

Enquête nationale sur la dépense, la consommation et le niveau de vie des ménages pour l'année 2010

Autorisation n°	Du Au
Les dispositions de la loi n°99-32 du 13 avril 1999 , relative au système national de la statistique, sont applicables à la présente enquête, notamment :	
- L'article 5 relatif au secret statistique signifie que les données individuelles figurant sur les questionnaires des enquêtes statistiques ne peuvent être divulguées. Par ailleurs, les agents des services statistiques sont astreints au respect du secret professionnel.	
- L'article 6 relatif à l'obligation de réponse avec exactitude et dans les délais impartis aux questionnaires des enquêtes statistiques.	
- L'article 26 relatif aux sanctions au moyen d'une amende pécuniaire pour toute personne résidente qui refuse de répondre aux questionnaires des enquêtes statistiques, ou qui donne des réponses incomplètes ou inexacts.	

Questionnaire du secteur enseignement et couverture sociale et soin

Modèle 4

01 Définition géographique du ménage :

Gouvernorat Délégation

Communauté :.....Secteur :.....

Nom de l'unité primaire :.....

Chiffrement statistique du ménage :

Code de l'unité
primaire :

Numéro d'ordre du ménage :

Nom et Prénom du chef du ménage :.....

Adresse :

Numéro d'ordre	Nom et Prénom	L'âge en années	L'état civil
	(1)	(2)	(3)
01 1- Célibataire 2- Marié 3- veuf 4- Divorcé
02 1- Célibataire 2- Marié 3- veuf 4- Divorcé
03 1- Célibataire 2- Marié 3- veuf 4- Divorcé
04 1- Célibataire 2- Marié 3- veuf 4- Divorcé
05 1- Célibataire 2- Marié 3- veuf 4- Divorcé
06 1- Célibataire 2- Marié 3- veuf 4- Divorcé
07 1- Célibataire 2- Marié 3- veuf 4- Divorcé
08 1- Célibataire 2- Marié 3- veuf 4- Divorcé
09 1- Célibataire 2- Marié 3- veuf 4- Divorcé
10 1- Célibataire 2- Marié 3- veuf 4- Divorcé
11 1- Célibataire 2- Marié 3- veuf 4- Divorcé
12 1- Célibataire 2- Marié 3- veuf 4- Divorcé
13 1- Célibataire 2- Marié 3- veuf 4- Divorcé
14 1- Célibataire 2- Marié 3- veuf 4- Divorcé
15 1- Célibataire 2- Marié 3- veuf 4- Divorcé

Les observations de l'agent enquêteur sur le remplissage du questionnaire éducation et couverture sanitaire et soin

Les conditions du remplissage du questionnaire :

1. Rempli dans des bonnes conditions
2. Rempli dans des conditions moyennes
3. Rempli dans des conditions difficiles
4. Impossible de terminer le questionnaire

La partie	Les observations
Education et Enseignement
Couverture sanitaire
Maladie à longue durée
Grossesse et Maternité
Soin médical

Première partie: l'éducation et l'enseignement

Pour l'agent enquêteur: cette partie concerne les gens ages de 5 ans et plus

Numéro d'ordre	Est-ce que la personne maîtrise une langue écrite et parle? 1- Oui 2- Non (Colonne 3)	Citez les langues qui (la personne) maîtrise? citez au maximum 4) (langues 1- Arabe 2- Français 3- Anglais 4- Allemand 5- Espagnol 6- Italien 7- Russe 8- Chenois 9- Autre langue	Est-ce que (la personne) a étudié ou entrain d'étudier dans un établissement éducatif ou professionnel (y compris l'école des handicaps)? 1- a étudié (col 7) 2- étudié (col 7) 3- Il n'a jamais étudié	Pourquoi (la personne) n'a jamais étudié dans un établissement éducatif? 1- Mineur (la personne suivante) 2- L'école est loin 3- Obliger de rester a la maison 4- A cause de la santé 5- Fournitures scolaires très chères 6- Il ne voit pas aucun intérêt dans les études 7- Autres	Pour l'agent enquêteur: pour la question 5 et 6, il faut interroger chaque personne âgée de 10 ans et plus qui a répondu sur la question 'n'a jamais étudié'	
					Est-ce que (la personne) est au courant du programme de l'enseignement des personnes âgées? 1- Oui 2- Non (la personne suivante)	Est-ce que (la personne) étudie ou a étudié des études d'analphabétisation? 1- Oui 2- Non <div style="border: 1px solid black; padding: 2px; width: fit-content; margin: 0 auto;">La personne suivante</div>
	(1)	(2)	(3)	(4)	(5)	(6)
01	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
02	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
03	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
04	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
05	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
06	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
07	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
08	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
09	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
10	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
11	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
12	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
13	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
14	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
15	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

