par la suite, je voudrais que vous me parliez de ces personnes lorsque je vous poserais des questions sur les membres de votre ménage.

LIRE LA LISTE ET DONNER LA CARTE À L'ENQUÊTÉ

PARTIE B

PARTIE B

A REMPLIR POUR TOUS LES MEMBRES
DU MANAGE

SECTION 2. LOGEMENT

Maintenant je voudrais vous poser des questions sur votre logement. Par logement je voudrais dire toutes les pièces et les bâtiments séparés utilisés par les membres de votre ménage.

PARTIE A: TYPE DE LOGEMENT

Quelles sont les différentes structures occupées par votre ménage?

1. TYPE PRINCIPAL DE DOMICILE
MAISON INDIVIDUELLE.....1
PLUSIEURS CASES OU MAISONS.....2 (P3)
APPARTEMENT, CHAMBRE, STUDIO...3 (P5)
PLUSIEURS APPARTEMENTS.....4 (P6)
2. EST-CE QUE CETTE MAISON FAIT PARTIE D'UNE CONCESSION?
OUI.....1
NON.....2 (P8)
3. COMBIEN DE BATIMENTS Y A-T-IL AU TOTAL DANS LA CONCESSION,
Y COMPRIS CEUX OCCUPES PAR CE MENAGE ET CEUX OCCUPES PAR
D'AUTRES MENAGES?
4. COMBIEN DE BATIMENTS SONT OCCUPES PAR CE MENAGE?
(P8)
5. EST-CE QUE CET APPARTEMENT FAIT PARTIE D'UNE COUR OU D'UNE
CONCESSION?
OUI.....1
NON.....2 (P8)
6. COMBIEN DE PORTES EXTERIEURES Y A-T-IL DANS CETTE COUR OU
CONCESSION AU TOTAL, Y COMPRIS CELLES POUR CE MENAGE ET
CELLES POUR D'AUTRES MENAGES?
7. COMBIEN DE PORTES EXTERIEURES SONT POUR CE MENAGE?
8. Combien de pièces le ménage occupe-t-il, y compris les
chambres à coucher et les salles de séjour?
NE PAS COMPTER LES SALLES DE BAIN, W.C., OU CUISINES.
9. Ce logement occupé par votre ménage, sert-il également de
local professionnel pour une entreprise ou industrie du
ménage?
OUI.....1
NON.....2 (PARTIE B)
10. Quelle partie du logement sert de local professionnel?
MOINS D'UN QUART.....1
UN QUART A LA MOITIE...2
PLUS DE LA MOITIE.....3

▶ PARTIE B

SECTION 2.

PARTIE B: DÉPENSES DE LOGEMENT

1. Est-ce que ce logement appartient à un membre de votre ménage?

OUI.....1 (p9)
NON.....2

2. Est-ce que ce logement est loué en échange de biens, de services, ou d'argent?

OUI.....1 (p7)
NON.....2

3. A qui votre ménage loue-t-il ce logement? Est-ce un parent, l'employeur privé d'un membre du ménage, un organisme public (par exemple, la SOGEFIHA), la SICOGI ou une personne ou agence privée?

PARENT.....1
EMPLOYEUR PRIVÉ.....2
SICOGI.....3
SOGEFIHA/AUTRE ORGANISME PUBLIC.4
PERSONNE/AGENCE PRIVÉE.....5
NE SAIT PAS.....6

4. Combien d'argent votre ménage paye-t-il pour la location de ce logement?

MONTANT:

SI RIEN EN ARGENT, METTRE ZÉRO.

UNITÉ DE TEMPS:
(CHAQUE)

5. Votre ménage, fournit-il aussi des biens ou des services en échange de ce logement?

OUI.....1 (p7)
NON.....2

6. Quelle est environ la valeur de ces biens et services que fournit votre ménage?

MONTANT:

UNITÉ DE TEMPS:
(CHAQUE)

7. Y a-t-il quelqu'un qui n'est pas membre de votre ménage et qui paye une partie ou la totalité du loyer? Par exemple, un parent, un employeur privé, un organisme de l'Etat (tel que la SOGEFIHA), la SICOGI ou autre service public, ou une personne ou agence privée?

