

**Union des Comores**

**Commissariat Général au Plan**

**Direction de la Statistique**

**Enquête intégrale auprès des ménages (EIM)**

**Questionnaire sur les ménages**

**VOLUME I**

## INFORMATIONS RELATIVES À L'ENQUÊTE

Grappe :  Ménage :  Ile :  Nom/n° Canton :   n° ZD :   
Nom/n° localité :   Nom du chef de ménage :   
Adresse (ou description) : .....

### Premier passage de l'enquête :

Enquêteur : .....  Date :     
Adresse Oui...1 ☐ Le chef est-il Oui...1  
trouvée : Non..2 (☐ Superviseur) bien le même? Non..2 (☐ Superviseur) ☐  
Nom du nouveau chef .....

Langue de Comorien..1 Malgache..2  
l'interview : Français..3 Autre.....4 (☐ préciser) ☐ Préciser Inter- Oui...1  
la langue : prête Non..2 ☐  
Observations : .....

### Vérification du questionnaire, premier passage de l'enquête :

Superviseur : .....  Date :     
Observations : ..... Interview Oui...1 ☐  
.....contrôlé : Non..2 ☐  
Ce ménage remplace le ménage n° :   
Ce ménage sera remplacé par le n° :   
Raison : Habitation non trouvée...1 Occupant absent...2 Refus....3

### Saisie du premier passage :

Opérateur : .....  Date :     
Observations : .....

### Contrôle du listing, premier passage de l'enquête :

Superviseur : .....  Date :     
Observations : .....

### Deuxième passage de l'enquête :

Enquêteur : .....  Date :     
Observations : .....

### Vérification du questionnaire, deuxième passage de l'enquête :

Superviseur : .....  Date :     
Observations : ..... Interview Oui...1 Non...2   
Interview contrôlée : Oui...1 Non...2

### Saisie du deuxième passage :

Opérateur : .....  Date :     
Observations : .....

### Contrôle du listing, deuxième passage de l'enquête :

Superviseur : .....  Date :     
Observations : .....

## RÉSUMÉ DE L'ENQUÊTE

Section	Enquêteur								Superviseur				Corrigé au bureau ..... 1 Corrigé lors du 2 <sup>e</sup> passage .... 2 Pas corrigé ..... 3
	<i>Première visite</i>				<i>Deuxième visite</i>				Enquêteur : Satisfaisant ..... 1 A compléter .... 2 A refaire ..... 3		Opérateur : Satisfaisant ..... 1 Corrections ..... 2		
	Date :		Résultat :		Date :		Résultat :						
	Jour	Mois	An	Complet ..... 1 Partiel ..... 2 Non applicable .... 3	Jour	Mois	An	Complet ..... 1 Partiel ..... 2 Non applicable ... 3					

[illegible][illegible][illegible]

PREMIER PASSAGE

## SECTION 1 - PARTIE A : IDENTIFICATION DU MÉNAGE

**Personne interviewée :** De préférence le chef du ménage. S'il n'est pas présent, chercher un «enquêteur 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 :

Nom du répondant..... Code ID : .....

► **1-3. 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 au 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.**

**Enregistrer le nom, le sexe, et le lien de parenté avec le chef pour chaque personne.**

☐ Quels sont les noms des autres personnes 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.**

► **4-14.**

**A présent, je voudrais avoir des renseignements sur chaque personne mentionnée.**

**Si l'enquête a des difficultés pour son âge ou date de naissance à la question 6, estimer à l'aide du calendrier d'événements.**

► **15.1.**

**Classer la personne selon les critères suivants :**

☐ **Observer la réponse à la question 12.**

■ Toutes les personnes ayant pour réponse 3 mois ou moins sont membres du ménage sauf :

- (a) Les domestiques et leurs parents (voir question 3) ;
- (b) Les pensionnaires et leurs parents (voir question 3) ;
- (c) Les décédés.

■ Parmi ceux ayant pour réponse plus de 3 mois, les seuls qui sont membres sont :

- (a) Le chef du ménage ;
- (b) Les nouveau-nés âgés de moins de 3 mois (sauf en ce qui concerne les enfants des domestiques et pensionnaires) ;
- (c) Les étudiants et les travailleurs saisonniers qui n'ont pas vécu dans un autre ménage ou n'en ont pas fait partie (questions 13 & 14) ;

■ Toutes les autres personnes ayant répondu plus de 3 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.**

► **16.1.**

**Classer la personne selon les zones géographiques. 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 15.

**Colonne B :**

Recopier l'âge de toutes les personnes en années écoulées (voir question 13) qui ont reçu le code 1 au numéro 15. C'est-à-dire, si la personne a 3 ans 9 mois, mettre 3. Si elle a 8 mois seulement, mettre 0.

□ **Partie B**

## SECTION 1 - MÉNAGE - PARTIE A : IDENTIFICATION DU MÉNAGE

FICHE DU MÉNAGE			POUR CHAQUE PERSONNE INSCRITE À 1, POSER 4-6					POUR CHAQUE PERSONNE INSCRITE À 1 DE 15 ANS ET PLUS, POSER 7-9			POUR CHAQUE PERSONNE INSCRITE À 1, POSER 10-16						
1.	Co	2.	3.	4.	5.	6.	7.	8.	9.	10.	11.	12.	13.	14.	15.	16.	
FAIRE UNE LISTE DES MEMBRES DU MÉNAGE AVANT DE PASSER À 4-16	DE SEXE	LIEN DE PARENTÉ/ CHEF	Y-A-T-IL UN ACTE DE NAIS-	RECOPIER LA DATE DE NAIS-	QUEL ÂGE A [NOM] AUJOUR-	QUELLE EST LA SITUATION DE FA-	EST-CE QUE L'É-	RECO-	OÙ EST	ELLE	DURANT LES 12	RAISON PRINCI-	DURANT L'ABSEN-	MEMBRE DU MÉ-	MEMBRES DU MÉNA-		
	ID	CHEF . . . . .	1 DE NAIS-	5 SANCE EN 5	QUEL ÂGE A [NOM] AUJOUR-	QUELLE EST LA SITUATION DE FA-	EST-CE QUE L'É-	RECO-	OÙ EST	ELLE	DURANT LES 12	RAISON PRINCI-	DURANT L'ABSEN-	MEMBRE DU MÉ-	MEMBRES DU MÉNA-		
		EPOUSE/MARI . . . . .	2 SANCE	5	QUEL ÂGE A [NOM] AUJOUR-	QUELLE EST LA SITUATION DE FA-	EST-CE QUE L'É-	RECO-	OÙ EST	ELLE	DURANT LES 12	RAISON PRINCI-	DURANT L'ABSEN-	MEMBRE DU MÉ-	MEMBRES DU MÉNA-		
		ENFANT DU CHEF . . . . .	3 POUR	5	QUEL ÂGE A [NOM] AUJOUR-	QUELLE EST LA SITUATION DE FA-	EST-CE QUE L'É-	RECO-	OÙ EST	ELLE	DURANT LES 12	RAISON PRINCI-	DURANT L'ABSEN-	MEMBRE DU MÉ-	MEMBRES DU MÉNA-		
		PETIT-FILS/FILLE . . . . .	4 [NOM]	5	QUEL ÂGE A [NOM] AUJOUR-	QUELLE EST LA SITUATION DE FA-	EST-CE QUE L'É-	RECO-	OÙ EST	ELLE	DURANT LES 12	RAISON PRINCI-	DURANT L'ABSEN-	MEMBRE DU MÉ-	MEMBRES DU MÉNA-		
		PÈRE OU MÈRE . . . . .	5 QUE	5	QUEL ÂGE A [NOM] AUJOUR-	QUELLE EST LA SITUATION DE FA-	EST-CE QUE L'É-	RECO-	OÙ EST	ELLE	DURANT LES 12	RAISON PRINCI-	DURANT L'ABSEN-	MEMBRE DU MÉ-	MEMBRES DU MÉNA-		
		APPARENTÉ AU CHEF	6 POUVEZ	5	QUEL ÂGE A [NOM] AUJOUR-	QUELLE EST LA SITUATION DE FA-	EST-CE QUE L'É-	RECO-	OÙ EST	ELLE	DURANT LES 12	RAISON PRINCI-	DURANT L'ABSEN-	MEMBRE DU MÉ-	MEMBRES DU MÉNA-		
		OU À SON CONJOINT	7	5	QUEL ÂGE A [NOM] AUJOUR-	QUELLE EST LA SITUATION DE FA-	EST-CE QUE L'É-	RECO-	OÙ EST	ELLE	DURANT LES 12	RAISON PRINCI-	DURANT L'ABSEN-	MEMBRE DU MÉ-	MEMBRES DU MÉNA-		
		DOMESTIQUE DU	8	5	QUEL ÂGE A [NOM] AUJOUR-	QUELLE EST LA SITUATION DE FA-	EST-CE QUE L'É-	RECO-	OÙ EST	ELLE	DURANT LES 12	RAISON PRINCI-	DURANT L'ABSEN-	MEMBRE DU MÉ-	MEMBRES DU MÉNA-		
		MÉNAGE ET SES	9	5	QUEL ÂGE A [NOM] AUJOUR-	QUELLE EST LA SITUATION DE FA-	EST-CE QUE L'É-	RECO-	OÙ EST	ELLE	DURANT LES 12	RAISON PRINCI-	DURANT L'ABSEN-	MEMBRE DU MÉ-	MEMBRES DU MÉNA-		
		PARENTS . . . . .	10	5	QUEL ÂGE A [NOM] AUJOUR-	QUELLE EST LA SITUATION DE FA-	EST-CE QUE L'É-	RECO-	OÙ EST	ELLE	DURANT LES 12	RAISON PRINCI-	DURANT L'ABSEN-	MEMBRE DU MÉ-	MEMBRES DU MÉNA-		
		PENSIONNAIRE ET SES	11	5	QUEL ÂGE A [NOM] AUJOUR-	QUELLE EST LA SITUATION DE FA-	EST-CE QUE L'É-	RECO-	OÙ EST	ELLE	DURANT LES 12	RAISON PRINCI-	DURANT L'ABSEN-	MEMBRE DU MÉ-	MEMBRES DU MÉNA-		
		PARENTS . . . . .	12	5	QUEL ÂGE A [NOM] AUJOUR-	QUELLE EST LA SITUATION DE FA-	EST-CE QUE L'É-	RECO-	OÙ EST	ELLE	DURANT LES 12	RAISON PRINCI-	DURANT L'ABSEN-	MEMBRE DU MÉ-	MEMBRES DU MÉNA-		
		AUTRE PERSONNE	13	5	QUEL ÂGE A [NOM] AUJOUR-	QUELLE EST LA SITUATION DE FA-	EST-CE QUE L'É-	RECO-	OÙ EST	ELLE	DURANT LES 12	RAISON PRINCI-	DURANT L'ABSEN-	MEMBRE DU MÉ-	MEMBRES DU MÉNA-		
		NON APPARENTÉE . . . . .	14	5	QUEL ÂGE A [NOM] AUJOUR-	QUELLE EST LA SITUATION DE FA-	EST-CE QUE L'É-	RECO-	OÙ EST	ELLE	DURANT LES 12	RAISON PRINCI-	DURANT L'ABSEN-	MEMBRE DU MÉ-	MEMBRES DU MÉNA-		
			01														
			02														
			03														
			04														
			05														
			06														
			07														
			08														
			09														
			10														
			11														
			12														
			13														
			14														
			15														

## SECTION 1 - MÉNAGE - *PARTIE B : MIGRATION*

POUR TOUS LES MEMBRES DU MÉNAGE DE 15 ANS ET PLUS, POSER 1-14																		
Co de  ID	CODE ID  DE LA PER- SONNE EN- QUÊ- TÉE	1. ÊTES-VOUS NÉ À [LIEU DE RÉSI- DENCE ACTUEL] ?	2. AVEZ-VOUS TOUJOURS RÉSIDÉ DANS CE VILLAGE/ VILLE ?	3. AVEZ-VOUS DÉJÀ VÉCU HORS DE CE VILLAGE/ VILLE PEN- DANT PLUS D'UN AN ?	4. COMBIEN Y- A-T-IL D'AN- NÉES DEPUIS QUE VOUS ÊTES PARTI POUR LA 1 <sup>ÈRE</sup> FOIS ?	5. COMBIEN DE TEMPS AVEZ- VOUS VÉCU ICI DANS CE VILLAGE/ VILLE DEPUIS VOTRE DER- NIER RE- TOUR ?	6. COMBIEN DE TEMPS AVEZ- VOUS VÉCU ICI DANS CE VILLAGE/ VILLE ?	7. DANS QUEL- LE ÎLE, RÉ- GION OU PAYS ÉTRAN- GER AVEZ- VOUS VÉCU AVANT DE VENIR ICI ?	8. DANS QUEL TYPE DE LIEU VIVIEZ-VOUS ?	9. QUELLE ÉTAIT VOTRE ACTIVITÉ PRINCIPALE À [NOM DU LIEU] ?	10. À QUEL GENRE DE COMMERCE, SERVICE OU BRANCHE APPARTE- NAIT VOTRE ACTIVITÉ ?	11. DANS CETTE EMPLOIEUR ÉTAIT :	12. VOTRE EMPLOIEUR ÉTAIT :	13. QUELLE A ÉTÉ LA PRINCIPALE RAISON DE VOTRE DÉPART ?	14. COMBIEN DE TEMPS AVEZ-VOUS VÉCU À [NOM DU LIEU] ?			
		OUI ... 1 NON ... 2	OUI ... 1 NON ... 2	OUI ... 1 NON ... 2	ANS MOIS	ANS MOIS	(CODE GÉOGRA- PHIQUE)	CAPITALE ... 1 GRANDE ... 2 VILLE ... 3 PETITE VILLE ... 4 GROS ... 5 VILLAGE ... 6	CODE DES OCCUPATIONS OU ÉTUDES À PLEIN TEMPS ... 1 (□ 13) RECHERCHE D'EMPLOI ... 2 (□ 13) AUTRE ACTIVITÉ ... 3 (□ 13) SANS ACTIVITÉ 4 (□ 13)	(CODE DES BRANCHES)	OUI ... 1 NON ... 2	L'ÉTAT ... 1 ENTREPRISE ... 2 PUBLIQUE ... 3 PRIVÉE ... 4	AUTRE RAISON FAMILIALE ... 4 ÉTUDES ... 5 SÉCHERESSE/ GUERRE ... 6 AUTRE ... 7	ANS MOIS				
01																		
02																		
03																		
04																		
05																		
06																		
07																		
08																		
09																		
10																		
11																		
12																		
13																		
14																		
15																		

