

**Union des Comores**  
**Commissariat Général au Plan**  
**Direction de la Statistique**

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

**Questionnaire sur les ménages**

**VOLUME I**

*Version 2.0*

*2003*

**INFORMATIONS RELATIVES A L'ENQUETE**

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                      Préciser Inter- Oui...1  
 l'interview : Français...3 Autre.....4 ( \_préciser)                      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 contrôlée : Oui...1 Non...2  
 .....

**Saisie du deuxième passage :**

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

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

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

**RESUME DE L'ENQUETE**



# PREMIER PASSAGE

## SECTION 1 - PARTIE A : IDENTIFICATION DU MENAGE

**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 a la question 6, estimer a 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 coté 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 - MENAGE - PARTIE A : IDENTIFICATION DU MENAGE

FICHE DU MENAGE			POUR CHAQUE PERSONNE INSCRITE A 1, POSER 4-6			POUR CHAQUE PERSONNE INSCRITE A 1 DE 15 ANS ET PLUS, POSER 7-9			POUR CHAQUE PERSONNE INSCRITE A 1, POSER 10-16							
1. FAIRE UNE LISTE DES MEMBRES DU MENAGE AVANT DE PASSER A 4-16	2. CO DE SEXE ID	3. LIEN DE PARENTE/ CHEF .....1 EPOUSE/MARI .....2 ENFANT DU CHEF .....3 PETIT-FILS/FILLE .....4 PERE OU MERE .....5 APPARENTE AU CHEF OU A SON CONJOINT ..6 DOMESTIQUE DU MENAGE ET SES PARENTS .....7 PENSIONNAIRE ET SES PARENTS .....8 AUTRE PERSONNE NON APPARENTEE .....9	4. Y-A-T-IL UN ACTE DE NAIS- SANCE [NOM] QUE VOUS MON- TREZ ?	5. RECOPIER LA DATE DE NAIS- SANCE EN 5 CALCULER L'AGE ET DE- MANDER LA CONFIRMATION A L'ENQUETE. RECOPIER EN 6	6. QUEL AGE A [NOM] AUJOUR- D'HUI ? ANS SI ≥ 5 ANS ANS & MOIS SI < 5 ANS	7. QUELLE EST LA SITUATION DE FA- MILLE DE [NOM] ? MARIE(E) MONOGAME.....1 MARIE(E) POLYGAME.....2 DIVORCE(E).....3 SEPRE(E).....4 ( _ 10) VEUF/VEUVE .....5 ( _ 10) JAMAIS MARIE.....6 ( _ 10)	8. EST-CE QUE L'E- POUSE (OU MARI) DE L'E- POUSE HABITE DANS CE MENAGE?	9. RECO- PIER LE CODE ID DE L'E- POUSE OU DU MARI	10. OU EST NE(E) [NOM]?	11. QUELLE EST SA NATION- ALITE AC- TUELLE ?	12. DURING LES 12 DERNIERS MOIS, PENDANT COMBIEN DE MOIS A-T-IL (EL-LE) ETE	13. RAISON PRINCI- PALE DE L'ABSEN- CE ?	14. DURING L'ABSEN- CE, CET- TE PER- SONNE A-T-ELLE VECU DANS UN AUTRE MENA- GE ?	15. MEMBRE DU ME- NAGE ?	16. MEMBRES DU MENA- GE VIVANT A L'ETRAN- GER	
A	B	NOM														
			01													
			02													
			03													
			04													
			05													
			06													
			07													
			08													
			09													
			10													
			11													
			12													
			13													
			14													
			15													

## SECTION 1 - MENAGE - PARTIE B : MIGRATION

CO DE  ID	POUR TOUS LES MEMBRES DU MENAGE DE 15 ANS ET PLUS, POSER 1-14																	
	CODE IID  DE LA PER- SONNE EN- QUE- TEE	1. ÊTES-VOUS NE A.[LIEU DE RESI- DENCE ACTUEL] ?  OUI.....1 NON.....2	2. AVEZ-VOUS TOUJOURS RESIDE DANS CE VILLAGE/ VILLE ?  OUI.....1 NON.....2 (_ MEMBRE SUIVANT)	3. AVEZ-VOUS DEJA VECU HORS DE CE VILLAGE/ VILLE PEN- DANT PLUS D'UN AN ?  OUI.....1 NON.....2 (_ 6)	4. COMBIEN Y- A-T-IL D'AN- NEES DEPUIS QUE VOUS ÊTES PARTI POUR LA 1 <sup>ERE</sup> FOIS ?  ANNEES	5. COMBIEN DE TEMPS AVEZ- VOUS VECU ICI DANS CE VILLAGE/ VILLE DEPUIS VOTRE DER- NIER RE- TOUR ?  (_ 7)  ANS MOIS		6. COMBIEN DE TEMPS AVEZ- VOUS VECU ICI DANS CE VILLAGE/ VILLE ?  ANS MOIS		7. DANS QUEL- LE ILE, RE- GION OU PAYS ETRAN- GER AVEZ- VOUS VECU AVANT DE VENIR ICI ?  (CODE GEOGRA- PHIQUE)	8. DANS QUEL TYPE DE LIEU VIVIEZ-VOUS ?  CAPITALE ... 1 GRANDE VILLE ..... 2 PETITE VILLE 3 GROS VILLAGE ..... 4 PETIT VILLAGE ..... 5 AUTRE ..... 6	9. QUELLE ETAIT VOTRE ACTIVITE PRINCIPALE A [NOM DU LIEU] ?  CODE DES OCCUPATIONS OU ETUDES A PLEIN TEMPS..... 1(_ 13) RECHERCHE D'EMPLOI.....2(_ 13) AUTRE ACTIVITE ..... 3 (_ 13) SANS ACTIVITE.. 4 (_ 13)	10. A QUEL GENRE DE COMMERCE, SERVICE OU BRANCHE APPARTE- NAIT VOTRE ACTIVITE ?  (CODE DES BRANCHES)	11. DANS CET-TE OCCU- PATION AVEZ- VOUS UN SALAIRE ?  OUI ..... 1 NON ..... 2 (_ 13)	12. VOTRE EMPLOYEUR ETAIT :  L'ETAT ..... 1 ENTREPRISE PUBLIQUE....2 ENTREPRISE PRIVEE ..... 3 AUTRE ..... 4	13. QUELLE A ETE LA PRINCIPALE RAISON DE VOTRE DEPART ?  EMPOI.....1 EMPOI DU CONJOINT. 2 MARIAGE ..... 3 AUTRE RAISON FAMILIALE ..... 4 ETUDES ..... 5 SECHERESSE/ GUERRE.....6 AUTRE ..... 7	14. COMBIEN DE TEMPS AVEZ-VOUS VECU A [NOM DU LIEU] ?  ANS MOIS	
01																		
02																		
03																		
04																		
05																		
06																		
07																		
08																		
09																		
10																		
11																		
12																		
13																		
14																		
15																		