OUI.....1 (p12)
NON.....2

8. Qui paye la partie ou la totalité du loyer?

PARENT.....1 (p12)
EMPLOYEUR PRIVÉ.....2 (p12)
SICOGI.....3 (p12)
SOGEFIHA/AUTRE ORGANISME PUBLIC.4 (p12)
PERSONNE/AGENCE PRIVÉE.....5 (p12)
NE SAIT PAS.....6 (p12)

9. Payez-vous des remboursements d'hypothèques pour ce logement?

OUI.....1
NON.....2 (p12)

10. Quel a été le montant de votre dernier paiement?

MONTANT:

11. Avec quelle fréquence faites-vous ces paiements?

FOIS:

UNITÉ DE TEMPS:

12. Quel mode d'approvisionnement en eau pour boire votre ménage utilise-t-il?

ROBINET DEDANS.....1
REVENDEUR D'EAU.....2 (p14)
ROBINET DEHORS.....3
PUITS AVEC POMPE.....4 (p16)
PUITS SANS POMPE.....5 (p16)
RIVIERE, LAC, SOURCE, MARIGOT.....6 (p17)
EAU DE PLUIE.....7 (p18)
CAMION CITERNE.....8 (p14)
AUTRE (PRÉCISER).....9 (p17)

13. Avez-vous un compteur collectif ou individuel?

COLLECTIF...1
INDIVIDUEL...2

14. Quel a été le montant de la dernière facture d'eau pour votre ménage?

MONTANT:

15. A combien de temps de consommation correspond cette facture?

NOMBRE:

UNITÉ DE TEMPS:

(p20)

16. Ce ...[MODE D'APPROVISIONNEMENT A NO. 12]... est-il utilisé uniquement par votre ménage ou est-il utilisé par les autres ménages?

CE MÉNAGE UNIQUEMENT...1
PARTAGE.....2

17. A combien de mètres de votre logement se trouve ce ...[MODE D'APPROVISIONNEMENT A N° 12]...?

METRES:

UNITÉ DE TEMPS: JOUR.....3 MOIS.....5 SEMESTRE..7
SEMAINE...4 TRIMESTRE.6 AN.....6

18. Quel est le principal mode d'approvisionnement en eau qu'utilise votre ménage pour faire la lessive et se baigner?

ROBINET DEHORS.....1
PUITS AVEC POMPE.....2
PUITS SANS POMPE.....3
RIVIERE, LAC, SOURCE, MARIGOT.....4 (P20)
EAU DE PLUIE.....5 (P20)
CAMION CITERNE.....6 (P20)
AUTRE (PRÉCISER).....7

19. Ce ...[MODE D'APPROVISIONNEMENT POUR LA LESSIVE ET LE BAIN]... est-il utilisé uniquement par votre ménage, ou est-il utilisé par d'autres ménages?

CE MÉNAGE UNIQUEMENT....1
PARTAGÉ.....2

20. Comment votre ménage se débarrasse-t-il de la plupart de ses ordures?

RAMASSÉ PAR UN CAMION D'ORDURES...1
JETÉ.....2
BRÛLÉ.....3
ENTERRÉ.....4

21. Quel type de W.C. est disponible pour votre ménage?

CHASSE D'EAU.....1
LATRINE A FOSSE.....2
PAS DE W.C.....3 (P24)
AUTRE (PRÉCISER).....4

22. Ce W.C. sert-il uniquement à votre ménage, ou est-il accessible à d'autres ménages?

CE MÉNAGE UNIQUEMENT....1
PARTAGÉ.....2

23. Ce W.C. est-il situé à l'intérieur ou à l'extérieur de ce logement?

INTÉRIEUR.....1
EXTÉRIEUR.....2

24. Quelle est la principale source d'éclairage de ce logement?

ELECTRICITÉ.....1
GAZ.....2 (P28)
BOUGIES, TORCHES, LAMPES A GAZ OU PÉTROLE.....3 (P28)
NÉANT.....4 (P28)

25. Avez-vous un compteur collectif ou individuel?

COLLECTIF....1
INDIVIDUEL...2

26. Quel était le montant de la dernière facture d'électricité pour votre ménage?

(SI RIEN, METTRE ZÉRO)

MONTANT:

27. A combien de mois de consommation correspond cette facture?

MOIS:

28. Quel est le combustible le plus souvent utilisé par le ménage pour la préparation des repas?

BOIS.....1
CHARBON.....2 (P SECTION 3)
GAZ.....3 (P SECTION 3)
ELECTRICITÉ.....4 (P SECTION 3)
AUTRE (PRÉCISER).....5 (P SECTION 3)

