

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) 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 REMPLACÉ 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

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

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

SECTION 1. PARTIE A. FICHE DE COMPOSITION DU MÉNAGE

ENQUETÉ: DE PRÉFÉRENCE LE CHEF DU MÉNAGE. S'IL N'EST PAS PRÉSENT, CHERCHER UN "ENQUETÉ 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

* PARMI 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

SECTION 1. PARTIE A. FICHE DU MENAGE

POUR CHAQUE PERSONNE INSCRITE A 1, POSER 4-14.

FAIRE UNE LISTE
COMPLETE DES
PERSONNES AVANT
DE PASSER
A 4-14

A B

NOM		1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14
		CODE D'IDENTIFICATION	SEXE	LIEN DE PARENTÉ AVEC LE CHEF	Y a-t-il un acte de naissance ou un jugement supplétif pour ..(NOM).. que vous pouvez me montrer?	RECOPIER LA DATE DE NAISSANCE CALCULER L'AGE, DE- MANDER A L' ENQUETE DE CONFIRMER, ET RECOPIER A 6	Quel âge a ..(NOM).. aujourd'hui?	Quelle est la situation de famille actuelle de ..(NOM)..? Est-il (ou elle) actuellement...	Est-ce que l' épouse (ou le mari) de ..(NOM).. habite dans ce ménage?	RECOPIER LE CODE D'IDENTIFICATION DE L'ÉPOUSE OU DU MARI.	... (NOM)... dans quel Département est-il (elle) né(e)?	Quelle est sa nationalité actuelle?	Est-ce que .. [NOM] ... a logé ici hier?	Au cours des 12 derniers mois (depuis ...) pendant combien de mois n'a-t-il (elle) pas logé ni pris ses repas dans ce ménage?	MEMBRE DU MENAGE? REGARDER LES CRITERES AU-DESSUS 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													

PARTIE B

A REMPLIR POUR TOUS LES MEMBRES
DU MÂNAGE

CODE OF IDENTIFICATION

1B

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
NON.....2 (p7)

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
NON.....2 (p7)

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
NON.....2 (p12)

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.....8

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

P 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 MENAGE AGES DE 5 ANS OU PLUS.

SECTION 3. ÉDUCATION

PARTIE A. SCOLARITÉ

1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17
Est-ce que .(NOM).. sait lire un journal?	Est-ce que .(NOM).. sait écrire une lettre?	Est-ce que .(NOM).. sait faire des calculs écrits?	Est-ce que .(NOM).. a travaillé comme apprenti?	Combien d'années d'apprentissage?	Est-ce que .(NOM).. a fréquenté une école?	Quelle a été la dernière classe terminée?	En plus, a-t-il (elle) eu une formation technique ou professionnelle?	Combien d'années de formation?	Plus haut diplôme obtenu?	La dernière école fréquentée était-elle...?	Est-ce que .(NOM).. fait des études actuellement?	Pense-t-il (elle) à reprendre ses études?	Vit-il (elle) à la maison au même moment?	Au cours des 7 derniers jours, pendant combien d'heures a-t-il (elle) effectivement assisté aux cours?	Est-ce que .(NOM).. a fréquenté l'école ou suivi une autre formation au cours des 12 derniers mois?	A-t-il (elle) vécu à la maison au même moment?
OUI...1 NON...2 (13)	OUI...1 NON...2 (14)	OUI...1 NON...2 (15)	OUI...1 NON...2 (16)	ANNÉES	OUI...1 NON...2 (17) MEMBRE SUIVANT	CODES: NUL JE CP1 CP2 CE1 CE2 CM1 CM2 6E 5E 4E 3E 2E 1RE TER U1 U2 U3 U4 U5 U6 U7 U8 CLASSE	OUI...1 NON...2 (18)	ANNÉES	AUCUN DIPLOME...1 CEPE...2 BEPC...3 PROBATOIRE...4 BACCALAURÉAT...5 LICENCE...6 MAÎTRISE...7 DOCTORAT...8 DIPLOME TECHNIQUE OU PROFESSIONNEL...9 AUTRE...10	Publique...1 Privée laïque...2 Privée religieuse...3	OUI...1 (14) NON...2 (16)	OUI...1 (16) NON...2 (16)	OUI...1 (16) NON...2 (16) MEMBRE SUIVANT	OUI...1 (16) NON...2 (16) MEMBRE SUIVANT	OUI...1 (16) NON...2 (16) MEMBRE SUIVANT	OUI...1 (16) NON...2 (16) MEMBRE SUIVANT

SECTION 3. PARTIE A (FIN)

[illegible]