## SECTION 1 - MÉNAGE - *PARTIE C : ENVIRONNEMENT FAMILIAL*

Co DE ID	1. EST-CE QUE LE PÈRE DE [NOM] HABITE DANS CE MÉNAGE ?	2. RECOPIER LE CODE ID DU PÈRE	3. EST-CE QUE LE PÈRE DE [NOM] EST ENCORE VIVANT ?	4. LE PÈRE DE [NOM] A-T-IL FRÉ- QUENTÉ L'ÉCOLE ?	5. QUEL A ÉTÉ SON NIVEAU D'INS- TRUCTION LE PLUS ÉLEVÉ ?	6. EST-CE QU'IL A FRÉQUENTÉ L'ÉCOLE CO- RANIQUE ?	7 QUEL GENRE DE TRAVAIL LE PÈRE DE [NOM] A FAIT PENDANT LA MAJEURE PARTIE DE SA VIE ?	8. EST-CE QUE LA MÈRE DE [NOM] HABITE DANS CE MÉNAGE ?	9. RECO- PIER LE CODE ID DE LA MÈRE	10 EST-CE QUE LA MÈRE DE [NOM] EST ENCORE VIVANTE ?	11. LA MÈRE DE [NOM] A-T-ELLE FRÉ- QUENTÉ L'ÉCOLE ?	12. QUEL A ÉTÉ SON NIVEAU D'INSTRUC- TION LE PLUS ÉLEVÉ ?	13. EST-CE QU'ELLE A FRÉQUENTÉ L'ÉCOLE CO- RANIQUE ?	14 QUEL GENRE DE TRAVAIL LA MÈRE DE [NOM] A FAIT PENDANT LA MAJEURE PARTIE DE SA VIE ?
	OUI ... 1 NON ... 2 (□ 3)		OUI ... 1 NON ... 2 (□ 8)	OUI ... 1 NON ... 2 (□ 6)	PRIMAIRE ... 1 SECONDAIRE. 2 SUPÉRIEUR ... 3 PROGRAMME NON FORMEL ... 4 NSP ... 5	OUI ... 1 NON ... 2 (□ 3)	AGRICULTURE ... 1 PÊCHE ... 2 COMMERCE ... 3 ADMINISTRATION ... 4 CONSTRUCTION ... 5 ARTISANAT ... 6 INDUSTRIE ... 7 SERVICES ... 8 AUTRES ... 9 NSP ... 10	OUI ... 1 NON ... 2 (□ 11)		OUI ... 1 NON ... 2 (□ 13)	OUI ... 1 NON ... 2 (□ 13)	PRIMAIRE ... 1 SECON- DAIRE ... 2 SUPÉ- RIEUR ... 3 PROGRAMME NON FOR- MEL ... 4 NSP ... 5	OUI....1 NON....2	AGRICULTURE ... 1 PÊCHE ... 2 COMMERCE ... 3 ADMINISTRATION ... 4 CONSTRUCTION ... 5 ARTISANAT ... 6 INDUSTRIE ... 7 SERVICES ... 8 AUTRES ... 9 MÉNAGÈRE ... 10 NSP ... 11
01														
02														
03														
04														
05														
06														
07														
08														
09														
10														
11														
12														
13														
14														
15														



## SECTION 2 - HABITAT - [INTÉRESSÉ : LE CHEF DE MÉNAGE]

### PARTIE A : CONFIGURATION DU LOGEMENT

1. QUEL EST LE TYPE DE LOGEMENT OCCUPÉ PAR VOTRE MÉNAGE ? 
  - MAISON INDIVIDUELLE EN DUR, VILLA (□ 2) ..... 1
  - LOGEMENT TRADITIONNEL (□ 3) ..... 2
  - APPARTEMENT, CHAMBRE, STUDIO (□ 5) ..... 3
  - AUTRE (PRÉCISEZ) ..... 4
2. EST-CE QUE CETTE MAISON FAIT PARTIE D'UNE CONCESSION ? 
  - OUI ..... 1
  - NON (□ 6) ..... 2
3. COMBIEN DE BÂTIMENTS Y-A-T-IL AU TOTAL DANS LA CONCESSION, Y COMPRIS CEUX OCCUPÉS PAR CE MÉNAGE ET CEUX OCCUPÉS PAR D'AUTRES MÉNAGES ?
4. COMBIEN DE BÂTIMENTS SONT OCCUPÉS PAR CE MÉNAGE ? (□ 6)
5. EST-CE QUE CET APPARTEMENT FAIT PARTIE D'UNE COURS OU D'UNE CONCESSION ? 
  - OUI ..... 1
  - NON ..... 2
6. COMBIEN DE PIÈCES LE MÉNAGE OCCUPE-T-IL ?  
(NE PAS INCLURE SALLES DE BAIN, TOILETTES ET CUISINE)
7. QUELLE EST LA NATURE DES MURS EXTÉRIEURS DU LOGEMENT OCCUPÉ PAR VOTRE MÉNAGE? 
  - DUR ..... 1
  - TÔLE ONDULÉE ..... 2
  - TERRE/BRIQUE DE TERRE ..... 3
  - PLANCHES, BOIS ..... 4
  - PISÉ ..... 5
  - FEUILLES DE COCOTIER ..... 6
  - AUTRE (PRÉCISEZ) ..... 7
8. QUELLE EST LA NATURE DU TOIT DU LOGEMENT OCCUPÉ PAR VOTRE MÉNAGE ? 
  - BÉTON ..... 1
  - BÉTON TRADITIONNEL ..... 2
  - TÔLE ONDULÉE ..... 3
  - PAILLE, FEUILLES ..... 4
  - AUTRE (PRÉCISEZ) ..... 5
9. QUELLE EST LA NATURE DU SOL DU LOGEMENT OCCUPÉ PAR VOTRE MÉNAGE ? 
  - CIMENT ..... 1
  - DALFLEX ..... 2
  - CARREAUX ..... 3
  - CAILLOUX, PETITES PIERRES ..... 4

- TERRE BATTUE ..... 5
- AUTRE (PRÉCISEZ) ..... 6

10. 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 : STATUT D'OCCUPATION DU LOGEMENT

11. DEPUIS COMBIEN DE TEMPS VOTRE MÉNAGE VIT-IL DANS CE LOGEMENT ?  
ANNÉES  MOIS   
**SI TROIS ANS ET PLUS, □ 15**
12. QUEL TYPE DE LOGEMENT OCCUPEZ-VOUS AVANT ? 
  - MAISON INDIVIDUELLE EN DUR, VILLA ..... 1
  - LOGEMENT TRADITIONNEL ..... 2
  - APPARTEMENT, CHAMBRE, STUDIO ..... 3
  - AUTRE (PRÉCISEZ) ..... 4
13. COMBIEN DE PIÈCES AVAIT CE LOGEMENT ?
14. QUEL ÉTAIT AUPARAVANT VOTRE STATUT D'OCCUPANT ? 
  - PROPRIÉTAIRE ..... 1
  - LOCATAIRE ..... 2
  - LOGEMENT FOURNI GRATUITEMENT ..... 3
15. EST-CE QUE D'AUTRES FAMILLES PARTAGENT LE LOGEMENT ACTUEL AVEC VOUS ? 
  - OUI ..... 1
  - NON ..... 2
16. QUEL EST VOTRE STATUT D'OCCUPANT ACTUELLEMENT ? 
  - PROPRIÉTAIRE (□ 23) ..... 1
  - LOCATAIRE ..... 2
  - LOGEMENT FOURNI GRATUITEMENT □ 26) ..... 3
17. QUI VOUS LOUE CE LOGEMENT ? 
  - PARENT ..... 1
  - EMPLOYEUR PRIVÉ ..... 2
  - GOUVERNEMENT ..... 3
  - INDIVIDU OU AGENCE PRIVÉ ..... 4
  - NE SAIS PAS ..... 5

## PARTIE C : DÉPENSES DE LOGEMENT

18. COMBIEN LE MÉNAGE PAIE-T-IL POUR LA LOCATION (FC) ?

MONTANT

UNITÉ DE TEMPS

[1=JOUR ; 2=SEMAINE ; 3=MOIS ; 4=TRIMESTRE ; 5=SEMESTRE ; 6=ANNÉE]

19. EST-CE QUE VOTRE MÉNAGE FOURNIT DES BIENS OU DES SERVICES EN ÉCHANGE DE CE LOGEMENT ?

OUI ..... 1  
NON (□ 21) ..... 2

20. QUELLE EST LA VALEUR APPROXIMATIVE DE CES BIENS ET SERVICES FOURNIS PAR LE MÉNAGE (FC) ?

MONTANT :

UNITÉ DE TEMPS :

21. EST-CE QUE LE LOYER EST PAYÉ PARTIELLEMENT OU TOTALEMENT PAR QUELQU'UN ?

OUI ..... 1  
NON (□ 26) ..... 2

22. QUI PAIE LE LOYER PARTIELLEMENT OU TOTALEMENT ?

PARENT ..... 1  
EMPLOYEUR PRIVÉ ..... 2  
GOUVERNEMENT ..... 3  
INDIVIDU OU AGENCE PRIVÉ ..... 4  
NE SAIS PAS ..... 5

(□ 26)

23. EST-CE QUE VOUS OU UN AUTRE MEMBRE DU MÉNAGE PAIE LES TRAITES DE CE LOGEMENT ?

OUI ..... 1  
NON (□ 26) ..... 2

24. QUEL ÉTAIT LE MONTANT DU DERNIER PAIEMENT (FC) ?

25. QUELLE EST LA FRÉQUENCE DE CES PAIEMENTS ?

NOMBRE DE FOIS :

UNITÉ DE TEMPS :

26. AU COURS DES 12 DERNIERS MOIS, COMBIEN AVEZ-VOUS DÉPENSÉ EN FRAIS DE CONSTRUCTION, RÉPARATION OU PEINTURE (FC) ?

MONTANT :

## PARTIE D : SERVICES ET AMÉNAGEMENTS DU LOGEMENT

27. LE MÉNAGE POSSÈDE-T-IL LES BIENS D'ÉQUIPEMENT SUIVANTS (EN ÉTAT DE FONCTIONNEMENT) ?

TRANSPORT : [OUI = 1 ; NOM = 2]

1.VOITURE : ☐ 2.MOTO : ☐ 3.MOBYLETTE : ☐ 4.BICYCLETTE : ☐

COMMUNICATION/AUDIO :

5.TÉLÉPHONE/FAX : ☐ 6.RADIO/CASSETTE : ☐ 7.TÉLÉVISEUR : ☐  
8.MAGNÉTOSCOPE : ☐ 9. CHAÎNE : ☐

ÉLECTRO-MÉNAGER ET AUTRES BIENS :

10. RÉFRIGÉRATEUR : ☐ 11. CONGÉLATEUR : ☐ 12. MOULINEX : ☐  
13. VENTILATEUR : ☐ 14. MACHINE À COUDRE : ☐ 15. MACHINE À LAVER : ☐  
16. CUISINIÈRE : ☐ 17. MOUSTIQUAIRE : ☐ (Si oui □ 28, si non □ 29)

28. LA MOUSTIQUAIRE QUE VOUS POSSÉDEZ ET UTILISEZ EST-ELLE IMPRÉGNÉE?[OUI=1; NOM=2] ☐

29. QUELLE EST LA SOURCE D'APPROVISIONNEMENT EN EAU POUR BOIRE DU MÉNAGE ? ☐

EAU DU ROBINET DANS LE LOGEMENT ..... 1  
EAU DU ROBINET DANS LA COUR/CONCESSION ..... 2  
ROBINET PUBLIC, BORNE FONTAINE (□ 31) ..... 3  
EAU DE Puits/CITERNES DU LOGEMENT/COUR/CONCESSION (PROPRE/PROTÉGÉE) (□ 31) ..... 4  
EAU DE Puits/CITERNES NON PROTÉGÉS (□ 31) ..... 5  
PUITS/CITERNES PUBLICS (□ 31) ..... 6  
EAU DE SURFACE : SOURCE (□ 31) ..... 7  
EAU DE SURFACE : RIVIÈRE/RUISSEAU (□ 31) ..... 8  
EAU DE SURFACE : MARE/LAC (□ 31) ..... 9  
EAU DE PLUIE, CITERNE (□ 32) ..... 10  
CAMION CITERNE (□ 30) ..... 11  
EAU EN BOUTEILLE (□ 30) ..... 12  
AUTRE(PRÉCISER) (□ 30) ..... 13  
NE SAIS PAS ..... 99

30. AVEZ-VOUS UN COMPTEUR : ☐

INDIVIDUEL ..... 1  
COLLECTIF ..... 2

31. QUEL A ÉTÉ LE DERNIER MONTANT DE LA DERNIÈRE FACTURE D'EAU POUR VOTRE MÉNAGE (SEULEMENT VOTRE PART SI LE COMPTEUR EST COLLECTIF OU LA FACTURE PARTAGÉE) OU LE MONTANT PAYÉ À UN VENDEUR PRIVÉ(FC) ?

MONTANT :

UNITÉ DE TEMPS :

32. A QUELLE DISTANCE DE VOTRE DOMICILE SE TROUVE CETTE SOURCE D'EAU POUR BOIRE (MÈTRES) ?	<input type="text"/>	39. CE GENRE DE TOILETTE EST-IL :	<input type="text"/>
		UTILISÉ UNIQUEMENT PAR CE MÉNAGE	1
33. VENDEZ-VOUS DE L'EAU À QUELQU'UN D'AUTRE ?	<input type="text"/>	PARTAGÉ	2
OUI	1		
NON ( <input type="checkbox"/> 34)	2	40. QUELLE EST LA PRINCIPALE SOURCE D'ÉCLAIRAGE DE VOTRE LOGEMENT ?	<input type="text"/>
34. DANS LES DEUX DERNIÈRES SEMAINES, COMBIEN D'ARGENT AVEZ-VOUS REÇU POUR L'EAU QUE VOUS AVEZ VENDUE (FC) ?	<input type="text"/>	ELECTRICITÉ	1
MONTANT :		GÉNÉRATEUR INDIVIDUEL ( <input type="checkbox"/> 43)	2
		GÉNÉRATEUR COLLECTIF ( <input type="checkbox"/> 43)	3
35. QUEL EST LE PRINCIPAL MODE D'APPROVISIONNEMENT EN EAU QU'UTILISE VOTRE MÉNAGE POUR FAIRE LA LESSIVE ET SE Baigner ?	<input type="text"/>	LAMPE À PÉTROLE/GAZ ( <input type="checkbox"/> 43)	4
EAU DU ROBINET DANS LE LOGEMENT/COUR/CONCESSION	1	BOUGIES/TORCHES ( <input type="checkbox"/> 43)	5
ROBINET PUBLIC	2	NÉANT ( <input type="checkbox"/> 43)	6
EAU DE Puits DANS LE LOGEMENT/COUR/CONCESSION	3	41. AVEZ-VOUS UN COMPTEUR :	<input type="text"/>
Puits PUBLIC	4	COLLECTIF	1
EAU DE SURFACE : SOURCE	5	INDIVIDUEL	2
EAU DE SURFACE : RIVIÈRE/RUISSEAU	6	42. QUEL ÉTAIT LE DERNIER MONTANT DE VOTRE FACTURE D'ÉLECTRICITÉ POUR VOTRE MÉNAGE(FC) ?	<input type="text"/>
EAU DE SURFACE : MARE/LAC	7	MONTANT :	<input type="text"/>
EAU DE PLUIE	8	43. A COMBIEN DE MOIS DE CONSOMMATION CORRESPOND CETTE FACTURE ?	<input type="text"/>
CAMION CITERNE	9	Mois :	<input type="text"/>
AUTRE(PRÉCISER)	10	44. QUEL EST LE COMBUSTIBLE LE PLUS SOUVENT UTILISÉ PAR LE MÉNAGE POUR LA PRÉPARATION DES REPAS ?	<input type="text"/>
36. CE MODE D'APPROVISIONNEMENT POUR FAIRE LA LESSIVE ET LE BAIN EST-IL :	<input type="text"/>	Bois	1
UTILISÉ UNIQUEMENT PAR CE MÉNAGE	1	CHARBON DE BOIS ( <input type="checkbox"/> SECTION 3)	2
PARTAGÉ	2	GAZ ( <input type="checkbox"/> SECTION 3)	3
37. COMMENT VOTRE MÉNAGE SE DÉBARRASSE-T-IL LE PLUS SOUVENT DE SES ORDURES ?	<input type="text"/>	PÉTROLE ( <input type="checkbox"/> SECTION 3)	4
RAMASSÉES PAR UN CAMION D'ORDURES	1	ELECTRICITÉ ( <input type="checkbox"/> SECTION 3)	5
JETÉES	2	AUTRE- PRÉCISER ( <input type="checkbox"/> SECTION 3)	6
BRÛLÉES	3	45. COMMENT LE MÉNAGE S'APPROVISIONNE-T-IL EN BOIS ?	<input type="text"/>
ENTERRÉES	4	CUEILLETTE/RAMASSAGE	1
NE SONT PAS JETÉES/RESTENT PAR TERRE	5	ACHAT ( <input type="checkbox"/> SECTION 3)	2
38. QUEL GENRE DE TOILETTES (W.C.) AVEZ-VOUS DANS VOTRE MÉNAGE ?	<input type="text"/>	46. QUELLE EST LA DISTANCE ET LE TEMPS NÉCESSAIRES POUR ALLER CHERCHER LE BOIS ?	
CHASSE D'EAU PERSONNELLE	1	DISTANCE (Km): <input type="text"/>	TEMPS HEURES: <input type="text"/>
CHASSE D'EAU EN COMMUN	2	TEMPS MINUTES: <input type="text"/>	
FOSSE/LATRINES RUDIMENTAIRES	3	47. QUELLE EST LA FRÉQUENCE DE RAMASSAGE DU BOIS ?	
FOSSE/LATRINES AMÉLIORÉES	4	NOMBRE DE FOIS: <input type="text"/>	UNITÉ DE TEMPS: <input type="text"/>
TROU OUVERT	5		
SCEAU	6		
PAS DE TOILETTES/NATURE	7		
AUTRE(PRÉCISER)	8		