29. Comment le ménage s'approvisionne-t-il en bois la plupart du temps? Est-ce par...

cueillette/ramassage.....1
achat?.....2 (P SECTION 3)

30. Quelle distance faut-il parcourir pour aller chercher du bois?

KILOMETRES:

31. Combien de temps faut-il pour y aller?

HEURES:

MINUTES

32. Avec quelle fréquence faut-il aller chercher du bois?

FOIS:

UNITÉ DE TEMPS

▶ SECTION 3

UNITÉ DE TEMPS: JOUR.....3 MOIS.....5 SEMESTRE..7
SEMAINE...4 TRIMESTRE..6 AN.....8

SECTION 3. EDUCATION

A REMPLIR POUR TOUS LES MEMBRES
DU MÉNAGE AGÉS DE 5 ANS OU PLUS.

SECTION 3. PARTIE B. EDUCATION DES ENFANTS QUI HABITENT AILLEURS

Y a-t-il un membre de votre ménage qui a des enfants âgés de moins de 30 ans qui n'habitent pas ici dans ce ménage?

OUI.....1

NON.....2 (▷ SECTION 4)

POUR CHAQUE ENFANT INSCRIT A 2, POSER 4-11.

2	3	4	5	6	7	8	9	10	11
Comment s'appellent-ils? FAIRE UNE LISTE DE TOUS LES ENFANTS QUI ONT MOINS DE 30 ANS ET QUI N'HABITENT PAS DANS CE MENAGE. FAIRE TOUTE LA LISTE AVANT DE PASSER A 4-10.	Sexe? M...1 F...2	Que] age ...[NOM] ...a-t-11 ou a-t- elle aujourd' hui?	Est-ce que le père de ...[NOM].. habite dans ce ménage?	RECOPIER LE CODE D'ID DU PERE.	Est-ce que la propre mère de .. [NOM]... habite dans ce ménage?	RECOPIER LE CODE D'ID DE LA MERE.	Est-ce que ...[NOM]... a fréquenté l'école?	Est-ce que ...[NOM]... fréquente l'école actuelle- ment?	Quelle est la dernière classe que ...[NOM] ... a terminée? CODES: NUL JE CP1 CP2 CE1 CE2 CE3 CE4 CE5 6E 7E 8E 9E 2E 1RE 2E U1 U2 U3 U4 U5 U6 U7 U8
1									
2									
3									
4									
5									
6									
7									
8									
9									
10									

▷ ENFANT
SUIVANT

▷ SECTION 4

SECTION 4. SANTÉ

DEMANDER A CHAQUE MEMBRE DU MÉNAGE.
POUR LES ENFANTS, DEMANDER AUX
PARENTS.

SECTION 4. SANTÉ

IDENTIFICATION	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17	18
	Avez-vous été malade ou blessé(e) au cours des 4 dernières semaines? Par exemple, avez-vous eu une toux, un rhume, une diarrhée, une blessure due à un accident ou autre maladie?	Pendant combien de jours de jours au cours des 4 dernières semaines avez-vous souffert de cette maladie ou blessure?	Pendant combien de jours de jours au cours des 4 dernières semaines n'avez-vous pas pu exercer vos activités régulières à cause de cette maladie ou blessure?	A-t-on consulté un médecin, infirmier, pharmacien, guérisseur, sage-femme ou autre personnel sanitaire au cours des 4 dernières semaines pour cette maladie ou blessure?	Qui a été consulté en premier lieu? MEDECIN...1 INFIRMIER...2 PHARMACIEN...3 SAGE-FEMME...4 GUERISSEUR...5 AUTRE...6 (Préciser)	Où la consultation a-t-elle eu lieu? HOPITAL.....1 DISPENSARE.....2 PHARMACIE.....3 CLINIQUE.....4 MATERNITE.....5 PMI.....6 CHEZ LA PERSONNE CONSULTÉE...7 (18) CHEZ LE MALADE...8 (10) AUTRE.....9 (Préciser)	Cet établissement, est-il public ou privé?	Combien de temps avez-vous mis pour aller à cette consultation?	Combien de fois avez-vous consulté cette personne au cours des 4 dernières semaines pour cette maladie?	A quelle distance d'ici cette consultation a-t-elle eu lieu?	Combien avez-vous dû payer à cette personne pour toutes les consultations au cours des 4 dernières semaines?	Avez-vous dû passer une nuit dans un hôpital ou autre établissement au cours des 4 dernières semaines pour cette maladie?	Combien de nuits au cours des 4 dernières semaines?	Combien au total avez-vous payé ou payerez-vous pour cette hospitalisation?	En plus, avez-vous dû acheter des médicaments pour cette maladie au cours des 4 dernières semaines?	Combien a été dépensé au total en médicaments pour cette maladie au cours des 4 dernières semaines?	Au cours des 12 derniers mois, avez-vous eu des vaccinations, consultations PMI ou autres consultations préventives?	Combien avez-vous payé ou payerez-vous pour toutes ces consultations au cours des 12 derniers mois?
	OUI...1 NON...2 (17)	JOURS	JOURS	OUI...1 NON...2 (15)		HRS MIN	PUBLIC.1 PRIVÉ..2	KM	FOIS	MONTANT	OUI...1 NON...2 (15)	NUITS	MONTANT	OUI...1 NON...2 (17)	MONTANT	OUI...1 NON...2 (PERSONNE SUIVANTE)	MONTANT	
01																		
02																		
03																		
04																		
05																		
06																		
07																		
08																		
09																		
10																		
11																		
12																		
13																		
14																		
15																		
16																		
17																		
18																		
19																		
20																		