## SECTION 1 - MENAGE - PARTIE C : ENVIRONNEMENT FAMILIAL

Co de	1. EST-CE QUE LE <b>PERE</b> DE [NOM] HABITE DANS CE MENAGE ?	2. RECOPIER LE CODE ID DU <b>PERE</b>	3. EST-CE QUE LE <b>PERE</b> DE [NOM] EST ENCORE VIVANT ?	4. LE PERE DE [NOM] A-T-IL FRE- QUENTE L'ECOLE ?	5. QUEL A ETE SON NIVEAU D'INS- TRUCTION LE PLUS ELEVE ?	6. EST-CE QU'IL A FREQUENTE L'ECOLE CO- RANIQUE ?	7 QUEL GENRE DE TRAVAIL LE <b>PERE</b> DE [NOM] A FAIT PENDANT LA MAJEURE PARTIE DE SA VIE ?	8. EST-CE QUE LA <b>MERE</b> DE [NOM] HABITE DANS CE MENAGE ?	9. RECO- PIER LE CODE ID DE LA <b>MERE</b>	10 EST-CE QUE LA <b>MERE</b> DE [NOM] EST ENCORE VIVANTE ?	11. LA MERE DE [NOM] A-T-ELLE FRE- QUENTE L'ECOLE ?	12. QUEL A ETE SON NIVEAU D'INSTRUC- TION LE PLUS ELEVE ?	13. EST-CE QU'ELLE A FREQUENTE L'ECOLE CO- RANIQUE ?	14 QUEL GENRE DE TRAVAIL LA <b>MERE</b> DE [NOM] A FAIT PENDANT LA MAJEURE PARTIE DE SA VIE ?
	OUI .....1 NON .....2 ( _ 3)	( _ 8)	OUI .....1 NON .....2 ( _ 6)	OUI .....1 NON .....2 ( _ 6)	PRIMAIRE ..... 1 SECONDAIRE .. 2 SUPERIEUR .... 3 PROGRAMME NON FORMEL .. 4 NSP ..... 5	OUI .....1 NON .....2 ( _ 11)	AGRICULTURE ..... 1 PECHE ..... 2 COMMERCE ..... 3 ADMINISTRATION ..... 4 CONSTRUCTION ..... 5 ARTISANAT ..... 6 INDUSTRIE ..... 7 SERVICES ..... 8 AUTRES ..... 9 NSP ..... 10	OUI .....1 NON .....2 ( _ 11)	MEMBRE SUIVANT)	OUI .....1 NON .....2 ( _ 13)	OUI .....1 NON .....2 ( _ 13)	PRIMAIRE .... 1 SECON- DAIRE ..... 2 SUPE- RIEUR ..... 3 PROGRAMME NON FOR- MEL ..... 4 NSP ..... 5	OUI .....1 NON .....2 ( _ 13)	AGRICULTURE ..... 1 PECHE ..... 2 COMMERCE ..... 3 ADMINISTRATION ..... 4 CONSTRUCTION ..... 5 ARTISANAT ..... 6 INDUSTRIE ..... 7 SERVICES ..... 8 AUTRES ..... 9 MENAGERE ..... 10 NSP ..... 11
01														
02														
03														
04														
05														
06														
07														
08														
09														
10														
11														
12														
13														
14														
15														



## SECTION 2 - HABITAT - [INTERESSE : LE CHEF DE MENAGE]

### PARTIE A : CONFIGURATION DU LOGEMENT

1. QUEL EST LE TYPE DE LOGEMENT OCCUPE PAR VOTRE MENAGE ?

- MAISON INDIVIDUELLE EN DUR, VILLA ( \_ 2) ..... 1  
LOGEMENT TRADITIONNEL ( \_ 3) ..... 2  
APPARTEMENT, CHAMBRE, STUDIO ( \_ 5) ..... 3  
AUTRE (PRECISEZ)..... 4

2. EST-CE QUE CETTE MAISON FAIT PARTIE D'UNE CONCESSION ?

- OUI..... 1  
NON ( \_ 6) ..... 2

3. COMBIEN DE BATIMENTS Y-A-T-IL AU TOTAL DANS LA CONCESSION, Y COMPRIS CEUX OCCUPES PAR CE MENAGE ET CEUX OCCUPES PAR D'AUTRES MENAGES ?

4. COMBIEN DE BATIMENTS SONT OCCUPES PAR CE MENAGE ? ( \_ 6)

5. EST-CE QUE CET APPARTEMENT FAIT PARTIE D'UNE COURS OU D'UNE CONCESSION ?

- OUI..... 1  
NON ..... 2

6. COMBIEN DE PIECES LE MENAGE OCCUPE-T-IL ?

(NE PAS INCLURE SALLES DE BAIN, TOILETTES ET CUISINE)

7. QUELLE EST LA NATURE DES MURS EXTERIEURS DU LOGEMENT OCCUPE PAR VOTRE MENAGE ?

- Dur..... 1  
TOLE ONDULEE..... 2  
TERRE/BRIQUE DE TERRE ..... 3  
PLANCHES, BOIS..... 4  
PISE..... 5  
FEUILLES DE COCOTIER ..... 6  
AUTRE (PRECISEZ)..... 7

8. QUELLE EST LA NATURE DU TOIT DU LOGEMENT OCCUPE PAR VOTRE MENAGE ?

- BETON ..... 1  
BETON TRADITIONNEL ..... 2  
TOLE ONDULEE..... 3  
PAILLE, FEUILLES..... 4  
AUTRE (PRECISEZ)..... 5

9. QUELLE EST LA NATURE DU SOL DU LOGEMENT OCCUPE PAR VOTRE MENAGE ?

- CIMENT ..... 1  
DALFLEX..... 2  
CARREAUX..... 3  
CAILLOUX, PETITES PIERRES ..... 4  
TERRE BATTUE ..... 5  
AUTRE (PRECISEZ)..... 6

10. CE LOGEMENT OCCUPE PAR VOTRE MENAGE SERT-IL EGALEMENT DE LOCAL PROFESSIONNEL POUR UNE ENTREPRISE OU INDUSTRIE DU MENAGE ?