La première partie: l'éducation et l'enseignement (suivant)

Pour la personne enquêteur: cette partie (à partir de colonne 10) concerne les personnes âgées entre 5 et 29 ans

Numéro d'ordre	Quelle est l'année scolaire que (la personne) a franchie avec succès ?		Pour l'agent enquêteur : est-ce que l'âge de la personne est moins de 30 ans ?	Pour l'agent enquêteur : est-ce que la personne étudie dans un établissement éducatif ou universitaire ou professionnel ? (s'il est en vacances, on le considère étudiant)	En quelle année la personne a quitté le dernier établissement scolaire ou universitaire ?	Après avoir quitté (la personne) l'établissement scolaire :	Combien de mois (la personne) est restée à la recherche d'un travail après avoir quitté l'établissement scolaire ou universitaire ?	Pourquoi (la personne) a quitté l'établissement scolaire ?
	L'année	Le cycle						
	(7)	(8)	(9)	(10)	(11)	(12)	(13)	(14)
01	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
02	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
03	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
04	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
05	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
06	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
07	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
08	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
09	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
10	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
11	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
12	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
13	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
14	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
15	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>

Personne suivante

71

La première partie: l'éducation et l'enseignement (suivant)

Pour la personne enquêteur: cette partie concerne les personnes âgées entre 5 et 29 ans

Numéro d'ordre	Est-ce que l'établissement scolaire, universitaire ou professionnel est public ou privé ?	Quelle est la distance qui sépare l'établissement du foyer	Quel est le moyen de transport que vous utilisez souvent ?	Quelle est la durée du temps consacré pour l'aller et le retour quotidienne à l'établissement scolaire, universitaire ou professionnel ?	Est-ce que (la personne) bénéficie de livres et des fournitures scolaires gratuitement ?	Est-ce que (la personne) bénéficie de vêtements gratuitement durant l'année de l'enquête?
	1- Etablissement scolaire public 2- Etablissement scolaire privé 3- Etablissement professionnel public 4- Etablissement professionnel privé	1- Moins de 2 km 2- Entre 2 et 4 km 3- Plus de 4 km	1- A pieds 2- Moyen de transport privé 3- Transport public 4- Transport rural 5- Autres	En minutes	1- Oui 2- Non	1- Oui 2- Non
	(15)	(16)	(17)	(18)	(19)	(20)
01	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
02	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
03	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
04	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
05	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
06	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
07	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
08	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
09	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
10	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
11	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
12	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
13	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
14	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
15	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>

71 La première partie: l'éducation et l'enseignement (suivant)

Pour la personne enquêteur: cette partie concerne les personnes âgées entre 5 et 29 ans

Numéro d'ordre	Dans quel cycle (la personne) est entrain d'étudier maintenant ?		Quel est le domaine de la formation professionnelle ?	Est-ce que (la personne) bénéficie d'une ration alimentaire gratuitement à l'école ?	Est-ce que (la personne) bénéficie d'une bourse ou d'un prêt universitaire ?	Quel est le montant annuel de bourse ou du prêt ? (en dinars)
	<u>Cycle avant scolarisation</u> 1- Jardin d'enfant (col 23) 2- Ecole coranique (col 23) 3- Préparatoire (col 23) <u>Cycle scolaire</u> 4- Enseignement de base (col 23) 5- Secondaire (col 23) 6- Supérieur cycle long (col 24) 7- Supérieur cycle court (col 24)	<u>Cycle professionnel</u> 8- Formation professionnelle dans les écoles professionnelles 9- Certificat d'aptitude professionnel CAP 10- Brevet de technicien professionnel BTP 11- Brevet de technicien supérieur BTS 12- Formation Professionnelle 13- Autre formation Professionnelle 14- Formation professionnelle complémentaire pour le travail 15- Formation continue et recyclage 16- Enseignement des personnes âgées (personne suivante)				
	(21)		(22)	(23)	(24)	(25)
01	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
02	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
03	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
04	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
05	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
06	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
07	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
08	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
09	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
10	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
11	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
12	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
13	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
14	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
15	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>