SECTION 9. ACTIVITÉS

DÉMANDER À TOUS LES MEMBRES DU
MÉNAGE ÂGÉS DE 7 ANS OU PLUS.

PARTIE A: EMPLOI DU TEMPS

SECTION 5. PARTIE B. TRAVAIL PRINCIPAL AU COURS DES 7 DERNIERS JOURS (SUITE)

C O D E D I D E N T I F I C A T I O N	22	23	24	25	26	27	28	29	30	31
	Avez-vous reçu ou recevrez- vous une rémunéra- tion sous forme d' aliments, récoltes ou animaux pour ce travail?	Quelle est la valeur de ces produits?	Avez-vous reçu ou recevrez- vous une rémunéra- tion sous forme de logement gratuit ou sub- ventionné pour ce travail?	Quelle est la valeur de cette subvention?	Avez-vous reçu ou recevrez- vous une rémunéra- tion sous forme de vêtements pour ce travail?	Quelle est la valeur de ces vêtements?	Est-ce que votre transport pour aller à ce travail est gratuit ou sub- ventionné ?	Quelle est la valeur de ce transport?	Avez-vous reçu ou recevrez- vous une rémunéra- tion sous une autre forme pour ce travail?	Quelle est la valeur de cette autre forme de rémunération?
	OUI..1 NON..2 (P24)		OUI..1 NON..2 (P26)		OUI..1 NON..2 (P28)		OUI..1 NON..2 (P30)		OUI..1 NON..2 (P32 PAGE SUIVANTE)	
		MONTANT	UNITÉ TEMPS		MONTANT	UNITÉ TEMPS		MONTANT	UNITÉ TEMPS	
01										
02										
03										
04										
05										
06										
07										
08										
09										
10										
11										
12										
13										
14										
15										
16										
17										
18										
19										
20										

P32 PAGE
SUIVANTE

SECTION 5. PARTIE B. TRAVAIL PRINCIPAL AU COURS DES 7 DERNIERS JOURS (FIN)

CODE D'IDENTIFICATION	32	33	34	35	36	37	38	39	40	41	42	43
	Combien de personnes au total travaillaient à l'endroit où vous faites ce travail?	Y a-t-il un syndicat là où vous faites ce travail?	Votre rémunération pour ce travail tient-elle compte du SMIG (Salaire Minimum Interprofessionnel Garanti)?	Lorsque vous avez commencé ce travail, avez-vous signé un contrat où votre salaire était précisé?	Avez-vous reçu ou recevrez-vous le congé payé pour ce travail?	Avez-vous reçu ou recevrez-vous le congé payé de maladie pour ce travail?	Recevrez-vous une pension de retraite pour ce travail?	Avez-vous droit aux soins médicaux gratuits ou subventionnés pour ce travail?	Avez-vous reçu ou recevrez-vous des prestations sociales pour ce travail?	Pour ce travail, est-ce que vous avez utilisé des outils, des équipements, des fournitures ou autre matériel qui vous appartient?	Si vous vouliez vendre ces outils, équipements, et fournitures qui vous appartiennent, combien recevriez-vous de cette vente?	Avez-vous fait un autre travail au cours des 7 derniers jours?
	PERSONNES	OUI..1 NON..2	OUI..1 NON..2	OUI..1 NON..2	OUI..1 NON..2	OUI..1 NON..2	OUI..1 NON..2	OUI..1 NON..2	OUI..1 NON..2	OUI..1 NON..2 (43)	MONTANT	OUI..1 (PARTIE C) NON..2 (PARTIE D)
01												
02												
03												
04												
05												
06												
07												
08												
09												
10												
11												
12												
13												
14												
15												
16												
17												
18												
19												
20												

