

1B1. QUESTIONNAIRE INDIVIDUEL SUR LES CARACTERISTIQUES DES PERSONNES ET LA SANTE.

COMPOSITION DU MENAGE

FICHE DU MENAGE

FAIRE UNE LISTE COMPLETE DES PERSONNES ET POSER 3-4 POUR CHAQUE PERSONNE AVANT DE PASSER A 5 & PLUS

1. NOM ET PRENOMS

2. n u m é r o		3. sexe	4. l i e n d e p a r e n t é	INFORMATIONS GENERALES						S A N T E									
5. s t a t u t	6. Quel est votre âge? si âge < 12 »»8 (POUR LES ENFANTS DE MOINS 5 ANS, NOTER L'AGE EN ANNÉE ET EN MOIS)	7. Quelle est votre situa tion matri monia le?	8. Ethnie ou natio nalité	9. Quel le est votre reli gion?	10. Souffrez vous de l'un des handicaps suivants?	11. Avez-vous été malade au cours des 2 dernières semaines?	12. Si vous avez été malade, depuis quand avez-vous eu cette maladie ? JOUR....1 SEMAINE...2 MOIS.....3 AN.....4	13. Avez-vous consulté un gué risseur, un méde cin ou un autre personnel de santé au cours des 2 dernières semaines?	14. Quel est le motif de cette consul tation?	15. Qui avez vous con sul té en der nier lieu?	16. Quel diagnostic a posé ce dernier ? NOM DE LA MALADIE	17. Où la consul tation a-t-elle eu lieu?	18. Quel est le coût de cette dernière consulta tion? SI COÛT=0 »»» 20	19. Qui a payé pour la consul tation?					
r é s u l t a t s		(CF CODES)		(CF CODES)	CF CODES	(CF CODES)	OUI...1 NON...2»»13	NOMBRE	U.TPS	OUI...1 NON...2»»20	(CF CODES)	(CF. CODE)	CODE	(CF CODES)	MONTANT	(CF CODES)			
13																			
14																			
15																			
16																			
17																			
18																			
19																			
20																			
21																			
22																			
23																			
24																			

1B2. QUESTIONNAIRE INDIVIDUEL SUR LA SANTE, LA MIGRATION ET L'EDUCATION

N u m é r o d' o r d r e	S A N T E				M I G R A T I O N						E D U C A T I O N E.T F O R M A T I O N PERSONNE DE 3 ANS ET PLUS									
	20. Au cours des 12 derniers mois avez vous eu des con- sultations préven- tives ? PRENATAL.1 AUTRES...2 NON.....3	21. Bénéficiez- vous d'une assurance maladie ? OUI...1 NON...2	22. A. Avez-vous bénéficié d'une as- sistance sociale au cours des 12 derniers mois ? OUI..1 NON..2 »»23 (CF CODES)	B. Qui vous a apporté cette assistance sociale ? (CF CODES)	23. LIEU DE NAISSANCE A Nom de la localité suivie de la sous- préfecture ou de la commune »»»» 24	B Secteur URBAIN.1 RURAL..2	C Départe- ment (CF CODES)	24. Depuis combien de temps êtes- vous dans cette localité ? SI>2ANS, »»»27 ANS MOIS	25. Où habitiez- vous avant? SI AGE<1 AN,NE PAS POSER Q25» »»»PERSONNE SUIVANTE MEME LOC.1»»27 MEME DÉP..2 AUTRE DÉP.3 HORS CI...4	26. Motifs du dépla- ce- ment? SI AGE < 3»»» »»PER- SONNE SUIV. (CF CODES)	27. Savez-vous lire et écrire en français, anglais, etc...? LIRE.....1 LIRE ET ECRIRE..2 NON.....3	28. Savez-vous lire et écrire en arabe ? LIRE.....1 LIRE ET ECRIRE..2 NON.....3	29. Savez-vous lire et écrire en langue nationale? LIRE.....1 LIRE ET ECRIRE..2 NON.....3	30. Avez-vous déjà fréquenté une école? OUI.1 NON.2»»»54	31. Quelle est la dernière classe que vous avez achevée? (CF CODES)	32. Quel est votre plus haut diplôme ? (CF CODES)	33. Quel est le type d'école fréquentée ? (CF CODES)	34. Où se trouve cette école? SI AGE >30 ANS »»54 (CF. CODES)		
13																				
14																				
15																				
16																				
17																				
18																				
19																				
20																				
21																				
22																				
23																				
24																				