- OUI..... 1  
NON ..... 2

### PARTIE B : STATUT D'OCCUPATION DU LOGEMENT

11. DEPUIS COMBIEN DE TEMPS VOTRE MENAGE VIT-IL DANS CE LOGEMENT ?

ANNEES Mois

SI TROIS ANS ET PLUS, \_ 15

12. QUEL TYPE DE LOGEMENT OCCUPIEZ-VOUS AVANT ?

- MAISON INDIVIDUELLE EN DUR, VILLA ..... 1  
LOGEMENT TRADITIONNEL ..... 2  
APPARTEMENT, CHAMBRE, STUDIO ..... 3  
AUTRE (PRECISEZ) ..... 4

13. COMBIEN DE PIECES AVAIT CE LOGEMENT ?

14. QUEL ETAIT AUPARAVANT VOTRE STATUT D'OCCUPANT ?

- PROPRIETAIRE ..... 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 ?

- PROPRIETAIRE ( \_ 23) ..... 1  
LOCATAIRE ..... 2  
LOGEMENT FOURNI GRATUITEMENT \_ 26)..... 3

17. QUI VOUS LOUE CE LOGEMENT ?

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

## PARTIE C : DEPENSES DE LOGEMENT

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

MONTANT

UNITE DE TEMPS

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

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

OUI ..... 1  
NON ( \_ 21) ..... 2

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

MONTANT :

UNITE DE TEMPS :

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

Oui ..... 1  
NON ( \_ 26) ..... 2

22. QUI PAIE LE LOYER PARTIELLEMENT OU TOTALEMENT ?

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

( \_ 26)

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

Oui ..... 1  
NON ( \_ 26) ..... 2

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

25. QUELLE EST LA FREQUENCE DE CES PAIEMENTS ?

NOMBRE DE FOIS :

UNITE DE TEMPS :

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

MONTANT :

31. A QUELLE DISTANCE DE VOTRE DOMICILE SE TROUVE CETTE SOURCE D'EAU

## PARTIE D : SERVICES ET AMENAGEMENTS DU LOGEMENT

27. LE MENAGE POSSEDE-T-IL LES BIENS D'EQUIPEMENT SUIVANTS (EN ETAT DE FONCTIONNEMENT) ?

TRANSPORT : [OUI = 1 ; NOM = 2]

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

COMMUNICATION/AUDIO :

5.TELEPHONE/FAX : ☐ 6.RADIO/CASSETTE : ☐ 7.TELEVISEUR : ☐

8.MAGNETOSCOPE : ☐ 9. CHAINE : ☐

ELECTRO-MENAGER ET AUTRES BIENS :

10. REFRIGERATEUR : ☐ 11. CONGELATEUR : ☐ 12. MOULINEX : ☐

13. VENTILATEUR : ☐ 14. MACHINE A COUDRE : ☐ 15. MACHINE A LAVER : ☐

16. CUISINIERE : ☐ 17. MOUSTIQUAIRE

28. QUELLE EST LA SOURCE D'APPROVISIONNEMENT EN EAU POUR BOIRE DU MENAGE ?

EAU DU ROBINET DANS LE LOGEMENT ..... 1  
EAU DU ROBINET DANS LA COUR/CONCESSION ..... 2  
ROBINET PUBLIC, BORNE FONTAINE ( \_ 31) ..... 3  
EAU DE PUIITS/CITERNES DU LOGEMENT/COUR/CONCESSION (PROPRE/PROTEGEE) ( \_ 31) ..... 4  
EAU DE PUIITS/CITERNES NON PROTEGES ( \_ 31) ..... 5  
PUIITS/CITERNES PUBLICS ( \_ 31) ..... 6  
EAU DE SURFACE : SOURCE ( \_ 31) ..... 7  
EAU DE SURFACE : RIVIERE/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(PRECISER) ( \_ 30) ..... 13  
NE SAIS PAS ..... 99

29. AVEZ-VOUS UN COMPTEUR :

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

30. QUEL A ETE LE DERNIER MONTANT DE LA DERNIERE FACTURE D'EAU POUR VOTRE MENAGE (SEULEMENT VOTRE PART SI LE COMPTEUR EST COLLECTIF OU LA FACTURE PARTAGEE) OU LE MONTANT PAYE A UN VENDEUR PRIVE(FC) ?

MONTANT :

UNITE DE TEMPS :

POUR BOIRE (METRES) ?

32. VENDEZ-VOUS DE L'EAU A QUELQU'UN D'AUTRE ?

OUI ..... 1  
NON ( \_ 34) ..... 2

33. DANS LES DEUX DERNIERES SEMAINES, COMBIEN D'ARGENT AVEZ-VOUS REÇU POUR L'EAU QUE VOUS AVEZ VENDUE (FC) ?

MONTANT :

34. QUEL EST LE PRINCIPAL MODE D'APPROVISIONNEMENT EN EAU QU'UTILISE VOTRE MENAGE POUR FAIRE LA LESSIVE ET SE Baigner ?

EAU DU ROBINET DANS LE LOGEMENT/COUR/CONCESSION ..... 1  
ROBINET PUBLIC ..... 2  
EAU DE Puits DANS LE LOGEMENT/COUR/CONCESSION ..... 3  
Puits PUBLIC ..... 4  
EAU DE SURFACE : SOURCE ..... 5  
EAU DE SURFACE : RIVIERE/RUISSEAU ..... 6  
EAU DE SURFACE : MARE/LAC ..... 7  
EAU DE PLUIE ..... 8  
CAMION CITERNE ..... 9  
AUTRE(PRECISER) ..... 10