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?	Sexe?	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?
FAIRE UNE LISTE DE TOUS LES ENFANTS QUI ONT MOINS DE 30 ANS ET QUI N'HABITENT PAS DANS CE MENAGE.	M...1 F...2		OUI..1 NON..2 (→7)	CODE D'ID	OUI..1 NON..2 (→9)	CODE D'ID	OUI....1 NON....2 (→ ENFANT SUIVANT)	OUI....1 NON....2	CODES: NUL JE CP1 CP2 CE1 CE2 CH1 CH2 6E 7E 8E 9E 10E 11E 12E U1 U2 U3 U4 U5 U6 U7 U8
FAIRE TOUTE LA LISTE AVANT DE PASSER A 4-10.		ANS							CLASSE
1									
2									
3									
4									
5									
6									
7									
8									
9									
10									

→ ENFANT
SUIVANT

→ SECTION 4

SECTION 4. SANTÉ

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

SECTION 4. SANTÉ

D. 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 au cours des 4 dernières semaines avez-vous souffert de cette maladie ou blessure?	Pendant combien 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?	Où la consultation a-t-elle eu lieu?	Cet établissement, est-il public ou privé?	Combien de temps avez-vous mis pour aller à cette consultation?	A quelle distance d'ici cette consultation a-t-elle eu lieu?	Combien de fois avez-vous consulté cette personne au cours des 4 dernières semaines pour cette maladie?	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)	MÉDECIN...1 INFIRMIER...2 PHARMACIEN...3 SAGE-FEMME...4 GUÉRISSEUR...5 AUTRE...6 (Préciser)	HOPITAL...1 DISPENSARE...2 PHARMACIE...3 CLINIQUE...4 MATERNITÉ...5 PMI...6 CHEZ LA PERSONNE CONSULTÉE...7 (18) CHEZ LE MALADE...8 (10) AUTRE...9 (Préciser)	PUBLIC...1 PRIVÉ...2	TEMPS ALLER SEULEMENT HRS MIN	KM	FOIS	MONTANT	OUI...1 NON...2 (15)	NUITS	MONTANT	OUI...1 NON...2 (17)	MONTANT	OUI...1 NON...2 (PERSONNE SUIVANTE)	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 MENDRES DU
MÉNAGE ÂGÉS DE 7 ANS OU PLUS.

PARTIE A: EMPLOI DU TEMPS

3

[illegible]

COMM. D. - INTELLECTUAL PROPERTY

5B₂

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? OUI..1 NON..2 (p24)	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? OUI..1 NON..2 (p26)	Quelle est la valeur de cette subvention?	Avez-vous reçu ou recevrez- vous une rémunéra- tion sous forme de vêtements pour ce travail? OUI..1 NON..2 (p28)	Quelle est la valeur de ces vêtements?	Est-ce que votre transport pour aller à ce travail est gratuit ou sub- ventionné ? OUI..1 NON..2 (p30)	Quelle est la valeur de ce transport?	Avez-vous reçu ou recevrez- vous une rémunéra- tion sous une autre forme pour ce travail? OUI..1 NON..2 (p32 PAGE SUIVANTE)	Quelle est la valeur de cette autre forme de rémunération?	
		MONTANT	UNITÉ TEMPS	MONTANT	UNITÉ TEMPS	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											

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 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 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 appartiennent?	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 (P43)	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

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

[illegible]

SECTION 5. PARTIE D. RECHERCHE DE TRAVAIL SUPPLÉMENTAIRE

1	2						3	4	5		
Avez-vous cherché du travail supplémentaire au cours des 7 derniers jours?	Au cours des 7 derniers jours, pour chercher plus du travail, avez-vous utilisé...						Pourquoi n'avez vous pas cherché plus de travail pendant les 7 derniers jours? (LA RAISON PRINCIPALE)	Pendant les 7 derniers jours, avez-vous cherché un autre travail pour remplacer celui que vous avez maintenant?	Quel type de travail êtes-vous en train de chercher? C'est à dire, cherchez-vous ...		
	...l'ONOCI?	...des démarches familiales?	...des intermédiaires?	...la présentation directe?	...des demandes par écrit?	...d'autres moyens?			PARTIE E		
OUI...1	OUI...1	OUI...1	OUI...1	OUI...1	OUI...1	OUI...1	NE VOULAIS PAS.....1		Un travail...	Dans le secteur ...	Un travail...
NON...2 (P3)	NON...2	NON...2	NON...2	NON...2	NON...2	NON...2	DÉJÀ ASSEZ DU TRAVAIL.....2		Indépendant?...1	Privé?.....1	Agricole?.....1
							ATTENDS LA RÉPONSE D'UN EMPLOYEUR.....3				
							ATTENDS LA RÉPONSE D'UNE AGENCE D'EMPLOI.....4				
							ATTENDS DE COMMENCER D'UN NOUVEAU TRAVAIL.....5				
							CROIS QU'IL N'Y A PAS PLUS DE TRAVAIL.....6	OUI...1	Comme employé(e)?..2	Public?.....2	Non agricole?..2
							NE SAIS PAS COMMENT CHERCHER.....7	NON...2 (PARTIE E)	LES DEUX.....3	LES DEUX.....3	LES DEUX.....3
							AUTRES RAISONS.....8				