1B3. QUESTIONNAIRE INDIVIDUEL SUR L'EDUCATION ET LA FORMATION

N u m é r o d' o r d r e	E D U C A T I O N E T F O R M A T I O N (PERSONNE DE 3 A 30 ANS)															
	35. Fréquentez-vous cette année scolaire 2001-2002 ?	36. Pourquoi ne fréquentez-vous pas cette année ?	37. Quel type d'enseignement suivez-vous cette année ?	38. Quel est le type d'établissement ?	39. Est-ce une école ivoirienne ?	40. Il y a-t-il une cantine dans votre école ?	41. Etes-vous abonné à cette cantine?	42. Combien payez-vous par mois pour la cantine?	43. Quel est l'impact de la cantine sur vos charges?	44. Quel est l'impact de la cantine sur les résultats scolaires de l'enfant?	45. Où mangez-vous à midi ?	46. Combien dépensez-vous par mois pour manger à midi ?	47. Quel est votre statut d'élève?	48. Quelle classe suivez-vous ?	49. (SI ENS TECH & PROF)	
	OUI.1»37 NON.2	»»»52 (CF. CODES)	(CF. CODES)	(CF. CODES)	OUI....1 NON....2	OUI..1 NON..2» »»»45	OUI..1 NON..2» »»»45	MONTANT	REDUIT.1 AUGMEN.2 SANS OBJET.3	»»»47 (CF CODES)	(CF CODES)	MONTANT	(CF. CODES)	(CF CODES)	A - Après quel niveau d'enseigne- ment général ? (CF CODES)	B - Dans quel domaine de compétence? (CF CODES)
13																
14																
15																
16																
17																
18																
19																
20																
21																
22																
23																
24																

1B4. QUESTIONNAIRE INDIVIDUEL SUR L'EDUCATION ET LA FORMATION

N u m é r o d' o r d r e	E D U C A T I O N E T F O R M A T I O N													
	50. Bénéficiez-vous d'une prise en charge ?	51. Qui avez-vous accordé cette prise en charge ?	52. Fréquentez-vous l'an dernier?	53. Quelle classe avez-vous suivie l'an dernier?	54. Avez-vous suivi une formation hors du système scolaire?	55. Dans quel domaine de compétence ?	56. Pourquoi avez-vous suivi cette formation ?	57. Où cette formation a-t-elle eu lieu ?	58. Utilisez-vous l'ordinateur ?	59. Où utilisez-vous le plus souvent l'ordinateur ?	60. Avez-vous accès à internet?	61. Où utilisez-vous internet le plus souvent ?	62. Combien vous coûte l'accès à internet par mois?	
	OUI..1 NON..2»»»52	(CF. CODES)	OUI..1 NON..2»»»54	(CF CODES)	OUI.1 NON.2»»»58	(CF CODES)	APPRENDRE UN METIER..1 ETRE PLUS PERFORMANT DS ACTIVITE ACTUELLE...2 ETRE PLUS COMPETITIF.3	PERS PHYS.1 CAB PRIVE.2 PME/GRANDE ENTR PRIV.3 GARAGE,ATEL MENUISERIE, ETC.....4 AUTRES....5	(TOUS LES MEMBRES DU MENAGE DE PLUS DE 06 ANS)	OUI.1 NON.2»»»60	(CF CODES)	OUI.1 NON.2»»»63	(CF CODES)	MONTANT
13														
14														
15														
16														
17														
18														
19														
20														
21														
22														
23														
24														

1B5. QUESTIONNAIRE INDIVIDUEL SUR LES DEPENSES D'EDUCATION
(CETTE PAGE NE CONCERNE QUE LES ELEVES QUI FREQUENTENT OU QUI FREQUENTAIENT L'AN DERNIER)

N u m é r o d' o r d r e	AU COURS DES 12 DERNIERS MOIS COMBIEN AVEZ-VOUS DEPENSE EN ...												75. Qui assure principa- lement ces dépenses ? (CF CODES)	76. Quel est le montant total des bourses, prises en charges et aides reçues du gouver- nement, des ambassades ou des ins- titutions ? MONTANT
	63. Droit d'inscrip- tion MONTANT	64. Autres frais d'inscrip- tion MONTANT	65. Scolarité MONTANT	66. Livres scolaires MONTANT	67. Autres fournitures scolaires MONTANT	68. Frais d'uniforme et de tenu de sport MONTANT	69. Transport MONTANT	70. Nourriture, tuteur, internat, pensionnat, cantine... MONTANT	71. Activités péri- scolaires MONTANT	72. Contribu- tion APE (Associa- tion des parents d'élèves) MONTANT	73. Répétiteur maître de maison MONTANT	74. Dépenses non ventilées ailleurs MONTANT		
13														
14														
15														
16														
17														
18														
19														
20														
21														
22														
23														
24														