Num éro d'ord re	Les colonnes de 2 jusqu'à 7 concerne les personnes âgées de 18 ans et plus					
	Pour l'agent enquêteur : est-ce que l'âge de la personne est égal ou dépassé 18 ans ? 1- Oui 2- Non (col 8)	Est-ce que vous êtes affilié en personne à l'une des caisses sociales ? 1- Caisse national de la retraite et de la prévoyance sociale (CNRPS) 2- Caisse national de la sécurité sociale 3- Non adhérent (col 5) <div style="border: 1px solid black; padding: 2px; width: fit-content; margin: 0 auto;">Personne suivante</div>	Pour l'affilié dans l'une des caisses, est- ce que vous avez un carnet de soin valable de la caisse nationale d'assurance maladie (C NAM)? 1- Oui 2- Non (col 5)	La formule de prise en charge ? 1- Système de soin public 2- Système de soin privé (médecin de la famille) 3- Système de remboursement de soin	Est-ce que vous êtes affilié à une assurance groupe maladie ou dans une mutuelle ? 1- Oui 2- Non	Est-ce que vous bénéficiez du soin gratuit dans une clinique, hôpital ou dans centre médicale qui dépend de votre travail? 1- Oui 2- Non
	(1)	(2)	(3)	(4)	(5)	(6)
01	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
02	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
03	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
04	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
05	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
06	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
07	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
08	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
09	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
10	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
11	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
12	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
13	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
14	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
15	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Numéro d'ordre	Est-ce que vous avez un carnet de soin du ministère de la santé, des affaires sociales ou d'autres ?	Pour la personne qui n'a aucune couverture sanitaire dans toutes les colonnes précédentes et aussi pour tous les enfants âgés de moins de 18 ans, citez s'il bénéficie d'une couverture sanitaire avec l'un du membre de la famille ?	Pour ceux qui répondent par oui dans la colonne 8, citez le numéro d'ordre de la personne avec qui, ils bénéficient	Pour ceux qui ne bénéficient d'aucune couverture sanitaire dans toutes les précédentes, citez s'ils bénéficient d'une couverture sanitaire avec un des descendants ou un des proches qui n'habitent pas dans le ménage ?
	1- Catégorie gratuite (carnet blanc) 2- Catégorie tarif réduit (carnet jaune) 3- Carte de méritant ou autre 4- n'a aucune carte du soin	1- Oui 2- Non (col 10)	<input type="text" value="Personne suivante"/>	1- Oui 2- Non <input type="text" value="Personne suivante"/>
	(7)	(8)	(9)	(10)
01	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
02	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
03	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
04	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
05	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
06	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
07	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
08	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
09	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
10	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
11	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
12	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
13	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
14	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
15	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>

Troisième partie : la santé et le soin

Secteur A : les maladies longue durée

Numéro d'ordre	Est-ce que la personne souffre d'une maladie de longue durée ou d'un handicap ? 1- Oui 2- Non (secteur B)	La première maladie de longue durée			
		Quand est-ce que la personne a été atteinte par la maladie de longue durée ou l'handicap ?	Est-ce que cette maladie de longue durée ou cet handicap a été détectée par un médecin ?	Quelle est cette maladie de longue durée ou cet handicap ?	Est-ce que vous bénéficiez de la brise en charge de la caisse nationale de l'assurance maladie (APCI) ? 1- Oui 2- Non 3- Ne pas au courant de ce système 4- Refus de la demande
		L'année			
	(5)	(6)	(7)	(8)	(9)
01	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
02	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
03	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
04	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
05	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
06	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
07	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
08	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
09	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
10	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
11	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
12	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
13	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
14	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
15	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Troisième partie : la santé et le soin

Secteur A : les maladies longue durée (suivant)