35. CE MODE D'APPROVISIONNEMENT POUR FAIRE LA LESSIVE ET LE BAIN EST-IL :

UTILISE UNIQUEMENT PAR CE MENAGE ..... 1  
PARTAGE ..... 2

36. COMMENT VOTRE MENAGE SE DEBARRASSE-T-IL LE PLUS SOUVENT DE SES ORDURES ?

RAMASSEES PAR UN CAMION D'ORDURES ..... 1  
JETEES ..... 2  
BRULEES ..... 3  
ENTERREES ..... 4  
NE SONT PAS JETEES/RESENT PAR TERRE ..... 5

37. QUEL GENRE DE TOILETTES (W.C.) AVEZ-VOUS DANS VOTRE MENAGE ?

CHASSE D'EAU PERSONNELLE ..... 1  
CHASSE D'EAU EN COMMUN ..... 2  
FOSSE/LATRINES RUDIMENTAIRES ..... 3  
FOSSE/LATRINES AMELIOREES ..... 4  
TROU OUVERT ..... 5  
SCEAU ..... 6  
PAS DE TOILETTES/NATURE ..... 7  
AUTRE(PRECISER) ..... 8

38. CE GENRE DE TOILETTE EST-IL :

UTILISE UNIQUEMENT PAR CE MENAGE ..... 1  
PARTAGE ..... 2

39. QUELLE EST LA PRINCIPALE SOURCE D'ECLAIRAGE DE VOTRE LOGEMENT ?

ELECTRICITE ..... 1  
GENERATEUR INDIVIDUEL ( \_ 43) ..... 2  
GENERATEUR COLLECTIF ( \_ 43) ..... 3  
LAMPE A PETROLE/GAZ ( \_ 43) ..... 4  
BOUGIES/TORCHES ( \_ 43) ..... 5  
NEANT ( \_ 43) ..... 6

40. AVEZ-VOUS UN COMPTEUR :

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

41. QUEL ETAIT LE DERNIER MONTANT DE VOTRE FACTURE D'ELECTRICITE POUR VOTRE MENAGE (FC) ?

MONTANT :

42. A COMBIEN DE MOIS DE CONSOMMATION CORRESPOND CETTE FACTURE ?

MOIS :

43. QUEL EST LE COMBUSTIBLE LE PLUS SOUVENT UTILISE PAR LE MENAGE POUR LA PREPARATION DES REPAS ?

BOIS ..... 1  
CHARBON DE BOIS ( \_ SECTION 3) ..... 2  
GAZ ( \_ SECTION 3) ..... 3  
PETROLE ( \_ SECTION 3) ..... 4  
ELECTRICITE ( \_ SECTION 3) ..... 5  
AUTRE- PRECISER ( \_ SECTION 3) ..... 6

44. COMMENT LE MENAGE S'APPROVISIONNE-T-IL EN BOIS ?

CUEILLETTE/RAMASSAGE ..... 1  
ACHAT ( \_ SECTION 3) ..... 2

45. QUELLE EST LA DISTANCE ET LE TEMPS NECESSAIRES POUR ALLER CHERCHER LE BOIS ?

DISTANCE (Km) : TEMPS HEURES : TEMPS MINUTES :

46. QUELLE EST LA FREQUENCE DE RAMASSAGE DU BOIS ?

NOMBRE DE FOIS : UNITE DE TEMPS :

## SECTION 3 : EDUCATION - PARTIE A : EDUCATION GENERALE -

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

CO DE ID	CODE ID DE LA PER- SONNE ENQUE- TEE	1. EST-CE QUE [NOM] A DEJA FREQUENTE L'ECOLE [Y COMPRIS MATERIELLE & CENTRE DE FORMATION] ?	2. QUELLE A ETE LA DERNIERE CLASSE TERMINEE ?	3. QUEL EST LE CERTIFICAT OU DIPLOME LE PLUS ELEVE OBTENU ?	4. EST-CE QUE [NOM] A FREQUENTE L'ECOLE CORANIQUE ?	5. EST-CE QUE [NOM] A FREQUENTE L'ECOLE AU COURS DES 12 DERNIERS MOIS ?	6. QUELLE A ETE LA CLASSE FREQUENTEE (LA PLUS HAUTE) ?	7. QUEL TYPE D'ETABLISSEMENT [NOM] A FREQUENTE ?	8. POURQUOI N'A-T-IL PAS ETE A L'ECOLE LES 12 DERNIERS MOIS ?	9. COMBIEN DE TEMPS VOUS FAUT-IL CHAQUE JOUR POUR ALLER A L'ECOLE ET EN REVENIR ?	10. COMBIEN A ETE DEPENSE PAR VOTRE MENAGE AU COURS DES 12 DERNIERS MOIS POUR L'EDUCATION DE [NOM] POUR :  [ECRIRE 0 SI RIEN N'A ETE DEPENSE ET NSP SI LE MONTANT N'EST PAS CONNU. SI SEUL LE MONTANT GLOBAL EST CONNU, ECRIRE CE DERNIER EN H, ET NSP PARTOUT AILLEURS. ECRIRE EN FC].								
		OUI .....1 (≤30 ANS : 4; >30 ANS : 2-4)  NON .....2 ( 4)	[CODE DE SCOLARISATION]	[CODE DES DIPLOME]	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)	OUI .....1 NON .....2 ( 8)	[CODE DE SCOLARISATION]	PUBLIC .....1 PRIVE .....2 ECOLE CORANIQUE ...3 MERDERSA ....4 AUTRE .....5 (PRECISER) ( 9)	1 COUT ..... 2 REFUS DES PARENTS ..... 3 ABSENCE D'ECOLE ..... 4 ABANDON ..... 5 AUTRE ..... (Q5=2 ET Q8=2 _ Q16)	1 2 3 4 5 6 7 8	H. MIN.	A. COTISATIONS DES PARENTS D'ELEVES	B. UNIFORMES ET TENUES POUR LE SPORT	C. LIVRES ET FOURNITURES SCOLAIRES	D. TRANSPORTS SCOLAIRES	E. CANTINE, NOURRITURE ET LOGEMENT	F. FRAIS DE SCOLARITE ET D'INSCRIPTION	G. AUTRES (CLUBS ET MANIFESTATIONS)	H. TOTAL (SEULEMENT SI ABSENCE DE DETAIL)
01																			
02																			
03																			
04																			
05																			
06																			
07																			
08																			
09																			
10																			
11																			
12																			
13																			
14																			
15																			