## SECTION 3 : EDUCATION - *PARTIE A : EDUCATION GÉNÉRALE -*

[INTÉRESSÉS : MEMBRES DU MÉNAGE DE 3 ANS ET PLUS, Y COMPRIS LES ABSENTS, MEMBRES DU MÉNAGE - VOIR SECTION 1.A. QUESTION 13]

Co de	CODE ID	1. EST-CE QUE [NOM] A DÉJÀ FRÉQUENTÉ L'ÉCOLE [Y COM- PRIS MATER- NELLE & CENTRE DE FORMATION]?	2. QUELLE A ÉTÉ LA DERNIÈRE CLASSE TERMINÉE ?  [CODE DE SCOLARI- SATION]	3. QUEL EST LE CERTIFI- CAT OU DIPLOME LE PLUS ÉLEVÉ OBTENU ?  [CODE DES DIPLOME]	4. EST-CE QUE [NOM] A FRÉ- QUENTÉ L'ÉCO- LE CORANI- QUE?  POUR >30 ANS SI Q2<8 OU Q3=1 □ 38 SI Q2>7 OU Q3>2 □ 42  SI<30 ANS □ 5 OUI ..... 1 NON ..... 2 (SI Q1=2□ 38)	5. EST-CE QUE [NOM] A FRÉ- QUENTÉ L'ÉCOLE AU COURS DES 12 DERNIERS MOIS ?  OUI ..... 1 NON ..... 2 (□ 8)	6. QUELLE A ÉTÉ LA CLASSE FRÉQUEN- TÉE (LA PLUS HAUTE)?  [CODE DE SCOLARI- SATION]	7. QUEL TYPE D'ÉTABLISSE- MENT [NOM] A FRÉQUENTÉ ?  PUBLIC .... 1 PRIVÉ ..... 2 ÉCOLE CORANIQUE 3 MEDERSA .. 4 AUTRE ..... 5 (PRÉCISER) (□ 9)	8. POURQUOI N'A-T- IL PAS ÉTÉ À L'ÉCOLE LES 12 DERNIERS MOIS?  RENVOI ..... 1 FIN ÉTUDES .. 2 TRAVAIL ..... 3 CÔÛT ..... 4 REFUS DES PARENTS ..... 5 ABSENCE D'ÉCOLE ..... 6 ABANDON ..... 7 AUTRE ..... 8 (Q5=2 ET Q8=2 □ Q16)	9 COMBIEN DE TEMPS VOUS FAUT-IL CHAQUE JOUR POUR ALLER À L'ÉCOLE ET EN REVE- NIR?  H. MIN.	10. COMBIEN A ÉTÉ DÉPENSÉ PAR VOTRE MÉNAGE AU COURS DES 12 DERNIERS MOIS POUR L'ÉDUCATION DE [NOM] POUR :  [ÉCRIRE 0 SI RIEN N'A ÉTÉ DÉPENSÉ ET NSP SI LE MONTANT N'EST PAS CONNU. SI SEUL LE MONTANT GLOBAL EST CONNU, ÉCRIRE CE DERNIER EN H, ET NSP PARTOUT AILLEURS. ECRIRE EN FC].	A. COTISA- TIONS DES PARENTS D'ÉLÈ- VES	B. UNIFOR- MES ET TENUES POUR LE SPORT	C. LIVRES ET FOUR- NITURES SCOLAI- RES	D. TRANS- PORTS SCOLAI- RES	E. CANTI- NE, NOU- RRITURE ET LOGE- MENT	F. FRAIS DE SCOLA- RITÉ ET D'INS- CRPTION	G. AUTRES (CLUBS ET MANI- FESTA- TIONS)	H. TOTAL (SEU- LEMENT SI ABSEN- CE DE DÉTAIL)
01																			
02																			
03																			
04																			
05																			
06																			
07																			
08																			
09																			
10																			
11																			
12																			
13																			
14																			
15																			

### SECTION 3 : EDUCATION - PARTIE A : EDUCATION GÉNÉRALE (SUITE)

Co DE ID	CODE DE LA PERSONNE EN- QUÊ- TÉE	11. QUI PAYE LA MAJORITÉ DES DÉPENSES SCO- LAIRES ENGAGÉES ?	12. AVEZ-VOUS REÇU UNE BOURSE AU COURS DES 12 DERNIERS MOIS ?	13. A COMBIEN S'EST ÉLEVÉE CETTE BOURSE POUR LES 12 DERNIERS MOIS ?	14. COMBIEN D'HEURES DE CLASSE AVEZ- VOUS MANQUÉ LA SEMAINE DERNIÈRE ?  [SI C'ÉTAIT LES VACANCES, INSCRIVEZ 0]	15. EST-CE [NOM] A FRÉQUENTÉ L'ÉCOLE L'ANNÉE DERNIÈRE [DEPUIS LE MOIS DE SEPTEMBRE 2001] ?	16. AVEZ-VOUS TERMINÉ VOS ÉTUDES ?
		PÈRE ..... 1 MÈRE ..... 2 LES DEUX ..... 3 AUTRES MEMBRE DU MÉNAGE ..... 4 AUTRE PARENTS ... 5 AUTRE NON APPARENTÉ ..... 6	OUI ..... 1 NON ..... 2	MONTANT (FC)	HEURES	OUI ..... 1 NON ..... 2	OUI ..... 1 NON ..... 2
01							
02							
03							
04							
05							
06							
07							
08							
09							
10							
11							
12							
13							
14							
15							

CODE SCOLARISATION	CODE DIPLOME
<CP1 ..... 1	AUCUN ..... 1
CP1 ..... 2	CEPE ..... 2
CP2 ..... 3	BEPC ..... 3
CE1 ..... 4	BAC ..... 4
CE2 ..... 5	LICENCE ..... 5
CM1 ..... 6	MAÎTRISE ..... 6
CM2 ..... 7	DOCTORAT ..... 8
6E ..... 8	DIPLOME TECHNIQUE
5E ..... 9	OU PROFESSIONNEL . 9
4E ..... 10	AUTRE ..... 10
3E ..... 11	(PRÉCISER)
2E ..... 12	
1E ..... 13	
TER ..... 14	
U1 ..... 15	
U2 ..... 16	
U3 ..... 17	
U4 ..... 18	
>U4 ..... 19	
PROF AVANT CEPE ..... 20	
PROF. SEC. APRÈS CEPE . 21	
PROF. SEC. APRÈS BEPC 22	
NSP ..... 99	

## SECTION 3 : EDUCATION - *PARTIE B : CURSUS*

Co DE ID	Co DE ID DE LA PER- SON- NE EN- QUÊ- TÉE	PARTIE B : CURSUS PRIMAIRE							PARTIE B : CURSUS SECONDAIRE							PARTIE B : CURSUS TECHNIQUE			
		17. QUELLE A ÉTÉ LA CLASSE DU PRIMAIRE LA PLUS HAUTE ACHEVÉE?  [CODE DE SCOLARI- SATION]	18. AVEZ-VOUS EU UNE IN- TERRUPTION DE PLUS D'UN TRI- MESTRE PENDANT VOS ÉTU- DES ?	19. QUELLE A ÉTÉ LA DURÉE DE CETTE IN- TERRUP- TION ?	20. AVEZ-VOUS REDOUBLÉ UNE CLASSE À L'ÉCOLE PRIMAIRE ?	21. COMBIEN DE FOIS AVEZ-VOUS EN TOUT REDOUBLÉ À L'ÉCOLE PRIMAIRE ?	22. LE DERNIER ÉTABLISSE- MENT PRIMAIRE FRÉQUENTÉ ÉTAIT-IL :  PUBLIC .... 1 PRIVÉ .... 2 ÉCOLE CORANIQUE 3 AUTRE .... 4	23. AVEZ- VOUS OB- TENU UN CERTIFI- CAT D'ÉTU- DES PRI- MAIRES?	24. AVEZ-VOUS FRÉQUENTÉ UNE ÉCOLE SECONDAIRE :  GÉNÉRALE SEULE- MENT ..... 1 TECHNIQUE SEULEMENT 2 ([] 32) LES DEUX .. 3 AUCUNE ... 4 ([] 38)	25. QUELLE A ÉTÉ LA CLA- SSE DU SE- CONDAIRE :  [CODE SCO- LARISATION]	26. AVEZ- VOUS RE- DOUBLÉ UNE CLAS- SE DU SE- CONDAI- RE?	27. COMBIEN DE FOIS EN TOUT AVEZ- VOUS REDOU- BLÉ ?	28. QUEL EST LE BREVET OU LE DIPLOME LE PLUS ÉLEVÉ OBTENU ?	29. LE DERNIER ÉTABLISSE- MENT SECON- DAIRE FRÉ- QUENTÉ ÉTAIT- IL ?  [CODE DI- PLOME]	30. AVEZ-VOUS FRÉQUENTÉ UNE ÉCOLE SECON- DAIRE TECHNIQUE OU PROFES- SIONNEL- LE ?	31. QUELLE EST LA CLASSE LA PLUS HAUTE ACHEVÉE DE L'ENSEI- GNEMENT TECHNIQUE OU PROFE- SSIONNEL.?	32. QUEL EST LE CERTIFI- CAT OU DIPLOME LE PLUS ÉLEVÉ OBTÉ- NU?	33. CET ÉTABLIS- SEMENT TECH- NIQUE OU PROFESSION- NEL ÉTAIT-IL ?	
01																			
02																			
03																			
04																			
05																			
06																			
07																			
08																			
09																			
10																			
11																			
12																			
13																			
14																			
15																			

# SECTION 3 EDUCATION - PARTIE B : CURSUS/PARTIE C : ALPHABÉTISATION-APPRENTISSAGE

Co DE	Co DE	PARTIE B : CURSUS UNIVERSITAIRE				PARTIE C : ALPHABÉTISATION-APPRENTISSAGE												
		34. AVEZ- VOUS FRÉ- QUENTÉ UN ÉTA- BLISSE- MENT D'ENSEI- GNEMENT SUPÉ- RIEUR ?	35. PEN- DANT COM- BIEN D'AN- NÉES ?	36. DE QUEL TYPE ÉTAIT CET ÉTA- BLISSEMENT ?  ECOLE NORMALE ... 1 UNIVERSITÉ ... 2 ECOLE SUPÉRIEURE TECHNIQUE ... 3 AUTRES ... 4 (PRÉCISEZ)	37. QUEL EST LE DIPLOME LE PLUS ÉLEVÉ QUE VOUS AVEZ OBTENU ?  [CODE] (□ 42)	38. POUVEZ- VOUS LIRE UN PETIT TEXTE COMME UNE LETTRE ?  OUI, ARABE 1 OUI, COMO- ARABE ... 2 OUI, FRANÇAIS ... 3 OUI, AUTRE LANGUE ... 4 NON ... 5 (□ 40)	39. POUVEZ- VOUS ÉCRIRE UNE LETTRE ?  OUI, ARABE 1 OUI, COMO- ARABE ... 2 OUI, FRANÇAIS ... 3 OUI, AUTRE LANGUE ... 4 NON ... 5 (□ 41)	40. AVEZ- VOUS SUIVI UN COURS D'AL- PHA- BÉTISA- TION ?  OUI, ARABE 1 OUI, COMO- ARABE ... 2 OUI, FRANÇAIS ... 3 OUI, AUTRE LANGUE ... 4 NON ... 5 (□ 41)	41. POUVEZ- VOUS FAIRE DES CALCULS PAR ÉCRIT ?  OUI, ARABE 1 OUI, COMO- ARABE ... 2 OUI, FRANÇAIS ... 3 OUI, AUTRE LANGUE ... 4 NON ... 5 (□ 41)	42. ÊTES-VOUS OU AVEZ- VOUS ÉTÉ EN APPRENTIS- SAGE ?  OUI, À PRÉSENT 1 OUI, DANS LE PASSÉ 2 NON ... 3 (□ 47)	43. DEPUIS COMBIEN DE TEMPS AVEZ-VOUS ÉTÉ, OU ÊTES-VOUS EN APPREN- TISSAGE ?  ANS MOIS	44. QUEL MÉTIER PRINCIPAL AVEZ- VOUS APPRIS ?  MENUISIER ... 1 MAÇON ... 2 COUTURIER ... 3 PÊCHEUR ... 4 MÉCANICIEN ... 5 ELECTRICIEN/ ÉLECTRONICIEN 6 PEINTRE ... 7 AUTRE (PRÉCISER) ... 8	45. AVEZ-VOUS PAYÉ POUR CETTE FORMATION ?  OUI, EN NATURE ... 1 OUI, EN ESPÈCES ... 2 OUI, LES DEUX ... 3 NON ... 4 (□ 47)	46. COMBIEN AVEZ- VOUS PAYÉ ?  MONTANT (FC)	47. AVEZ-VOUS PARTICIPÉ À DES STAGES DE COURTE DURÉE (MOINS DE 6 MOIS) ?  OUI ... 1 NON ... 2	48. PENDANT COMBIEN DE MOIS EN TOUT AVEZ- VOUS SUIVI CES STAGES ?  MOIS	49. QUEL ÉTAIT LE SUJET PRINCIPAL DE CETTE FORMA- TION ?  ADMINISTRATION 1 GESTION ... 2 INFORMATIQUE ... 3 MARKETING ... 4 ENSEIGNEMENT 5 MÉDECINE ... 6 AUTRE ... 7 (PRÉCISER)	
01																		
02																		
03																		
04																		
05																		
06																		
07																		
08																		
09																		
10																		
11																		
12																		
13																		
14																		
15																		