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

COLEMAN, D. I. IDENTIFICATION OF THE

1	Maintenant, je voudrais parler de votre travail principal 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). Ou 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 (▶ PARTIE F) OUI, MEME QUE LE SECONDAIRE.....2 (▶ PARTIE F) NON, UN TRAVAIL DIFFERENT.....3	4	Est-ce que votre père ou votre mère ont déjà fait le même travail?	5	Pendant combien de semaines au cours des 12 derniers mois avez-vous fait ce travail? (SI 40 OU PLUS ▶ 7)	6	Ce travail, s'agit-il d'une activité saisonnière?	7	Pendant ces semaines, combien de jours par semaine travaillez-vous?	8	Combien d'heures par jour travaillez-vous?	9	Depuis combien de temps faites-vous ce travail?	10	Avez-vous reçu ou recevrez-vous de l'argent pour ce travail?	11	Combien d'argent? Avec quelle fréquence?	12	Dans ce travail, avez-vous travaillé comme indépendant ou aide familial dans les champs ou une entreprise de votre ménage? OUI...1 (▶PART. F)
DESCRIPTION		CODE	TYPE		CODE	NON..1	NON..2	SEMAINES	NON..2	JOURS PAR SEMAINE	HEURES PAR JOUR	ANS MOIS SEMAINES			NON..2 (▶12)	MONTANT		UNITÉ TEMPS	NON..2(▶13 PAGE SUIV)				

[illegible]

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

13	14	15	16		17		18	19	20	21
13 Pour qui avez-vous travaillé? C'est à dire, pour... LIRE A L'ENQUÊTE: Le gouverne-ment ou l'armée?.....1 Une société d'état?.....2 Une société ou entreprise privée?.....3	14 Est-ce que votre patron, gérant ou directeur est apparenté à vous? OUI...1 NON...2	15 A quelle distance de cette habitation se trouve l'endroit où vous avez fait ce travail? KM	16 Combien de temps mettez-vous pour aller d'ici à cet endroit? HRS MIN		17 Avec quelle fréquence allez-vous à cet endroit? Par exemple, deux fois par jour, une fois par semaine, deux fois par mois? FOIS UNITÉ TEMPS		18 Est-ce que les impôts sont déjà prélevés du paiement que vous recevez pour votre travail? OUI....1 NON....2	19 Avez-vous reçu ou recevrez-vous des primes, commissions, gratifications, prestations ou récompenses pour ce travail? OUI...1 NON...2 (22 PAGE SUIVANTE)	20 Ce paiement, comprend-il des primes, commissions, gratifications, prestations ou récompenses? OUI...1 NON...2	21 A combien s'élèvent ces primes, commissions, gratifications, prestations, ou récompenses? MONTANT UNITÉ TEMPS

22 PAGE SUIVANTE

CODE D. IDENTIFICATION

5E₃

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

CODE D'IDENTIFICATION	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 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, équipements, fournitures, ou autre matériel qui vous appartiennent?	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)	MONTANT

PARTIE F

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

DR. RABEY THE HONORABLE

5F

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

CODE D'IDENTIFICATION	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 DIFFERENT.....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 par 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? OUI...1 NON...2 (→11)	10 Combien d'argent? Avec quelle fréquence? MONTANT	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					UNITÉ TEMPS
01											
02											
03											
04											
05											
06											
07											
08											
09											
10											
11											
12											
13											
14											
15											
16											
17											
18											
19											
20											

CODE D IDENTIFICATION

SECTION 5. PARTIE H. AUTRES ACTIVITÉS

CODE D'IDENTIFICATION	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?	Pendant combien de jours au cours des 7 derniers jours? (depuis..... passé?)	Pendant combien d'heures chaque jour?	Au cours des 12 derniers mois (depuis...) étiez-vous sans travail rémunéré une ou plusieurs fois?	Avez-vous cherché du travail au cours des 12 derniers mois?	Au cours des 12 derniers mois, pendant combien de périodes différentes étiez-vous sans travail rémunéré?	Combien de semaines au total étiez-vous sans travail rémunéré au cours des 12 derniers mois? (depuis...)	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 (P4)		(P5)	OUI...1 NON...2 (PERSONNE SUIVANTE)	OUI...1 NON...2 (PERSONNE SUIVANTE)	PÉRIODES	SEMAINES	OUI....1 NON....2 PERSONNE SUIVANTE
		JOURS	HEURES					

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.