SECTION 5. PARTIE C. TRAVAIL SECONDAIRE AU COURS DES 7 DERNIERS JOURS

NUMÉRO D'IDENTIFICATION	1		2		3	4	5	6	7			8	9		10	11	12		
	DESCRIPTION	CODE	TYPE	CODE	JOURS	HEURES PAR JOUR	SEMAINES	NON...1	NON...2	ANS	MOIS	SEMAINES	NON...2 (>10)	MONTANT	UNITÉ TEMPS	NON...1	NON...2 (>13 PAGE SUIVANTE)	MONTANT	UNITÉ TEMPS
01																			
02																			
03																			
04																			
05																			
06																			
07																			
08																			
09																			
10																			
11																			
12																			
13																			
14																			
15																			
16																			
17																			
18																			
19																			
20																			

PARTIE D

UNITÉ TEMPS: MINUTE...1 HEURE...2 JOUR...3 SEMAINE...4 MOIS...5 TRIMESTRE...6 SEMESTRE...7 AN...8

SECTION 5. PARTIE C. TRAVAIL SECONDAIRE AU COURS DES 7 DERNIERS JOURS (FIN)

CODE D'IDENTIFICATION	13	14	15	16		17	18	19	20			
	Pour qui avez-vous travaillé? C'est à dire, pour... (LIRE A L'ENQUÊTE) Le gouvernement ou l'armée.....1 Une société d'état.....2 Une société ou entreprise privée.....3	Est-ce que les impôts sont déjà prélevés du paiement que vous recevez pour ce travail?	Y a-t-il en plus une rémunération en biens ou services?	Quelle est la valeur de ces biens et services?	MONTANT	UNITÉ TEMPS	Pour ce travail, est-ce que vous avez utilisé des outils, équipements, fournitures ou autre matériel qui vous appartiennent?	Si vous vouliez vendre ces outils, équipements et fournitures qui vous appartiennent, combien recevriez-vous de cette vente?	Avez-vous fait d'autres travaux au cours des 7 derniers jours?	Combien avez-vous reçu ou recevrez-vous pour tous ces autres travaux, y compris la rémunération sous forme de biens et services?	MONTANT	UNITÉ TEMPS
		OUI...1 NON...2	OUI...1 NON...2 (17)			OUI...1 NON...2 (19)		OUI...1 NON...2 (PARTIE D)				

01												
02												
03												

04												
05												
06												

07												
08												
09												

10												
11												
12												

13												
14												
15												

16												
17												
18												

19												
20												

SECTION 5. PARTIE E. TRAVAIL PRINCIPAL AU COURS DES 12 DERNIERS MOIS (FIN)

C O D E D I S C R I M I N A T I O N	32	33	34	35	36	37	38	39	40	41	42
	Combien de personnes au total travaillent à l'endroit où vous faites ce travail?	Y a-t-il un syndicat là où vous faites ce travail?	Votre rémunération pour ce travail tient-elle compte du SMIG (Salaire Minimum Inter-professionnel Garanti)?	Lorsque vous avez commencé ce travail, avez-vous signé un contrat où votre salaire était précisé?	Avez-vous reçu ou recevrez-vous le congé payé pour ce travail?	Avez-vous reçu ou recevrez-vous le congé payé de maladie pour ce travail?	Recevrez-vous une pension de retraite pour ce travail?	Avez-vous droit aux soins médicaux gratuits ou subventionnés pour ce travail?	Avez-vous reçu ou recevrez-vous des prestations sociales pour ce travail?	Pour ce travail, est-ce que vous avez utilisé des outils, équipements, fournitures, ou autre matériel qui vous appartient?	Si vous vouliez vendre ces outils, équipements, et fournitures, combien recevriez-vous de cette vente?
PERSONNES		OUI..1 NON..2	OUI..1 NON..2	OUI..1 NON..2	OUI..1 NON..2	OUI..1 NON..2	OUI..1 NON..2	OUI..1 NON..2	OUI..1 NON..2	OUI...1 NON...2 (PARTIE F)	<div style="border: 1px solid black; padding: 2px; display: inline-block;">PARTIE F</div> MONTANT