SECTION 2 : EMPLOI

2A. QUESTIONNAIRE INDIVIDUEL SUR L'EMPLOI

N u m é r o d' o r d r e	E M P L O I (PERSONNES DE 5 ANS ET PLUS)													
	1. Avez-vous déjà occupé un emploi ou exercé une activité professionnelle?	2. Combien d'emploi ou d'activités professionnelles avez-vous exercé? (y compris éventuellement celui que vous exercé ?)	3. De quand date le 1er changement d'emploi ? (Si 2 et+)	4. De quand date le dernier changement d'emploi ? (Si 3 et+)	5. Avez-vous travaillé pour au moins une heure au cours des 7 derniers jours? OUI...1 NON...2»»	6. pendant combien de temps ce travail vous a occupé les 7 derniers jours? UNITE TEMPS JOUR.....1 SEMAINE....2	7. Ce travail est-il votre emploi principal? (»»»14) OUI...1 NON...2	8. Avez-vous un emploi, même si vous n'avez pas travaillé les 7 derniers jours? OUI.1 NON.2»»11	9. Pourquoi n'avez-vous pas travaillé les 7 derniers jours? Vacances, congés.....1 Maladie.....2 Arrêt prov.3 Invalidé4»13 AUTRE (A PRECISER) ..5	10. Dans combien de temps allez-vous reprendre le travail ou commencer à travailler? (»»»14) JOUR.....1 SEMAINE....2 Mois.....3	11. Avez-vous effectué des démarches pour obtenir un emploi (ou créer une activité) au cours des 4 dernières semaines? OUI.1»»SECT 2D NON.2	12. Pourquoi n'avez-vous pas cherché du travail (raison principale) (CF.CODES)	13. Comment faites-vous pour subvenir à vos besoins (RESSOURCE PRINCIPALE) (CF.CODES) »»PERSONNE SUIVANTE	
	OUI.1 NON.2»»»5	NOMBRE	ANNEE	ANNEE	HEURE U.TPS	HEURE U.TPS				NBRE U.TPS				
13														
14														
15														
16														
17														
18														
19														
20														
21														
22														
23														
24														

2B1. QUESTIONNAIRE INDIVIDUEL SUR L'EMPLOI PRINCIPAL

N u m é r o d' o r d r e	E M P L O I (PERSONNES DE 5 ANS ET PLUS)														
	14. Quel est le nom du métier ou de la profession de votre emploi (ou de votre activité) principale ?		15. Quelle est votre activité principale ou celle de la structure ou vous exercez ?		16. Votre catégorie socio-professionnelle (CF. CODES)		17. Combien d'heures par semaine consacrez vous à cette activité?	18. Depuis combien de temps exercez-vous cet emploi ? MOIS..1 AN....2		19. Comment avez-vous eu connaissance de cet emploi ?	20. Cette entreprise tient-elle une comptabilité?	21. Cette entreprise délivre-t-elle un bulletin de paie?	22. Type de contrat avec l'employeur	23. Durée du contrat	24. S'agit-il d'un emploi occasionnel ?
		CODE		CODE	A l'obtention de cet emploi	Actuel-lement		DUREE	UNITE DE TEMPS	(CF. CODES)	OUI..1 NON..2	OUI..1 NON..2	(CF. CODES)	MOINS D'UN AN..1 UN AN ET PLUS...2 »»»»25 INDET..3 »»»»25	(CF. CODES)
13															
14															
15															
16															
17															
18															
19															
20															
21															
22															
23															
24															

2B2. QUESTIONNAIRE INDIVIDUEL L'EMPLOI PRINCIPAL

N u m é r o d ' o r d r e	E M P L O I (PERSONNES DE 5 ANS ET PLUS)										
	25. Sous quelle forme êtes-vous rémunéré dans votre emploi principal ?	26. A combien estimez-vous la rémunération que vous tirez de votre emploi principal ?	27. Y a-t-il un syndicat dans votre entreprise ou activité ?	28. Etes-vous membre de ce syndicat ?	29a. Avez-vous une prime de fin d'année ?	29b. Avez-vous une prime de rendement ?	29c. Avez-vous une prime de santé ou de nuisance ?	29d. Avez-vous une prime de transport ?	29e. Avez-vous une prime de logement ?	29f. Avez-vous droit à une retraite payée ?	
	SALAIRE FIXE.....1 PAR JOUR, HEURE.....2 A LA TACHE.....3 COMMISSION.....4 BENEFICE.....5 EN NATURE.....6 PAS REMUNERER.....7»»27 AUTRE (A PRECISER)..8	SEMAINE.....1 MOIS.....2 TRIMESTRE.....3 SEMESTRE.....4 AN.....5									
	MONTANT	UNITE DE TEMPS	OUI..1 NON..2»»29a	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	
13											
14											
15											
16											
17											
18											
19											
20											
21											
22											
23											
24											