## SECTION 4 : SANTÉ - PARTIE A : SITUATION SANITAIRE AU COURS DES DEUX DERNIÈRES SEMAINES

[INTÉRESSÉS : TOUS LES MEMBRES DU MÉNAGE]

Co DE ID	Co DE ID	1. AU COURS DES DEUX DERNIÈRES SEMAINES, AVEZ-VOUS SOUFFERT D'UNE MALADIE OU D'UNE BLESSURE ?	2. QUELLE A ÉTÉ CETTE MALADIE ?  [CODE DES MALADIES]	3. DEPUIS QUAND CETTE MALADIE/ BLESSURE A- T-ELLE COMMENCÉ ?  2 DERNIÈRES SEMAINES . 1 2-4 SEMAI- NES . . . . 2 1-6 MOIS . 3 8-12 MOIS 4 > 1 AN . . 5	4. AU COURS DES DEUX DERNIÈRES SEMAINES, COMBIEN DE JOURS AVEZ- VOUS ÉTÉ MALADE OU BLESSÉ ?	5. AU COURS DES DEUX DERNIÈ- RES SEMAINES, AVEZ-VOUS DÛ INTERROMPRE VOS ACTIVITÉS À CAUSE DE CETTE MALADIE OU BLESSURE ?	6. PENDANT COMBIEN DE JOURS ?	7. AU COURS DES DEUX DERNIÈRES SEMAINES, AVEZ-VOUS CONSULTÉ UN MÉDECIN, VISITÉ UN CENTRE DE SANTÉ, OU VU UN GUÉRIS- SEUR	8. AU COURS DE CETTE VISITE, QUI AVEZ-VOUS CONSULTÉ ?	9. QUELLE A ÉTÉ LA RAISON DE CETTE CONSULTATION [OU DE LA CONSULTA- TION LA PLUS RÉCENTE, SI PLUSIEURS]	10. OÙ LA CONSULTA- TION A-T-ELLE EU LIEU ?	11. S'AGISSAIT-IL D'UNE CON- SULTATION PRIVÉE OU PUBLIQUE ?	12. COMBIEN AVEZ- VOUS PAYÉ POUR LA CON- SULTATION ?	13. COMBIEN AVEZ-VOUS PAYÉ POUR ALLER ET VENIR DE CETTE CONSUL- TATION ?
		NON . . . . . 1 (□ 7) MALADIE . . . . 2 BLESSURE . . . 3 LES DEUX . . . 4				OUI . . . . . 1 NON . . . . . 2 (□ 7)		OUI . . . . . 1 NON . . . . . 2 (□ 18)	GUÉRISSEUR . 1 MÉDECIN . . . . 2 DENTISTE . . . . 3 INFIRMIÈRE . . . 4 PHARMACIEN . . 5 SAGE-FEMME . . 6 AUTRE (PRÉCISER) . . . 7	BILAN . . . . . 1 MALADIE . . . . . 2 BLESSURE . . . . 3 VACCINATION . . . 4 SOINS PRÉNATALS 5 SOINS POST- NATALS . . . . . 6 AUTRE (PRÉCISER) . . . 7	HÔPITAL . . . . . 1 DISPENSARE . . . 2 PHARMACIE . . . . 3 CLINIQUE . . . . . 4 CENTRE PMI . . . 5 MATERNITÉ . . . . 6 CHEZ LA PERSONNE CONSULTÉE . . . . 7 CHEZ LE MALADE . 8 AUTRE (PRÉCISER) . . . 9	PUBLIQUE . . . . 1 PRIVÉE . . . . . 2	MONTANT (FC)	MONTANT (FC)
01														
02														
03														
04														
05														
06														
07														
08														
09														
10														
11														
12														
13														
14														
15														



SECTION 4 : SANTÉ - PARTIE A : SITUATION SANITAIRE AU COURS DES DEUX DERNIÈRES SEMAINES (SUITE)

[INTÉRESSÉS : TOUS LES MEMBRES DU MÉNAGE]

Co de ID DE LA PER- SON NE EN- QUÊ- TÉE	Cod ID	14.	15.	16.	17.	18.	19.	20.	21.				
		COMBIEN DE TEMPS VOUS A-T-IL FALLU POUR LE TRAJET DE LA CONSULTATION ?	AU COURS DES DEUX DERNIÈRES SEMAINES, [NOM] A SÉJOURNÉ DANS UN HÔPITAL OU UN CENTRE MÉDICAL POUR MALADIE OU BLESSURE ?	COMBIEN DE NUITS [NOM] A PASSÉ À L'HÔPITAL OU AU CENTRE MÉDICAL AU COURS DES DEUX DERNIÈRES SEMAINES ?	COMBIEN [NOM] A PAYÉ, OU AUREZ À PAYER POUR LE TEMPS PASSÉ À L'HÔPITAL OU LE CENTRE MÉDICAL AU COURS DES DEUX DERNIÈRES SEMAINES ?	AU COURS DES 12 DERNIERS MOIS, [NOM] A ÉTÉ HOSPITALISÉ À CAUSE DE MALADIE OU BLESSURE ?	AU COURS DES DEUX DERNIÈRES SEMAINES, [NOM] A-T-IL ACHETÉ DES MÉDICAMENTS OU DES FOURNITURES MÉDICALES ?	COMBIEN [NOM] A PAYÉ POUR CES MÉDICAMENTS ET CES FOURNITURES MÉDICALES ?	QUI A PAYÉ CES DÉPENSES [ Y COMPRIS LES CONSULTATIONS ET LES SÉJOURS À L'HÔPITAL SI CELA A ÉTÉ LE CAS] ?				
		JOURS	HEURES	NUITS	MONTANT (FC)	MONTANT (FC)	MONTANT (FC)	MONTANT (FC)	CODER EN 10 <sup>e</sup> : LA SOMME EN LIGNE DES CONTRIBUTIONS = 10				
									1	2	3	4	5
01													
02													
03													
04													
05													
06													
07													
08													
09													
10													
11													
12													
13													
14													
15													

CODE DES MALADIES :													
INFECTIONS RESPIRATOIRES													
AIGUES . . . . . 1													
DIARRHÉES . . . . . 2													
PALUDISME . . . . . 3													
PLAIES ET BRÛLURES . . . . 4													
INFECTIONS GÉNITAUX-													
URINAIRES . . . . . 5													
AFFECTIONS													
OPHTALMIQUES . . . . . 6													
AFFECTIONS													
RHUMATISMALES . . . . . 7													
AFFECTIONS DENTAIRES . . . 8													
PARASITOSE													
INTESTINALES . . . . . 9													
ANÉMIE . . . . . 10													
AUTRE (PRÉCISER) . . . . . 11													
NSP . . . . . 12													

## SECTION 4 : SANTÉ - *PARTIE B* : SOINS PRÉNATALS ET VACCINATIONS AU COURS DES 12 DERNIERS MOIS

[INTÉRESSÉS : ENFANTS DE 7 ANS ET MOINS - PERSONNE INTERVIEWÉE : MÈRE OU L'ADULTE DU MÉNAGE EN CHARGE DES ENFANTS]

Co DE ID	Co DE ID DE LA PER- SON NE EN- QUÊ- TÉE	1. EST-CE QUE [NOM] A ÉTÉ VACCINÉ ?	2. Y-A-T-IL UN CERTIFICAT OU UN CARNET DE VACCINATION POUR [NOM] ?	3. REPORTEZ LES RENSEIGNEMENTS MENTIONNÉS SUR LE CARNET OU LE CERTIFICAT DE VACCINATION										4. L'UN DE CES VACCINS A-T-IL ÉTÉ DONNÉ À [NOM] AU COURS DES 12 DERNIERS MOIS ?										5. OÙ CETTE VACCINATION A-T- ELLE EU LIEU ?	6. COMBIEN AVEZ-VOUS DÙ PAYER POUR CETTE VACCINATION?  ( <input type="checkbox"/> PERSONNE SUIVANTE)  CENTRE MÉDICAL 1 HÔPITAL ..... 2 PRIVÉ ..... 3 CAMPAGNE ..... 4 ÉCOLE ..... 5 (FC)	7. POURQUOI [NOM] N'A PAS ÉTÉ VACCINÉ ?  TROP JEUNE ..... 1 MAL INFORMÉ ..... 2 PAS DE CENTRE MÉDICAL ..... 3 CENTRE MÉDICAL ÉLOIGNÉ ..... 4 PAS DE MOYENS ..... 5 PAS DE VACCINS ..... 6 AUTRES ..... 7 ( <input type="checkbox"/> PERSONNE SUIVANTE)		
				CODE :										CODE :														
				TYPES DE VACCINS										TYPES DE VACCINS														
		OUI ..... 1 ( <input type="checkbox"/> 3)	NON ..... 2 ( <input type="checkbox"/> 7)	OUI ..... 1 ( <input type="checkbox"/> 3)	NON ..... 2 ( <input type="checkbox"/> 4)	POLIO			DTCoq			BCG	ROU- GEOLE	POLIO				DTCoq			BCG	ROU- GEOLE						
				0	1	2	3	1	2	3	1			2	3	4	1	2	3									
01																												
02																												
03																												
04																												
05																												
06																												
07																												
08																												
09																												
10																												
11																												
12																												
13																												
14																												
15																												

## SECTION 4 : SANTÉ - *PARTIE C : SOINS POST-NATALS*

[INTÉRESSÉS : ENFANTS DE 5 ANS ET MOINS - PERSONNE INTERVIEWÉE : MÈRE OU L'ADULTE DU MÉNAGE EN CHARGE DES ENFANTS]

Co DE ID	Co DE ID	1. AVEZ-VOUS AMENÉ [NOM] À UN CENTRE MÉDICAL POUR DES SOINS POST-NATALS AU COURS DES 12 DERNIERS MOIS ?	2. COMBIEN DE FOIS A-T-IL ÉTÉ AMENÉ À LA CONSULTA- TION ?	3. AVEZ-VOUS DÛ PAYER POUR LA CONSULTATION ?	4. COMBIEN PAYAIT-VOUS EN GÉNÉRAL POUR UNE CONSULTA- TION ?	5. AVEZ-VOUS ALLAITÉ [NOM] ?	6. À QUEL ÂGE A-T- IL/ELLE ÉTÉ SEVRÉ(E) ?  [INSCRIVEZ L'ÂGE EN MOIS]  [SI ENCORE ALIMENTÉ = 99]  [VÉRIFIEZ QUE LA Q14 DE D = 1]	7. À QUELLE ÂGE A-T- IL/ELLE REÇU(E) UNE ALIMENTATION LIQUIDE (SAUF L'EAU) AUTRE QUE LE LAIT MATERNEL POUR LA PREMIÈRE FOIS ?  [INSCRIVEZ L'ÂGE EN MOIS]  [SI PAS ENCORE=99]	8. À QUEL ÂGE A-T- IL/ELLE REÇU(E) DE L'EAU PURE POUR LA PREMIÈRE FOIS ?  [INSCRIVEZ L'ÂGE EN MOIS]	9. À QUELLE ÂGE A-T- IL/ELLE REÇU(E) UNE ALIMENTATION SOLIDE AUTRE QUE LE LAIT MATERNEL POUR LA PREMIÈRE FOIS ?  [INSCRIVEZ L'ÂGE EN MOIS]  [SI PAS ENCORE=99]	10. L'ENFANT [NOM] PARTICIPE-T- IL/ELLE À UN PROGRAMME ALIMENTAIRE DE LA COMMU- NAUTÉ ?	11. QUI S'OCCUPE LE PLUS SOUVENT DE [NOM] PENDANT LA JOURNÉE ?  ADULTE MASCULIN . 1 ADULTE FÉMININ . . . 2 ENFANT MASCULIN . 3 ADULTE FÉMININ . . . 4 AUTRE . . . . . 5 (SPÉCIFIER)
01		OUI . . . . . 1 NON . . . . . 2 (□ 5)	NOMBRE DE Fois	OUI . . . . . 1 NON . . . . . 2 (□ 5)	MONTANT (FC)	OUI . . . . . 1 NON . . . . . 2 (□ 9)	Mois	Mois	Mois	Mois	OUI . . . . . 1 NON . . . . . 2	
02												
03												
04												
05												
06												
07												
08												
09												
10												
11												
12												
13												
14												
15												

## SECTION 4 : SANTÉ - PARTIE D : FÉCONDITÉ - SOINS PRÉNATALS - CONTRACEPTION

[PERSONNE INTERVIEWÉE : FEMMES 15-49 ANS - CHAQUE FEMME DOIT RÉPONDRE ELLE-MÊME]

Co de ID	Co de ID  DE LA PER- SON NE EN- QUÊ- TÉE	1. AVEZ-VOUS DÉJÀ ÉTÉ ENCEINTE ?	2. AVEZ-VOUS DÉJÀ DONNÉ UN ENFANT À [MÊME S'IL N'A VÉCU QUE QUELQUES HEURES] ?	3. COMBIEN DE FILLES AVEZ-VOUS EU ?	4. COMBIEN DE GARÇONS AVEZ-VOUS EU ?	5. JE VOUDRAIS ÊTRE SÛR. VOUS AVEZ BIEN EU [NOMBRE D'ENFANTS] AU TOTAL ?  [Q3 + Q4]	6. COMBIEN DE FILLES SONT ENCORE VIVANTES ?	7. COMBIEN DE GARÇONS SONT ENCORE VIVANTS ?	8. AVEZ-VOUS EU D'AU- TRES GROS- SESSES QUI NE SE SONT PAS TERMI- NÉES PAR DES NAIS- SANCES VIVANTES ?	9. COMBIEN DE GROS- SESSES DE CE GENRE AVEZ-VOUS EU ?	10. ÊTES- VOUS ENCEINTE ACTUEL- LEMENT ?	11. AU COURS DES 12 DERNIERS MOIS, AVEZ- VOUS ÉTÉ ENCEINTE ?	12. COMMENT CETTE GROSSESSE S'EST-ELLE TERMINÉE ?  NAISSANCE VIVANTE 1 MORT-NÉ ..... 2 (>7 MOIS □ 15) FAUSSE-COUCHE .. 3 (□ 15) AUTRE ..... 4 (PRÉCISER)	13. CET ENFANT EST-IL ENCORE VIVANT ?	14. ALLAITEZ- VOUS ACTUELLE- MENT ?	15. PENDANT CETTE GROSSESSE AVEZ- VOUS REÇU DES SOINS PRÉNATALS ?
01		OUI .... 1 NON .... 2 (□ 21)	OUI .... 1 NON .... 2 (□ 8)	FILLES	GARÇONS	TOTAL	FILLES	GARÇONS	OUI .... 1 NON .... 2 (□ 10)	MORTS- NÉS (□ 15)	OUI ... 1 (□ 15) NON ... 2 (□ 21)	OUI .... 1 NON .... 2 (□ 21)	1 2 3 4	OUI .... 1 NON .... 2 (□ 15)	<b>VÉRIFIEZ PARTIE 4C, Q6]</b>	OUI ..... 1 NON ..... 2 (□ 20)
02																
03																
04																
05																
06																
07																
08																
09																
10																
11																
12																
13																
14																
15																