01											
02											
03											

04											
05											
06											

07											
08											
09											

10											
11											
12											

13											
14											
15											

16											
17											
18											

19											
20											

SECTION 5. PARTIE 6. TRAVAIL SECONDAIRE AU COURS DES 12 DERNIERS MOIS

C O D E D E N T I F I C A T I O N	1 Maintenant, je voudrais parler de votre travail secondaire au cours des 12 derniers mois, c'est à dire, le travail auquel vous avez consacré le plus de temps au cours des 12 derniers mois (depuis) après votre travail principal. Qu'est-ce que vous avez fait dans ce travail?	2 De quel genre de commerce, industrie, ou entreprise s'agit-il?	3 Ce travail, est-il le même que votre travail principal ou secondaire au cours des 7 derniers jours? OUI, MEME QUE LE PRINCIPAL.....1 (→18 PAGE SUIVANTE) OUI, MEME QUE LE SECONDAIRE.....2 (→18 PAGE SUIVANTE) NON, UN TRAVAIL DIFFÉRENT.....3	4 Pendant combien de semaines au cours des 12 derniers mois avez-vous fait ce travail? (SI 40 OU PLUS → 6)	5 Ce travail, s'agit-il d'une activité saisonnière? OUI...1 NON...2	6 Pendant ces semaines, combien de jours par semaine travaillez-vous? JOURS PAR SEMAINE	7 Combien d'heures par jour travaillez-vous? HEURES PAR JOUR	8 Depuis combien de temps faites-vous ce travail? ANS MOIS SEMAINES	9 Avez-vous reçu ou recevrez-vous de l'argent pour ce travail? NON...2 (→11)	10 Combien d'argent? Avec quelle fréquence? MONTANT UNITÉ TEMPS	11 Dans ce travail, avez-vous travaillé comme indépendant ou aide familial dans les champs ou dans une entreprise de votre ménage? OUI...1 (→18 PAGE SUIVANTE) NON...2 (→12 PAGE SUIVANTE)
	DESCRIPTION	CODE	TYPE	CODE	SEMAINES	NON..2	JOURS PAR SEMAINE	HEURES PAR JOUR	ANS MOIS SEMAINES	NON..2 (→11)	MONTANT UNITÉ TEMPS

01												
02												
03												
04												
05												
06												
07												
08												
09												
10												
11												
12												
13												
14												
15												
16												
17												
18												
19												
20												

UNITÉ TEMPS: MINUTE...1 HEURE...2 JOUR...3 SEMAINE...4 MOIS...5 TRIMESTRE...6 SEMESTRE...7 AN...8

SECTION 5. PARTIE H. AUTRES ACTIVITÉS

C O D E D E N T I F I C A T I O N	1	2	3	4	5	6	7	8
	Au cours des 7 derniers jours, avez-vous fait du travail à votre domicile par exemple, le nettoyage de la maison, la préparation des repas pour le ménage, le lavage du linge de votre ménage, l'achat de nourriture ou des vêtements, la recherche de l'eau ou du bois pour la cuisine? OUI...1 NON...2 (H)	Pendant combien de jours au cours des 7 derniers jours? (depuis passé?) JOURS	Pendant combien d'heures chaque jour? HEURES	Au cours des 12 derniers mois (depuis...) étiez-vous sans travail rémunéré une ou plusieurs fois? OUI...1 NON...2 (PERSONNE SUIVANTE)	Avez-vous cherché du travail au cours des 12 derniers mois? OUI...1 NON...2 (PERSONNE SUIVANTE)	Au cours des 12 derniers mois, pendant combien de périodes différentes étiez-vous sans travail rémunéré? PÉRIODES	Combien de semaines au total étiez-vous sans travail rémunéré au cours des 12 derniers mois? (depuis...) SEMAINES	Au cours des 12 derniers mois, avez-vous perdu du travail rémunéré à cause de la fin de la saison agricole? OUI...1 NON...2 PERSONNE SUIVANTE
01								
02								
03								
04								
05								
06								
07								
08								
09								
10								
11								
12								
13								
14								
15								
16								
17								
18								
19								
20								

SECTION 6. MIGRATION

DEMANDER A TOUS LES MEMBRES DU
MANAGE AGES DE 15 ANS OU PLUS.