2B3. QUESTIONNAIRE INDIVIDUEL SUR L'EMPLOI

N u m é r o d' o r d r e	E M P L O I (PERSONNES DE 5 ANS ET PLUS)											
	30. Avez-vous aussi bénéficié de :								31.	32.	33.	34.
	30a. Congés payés?	30b. Cotisation CNPS ou CGRAE	30c. Parts de bénéfices	30d. Avantages sanitaires en nature	30e. Assurance Médicale payée par l'employeur	30f. Logement gratuit	30g. Transport gratuit	30h. Autres primes et avantages en nature	Avez-vous une fois bénéficié de forma- tion ?	Dans quel domaine de compétence avez-vous bénéficié de cette formation?	Cette formation vous a-t-elle permis de changer : CSP.....1 FONCTION DANS LA MEME CSP..2 NON.....3»	Après Combien de temps ce chan- gement à eu lieu?
	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»» SECTION 2C	(CF. CODES)	»» SECTION 2C	(CF. CODES)
13												
14												
15												
16												
17												
18												
19												
20												
21												
22												
23												
24												

2C. QUESTIONNAIRE INDIVIDUEL SUR L'EMPLOI SECONDAIRE

N u m é r o d' o r d r e	E M P L O I (PERSONNES DE 5 ANS ET PLUS)													
	1 . En plus de votre em- ploi (ou activité) principal exercez- vous d'autres emplois ?	2 . Combien d'emplois ou (d'acti- vités) secondaires exercez- vous ?	3 . Quelle est l'activité principale de l'entreprise dans laquelle vous avez exercé?		4. Dans cet emploi secondaire quel est votre catégorie socio- profession- nelle ?	5. Dans quel type d'en- treprise exercez- vous cet emploi ?	6. Effec- tif du person- nel de l'entre- prise (y com- pris vous- même) ?	7. Dans quel type de local fonc- tionne l'entre- prise ?	8. Combien d'heures par semaine consacrez vous à cette activité?	9. Tenez- vous une compta- bilité dans cette acti- vité?	10. Avez- vous un bulletin de paie?	11. Sous quelle forme êtes vous rému- néré dans cette activité secon- daire?	12. A combien estimez-vous le montant de votre rémunération?	
			INTITULE	CODE									MONTANT	Unité de tps
	OUI...1 NON...2»»» »Pers.suiv	NOMBRE			(CF CODES)	(CF.CODES)	NOMBRE	(CF. CODES)	NOMBRE	OUI...1 NON...2	OUI....1 NON....2	(CF. CODES)	(»»PERS.SUIV. OU A LA SECTION 3 S'IL S'AGIT DE LA DERNIERE PERSONNE)	JOUR.1 SEM..2 MOIS.3 AN...4
13														
14														
15														
16														
17														
18														
19														
20														
21														
22														
23														
24														

2D. QUESTIONNAIRE INDIVIDUEL SUR LE CHOMAGE

N u m é r o d' o r d r e	ACTIVITE ET EMPLOI (PERSONNES DE 5 ANS ET PLUS)												
	1. Depuis quand êtes-vous sans emploi?		2. Aviez-vous travaillé antérieurement? OUI....1 NON....2»»4	3. Quelle est la principale cause de cette perte d'emploi? (CF CODES)	4. Quelles démarches avez-vous prises pour obtenir un emploi? (CF CODES)	5. Quel type d'emploi recherchez-vous? (CF CODES)	6. Ce travail doit-il correspondre à vos qualifications? OUI...1 NON...2	7. Dans quel secteur d'activité ? CF. CODES	8. Pour quel statut? SALA-RIE..1 INDEPEN-DANT.2»»10 INDIFFE-RENT.3»»11	9. Pourquoi recherchez-vous un emploi salarié? (»»11) (CF. CODES)	10. Pourquoi recherchez-vous un emploi indépendant? (CF. CODES)	11. Quel est le niveau de salaire ou de rémunération minimum acceptable pour vous?	
	DUREE	UNITE DE TPS SEM...1 MOIS..2 AN....3										MONTANT	UNITE DE TPS JOUR.1 SEM..2 MOIS.3 AN...4
13													
14													
15													
16													
17													
18													
19													
20													
21													
22													
23													
24													