## SECTION 4 : SANTÉ - PARTIE D : FÉCONDITÉ - SOINS PRÉNATALS - CONTRACEPTION (SUITE ET FIN)

[PERSONNE INTERVIEWÉE : FEMMES 15-49 ANS - CHAQUE FEMME DOIT RÉPONDRE ELLE-MÊME]

Co DE ID	Co DE ID DE LA PER- SON NE EN- QUÊ- TÉE	16. OÙ AVEZ-VOUS REÇU CES SOINS ?	17. QUI VOUS A PRODIGUÉ CES SOINS ?	18. COMBIEN DE FOIS ÊTES VOUS ALLÉ À LA CONSULTA- TION ?	19. COMBIEN AVEZ- VOUS PAYÉ POUR LA PREMIÈRE CONSULTATION PRÉNATALE ?  ( <input type="checkbox"/> 21)	20. POUR QUELLE RAISON N'ÊTES VOUS PAS ALLÉE À LA CONSULTATION?  MANQUE DE MOYENS ... 1 PAS DE CENTRE MÉDICAL 2 CENTRE MÉDICAL TROP ÉLOIGNÉ ... 3 PAS NÉCESSAIRE ... 4 AUTRE (PRÉCISER) ... 5	21. UTILISEZ-VOUS ACTUELLEMENT [VOUS OU VOTRE PARTENAIRE] UN MOYEN DE CONTRÔLE DES NAISSANCE?  OUI ... 1 NON ... 2  [SI NON <input type="checkbox"/> PERSONNE SUIVANTE]	22. QUELLE MÉTHODE DE CONTRÔLE PRINCIPALE UTILISEZ-VOUS ACTUELLEMENT ? PILULE ... 1 PRÉSERVATIF ... 2 UID ... 3 INJECTION ... 4 LAVEMENT ... 5 AUTRE MÉTHODE SCIENTIFIQUE ... 6 CONTINGENCE PÉRIODIQUE ... 7 RETRAIT ... 8 ABSTINENCE ... 9 STÉRILISATION : FEMMES ... 10 HOMMES ... 11 AUTRE (PRÉCISER) ... 12	23. Si Q22=1 À 4, 6, 10 & 11, POSEZ :  COMBIEN AVEZ-VOUS PAYÉ POUR CELA AU COURS DU DERNIER MOIS ?  MONTANT (FC)	24. Si Q22= 1 À 4, 6, 10 & 11, POSEZ :  OÙ AVEZ-VOUS OBTENU CE MOYEN CONTRACEPTIF ?  CLINIQUE PRIVÉE 1 CENTRE DE SOINS PRÉNATALS ... 2 HÔPITAL ... 3 MATERNITÉ ... 4 CHEZ LE PRATICIEN 5 ASCOBEF ... 6 AUTRE ... 7 (SPÉCIFIER)
01										
02										
03										
04										
05										
06										
07										
08										
09										
10										
11										
12										
13										
14										
15										

**[PERSONNES INTERVIEWÉES : HOMMES/FEMMES DE 15 ANS ET PLUS - CHAQUE MEMBRE DOIT RÉPONDRE POUR LUI-MÊME]**

## 4.7

## SECTION 5 : OCCUPATIONS ET EMPLOI DU TEMPS - PARTIE A : LISTE DES OCCUPATIONS DES 12 DERNIERS MOIS

[INTÉRESSÉS : TOUS LES MEMBRES DU MÉNAGE DE 7 ANS ET PLUS]

C'EST-À-DIRE DEPUIS : Mois :  ANNÉE :

Co DE ID	Co DE ID	1. AU COURS DES 12 DERNIERS MOIS, AVEZ- VOUS TRAVAILLÉ POUR UN SALAIRE OU TOUTE AUTRE FORME DE RÉMUNÉRA- TION ?	2. AU COURS DES 12 DERNIERS MOIS, AVEZ- VOUS EU DE L'ARGENT (OU UN PAIEMENT EN NATURE) GRÂCE À UN EMPLOI À PROPRE COMPTE, PAR EXEMPLE UNE ACTIVITÉ COM- MERCIALE ?	3. AU COURS DES 12 DERNIERS MOIS, AVEZ- VOUS TRAVAILLÉ DANS UNE FERME, SUR UN CHAMP OU GARDÉ UN TROUPEAU?	4. AU COURS DES 12 DERNIERS MOIS, AVEZ- VOUS TRAVAILLÉ SANS ÊTRE RÉMUNÉRÉ POUR UNE ENTREPRISE APPARTENANT À UN MEMBRE DE VOTRE FAMILLE?	5. AU COURS DES 12 DERNIERS MOIS, À QUEL GENRE DE TRAVAIL AVEZ-VOUS CONSACRÉ LE PLUS DE TEMPS ?  [INSCRIRE L'OCCUPATION ET LE CODE DANS LA LISTE DES OCCUPATIONS (PROFESSIONS) - CITO-88]	6. AU COURS DES 12 DERNIERS MOIS, AVEZ- VOUS EX- ERCÉ UN AUTRE GENRE DE TRAVAIL (EN DEHORS DE L'OCCUPA- TION PRIN- CIPALE) ?	7. DÉCRIRE LA NATURE DU TRAVAIL.  [INSCRIRE LES CODES DE LA LISTE DES OCCUPATIONS (PROFESSIONS) - CITO-88. NOTER AU MAXIMUM TROIS OCCUPATIONS DANS L'ORDRE DÉCROISSANT DU TEMPS CONSACRÉ]	8. AVEZ-VOUS EXERCÉ L'UNE DE CES OCCU- PATIONS EN MÊME TEMPS QUE VOTRE OCCUPA- TION PRIN- CIPALE?	9. QUELLES SONT LES OCCUPATIONS EFFECTUÉES EN MÊME TEMPS QUE VOTRE OCCUPATION PRINCIPALE ?  [INSCRIRE LES CODES DE LA QUESTION 7]							
		OUI .... 1 (□ 5) NON .... 2	OUI ..... 1 (□ 5) NON ..... 2	OUI .... 1 (□ 5) NON .... 2	OUI ..... 1 NON ..... 2 (□ PARTIE 5F)	OCCUPATION PRINCIPALE	CODE	OUI .... 1 NON .... 2 (□ 10)	OCCUPATION 2	CODE	OCCUPATION 3	CODE	OCCUPATION 4	CODE	OUI .... 1 NON .... 2 (□ 10)	Oc.2	Oc.3
01																	
02																	
03																	
04																	
05																	
06																	
07																	
08																	
09																	
10																	
11																	
12																	
13																	
14																	
15																	

## SECTION 5 : OCCUPATIONS ET EMPLOI DU TEMPS - PARTIE A : LISTE DES OCCUPATIONS DES 12 DERNIERS MOIS

[INTÉRESSÉS : TOUS LES MEMBRES DU MÉNAGE DE 7 ANS ET PLUS]

Co DE ID	Co DE ID	10. COMBIEN DE SEMAI- NES <b>ENTIÈRES</b> , AU COURS DES 12 DER- NIERS MOIS, AVEZ- VOUS TRAVAILLÉ ? [Y COMPRIS LES CONGÉS PAYÉS ET LA MALADIE]	11. POUR COMBIEN DE CES SEMAINES (Q.10) <u>ÉTIEZ-VOUS DISPONI- BLE</u> POUR UN TRAVAIL SUPPLÉMENTAIRE ?	12. POUR COMBIEN DE CES SEMAINES (Q.10) <u>N'ÉTIEZ-VOUS PAS</u> <u>DISPONIBLE</u> POUR UN TRAVAIL SUPPLÉMEN- TAIRE ?	13. COMBIEN DE SEMAI- NES AU COURS DES 12 DERNIERS MOIS AVEZ- VOUS TRAVAILLÉ SEULEMENT <u>UNE</u> <u>PARTIE</u> DE LA SEMAI- NE ?	14. POUR COMBIEN DE CES SEMAINES (Q.13) <u>ÉTIEZ- VOUS DISPONIBLE</u> POUR UN TRAVAIL SUPPLÉMEN- TAIRE ?	15. POUR COMBIEN DE CES SEMAINES (Q.13) <u>N'ÉTIEZ-VOUS PAS</u> <u>DISPONIBLE</u> POUR UN TRAVAIL SUPPLÉMEN- TAIRE ?	16. COMBIEN DE SEMAINES AU COURS DES 12 DERNIERS MOIS N'AVEZ-VOUS <u>PAS DU</u> <u>TOUT TRAVAILLÉ</u> ?	17. POUR COMBIEN DE CES SEMAINES (Q.16) <u>ÉTIEZ-VOUS</u> <u>DISPONIBLE</u> POUR UN TRAVAIL ?	18. POUR COMBIEN DE CES SEMAINES (Q.16) <u>N'ÉTIEZ-VOUS PAS</u> <u>DISPONIBLE</u> POUR UN TRAVAIL ?
		SEMAINES	SEMAINES	SEMAINES	SEMAINES	SEMAINES	SEMAINES	SEMAINES	SEMAINES	SEMAINES
01										
02										
03										
04										
05										
06										
07										
08										
09										
10										
11										
12										
13										
14										
15										



## SECTION 5 : OCCUPATIONS ET EMPLOI DU TEMPS - PARTIE B : CARACTÉRISTIQUES DE L'OCCUPATION PRINCIPALE

[INTÉRESSÉS : TOUS LES MEMBRES DU MÉNAGE DE 7 ANS ET PLUS] - VOUS AVEZ DIT (PARTIE A, Q.5) QUE L'OCCUPATION PRINCIPALE ÉTAIT : .....

Co DE ID	Co DE ID DE LA PER- SON NE EN- QUÊ- TÉE	1. PRATIQUEZ- VOUS TOU- JOURS CE TRAVAIL ?	2. POURQUOI NE FAITES- VOUS PLUS CE TRAVAIL ?  LICENCIÉ ..... 1 TRAVAIL ACHEVÉ ..... 2 TRAVAIL SAISON- NIER ..... 3 ENTREPRISE FERMÉE ..... 4 A TROUVÉ OU PRÉFÉRÉ UN AUTRE TRAVAIL ..... 5 AUTRE ..... 6 (SPÉCIFIER)	3. VOTRE PÈRE OU VOTRE MÈRE ONT-ILS FAIT OU FONT- ILS LE MÊME TRAVAIL ?  OUI ..... 1 NON ..... 2	4. DÉCRIRE L'ACTIVITÉ  [INSCRIRE LA BRANCHE (INDUSTRIE) ET LE CODE DANS LA LISTE DES BRANCHES - CITI-88]		5. PENDANT COMBIEN DE TEMPS AVEZ- VOUS PRATiqué CE TRAVAIL ?		6. AU COURS DES 12 DERNIERS MOIS, PENDANT COMBIEN DE SEMAINES AVEZ-VOUS PRATiqué CE TRAVAIL ?  [Y COMPRIS LES CONGÉS PAYÉS ET LA MALADIE]	7. AVEZ-VOUS REÇU OU ALLEZ-VOUS RECEVOIR DE L'ARGENT POUR CE TRAVAIL ?  OUI ..... 1 NON ..... 2 (10)	8. QUEL EST CE MONTANT ?  UNITÉ DE TEMPS : JOUR ..... 1 SEMAINE ..... 2 QUINZAINE ..... 3 MOIS ..... 4 TRIMESTRE ..... 5 ANNÉE ..... 6		9. LA DERNIÈRE FOIS QUE VOUS AVEZ REÇU CET ARGENT, COMBIEN D'HEURES AVEZ-VOUS TRAVAILLÉ POUR LE GAGNER ?  LA RÉPONSE DOIT ÊTRE AVEC LA MÊME UNITÉ DE TEMPS QUE POUR LA Q.8]		
					NOM DE LA BRANCHE D'ACTIVITÉ	CODE	ANS	MOIS			SEMAINES	MONTANT (FC)	UNITÉ DE TEMPS	HEURES	UNITÉ DE TEMPS
01															
02															
03															
04															
05															
06															
07															
08															
09															
10															
11															
12															
13															
14															
15															

## SECTION 5 : OCCUPATIONS ET EMPLOI DU TEMPS - PARTIE B : CARACTÉRISTIQUES DE L'OCCUPATION PRINCIPALE

[INTÉRESSÉS : TOUS LES MEMBRES DU MÉNAGE DE 7 ANS ET PLUS] - (SUITE)

Co DE ID	Co DE ID  DE LA PER- SON- NE EN- QUÉ- TÉE	10. A CET ÉGARD, ÊTES-VOUS ?	11. POUR QUI AVEZ-VOUS TRAVAILLÉ ? A PROPRE COMPTE OU ACTIVITÉ FAMILIALE AGRICOLE (EX : CULTIVATEUR, PÊCHEUR, ÉLEVEUR) . . . . . 1	12. LES IMPÔTS SONT-ILS DÉDUITS DE VOTRE RÉMUNÉ- RATION ?	13. RECEVEZ-VOUS DES PRIMES, COMMISSIONS, POURBOIRES, INDEMNITÉS ET GRATIFICATIONS POUR CE TRAVAIL ?	14. QUEL EST LE MONTANT DE CES AVANTAGES ?		15. AVEZ-VOUS COMPTÉ CES AVANTAGES DANS LES RÉMUNÉRA- TIONS MEN- TIONNÉES (À LA Q.8) ?	16. AVEZ-VOUS REÇU DE LA NOURRITURE, DES PRODUITS AGRICOLAS OU DES ANIMAUX EN PAIE- MENT POUR CE TRA- VAIL ?	17. QUELLE EST LA VALEUR DE CES PAIEMENTS EN NATURE ?		18. POUR CE TRAVAIL, BÉNÉFICIEZ- VOUS D'UN LOGEMENT GRATUIT OU SUBVEN- TIONNÉ ?	19. QUELLE EST LA VALEUR DE CET AVANTAGE ?	
		EMPLOYÉ RÉMUNÉRÉ . . . . . 1 PROPRE COMPTE NON- AGRICOLE : * AVEC EMPLOYÉS . . . . . 2 * SANS EMPLOYÉS . . . . . 3 TRAVAIL FAMILIAL NON- RÉMUNÉRÉ NON-AGRICOLE . . . . . 4 PROPRE COMPTE AGRICOLE . . . . . 5 TRAVAIL FAMILIAL NON- RÉMUNÉRÉ AGRICOLE . . . . . 6	EMPLOYÉ EN TANT QUE SALARIÉ : ETAT . . . . . 2 ENTREPRISE PUBLIQUE . . . . . 3 ONG . . . . . 4 COOPÉRATIVES . . . . . 5 ORGA. INTERNATIONAUX . . . . . 6 EMPLOYÉ DU PRIVÉ (SAUF APPRENTI NON- RÉMUNÉRÉ ET ENFANT PLACÉ) . . . . . 7 EMPLOYÉ DU PRIVÉ PLACÉ (ENFANT) . . . . . 8 PROPRE COMPTE (SAUF AGRICOLE) : AVEC EMPLOYÉS . . . . . 9 SANS EMPLOYÉS . . . . . 10 TRAV. NON RÉMUNÉRÉ FAMILLE . . . . . 11 APPRENTI . . . . . 12 AUTRE (PRÉCISER) . . . . . 13	OUI . . . . . 1 NON . . . . . 2	OUI . . . . . 1 NON . . . . . 2	OUI . . . . . 1 NON . . . . . 2	OUI . . . . . 1 NON . . . . . 2	MONTANT (FC)	UNITÉ DE TEMPS (VOIR Q.8)	OUI . . . . . 1 NON . . . . . 2	MONTANT (FC)	UNITÉ DE TEMPS (VOIR Q.8)	OUI . . . . . 1 NON . . . . . 2	MONTANT (FC)
01														
02														
03														
04														
05														
06														
07														
08														
09														
10														
11														
12														
13														
14														
15														