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

CO DE  ID	CODE ID  DE LA PER- SONNE  EN- QUE- TEE	11. QUI PAYE LA MAJORITE DES DEPENSES SCO- LAIRES ENGAGEES ?	12. AVEZ-VOUS REÇU UNE BOURSE AU COURS DES 12 DERNIERS MOIS ?	13. A COMBIEN S'EST ELEVÉE CETTE BOURSE POUR LES 12 DERNIERS MOIS ?	14. COMBIEN D'HEURES DE CLASSE AVEZ- VOUS MANQUE LA SEMAINE DERNIERE ?  [SI C'ÉTAIT LES VACANCES, INSCRIVEZ 0]	15. EST-CE [NOM] A FREQUENTE L'ÉCOLE L'ANNÉE DERNIERE [DEPUIS LE MOIS DE SEPTEMBRE 2001] ?	16. AVEZ-VOUS TERMINE VOS ETUDES ?
		PERE ..... 1 MERE ..... 2 LES DEUX ..... 3 AUTRES MEMBRE DU MENAGE ..... 4 AUTRE PARENTS ..... 5 AUTRE NON APPARENTE ..... 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							

<u>CODE SCOLARISATION</u>	<u>CODE DIPLOME</u>
<CP1 .....	1aucun ..... 1
CP1 .....	2cepe ..... 2
CP2 .....	3bepc ..... 3
CE1 .....	4bac ..... 4
CE2 .....	5licence ..... 5
CM1 .....	6maîtrise ..... 6
CM2 .....	7doctorat ..... 8
6E .....	8diplôme technique ..... 8
5E .....	9ou professionnel ..... 9
4E .....	10autre ..... 10
3E .....	11(Péciser)
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- QUE- TEE	Partie B : Coursus 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]  Classe	18. AVEZ-VOUS EU UNE IN- TERRUPTION DE PLUS D'UN TRI- MESTRE PENDANT VOS ETU- DES ?  OUI.....1 NON.....2 _ 20)	19. QUELLE A ETE LA DUREE DE CETTE IN- TERRUPTI- ON ?  ANS MOIS	20. AVEZ-VOUS REDOUBLE UNE CLASSE A L'ECOLE PRIMAIRE ?  OUI.....1 NON.....2 _ 22 )	21. COMBIEN DE FOIS AVEZ-VOUS EN TOUT REDOUBLE A L'ECOLE PRIMAIRE ?  NOMBRE DE FOIS	22. LE DERNIER ETABLISSE- MENT PRIMAIRE FREQUENTE ETAIT-IL :  PUBLIC .....1 PRIVE .....2 ECOLE CORANIQUE...3 AUTRE .....4	23. AVEZ- VOUS OB- TENU UN CERTIFICA- T D'ETUDES PRIMAI- RES?  OUI.....1 NON.....2	24. AVEZ-VOUS FREQUENTE UNE ECOLE SECONDAIRE :  GENERALE SEULE- MENT .....1 TECHNIQUE SEULEMENT...2 ( _ 32) LES DEUX .....3 AUCUNE.....4 ( _ 38 )	25. QUELLE A ETE LA CLA- SSE DU SE- CONDAIRE LA PLUS HAUTE ACHEVEE ?  [CODE SCO- LARISATION]  CLASSE	26. AVEZ- VOUS RE- DOUBLE UNE CLAS- SE DU SE- CONDAI- RE?  OUI.....1 NON.....2 ( _ 28 )	27. COMBIEN DE FOIS EN TOUT AVEZ- VOUS REDOU- BLE ?  NOMBRE DE FOIS	28. QUEL EST LE BREVET OU LE DIPLOME LE PLUS ELEVE OBTENU ?  [CODE DI- PLOME]  DIPLOME	29. LE DERNIER ETABLISSE- MENT SECON- DAIRE FRE- QUENTE ETAIT- IL ?  PUBLIC.....1 PRIVE .....2 ECOLE CORANIQUE..3 AUTRE .....4	30. AVEZ-VOUS FREQUENTE UNE ECOLE SECONDAIR- E TECHNIQUE OU PROFES- SIONNELLE ?  OUI.....1 NON .....2 ( _ 34 )	31. QUELLE EST LA CLASSE LA PLUS HAUTE ACHEVEE DE L'ENSEI- GNEMENT TECHNIQUE OU PROFE- SSIONNEL.?  [CODE] DIPLO- ME]  CLASSE	32. QUEL EST LE CERTIFI- CAT OU DIPLOME LE PLUS ELEVE OBTENU ?  [CODE] DIPLO- ME]  CLASSE	33. CET ETABLIS- SEMENT TECH- NIQUE OU PROFESSION- NEL ETAIT-IL ?  PUBLIC.....1 PRIVE .....2 ECOLE CORANIQUE..3 AUTRE .....4	
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  ID	Co DE  ID  DE LA PER- SON- NE EN- QUE- TEE	Partie B : cursus universitaire				Partie C : Alphabétisation-Apprentissage												
		34. Avez- vous fré- quenté un éta-blisse- ment d'ensei- gnement supé- rieur ?  Oui ..... 1 Non ..... 2 ( _ 42)	35. PEN- DANT COM- BIEN D'AN- NEES ?  ANNEES	36. DE QUEL TYPE ETAIT CET ETA- BLISSEMENT?  ECOLE NORMALE..... 1 UNIVERSITE ..... 2 ECOLE SUPERIEURE TECHNIQUE..... 3 AUTRES..... 4 (PRECISEZ)	37. QUEL EST LE DIPLOME LE PLUS ELEVE 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 ECRIRE 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- BETISA- TION ?  OUI ..... 1 NON ... 2 NON ... 2	41. POUVEZ- VOUS FAIRE DES CALCULS PAR ECRIT ?  OUI ..... 1 NON ..... 2 ( _ 47)	42. ETES-VOUS OU AVEZ- VOUS ETE EN APPRENTIS- SAGE ?  OUI, A PRESENT ... 1 OUI, DANS LE PASSE ... 2 NON ..... 