Numéro d'ordre	Est-ce que la personne souffre d'une autre maladie de longue durée ou d'un autre handicap ? 1- Oui 2- Non (col 11)	La deuxième maladie de longue durée				Combien la personne a dépensé pour soigner ses maladies de longue durée durant l'année de l'enquête ? (en millimes) Secteur B
		Quand est-ce que la personne a été atteinte par la deuxième maladie de longue durée ou le deuxième handicap ? L'année	Est-ce que cette maladie de longue durée ou cet handicap a été détectée par un médecin ? 1- Oui 2- Non	Quelle est cette deuxième maladie de longue durée ou cet deuxième handicap ?	Est-ce que vous bénéficiez de la brise en charge de la caisse nationale de l'assurance maladie (APCI) ? 1- Oui 2- Non 3- Ne pas au courant de ce système 4- Refus de la demande	
	(6)	(7)	(8)	(9)	(10)	(11)
01	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
02	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
03	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
04	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
05	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
06	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
07	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
08	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
09	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
10	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
11	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
12	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
13	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
14	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
15	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Troisième partie : la santé et le soin**Secteur B : la grossesse et la maternité**

Pour l'agent enquêteur : cette partie concerne les femmes qui ont été marié et dont l'âge inférieur ou égal à 50 ans

Numéro d'ordre	Est-ce que vous avez procréé d'enfants ? 1- Oui 2- Non (col 4)	Quel est le nombre d'enfant né vivant?	Quel est le nombre d'enfant qui sont en vie ?	Est-ce que vous êtes enceinte ou vous étiez enceinte durant l'année de l'enquête ? 1- Enceinte maintenant 2- Accouché (col 6) 3- Avorté (col 6) 4- Rien (Secteur C)	Quel est le mois de votre grossesse maintenant ?	Où vous avez accouché ou avorté ? 1- A la maison (col 8) 2- Clinique 3- Centre public d'accouchement 4- Hôpital local 5- Hôpital régional 6- Autre hôpital 7- Hôpital universitaire	Quel est le nombre des nuits que vous avez passé dans cet établissement hospitalier?
		Le nombre	Le nombre		En mois		
	(1)	(2)	(3)	(4)	(5)	(6)	(7)
01	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
02	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
03	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
04	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
05	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
06	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
07	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
08	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
09	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
10	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
11	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
12	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
13	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
14	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
15	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>

Troisième partie : la santé et le soin
Secteur B : la grossesse et la maternité (suivant)

Numéro d'ordre	Est-ce que vous avez fait des visites médicales après l'accouchement ou l'avortement durant l'année de l'enquête ? 1- Oui 2- Non (col 11)	Quel est le nombre des visites non payées que vous avez fait après l'accouchement ou l'avortement durant l'année de l'enquête ?	Quel est le nombre des visites payées que vous avez fait après l'accouchement ou l'avortement durant l'année de l'enquête ?	Est-ce que vous avez fait des visites médicales avant l'accouchement ou l'avortement durant l'année de l'enquête ? Est-ce avec échographie ? 1- Oui avec échographie 2- Oui sans échographie 3- Non (secteur C)	Quel est le nombre des visites non payées que vous avez fait avant l'accouchement ou l'avortement durant l'année de l'enquête ?	Quel est le nombre des visites que vous avez fait avant l'accouchement ou l'avortement durant l'année de l'enquête ?
		Le nombre	Le nombre		Le nombre	Le nombre
	(8)	(9)	(10)	(11)	(12)	(13)
01	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
02	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
03	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
04	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
05	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
06	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
07	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
08	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
09	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
10	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
11	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
12	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
13	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
14	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
15	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>

Secteur C

Secteur C : Soin médical

Numéro d'ordre	A part les maladies de longue durée, l'handicap, l'accouchement, la grossesse et l'avortement, est-ce que vous avez été malade ou vous avez été blessé ou vous avez fait un contrôle médical durant le mois de l'enquête (exp :rhume, blessure ou autre) ?	Quelle est la maladie ou la blessure dont la personne a été atteinte ?	Quel est le nombre de jours durant lequel la personne a souffert de cette maladie ou de blessure durant le mois de l'étude ?	Quel est le nombre de jours durant lequel la personne a arrêté son travail à cause de maladie ou de blessure durant le mois de l'enquête ?	Est-ce que la personne est encore malade ou blessé ?
	1- Maladie 2- Blessure 3- Contrôle médical (col 6) 4- Non (col 21)		Nombre de jours	Nombre de jours	1- Oui 2- Non
	(1)	(2)	(3)	(4)	(5)
01	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
02	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
03	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
04	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
05	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
06	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
07	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
08	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
09	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
10	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
11	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
12	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
13	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
14	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
15	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>