## SECTION 5 : OCCUPATIONS ET EMPLOI DU TEMPS - PARTIE B : CARACTÉRISTIQUES DE L'OCCUPATION PRINCIPALE

[INTÉRESSÉS : TOUS LES MEMBRES DU MÉNAGE DE 7 ANS ET PLUS] - (SUITE)

Co DE ID	Co DE ID	20. VOTRE EMPLOYEUR PREND-IL EN CHARGE OU SUBVENTION- NE-T-IL LE TRANSPORT POUR ALLER AU TRAVAIL ?	21. QUEL EST LE MONTANT DE CES AVANTAGES ?		22. RECEVEZ-VOUS DES PAIEMENTS SOUS UNE AUTRE FORME POUR CE TRAVAIL ?	23. QUEL EST LE MONTANT DE CES AVANTAGES ?		24. VOTRE LIEU DE TRAVAIL SE TROUVE- T-IL DANS CE VILLAGE/ VILLE?	25. À QUELLE DISTANCE SE TROUVE VOTRE LIEU DE TRAVAIL ?	26. QUELLE EST LA FRÉQUENCE DE VOS DÉPLACEMENTS ENTRE VOTRE DOMICILE ET VOTRE LIEU DE TRAVAIL ?		27. COMBIEN D'HEURES PAR SEMAINE PASSEZ- VOUS NOR- MALEMENT POUR ALLER AU TRAVAIL ET REVENIR CHEZ VOUS ?	28. EN TOUT, COMBIEN DE PERSONNES TRAVAILLENT AU MÊME ENDROIT QUE VOUS ?	29. LE TRAVAIL PRINCIPAL QUE VOUS EFFECTUEZ EST :	30. CE TRAVAIL IRRÉGULIER EST :	31. DANS CE TRAVAIL, QUEL TYPE DE CONTRAT AVEZ-VOUS ?	32. Y-A-T-IL UN SYNDICAT À VOTRE LIEU DE TRAVAIL ?
		OUI ..... 1 NON ..... 2 (□ 22)	MONTANT (FC)	UNITÉ DE TEMPS (VOIR Q.8)		OUI ..... 1 NON ..... 2 (□ 26)	MONTANT (FC)			UNITÉ DE TEMPS (VOIR Q.8)	OUI ..... 1 NON ..... 2 (KM)						
01																	
02																	
03																	
04																	
05																	
06																	
07																	
08																	
09																	
10																	
11																	
12																	
13																	
14																	
15																	

## SECTION 5 : OCCUPATIONS ET EMPLOI DU TEMPS - PARTIE B : CARACTÉRISTIQUES DE L'OCCUPATION PRINCIPALE

[INTÉRESSÉS : TOUS LES MEMBRES DU MÉNAGE DE 7 ANS ET PLUS] - (SUITE)

C	Co	33. POUR CE TRAVAIL, AVEZ-VOUS DROIT À DES CONGÉS PAYÉS ?	34. AVEZ-VOUS DROIT À DES CONGÉS DE MALADIE ?	35. ALLEZ-VOUS RECEVOIR UNE RETRAITE POUR CE TRAVAIL ?	36. AVEZ-VOUS DROIT À DES SOINS MÉDICAUX GRATUITS OU SUBVENTION- NÉS AVEC CE TRAVAIL ?	37. AVEZ-VOUS DROIT À D'AUTRES AVANTAGES SOCIAUX AVEC CE TRAVAIL ?	38. DEPUIS QUE VOUS AVEZ COMMENCÉ CE TRAVAIL, AVEZ- VOUS REÇU UNE FORMATION EN RAPPORT AVEC LE TRAVAIL ?	39. QUELLE A ÉTÉ OU QUELLE EST LA DURÉE DE CETTE FORMATION ?		40. PENDANT COMBIEN D'HEURES PAR SEMAINE AVEZ-VOUS REÇU OU RECEVEZ- VOUS CETTE FORMATION ?	41. QUI A PAYÉ OU QUI PAYE CETTE FORMATION ?  MOI-MÊME ENTIÈREMENT . . . . 1 L'EMPLOYEUR ENTIÈREMENT . . . . 2 LES DEUX PARTAGENT LE COÛT . . . . . 3 C'EST GRATUIT . . . 4 AUTRE (SPÉCIFIER) 5	42. VOTRE SALAIRE ÉTAIT-IL OU EST-IL RÉDUIT PENDANT CETTE FORMATION ?  OUI . . . . . 1 NON . . . . . 2	43. DE COMBIEN ÉTAIT LA RÉDUCTION ?	
								Mois	SEMAINES				HEURES/SEMAINE	MONTANT (FC)
01		OUI . . . . 1 NON . . . . 2	OUI . . . . 1 NON . . . . 2	OUI . . . . 1 NON . . . . 2	OUI . . . . 1 NON . . . . 2	OUI . . . . 1 NON . . . . 2	OUI . . . . 1 NON . . . . 2							
02														
03														
04														
05														
06														
07														
08														
09														
10														
11														
12														
13														
14														
15														

**SECTION 5 : OCCUPATIONS ET EMPLOI DU TEMPS - PARTIE C : OCCUPATION SECONDAIRE DES 12 DERNIERS MOIS**  
**[VÉRIFIER QUE Q.8=1, PARTIE A. SINON, PASSER À 5G. CETTE OCCUPATION ÉTAIT.....(OCCUPATION 2, Q.7, PARTIE A). CELA EST-IL CORRECT ?]**

C	Co	1. A QUEL TYPE DE COMMERCE, DE SERVICE OU D'INDUSTRIE SE TRAVAILLE ?  [INSCRIRE LA BRANCHE (INDUSTRIE) ET LE CODE DANS LA LISTE DES BRANCHES - CITI-88]	2. PENDANT COMBIEN DE TEMPS AVEZ-VOUS EXERCÉ CE TRAVAIL ?		3. PRATIQUEZ-VOUS TOUJOURS CE TRAVAIL ?	4. POURQUOI NE FAITES-VOUS PLUS CE TRAVAIL ?  LICENCIÉ ..... 1 TRAVAIL ACHÉVÉ ..... 2 TRAVAIL SAISONNIER ..... 3 ENTREPRISE FERMÉE ..... 4 A TROUVÉ OU PRÉFÉRÉ UN AUTRE TRAVAIL ..... 5 AUTRE (SPÉCIFIER) ..... 6	5. VOTRE PÈRE OU VOTRE MÈRE ONT-ILS FAIT OU LE MÊME TRAVAIL ?  OUI .... 1 NON .... 2	6. AU COURS DES 12 DERNIERS MOIS, COMBIEN DE SEMAINES AVEZ-VOUS PRATiqué CE TRAVAIL ?	7. PENDANT CES SEMAINES DE TRAVAIL, COMBIEN D'HEURES PAR SEMAINE AVIEZ-VOUS L'HABITUDE DE TRAVAILLER ?	8. PENDANT QUE VOUS EXERCIEZ CETTE OCCUPATION, COMBIEN DE SEMAINES AVIEZ-VOUS AUSSI TRAVAILLÉ À VOTRE OCCUPATION PRINCIPALE ?	9. AVEZ-VOUS REÇU OU ALLEZ-VOUS RECEVOIR DE L'ARGENT POUR CE TRAVAIL ?  OUI ... 1 NON ... 2	10. QUEL EST CE MONTANT (Y COMPRIS INDEMNITÉS, COMMISSIONS, ETC.) ?  UNITÉ DE TEMPS : JOUR ..... 1 SEMAINE ..... 2 QUINZAINE ..... 3 MOIS ..... 4 TRIMESTRE ..... 5 ANNÉE ..... 6		11. LA DERNIÈRE FOIS QUE VOUS AVEZ REÇU CET ARGENT, COMBIEN D'HEURES AVEZ-VOUS ACTUELLEMENT TRAVAILLÉ POUR LE GAGNER ?  LA RÉPONSE DOIT ÊTRE AVEC LA MÊME UNITÉ DE TEMPS QUE POUR LA Q.10]		12. POUR QUI AVEZ-VOUS TRAVAILLÉ ? A PROPRE COMPTE OU ACTIVITÉ FAMILIALE AGRICOLE (EX : CULTIVATEUR, PÊCHEUR, ÉLEVEUR) ..... 1 EMPLOYÉ EN TANT QUE SALARIÉ : ETAT ..... 2 ENTREPRISE PUBLIQUE ..... 3 ONG ..... 4 COOPÉRATIVES ..... 5 ORGA. INTERNATIONAUX ..... 6 EMPLOYÉ DU PRIVÉ (SAUF APPRENTI NON RÉMUNÉRÉ ET ENFANT PLACÉ) ..... 7 EMPLOYÉ DU PRIVÉ PLACÉ (ENFANT) ..... 8 PROPRE COMPTE (SAUF AGRICOLE) : AVEC EMPLOYÉS ..... 9 SANS EMPLOYÉS ..... 10 TRAV. NON RÉMUNÉRÉ FAMILLE ..... 11 APPRENTI ..... 12 AUTRE (PRÉCISER) ..... 13	
		NOM DE LA BRANCHE D'ACTIVITÉ	CODE	ANS	MOIS								MONTANT (FC)	UNITÉ DE TEMPS	HEURES	UNITÉ DE TEMPS	
01																	
02																	
03																	
04																	
05																	
06																	
07																	
08																	
09																	
10																	
11																	
12																	
13																	
14																	
15																	

**SECTION 5 : OCCUPATIONS ET EMPLOI DU TEMPS - PARTIE C : OCCUPATION SECONDAIRE : 12 DERNIERS MOIS (SUITE)**[illegible]

## SECTION 5 : OCCUPATIONS ET EMPLOI DU TEMPS - PARTIE D : TROISIÈME OCCUPATION DES 12 DERNIERS MOIS

[VÉRIFIER QUE Q.8=1, PARTIE A. SINON PASSER À 5G. CETTE OCCUPATION ÉTAIT.....(OCCUPATION 3, Q.7, PARTIE A). CELA EST-IL CORRECT ?]

Co DE	Co ID	1. A QUEL TYPE DE COMMERCE, DE SERVICE OU D'INDUSTRIE CE TRAVAIL SE RATTACHE-T-IL ?  [INSCRIRE LA BRANCHE (INDUSTRIE) ET LE CODE DANS LA LISTE DES BRANCHES - CITI- 88]	2. PENDANT COMBIEN DE TEMPS AVEZ-VOUS PRATiqué CE TRAVAIL ?		3. PRATI- QUEZ- VOUS TOU- JOURS CE TRA- VAIL ?  OUI . 1 (☐ 5) NON . 2	4. POURQUOI NE FAITES- VOUS PLUS CE TRAVAIL ?  LICENCIÉ . . 1 TRAVAIL ACHEVÉ . . . 2 TRAVAIL SAISON- NIER . . . . . 3 ENTREPRISE FERMÉE . . . 4 A TROUVÉ OU PRÉFÉRÉ UN AUTRE TRAVAIL . . . 5 AUTRE . . . . 6 (SPÉCIFIER)	5. AU COURS DES 12 DERNIERS MOIS, PENDANT COMBIEN DE SEMAI- NES AVEZ- VOUS PRATiqué CETRA- VAIL ?  SEMAINES	6. PENDANT CES SE- MAINES DE TRA- VAIL, COMBIEN D'HEU- RES PAR SEMAINE AVIEZ- VOUS L'HABI- TUDE DE TRAVAIL- LER ?  HEURES	7. PENDANT QUE VOUS EXERCIEZ CETTE OC- CUPATION, COMBIEN DE SEMAI- NES AVIEZ- VOUS VAILLÉ À VOTRE OC- CUPATION SECON- DAIRE ?  SEMAINES	8. AVEZ- VOUS REÇU OU ALLEZ- VOUS RECEVOIR DE L'AR- GENT POUR CE TRAVAIL ?  OUI . . . 1 NON . . . 2 (☐ 10)	9. QUEL EST CE MONTANT ?  UNITÉ DE TEMPS : JOUR . . . . . 1 SEMAINE . . . 2 QUINZAINE . . 3 MOIS . . . . . 4 TRIMESTRE . . . 5 ANNÉE . . . . . 6	10. LA DERNIÈRE FOIS QUE VOUS AVEZ REÇU CET ARGENT, COM- BIEN D'HEURES AVEZ-VOUS ACTUELLEMENT TRAVAILLÉ POUR LE GAGNER ? [UNITÉS DE TEMPS COHÉ-RENTES AVEC Q.9]	11. DANS CETTE OC- CUPATION, VOUS ÊTES :  EMPLOYÉ RÉMUNÉRÉ . . . . . 1 PROPRE COMPTE (NON-AGRICOLE) : * AVEC EMPLOYÉS . 2 * SANS EMPLOYÉS . 3 TRAVAIL FAMILIAL NON- RÉMUNÉRÉ (NON- AGRICOLE) . . . . . 4 PROPRE COMPTE AGRICOLE . . . . . 5 TRAVAIL FAMILIAL NON- RÉMUNÉRÉ (AGRICOLE) . . . . . 6	12. POUR QUI AVEZ-VOUS TRAVAILLÉ ?  A PROPRE COMPTE OU ACTIVITÉ FAMILIALE AGRICOLE (EX : CUL- TIVATEUR, PÊCHEUR, ÉLEVEUR) . 1 EMPLOYÉ EN TANT QUE SALARIÉ : ETAT . . . . . 2 ENTREPRISE PUBLIQUE . . . . . 3 ONG . . . . . 4 COOPÉRATIVES . . . . . 5 ORGA. INTERNATIONAUX . . . . 6 EMPLOYÉ DU PRIVÉ (SAUF AP- PRENTI ET ENFANT PLACÉ) . . . . 7 EMPLOYÉ PRIVÉ PLACÉ (ENFANT) 8 PROPRE COMPTE (SAUF AGRICOLE) : AVEC EMPLOYÉS . . . . . 9 SANS EMPLOYÉS . . . . . 10 TRAV. NON RÉMUNÉRÉ FAMILLE 11 APPRENTI . . . . . 12 AUTRE (PRÉCISER) . . . . . 13	13. POUR CE TRAVAIL, AVEZ-VOUS REÇU DES MARCHANDI- SES OU SERVICES ?  OUI . . . . 1 NON . . . . 2 (☐ PARTIE E)	14. QUELLE EST LA VALEUR DE CES PAIEMENTS EN NATURE ?  VALEUR UNITÉ DE TEMPS	
			NOM DE LA BRANCHE D'ACTIVITÉ	CODE													ANS
01																	
02																	
03																	
04																	
05																	
06																	
07																	
08																	
09																	
10																	
11																	
12																	
13																	
14																	
15																	