3 ( _ 47)	43. DEPUIS COMBIEN DE TEMPS AVEZ-VOUS ETE, OU ETES-VOUS EN APPREN- TISSAGE ?  ANS MOIS	44. QUEL METIER PRINCIPAL AVEZ- VOUS APPRIS ?  MENUISIER ..... 1 MAÇON ..... 2 COUTURIER ..... 3 PECHEUR ..... 4 MECANICIEN ..... 5 ELECTRICIEN/..... 6 ELECTRONICIEN .. 6 PEINTRE ..... 7 AUTRE (PRECISER) ..... 8 ( _ 47)	45. AVEZ-VOUS PAYE POUR CETTE FORMATION ?  OUI, EN NATURE..... 1 OUI, EN ESPECES .... 2 OUI, LES DEUX..... 3 NON..... 4 ( _ 47)	46. COMBIEN AVEZ- VOUS PAYE ?  MONTANT (FC)	47. AVEZ-VOUS PARTICIPE A DES STAGES DE COURTE DUREE (MOINS DE 6 MOIS) ?  OUI..... 1 NON..... 2 ( _ MEMBRE SUIVANT)	48. PENDANT COMBIEN DE MOIS EN TOUT AVEZ- VOUS SUIVI CES STAGES ?  MOIS	49. QUEL ETAIT LE SUJET PRINCIPAL DE CETTE FORMATION ?  ADMINISTRATION .. 1 GESTION..... 2 INFORMATIQUE .... 3 MARKETING ..... 4 ENSEIGNEMENT .... 5 MEDECINE ..... 6 AUTRE..... 7 (PRECISER)	
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 DERNIERES SEMAINES, AVEZ-VOUS SOUFFERT D'UNE MALADIE OU D'UNE BLESSURE ?	2. QUELLE A ETE CETTE MALADIE ?  [CODE DES MALADIES]	3. DEPUIS QUAND CETTE MALADIE/ BLESSURE A- T-ELLE COMMENCE ?  2 DERNIERES SEMAINES ....1 2- 4 SEMAI- NES .....2 1-6 MOIS .....3 8-12 MOIS ....4 > 1 AN .....5	4. AU COURS DES DEUX DERNIERES SEMAINES, COMBIEN DE JOURS AVEZ- VOUS ETE MALADE OU BLESSE ?	5. AU COURS DES DEUX DERNIE- RES SEMAINES, AVEZ-VOUS DU INTERROMPRE VOS ACTIVITES A CAUSE DE CETTE MALADIE OU BLESSURE ?	6. PENDANT COMBIEN DE JOURS ?	7. AU COURS DES DEUX DERNIERES SEMAINES, AVEZ-VOUS CONSULTE UN MEDECIN, VISITE UN CENTRE DE SANTE, OU VU UN GUERIS- SEUR	8. AU COURS DE CETTE VISITE, QUI AVEZ-VOUS CONSULTE ?	9. QUELLE A ETE LA RAISON DE CETTE CONSULTATION [OU DE LA CONSULTATION LA PLUS RECENTE, SI PLUSIEURS]	10. OU LA CONSULTA- TION A-T-ELLE EU LIEU ?	11. S'AGISSAIT-IL D'UNE CON- SULTATION PRIVEE OU PUBLIQUE ?	12. COMBIEN AVEZ- VOUS PAYE POUR LA CON- SULTATION ?	13. COMBIEN AVEZ-VOUS PAYE 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)	1 GUERISSEUR .....1 2 MEDECIN.....2 3 DENTISTE.....3 4 INFIRMIERE.....4 5 PHARMACIEN.....5 6 SAGE-FEMME.....6 7 AUTRE (PRECISER) .....7	1 BILAN.....1 2 MALADIE .....2 3 BLESSURE .....3 4 VACCINATION .....4 5 SOINS PRENATALS..5 6 SOINS POST- NATALS .....6 7 AUTRE (PRECISER) .....7	1 HOPITAL .....1 2 DISPENSAIRE .....2 3 PHARMACIE .....3 4 CLINIQUE.....4 5 CENTRE PMI .....5 6 MATERNITE .....6 7 CHEZ LA PERSONNE CONSULTEE .....7 8 CHEZ LE MALADE ...8 9 AUTRE (PRECISER).....9 PUBLIQUE .....1 PRIVEE .....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	COD ID DE LA PER- SON NE EN- QUE- TEE	14. COMBIEN DE TEMPS VOUS A-T-IL FALLU POUR LE TRAJET DE LA CONSULTATION ?	15. AU COURS DES DEUX DERNIERES SEMAINES, [NOM] A SEJOURNE DANS UN HOPITAL OU UN CENTRE MEDICAL POUR MALADIE OU BLESSURE ?	16. COMBIEN DE NUITS [NOM] A PASSE A L'HOPITAL OU AU CENTRE MEDICAL AU COURS DES DEUX DERNIERES SEMAINES ?	17. COMBIEN [NOM] A PAYE, OU AUREZ A PAYER POUR LE TEMPS PASSE A L'HOPITAL OU LE CENTRE MEDICAL AU COURS DES DEUX DERNIERES SEMAINES ?	18. AU COURS DES 12 DERNIERS MOIS, [NOM] A ETE HOSPITA- LISE A CAUSE DE MALADIE OU BLESSURE ?	19. AU COURS DES DEUX DER- NIERES SEMAINES, [NOM] A-T-IL ACHETE DES MEDICAMENTS OU DES FOURNITURES MEDICALES ?	20. COMBIEN [NOM] A PAYE POUR CES MEDICAMENTS ET CES FOURNITURES MEDICALES ?	21. QUI A PAYE POUR LA PLUPART DE CES DEPENSES [ Y COMPRIS LES CONSULTATIONS ET LES SEJOURS A L'HOPITAL SI CELA A ETE LE CAS] ?
		JOURS      HEURES	OUI.....1 NON .....2 ( _ 18)	NUITS	MONTANT (FC)	OUI .....1 NON .....2	OUI .....1 NON .....2 ( _ PARTIE B)	MONTANT (FC)	MEMBRE DU MENAGE ....1 AUTRE PARENT.....2 ETAT.....3 EMPLOYEUR.....4 AUTRE (PRECISER) .....5
01									
02									
03									
04									
05									
06									
07									
08									
09									
10									
11									