Secteur C : Soin médical (suivant)

Numéro d'ordre	Chez quel médecin la personne s'est rendue? 1- Généraliste 2- Dentiste 3- Spécialiste 4- Médecin traditionnel 5- Infirmier 6- Pharmacien 7- Autre 8- N'a jamais visité un médecin	Pourquoi la personne n'a pas visité le médecin, l'infirmier ou le pharmacien pour le soin? 1- Maladie légère 2- Ressources insuffisantes 3- Temps insuffisant 4- Il n'a pas d'aide soignant 5- Autre ->21	Où est-ce que vous avez fait la visite médicale? 1- A la maison 2- Cabinet 3- Centre de soin de santé de base 4- Clinique de la caisse de sécurité sociale 5- Centre de la protection de la mère et de l'enfant 6- Hôpital local 7- Hôpital régional 8- Hôpital universitaire 9- Clinique 10- Infirmérie 11- Dispensaire de l'entreprise 12- Infirmérie de l'entreprise 13- Hôpital ou clinique de l'entreprise 14- Pharmacie 15- Autre	Quelle est la durée que vous avez passé en allant pour voir le médecin ? (L'aller)		Quelle est la distance qui sépare la résidence et l'établissement hospitalier ? 1- Moins de 2 km 2- Entre 2 et 4 km 3- Plus de 4 km
				Minute	Heure	
	(6)	(7)	(8)	(9)	(10)	(11)
01	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
02	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
03	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
04	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
05	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
06	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
07	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
08	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
09	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
10	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
11	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
12	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
13	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
14	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Numéro d'ordre	Quel moyen du transport qui vous avez utilisé pour voir le médecin ? 1- Voiture 2- Bus 3- Métro 4- Train 5- Taxi 6- A pieds 7- Transport rural 8- Ambulance 9- Autre	Combien du temps vous avez passé dans la salle d'attente avant de voir le médecin ?		Est-ce que le centre est le plus proche de la maison ? 1- Oui (col 17) 2- Non	Pourquoi vous avez choisi ce centre ? 1-Travailler sans interruption 2-Connaissance particulière 3-Qualité des services 4-Autre	Est-ce que vous êtes orienté vers une autre centre pour se soigner ? 1- Oui 2- Non (col 20)	Est-ce que vous avez effectué mentn visité cette centre pour se soigner ? 1- Oui 2- Non (col 20)	Quelle est ce centre ? 2- Cabinet 3- Centre de soin de santé de base 4- Clinique de la caisse de sécurité sociale 5- Centre de la protection de la mère et de l'enfant 6- Hôpital local 7- Hôpital régional 8- Hôpital universitaire 9- Clinique 10- Infirmérie 11- Dispensaire de l'entreprise 12- Infirmérie de l'entreprise 13- Hôpital ou clinique de l'entreprise 14- A l'étranger
		Min ute	Heure					
	(12)	(13)	(14)	(15)	(16)	(17)	(18)	(19)
01	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
02	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
03	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
04	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
05	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
06	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
07	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>

Secteur C : Soin médical (suivant)

Numéro d'ordre	Quel est le nombre des visites que vous avez fait durant le mois de l'enquête ?	Est-ce que vous avez passé une nuit dans un hôpital ou dans une clinique durant l'année de l'enquête (a part les accouchements, les avortements et les maladies de longue durée) ? 1- Oui 2- Non (La personne suivante)	Quelle est le centre hospitalier ? 1- Hôpital local 2- Hôpital régional 3- Hôpital universitaire 4- Clinique 5- Hôpital ou clinique de l'entreprise 6- L'étranger 7- Autre	Quel est le nombre des nuits passées dans ce centre hospitalier durant l'année de l'enquête ? <div style="border: 1px solid black; padding: 2px; width: fit-content; margin: auto;">La personne suivante</div>
	Le nombre			Le nombre
	(20)	(21)	(22)	(23)
01	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
02	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
03	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
04	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
05	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
06	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
07	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
08	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
09	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
10	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
11	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
12	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
13	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
14	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
15	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>