**SECTION 5 : OCCUPATIONS ET EMPLOI DU TEMPS - PARTIE E : QUATRIÈME OCCUPATION DES 12 DERNIERS MOIS**  
**[VÉRIFIER QUE Q.8=1, PARTIE A. SINON PASSER À 5G. CETTE OCCUPATION ÉTAIT.....(OCCUPATION 4, Q.7, PARTIE A). CELA EST-IL CORRECT ?]**

Co DE	Co ID	1. A QUEL TYPE DE COMMERCE, DE SERVICE OU D'INDUSTRIE SE TRAVAIL SE RATTACHE-T-IL ? [INSCRIRE LA BRANCHE (INDUS- TRIE) ET LE CODE DANS LA LISTE DES BRANCHES - CITI- 88]	2. PENDANT COMBIEN DE TEMPS AVEZ-VOUS PRATiqué CE TRAVAIL?		3. PRATI- QUEZ- VOUS TOU- JOURS CE TRAVAIL?	4. POURQUOI NE FAITES- VOUS PLUS CE TRAVAIL?  LICENCIÉ ... 1 TRAVAIL ... 2 ACHEVÉ ... 2 TRAVAIL ... 3 SAISON- NIER ... 3 ENTREPRISE FERMÉE ... 4 A TROUVÉ OU PRÉFÉRÉ UN AUTRE TRAVAIL ... 5 AUTRE ... 6 (SPÉCIFIER)	5. AU COURS DES 12 DERNIERS MOIS, PENDANT COMBIEN DE SEMAI- NES AVEZ- VOUS PRATiqué CE TRAVAIL ? CETRA- VAIL ?	6. PENDANT CES SE- MAINES DE TRA- VAIL, COMBIEN D'HEU- RES PAR SEMAINE AVEZ- VOUS VAILLÉ À L'HABI- TUDE DE TRAVAIL- LER?	7. PENDANT QUE VOUS EXERCIEZ CETTE OC- CUPATION, COMBIEN DE SEMAI- NES AVIEZ- VOUS AUSSI TRA- VAILLÉ À VOTRE TROISIÈME OCCUPA- TION?	8. AVEZ- VOUS REÇU OU ALLEZ- VOUS RECEVOIR DE L'AR- GENT POUR CE TRAVAIL?	9. QUE EST CE MONTANT ?  UNITÉ DE TEMPS :		10. LA DERNIÈRE FOIS QUE VOUS AVEZ REÇU CET ARGENT, COM- BIEN D'HEURES AVEZ-VOUS ACTUELLEMENT TRAVAILLÉ POUR LE GAGNER ? [UNITÉS DE TEMPS COHÉ- RENTES AVEC Q.9]		11. DANS CETTE OC- CUPATION, VOUS ÊTES  EMPLOYÉ RÉMUNÉRÉ ... 1 PROPRE COMPTE (NON-AGRICOLE) : * AVEC EMPLOYÉS ... 2 * SANS EMPLOYÉS ... 3 TRAVAIL FAMILIAL NON- RÉMUNÉRÉ (NON- AGRICOLE) ... 4 PROPRE COMPTE AGRICOLE ... 5 TRAVAIL FAMILIAL NON- RÉMUNÉRÉ (AGRICOLE) ... 6	12. POUR QUI AVEZ-VOUS TRAVAILLÉ ? A PROPRE COMPTE OU ACTIVITÉ FAMILIALE AGRICOLE (EX : CUL- TIVATEUR, PÊCHEUR, ÉLEVEUR) ... 1 EMPLOYÉ EN TANT QUE SALARIÉ : ETAT ... 2 ENTREPRISE PUBLIQUE ... 3 ONG ... 4 COOPÉRATIVES ... 5 ORGA. INTERNATIONAUX ... 6 EMPLOYÉ DU PRIVÉ (SAUF AP- PRENTI ET ENFANT PLACÉ) ... 7 EMPLOYÉ PRIVÉ PLACÉ (ENFANT) PROPRE COMPTE (SAUF AGRICOLE) : AVEC EMPLOYÉS ... 9 SANS EMPLOYÉS ... 10 TRAV. NON RÉMUNÉRÉ FAMILLE APPRENTI ... 12 AUTRE (PRÉCISER) ... 13	13. POUR CE TRAVAIL, AVEZ-VOUS REÇU DES MARCHAN- DISES OU SERVICES?  OUI ... 1 NON ... 2 (PARTIE F)	14. QUELLE EST LA VALEUR DE CES PAIEMENTS EN NATURE ?  VALEUR UNITÉ DE TEMPS
			MONTANT (FC)	UNITÉ DE TEMPS							HEU- RES	UNITÉ DE TEMPS						
01																		
02																		
03																		
04																		
05																		
06																		
07																		
08																		
09																		
10																		
11																		
12																		
13																		
14																		
15																		



# SECTION 5 : OCCUPATIONS ET EMPLOI DU TEMPS - PARTIE F : RECHERCHE D'EMPLOI LORS DES 12 DERNIERS MOIS

[VÉRIFIER QUE Q.4=2, PARTIE A. SINON PASSER À 5G.]

C	Co	1.	2.	3.	4.	5.	6.	7.	8.	9.	10.	11.	12.	13.	14.	15.	16.
ID	DE	AU COURS DES 12 DERNIERS MOIS, COMBIEN DE SEMAINES EN-TOUT AVEZ-VOUS ÉTÉ SANS TRAVAIL ? [Si 0, PARTIE H]	DURANT LES 12 DERNIERS MOIS, PENDANT COMBIEN DE SEMAINES ÉTIEZ-VOUS DISPONIBLE POUR LE TRAVAIL ?	DURANT LES 12 DERNIERS MOIS, ÉTIEZ-VOUS DISPONIBLE POUR UN TRAVAIL : PLEIN TEMPS . 1 PARTIEL L'UN OU L'AUTRE 3	AU COURS DES 12 DERNIERS MOIS, AVEZ-VOUS FAIT UN QUELCONQUE EFFORT POUR CHERCHER DU TRAVAIL ? OUI ... 1 (6) NON ... 2	POURQUOI N'AVEZ-PAS RECHERCHÉ DU TRAVAIL PENDANT LES 12 DERNIERS MOIS ? PENSE PAS DE TRAVAIL DISPONIBLE 1 ATTENTE DE RÉPONSE À UNE DEMANDE ... 2 EN ATTENTE D'EMPLOI À DÉMARRER ULTÉRIEUREMENT ... 3 RAISONS PERSONNELLES ... 4 AUTRE (PRÉCISER) 5 (10)	AU COURS DES 12 DERNIERS MOIS, COMBIEN DE SEMAINES AVEZ-VOUS ACTIVEMENT RECHERCHÉ DU TRAVAIL ? [SI RÉPONSE IDENTIQUE À Q.2, PARTIE Q.8]	POUR QUELLE RAISON N'AVEZ-PAS CHERCHÉ DU TRAVAIL PENDANT LA PÉRIODE OÙ VOUS ÉTIEZ DISPONIBLE POUR L'EMPLOI ? PENSE PAS DE TRAVAIL DISPONIBLE ... 1 ATTENTE DE RÉPONSE À UNE DEMANDE ... 2 EN ATTENTE D'EMPLOI À DÉMARRER PLUS TARD ... 3 OCCUPÉ TÂCHES MÉNAGÈRES ... 4 MALADIE ... 5 ÉTUDIANT PLEIN TEMPS ... 6 RAISONS PERSONNELLES ... 7 AUTRE (PRÉCISER) ... 8	QU'AVEZ-VOUS FAIT DURANT LES 12 DERNIERS MOIS POUR TROUVER UN TRAVAIL ? DEMANDES AUPRÈS EMPLOYEURS ... 1 VISITES FERMES, ENTREPRISES ... 2 CONTACT AMI ET RELATIONS ... 3 ACTION POUR CRÉER UNE ENTREPRISE ... 4 AUTRE (SPÉCIFIER) ... 5	CHER-chez-vous Surtout : TRAVAIL SALARIÉ 1 EMPLOI D'INDÉPENDANT ... 2 L'UN OU L'AUTRE 3	ÊTES-VOUS ENCO-RE AU CHÔ-MAGE ?	PENDANT COMBIEN DE TEMPS ÊTES-VOUS RESTÉ CHÔMEUR ? MOINS 1 MOIS ... 1 1-<3 MOIS ... 2 3-<6 MOIS ... 3 6-<12 MOIS ... 4 1 AN-<2 ANS ... 5 >=2 ANS ... 6 SANS OBJET 7	QUEL TYPE DE TRAVAIL AVEZ-FAIT LORS DE VOTRE DERNIER EMPLOI ? * DÉCRIRE L'ACTIVITÉ ; S'IL N'A PAS TRAVAILLÉ, ÉCRIRE «AUCUN» * MENTIONNER LE CODE CITO]	QUEL TYPE D'EMPLOI ESPÉREZ-VOUS À PRÉSENT ? SALARIÉ . 1 PROPRE COMPTE AGRICOLE 2 PROPRIÉTAIRE, PÊCHE, ÉLEVAGE) 3 AUTRE (PRÉCISEZ) ... 4	SI VOUS PRO-JETEZ DE CRÉ-ER UNE ENTRE-PRISE, COM-MENT PENSEZ-VOUS MOBILI-SER LES FONDS ?	AVEZ-VOUS REÇU OU RECE-VREZ-VOUS UNE FORMATION ? PARENTS ... 1 FORMATION OU PRÊTS ... 2 UN AP-PRENTISSAGE ? 3 EXTERNES ... 4 TISSA-GE ? 5 REV. PROPRIÉ-TÉ FAM. ... 6 OUI, PROJETS, AS-SOCIATIONS ... 7 OUI, IN-AMIS, FAM. ... 8 NON . 3 (PRÉCISEZ) ... 9	COMMENT EST/SERA FINANCÉE VOTRE FORMATION ? ÉPARGNE ... 2 PRÊTS ... 3 TRANSFERTS ... 4 EXTERNES ... 5 REV. PROPRIÉ-TÉ FAM. ... 6 PROJETS, AS-SOCIATIONS ... 7 AMIS, FAM. ... 8 AUTRE (PRÉCISEZ) ... 9
01																	
02																	
03																	
04																	
05																	
06																	
07																	
08																	
09																	
10																	
11																	
12																	
13																	
14																	
15																	

## SECTION 5 : OCCUPATIONS ET EMPLOI DU TEMPS - PARTIE G : RECHERCHE D'EMPLOI LORS DES 7 DERNIERS JOURS

Co DE ID	Co DE ID	1. AU COURS DES 7 DERNIERS JOURS, AVEZ- VOUS EXERCÉ UNE ACTIVITÉ RÉMUNÉRÉE AU PROFIT DE QUELQU'UN N'APPAR- TENANT PAS À VOTRE MÉNAGE (ÉTAT, SOCIÉTÉ, PETITE ENTREPRISE), DE VOUS- MÊME OU DE L'ENTRE- PRISE FAMILIALE ?  OUI ..... 1 NON ..... 2 ( <input type="checkbox"/> 6)	2. AU COURS DES 7 DERNIERS JOURS, LAQUELLE DES OCCUPATIONS PRÉCÉDEMMENT DISCUTÉES ÉTAIT VOTRE ACTIVITÉ PRINCIPALE ?  [ÉCRIRE LE N°] AUTRE OCCUPATION ... 5 NE TRAVAILLE PAS .... 6 ( <input type="checkbox"/> 5)  1 [SI 5, VÉRIFIER QUE LES 2 PARTIES B À E NE SONT REPLIES]	3. COMBIEN D'HEURES AVEZ-VOUS PASSÉ CHAQUE JOUR AU COURS DES 7 DERNIERS JOURS DANS VOS ACTIVITÉS PRINCIPALE ET SECONDAIRES ? [INDIQUER LES HEURES POUR CHAQUE ACTIVITÉ]						4. AU COURS DES 7 DERNIERS JOURS, AURIEZ-VOUS VOULU TRAVAILLER PLUS D'HEURES ?  OUI ..... 1 NON ..... 2	5. AU COURS DES 7 DERNIERS JOURS, AVEZ- VOUS CHERCHÉ UN TRAVAIL DE REMPLA- CEMENT ?  OUI ..... 1 ( <input type="checkbox"/> 8) NON ..... 2 ( <input type="checkbox"/> PARTIE 24H)	6. AU COURS ES 7 DERNIERS JOURS, ÉTIEZ-VOUS DISPONIBLE POUR TRAVAILLER ?  OUI ..... 1 ( <input type="checkbox"/> 8) NON ..... 2	7. POURQUOI N'ÉTIEZ-VOUS PAS DISPO- NIBLE POUR TRAVAILLER ?  SCOLARISÉ 1 TÂCHES MÉ- NAGÈRES . 2 TROP VIEUX 3 MALADE . . 4 HANDICAPÉ 5 AUTRE (PRÉCISER) 6	8. AU COURS DES 7 DERNIERS JOURS, VOUS AVEZ CHERCHÉ PRINCIPALE- MENT :  TRAVAIL PLEIN TEMPS .... 1 TRAVAIL TEMPS PARTIEL ... 2 AUTRE (PRÉCISER) . 3
				JOUR	OCCUPATION PRINCIPALE	Occ. 2	Occ. 3	Occ. 4	TOTAL					
01														
02														
03														
04														
05														
06														
07														
08														
09														
10														
11														
12														
13														
14														
15														