### CODE DES MALADIES :

INFECTIONS RESPIRATOIRES	
AIGUES .....	1
DIARRHEES .....	2
PALUDISME .....	3
PLAIES ET BRULURES .....	4
INFECTIONS GENITAUX- URINAIRES .....	5
AFFECTIONS OPHTALMIQUES .....	6
AFFECTIONS RHUMATISMALES .....	7
AFFECTIONS DENTAIRES .....	8
PARASITOSE	
INTESTINALES .....	9
ANEMIE .....	10
AUTRE (PRECISER) .....	11
NSP .....	12



[illegible]

## 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]**

[illegible]

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- QUE- TEE	1. AVEZ-VOUS DEJA ETE ENCEINTE ?	2. AVEZ-VOUS DEJA DONNE NAISSANCE A UN ENFANT [MEME S'IL N'A VECU QUE QUELQUES HEURES] ?	3. COMBIEN DE FILLES AVEZ-VOUS EU ?	4. COMBIEN DE GARÇONS AVEZ-VOUS EU ?	5. JE VOUDRAIS ETRE SUR. 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- NEES PAR DES NAIS- SANCES VIVANTES ?	9. COMBIEN DE GROS- SESSES DE CE GENRE AVEZ-VOUS EU ?	10. ETES- VOUS ENCEINTE ACTUEL- LEMENT ?	11. AU COURS DES 12 DERNIERS MOIS, AVEZ- VOUS ETE ENCEINTE ?	12. COMMENT CETTE GROSSESSE S'EST-ELLE TERMINEE ?  NAISSANCE VIVANTE... 1 MORT-NE ..... 2 (>7 MOIS _ 15) FAUSSE-COUCHE..... 3 AUTRE ..... 4 (PRECISER)	13. CET ENFANT EST-IL ENCORE VIVANT ?	14. ALLAITEZ- VOUS ACTUELLE- MENT ?	15. PENDANT CETTE GROSSESSE AVEZ- VOUS REÇU DES SOINS PRENATALS ?
		OUI.....1 NON.....2 ( _ 21)	OUI ..... 1 NON ..... 2 ( _ 8)	FILLES	GARÇONS	TOTAL	FILLES	GARÇONS	OUI..... 1 NON..... 2 ( _ 10)	MORTS- NES	OUI.....1 ( _ 15) NON.....2	OUI ..... 1 NON ..... 2 ( _ 21)	OUI.....1 ( _ 15) AUTRE ..... 4 (PRECISER)	OUI.....1 NON ..... 2 ( _ 15)	[VERIFIEZ PARTIE 4C, Q6]	OUI.....1 NON ..... 2 ( _ 20)
01																
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- QUE- TEE	16. OU AVEZ-VOUS REÇU CES SOINS ?	17. QUI VOUS A PRODIGUE CES SOINS ?	18. COMBIEN DE FOIS ETES VOUS ALLE A LA CONSULTA- TION ?	19. COMBIEN AVEZ- VOUS PAYE POUR LA PREMIERE CONSULTATION PRENATALE ?  (_ 21)	20. POUR QUELLE RAISON N'ETES VOUS PAS ALLEE A LA CONSULTATION?  MANQUE DE MOYENS ..... 1 PAS DE CENTRE MEDICAL. 2 CENTRE MEDICAL TROP ELOIGNE..... 3 PAS NECESSAIRE..... 4 AUTRE (PRECISER) ..... 5	21. UTILISEZ-VOUS ACTUELLEMENT [VOUS OU VOTRE PARTENAIRE] UN MOYEN DE CONTROLE DES NAISSANCE?  OUI..... 1 NON ..... 2  [SI NON _ PERSONNE SUIVANTE]	22. QUELLE METHODE DE CONTROLE PRINCIPALE UTILISEZ-VOUS ACTUELLEMENT ? PILULE.....1 PRESERVATIF .....2 UID .....3 INJECTION.....4 LAVEMENT .....5 AUTRE METHODE SCIENTIFIQUE .....6 CONTINGENCE PERIODIQUE .....7 RETRAIT .....8 ABSTINENCE .....9 STERILISATION : FEMMES.....10 HOMMES..... 11 AUTRE (PRECISER).....12	23. Si Q22=1 A 4, 6, 10 & 11, POSEZ :  COMBIEN AVEZ-VOUS PAYE POUR CELA AU COURS DU DERNIER MOIS ?  MONTANT (FC)	24. Si Q22= 1 A 4, 6, 10 & 11, POSEZ :  OU AVEZ-VOUS OBTENU CE MOYEN CONTRACEPTIF ?  CLINIQUE PRIVEE ....1 CENTRE DE SOINS PRENATALS.....2 HOPITAL .....3 MATERNITE .....4 CHEZ LE PRATICIEN.5 ASCOBEF .....6 AUTRE.....7 (SPECIFIER)	
01											
02											
03											
04											
05											
06											
07											
08											
09											
10											

11													
12													
13													
14													
15													

## SECTION 4 : SANTE - PARTIE E : MALADIES : VIH/SIDA

[PERSONNES INTERVIEWEES : HOMMES/FEMMES DE 15 ANS ET PLUS - CHAQUE MEMBRE DOIT REPONDRE POUR LUI-MEME]