## SECTION 5 : OCCUPATIONS ET EMPLOI DU TEMPS - PARTIE G : RECHERCHE D'EMPLOI : 7 DERNIERS JOURS (SUITE)

Co DE	Co ID	9. AU COURS DES 7 DERNIERS JOURS, LA AVEZ-VOUS CHERCHÉ ACTIVEMENT DU TRAVAIL ?  OUI . . . . 1 ( 11) NON . . . . 2	10. AU COURS DES 7 DERNIERS JOURS, POURQUOI N'AVEZ-VOUS PAS FAIT D'EFFORT POUR CHERCHER DU TRAVAIL ?  PENSE PAS DE TRAVAIL DISPONIBLE . . . 1 ATTENTE DE RÉPONSE À UNE DEMANDE EN ATTENTE D'EMPLOI À DÉMARRER . . . 2 ULTÉRIEUREMENT . . . . . 3 OCCUPÉ TÂCHES MÉNAGÈRES . . . . . 4 MALADIE . . . . . 5 ÉTUDIANT PLEIN TEMPS . . . . . 6 ESSAI DE CRÉATION DE NOUVELLE ENTREPRISE . . . . . 7 EN CONGÉS . . . . . 8 AUTRE (PRÉCISER) . . . . . 9	11. QU'AVEZ-VOUS FAIT DURANT LES 7 DERNIERS JOURS POUR TROUVER UN TRAVAIL  DEMANDES AUPRÈS EMPLOYEURS . . . . . 1 VISITES FERMES, ENTREPRISE . . . . . 2 CONTACT AMI ET RELATIONS . . . . . 3 ACTION POUR CRÉER UNE ENTREPRISE . . . 4 AUTRE (SPÉCIFIER) . . . . . 5	12. AU COURS DES 7 DERNIERS JOURS, VOUS AVEZ SURTOUT CHERCHÉ:  UN TRAVAIL SALARIÉ . . . . . 1 EMPLOI INDÉ- PENDANT . . . . . 2 L'UN OU L'AUTRE . . . . . 3	13. AU COURS DES 7 DERNIERS JOURS, AVEZ- VOUS TENTÉ DE TRAVAILLER POUR L'ÉTAT OU UNE ENTREPRISE PUBLIQUE ?  OUI . . . . . 1 NON . . . . . 2	14. AU COURS DES 7 DERNIERS JOURS, AVEZ- VOUS TENTÉ DE TRAVAILLER POUR UNE GRANDE ENTREPRISE PRIVÉE ?  OUI . . . . . 1 NON . . . . . 2	15. AU COURS DES 7 DERNIERS JOURS, AVEZ-VOUS TENTÉ DE TRAVAILLER POUR UNE PETITE ENTREPRISE PRIVÉE ?  OUI . . . . . 1 NON . . . . . 2	16. AU COURS DES 7 DERNIERS JOURS, AVEZ-VOUS TENTÉ DE TRAVAILLER DANS UN AUTRE TYPE D'INSTITU- TION ?  OUI . . . . . 1 NON . . . . . 2	17. PENDANT COMBIEN DE TEMPS ÊTES- VOUS RESTÉ DISPONIBLE POUR LE TRAVAIL ?  MOINS DE 1 MOIS . . . . . 1 1-<3 MOIS . . . 2 3-<6 MOIS . . . 3 6-<12 MOIS . . 4 1 AN-<2 ANS . 5 >=2 ANS . . . 6 SANS OBJET . . 7	18. PENDANT COMBIEN DE TEMPS AVEZ-VOUS ÉTÉ CHÔ- MEUR ?  [INSCRIRE EN MOIS]	19. QUEL TYPE DE TRAVAIL AVEZ-FAIT LORS DE VOTRE DERNIER EMPLOI ?  [* DÉCRIRE L'ACTIVITÉ ; S'IL N'A PAS TRAVAILLÉ, ÉCRIRE «AUCUN» ET PASSER À 4I * MENTIONNER LE CODE CITO]  OCC. CODE	20. QUEL EST LE SALAIRE LE PLUS BAS POUR LEQUEL VOUS ACCEPTERIEZ DE TRAVAILLER ?  MONTANT UNITÉ DE (FC) TEMPS
01													
02													
03													
04													
05													
06													
07													
08													
09													
10													
11													
12													
13													
14													
15													

## SECTION 5 : OCCUPATIONS ET EMPLOI DU TEMPS -PARTIE H : CARRIÈRE PROFESSIONNELLE AVANT LES 12 DERNIERS

MOIS : C'EST-À-DIRE AVANT : MOIS :  ANNÉE :

Co DE ID	Co DE ID	1. VÉRIFIER QUE L'ENQUÊTÉ A INDIQUÉ UNE OCCUPATION PRINCIPALE DANS LA PARTIE B.  Si OUI, INSCRIRE LE NOM DE L'OCCUPATION : (□ 5)  Si NON, (□ 2)		2. AVEZ-VOUS DÉJÀ TRAVAILLÉ ?  OUI .... 1 NON .... 2 (□ PARTIE I)		3. COMBIEN Y-A-T-IL D'ANNÉES DEPUIS VOTRE DERNIER EMPLOI ?  ANNÉES		4. QUEL ÉTAIT CE TRAVAIL ?  [ÉCRIRE LE NOM DE L'OCCUPATION ET MENTIONNER LE CODE CITO] (□ 6)  INSTRUCTION À PLEIN TEMPS (□ PARTIE 5I) ..... 96 RECHERCHE DE TRAVAIL (□ PARTIE 5I) ..... 97 AUTRE ACTIVITÉ (□ PARTIE 5I) ..... 98		5. QUELLE ÉTAIT VOTRE OCCUPATION PRINCIPALE AVANT DE FAIRE [OCCUPATION PRINCIPALE DES 12 DERNIERS MOIS] ?  INSCRIRE LE NOM DE L'OCCUPATION ET LE CODE CITO, OU SINON :  INSTRUCTION À PLEIN TEMPS (□ PARTIE 5I) ..... 96 RECHERCHE DE TRAVAIL (□ PARTIE 5I) ..... 97 AUTRE ACTIVITÉ (□ PARTIE 5I) ..... 98		6. A QUEL GENRE DE COMMERCE, SERVICE OU INDUSTRIE SE RATTACHAIT CETTE OCCUPATION ?  [CODE DES BRANCHES : CITI]		7. DANS CETTE OCCUPATION, VOUS ÉTIEZ :  EMPLOYÉ RÉMUNÉRÉ ..... 1 PROPRE COMPTE (NON-AGRICOLE) : * AVEC EMPLOYÉS ..... 2 * SANS EMPLOYÉS ..... 3 TRAVAIL FAMILIAL NON-RÉMUNÉRÉ (NON-AGRICOLE) ..... 4 PROPRE COMPTE AGRICOLE ..... 5 TRAVAIL FAMILIAL NON-RÉMUNÉRÉ (AGRICOLE) ..... 6		8. PENDANT COMBIEN DE TEMPS AVEZ-VOUS EXERCÉ CETTE OCCUPATION ?  ANNÉES		9. CETTE OCCUPATION ÉTAIT-ELLE VOTRE PREMIER EMPLOI ?  OUI ..... 1 (□ PARTIE I) NON ..... 2		10. SINON, LORS DE VOTRE PREMIER EMPLOI, VOUS ÉTIEZ :  EMPLOYÉ RÉMUNÉRÉ ..... 1 PROPRE COMPTE (NON-AGRICOLE) : * AVEC EMPLOYÉS ..... 2 * SANS EMPLOYÉS ..... 3 TRAVAIL FAMILIAL NON-RÉMUNÉRÉ (NON-AGRICOLE) ..... 4 PROPRE COMPTE AGRICOLE ..... 5 TRAVAIL FAMILIAL NON-RÉMUNÉRÉ (AGRICOLE) ..... 6		11. PENDANT COMBIEN DE TEMPS AVEZ-VOUS EXERCÉ CETTE OCCUPATION ?  ANNÉES	
		OCCUPATION	CODE					OCCUPATION	CODE	OCCUPATION	CODE	NOM	CODE										
01																							
02																							
03																							
04																							
05																							
06																							
07																							
08																							
09																							
10																							
11																							
12																							
13																							
14																							
15																							

## SECTION 5 : OCCUPATIONS ET EMPLOI DU TEMPS - PARTIE I : TRAVAUX MÉNAGERS

[INTÉRESSÉS : TOUS LES MEMBRES DU MÉNAGE DE 7 ANS ET PLUS]

Co DE	Co DE ID	1. AU COURS DES 7 DERNIERS JOURS, LA AVEZ-VOUS CHERCHÉ DU BOIS POUR LE MÉNAGE ?	2. AU COURS DES 7 DERNIERS JOURS, COMBIEN D'HEURES AVEZ-VOUS PASSÉ À CHERCHER DU BOIS, Y COMPRIS LES TRAJETS?	3. AU COURS DES 7 DERNIERS JOURS, AVEZ-VOUS PASSÉ DU TEMPS À ALLER CHERCHER L'EAU POUR LE MÉNAGE ?	4. AU COURS DES 7 DERNIERS JOURS, COMBIEN D'HEURES AVEZ-VOUS PASSÉ À CHERCHER DE L'EAU, Y COMPRIS LES TRAJETS?	5. AU COURS DES 7 DERNIERS JOURS, AVEZ-VOUS PASSÉ DU TEMPS À FAIRE LA CUISINE ?	6. COMBIEN DE TEMPS AVEZ- VOUS PASSÉ AU COURS DES 7 DERNIERS JOURS À FAIRE LA CUISINE?	7. AU COURS DES 7 DERNIERS JOURS, AVEZ-VOUS PASSÉ DU TEMPS À DÉPOSER LES ORDURES ?	8. COMBIEN DE TEMPS AVEZ- VOUS PASSÉ AU COURS DES 7 DERNIERS JOURS À DÉPOSER LES ORDURES ?	9. AU COURS DES 7 DERNIERS JOURS, AVEZ-VOUS PASSÉ DU TEMPS REPASSER OU À RÉPA- RER LES VÊ- TEMENTS ?	10. COMBIEN DE TEMPS AVEZ- VOUS PASSÉ AU COURS DES 7 DERNIERS JOURS À REPASSER OU À RÉPARER LES VÊTE- MENTS DANS LE MÉNAGE ?	11. AU COURS DES 7 DERNIERS JOURS, AVEZ-VOUS PASSÉ DU TEMPS À FAIRE LES COURSES?	12. COMBIEN DE TEMPS AVEZ- VOUS PASSÉ AU COURS DES 7 DERNIERS JOURS À FAIRE LES COURSES?	13. AU COURS DES 7 DERNIERS JOURS, AVEZ-VOUS PASSÉ DU TEMPS À BALAYER?	14. COMBIEN DE TEMPS AVEZ- VOUS PASSÉ AU COURS DES 7 DERNIERS JOURS À BALAYER ?	15. AU COURS DES 7 DERNIERS JOURS, AVEZ-VOUS PASSÉ DU TEMPS À VOUS OCCUPER DES ENFANTS DANS LE MÉNAGE ? OUI .... 1 NON .... 2 (☐ PERSON- NE SUIVAN- TE)	16. COMBIEN DE TEMPS AVEZ- VOUS PASSÉ AU COURS DES 7 DERNIERS JOURS À VOUS OCCUPER DES ENFANTS DANS LE MÉNAGE ? OUI .... 1 NON .... 2 (☐ PERSON- NE SUIVAN- TE)
01		OUI .... 1 NON .... 2 (☐ 3)	HEURES	OUI .... 1 NON .... 2 (☐ 5)	HEURES	OUI .... 1 NON .... 2 (☐ 7)	HEURES	OUI .... 1 NON .... 2 (☐ 9)	HEURES	OUI .... 1 NON .... 2 (☐ 11)	HEURES	OUI .... 1 NON .... 2 (☐ 13)	HEURES	OUI .... 1 NON .... 2 (☐ 15)	HEURES		
02																	
03																	
04																	
05																	
06																	
07																	
08																	
09																	
10																	
11																	
12																	
13																	
14																	
15																	

## SECTION 6 : IDENTIFICATION DES PERSONNES À ENQUÊTER AU DEUXIÈME PASSAGE : SECTIONS 7 À 12

### QUESTIONS À POSER AU CHEF DE MÉNAGE

1. AU COURS DES 12 DERNIERS MOIS, Y-A-T-IL EU DES MEMBRES DU MÉNAGE QUI ONT POSSÉDÉ ET/OU EXPLOITÉ DES TERRES OU UN TROUPEAU, OU SE SONT LIVRÉS À UNE ACTIVITÉ DE PÊCHE ?

Oui...1 Non...2  
([] 4)

☐

2. INDIQUEZ TOUS LES MEMBRES QUI SONT RESPONSABLES DE L'EXPLOITATION DES TERRES OU D'UN TROUPEAU.

Nom	CODE ID	[TRANSFÉRER CES NOMS À LA SECTION 7, PARTIE A, RELATIVE À L'AGRICULTURE]

3. QUELS SONT LES MEMBRES DU MÉNAGE QUI SONT RESPONSABLES DE LA PÊCHE ?

Nom	CODE ID	[TRANSFÉRER CES NOMS À LA SECTION 7, PARTIE A, RELATIVE À L'AGRICULTURE]

4. Y-A-T-IL DES PRODUITS DES RÉCOLTES OU POISSONS PÊCHÉS QUI SONT TRANSFORMÉS POUR LA VENTE OU POUR L'USAGE DES MÉNAGES (EX : FARINE DE CÉRÉALES, DE MAÏS, ARACHIDES DÉCORTIQUÉES)?

Oui...1 Non...2

☐

Si Q.1=1 ET Q.4=2 [] 5

Si Q.1=1 ET Q.4=2 [] 6

5. INDIQUEZ TOUS LES MEMBRES DU MÉNAGE QUI SONT PRINCIPALEMENT CHARGÉS DE CES OPÉRATIONS DE TRANSFORMATIONS.

Nom	CODE ID	ACTIVITÉ	[TRANSFÉRER CES NOMS À LA SECTION 7, PARTIE G, RELATIVE À L'AGRICULTURE]

6. QUI EST PRINCIPALEMENT CHARGÉ DE LA PRÉPARATION DES ALIMENTS DANS LE MÉNAGE ?

Nom	CODE ID	[TRANSFÉRER CES NOMS À LA SECTION 7, PARTIE H, RELATIVE À L'AGRICULTURE. CES PERSONNES DOIVENT ÊTRE DISPONIBLES POUR CHAQUE VISITE.]

7. QUI EST PRINCIPALEMENT CHARGÉ DES ACHATS DANS LE MÉNAGE ?

Nom	CODE ID	[TRANSFÉRER CES NOMS À LA SECTION 8, RELATIVE AUX DÉPENSES. CES PERSONNES DOIVENT ÊTRE DISPONIBLES POUR CHAQUE VISITE.]

8. AU COURS DES 12 DERNIERS MOIS, Y-A-T-IL EU DES MEMBRES DU MÉNAGE QUI ONT TRAVAILLÉ À LEUR COMPTE AUTREMENT QUE SUR LES TERRES, DANS L'ÉLEVAGE OU EN TANT QUE PÊCHEUR (EX : QUELQU'UN A-T-IL EXPLOITÉ SA PROPRE ENTREPRISE, COMMERCE, INDUSTRIE, OU EXERCÉ UNE PROFESSION LIBÉRALE, OU TRAVAILLÉ COMME ARTISAN INDÉPENDANT) ?

Oui...1 Non...2  
(☐ SECTION 7)

☐

[INDIQUEZ LES COMMERCEs, INDUSTRIES ET AUTRES PROFESSIONS, AINSI QUE LES NOMS ET CODES ID DES MEMBRES DU MÉNAGE QUI SONT LE PLUS AU COURANT DE CES ENTREPRISES ]

ENTREPRISE/ACTIVITÉ	CODE ENTREPRISE	NOM	CODE ID

ENQUÊTEUR :

**A PRÉSENT, PRENDRE RENDEZ-VOUS AVEC TOUTES LES PERSONNES CITÉES DANS LES QUESTIONS 2, 3, 5, 6, 7 ET 9, AFIN QU'ELLES SOIENT PRÉSENTES LORS DE LA PROCHAINE VISITE.**

9. MAINTENANT, POUVEZ-VOUS INDiquer QUELLES SONT, **Parmi les activités ou entreprises précédentes**, CELLES QUE VOUS CONSIDÉREZ COMME ÉTANT LES **TROIS PLUS IMPORTANTES SOURCES DE REVENUS** ?

ENTREPRISE/ACTIVITÉ	CODE ENTREPRISE	NOM	CODE ID	[TRANSFÉRER CES NOMS À LA SECTION 9, RELATIVE AUX ENTREPRISES NON AGRICOLE]