Co DE	Co ID	1. AVEZ- VOUS ENTENDU LA DU VIRUS PER VIH OU D'UNE SON MALADIE NE EN- QUE -TEE	2. QUELLES SONT LES SOURCES D'INFORMATION QUI VOUS ONT LE PLUS APPRISE SUR LE SIDA ? [CODER EN 10 <sup>E</sup> ] RADIO A TV B JOURNAUX/MAGAZINES .C PROSPECTUS/AFFICHES .D MOSQUEE/ EGLISE E ECOLE/PROFESSEUR F REUNION DE LA COMMUNAUTE G AMI(E)/PARENTS H LIEU DE TRAVAIL I AUTRE (PRECISER) J	3. Y-A-T-IL QUELQUE CHOSE QU'UNE PER- SONNE PUIS- SE FAIRE POUR NE PAS ATTRAPER LE VIRUS VIH, CELUI QUI CAUSE LE SIDA ?	4. PEUT-ON SE PROTEGER DU VIRUS DU SIDA EN AYANT SEU- LEMENT UN PARTENAIRE SEXUEL NON INFECTE QUI N'A AUCUN AUTRE PAR- TENAIRE ?	5. PEUT-ON SE PROTEGER DU VIRUS DU SIDA EN UTILISANT CORREC- TEMENT UN CONDOM LORS DE CHAQUE RAPPORT SEXUEL ?	6. PEUT-ON SE PRO- TEGER DU VIRUS DU SIDA EN S'ABSTEN- ANT COM- PLETE- MENT DE RAPPORTS SEXUELS?	7. EST-CE QUE QUELQU'UN PEUT CON- TRACTER LE VIRUS DU SIDA PAR : [OUI=1; No N=2; NSP=3] LES MOUST- IQUESA LES MOYENS SURNATU- RELSB	9. UNE PERSONNE EN BONNE SANTÉ PEUT-ELLE AVOIR EN FAIT LE VIRUS DU SIDA ?	10. LE VIRUS DU SIDA PEUT-IL EST TRANS- MIS DE LA MERE A L'EN- FANT ?	11. SELON QUELLE(E) MODALITE(S) LE VIRUS DU SIDA PEUT SE TRANS- METTRE DE LA MERE A L'EN- FANT ? [OUI=1; NON=2] DURANT: GROSSESSE .....A ACCOUCHE- MENTB ALLAITEMENT .....C	12. PENSEZ- VOUS QU'UN PORTEUR DU VIRUS DU SIDA QUI TRAVAILLE [EX :EPI- CIER, EN- SEIGNANT..], PUISSE CONTINUER SON ACTIVITE?	13. AVEZ- VOUS EFFEC- TUE LE TEST POUR SAVOIR SI VOUS AVIEZ LE SIDA ?	14. CONNAIS- SEZ-VOUS UN LIEU OU VOUS POUVEZ FAIRE LE TEST DU SIDA ?	15. LE FAIT DE CONNAITRE LE SIDA A-T-IL CHANGE VOTRE COMPORTE- MENT SEXUEL? Si oui : CODER 1 : RAPPORTS. PAS COMMENCE ..A ARRET RAPPORTS ..B UTILISE CONDOM ..C UN(E) SEUL(E) PARTE- NAIRE ..D REDUIT LES PARTE- NAIRES	
01																
02																
03																
04																
05																
06																
07																



09																		
10																		
11																		
12																		
13																		
14																		
15																		

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

[INTERESSES : TOUS LES MEMBRES DU MENAGE DE 7 ANS ET PLUS]

CO DE ID	Co DE ID	10. COMBIEN DE SEMAI- NES <b>ENTIERES</b> , AU COURS DES 12 DER- NIERS MOIS, AVEZ- VOUS TRAVAILLE ? [Y COMPRIS LES CONGES PAYES ET LA MALADIE]	11. POUR COMBIEN DE CES SEMAINES (Q.10) <u>ETIEZ-VOUS DISPONI- BLE</u> POUR UN TRAVAIL SUPPLEMENTAIRE ?	12. POUR COMBIEN DE CES SEMAINES (Q.10) <u>N'ETIEZ-VOUS PAS DISPONIBLE</u> POUR UN TRAVAIL SUPPLEMEN- TAIRE ?	13. COMBIEN DE SEMAI- NES AU COURS DES 12 DERNIERS MOIS AVEZ- VOUS TRAVAILLE SEULEMENT <u>UNE PARTIE</u> DE LA SEMAI- NE ?	14. POUR COMBIEN DE CES SEMAINES (Q.13) <u>ETIEZ- VOUS DISPONIBLE</u> POUR UN TRAVAIL SUPPLEMEN- TAIRE ?	15. POUR COMBIEN DE CES SEMAINES (Q.13) <u>N'ETIEZ-VOUS PAS DISPONIBLE</u> POUR UN TRAVAIL SUPPLEMEN- TAIRE ?	16. COMBIEN DE SEMAINES AU COURS DES 12 DERNIERS MOIS N'AVEZ-VOUS <u>PAS DU TOUT TRAVAILLE</u> ?	17. POUR COMBIEN DE CES SEMAINES (Q.16) <u>ETIEZ-VOUS DISPONIBLE</u> POUR UN TRAVAIL ?	18. POUR COMBIEN DE CES SEMAINES (Q.16) <u>N'ETIEZ-VOUS PAS 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 : CARACTERISTIQUES DE L'OCCUPATION PRINCIPALE*

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

CO DE ID	CO DE ID  DE LA PER- SON NE EN- QUE- TEE	1. PRATIQUEZ- VOUS TOU- JOURS CE TRAVAIL ?	2. POURQUOI NE FAITES- VOUS PLUS CE TRAVAIL ?  LICENCE ..... 1 TRAVAIL ACHEVE ..... 2 TRAVAIL SAISON- NIER ..... 3 ENTREPRISE FERMEE ..... 4 A TROUVE OU PREFERE UN AUTRE TRAVAIL ..... 5 AUTRE ..... 6 (SPECIFIER)	3. VOTRE PERE OU VOTRE MERE ONT-ILS FAIT OU FONT- ILS LE MEME TRAVAIL ?  OUI ..... 1 NON ..... 2	4. DECRIRE L'ACTIVITE  <b>[INSCRIRE LA BRANCHE (INDUSTRIE) ET LE CODE DANS LA LISTE DES BRANCHES - CITI-88]</b>		5. PENDANT COMBIEN DE TEMPS AVEZ- VOUS PRATIQUE CE TRAVAIL ?		6. AU COURS DES 12 DERNIERS MOIS, PENDANT COMBIEN DE SEMAINES AVEZ-VOUS PRATIQUE CE TRAVAIL ?  <b>[Y COMPRIS LES CONGES PAYES ET LA MALADIE]</b>	7. AVEZ-VOUS REÇU OU ALLEZ-VOUS RECEVOIR DE L'ARGENT POUR CE TRAVAIL ?  OUI ..... 1 NON ..... 2	8. QUELLE EST CE MONTANT ?  <b>UNITE DE TEMPS :</b> JOUR ..... 1 SEMAINE ..... 2 QUINZAINE ..... 3 MOIS ..... 4 TRIMESTRE ..... 5 ANNEE ..... 6		9. LA DERNIERE FOIS QUE VOUS AVEZ REÇU CET ARGENT, COM- BIEN D'HEURES AVEZ- VOUS TRAVAILLE POUR LE GAGNER ?  <b>[LA REPONSE DOIT ETRE AVEC LA MEME UNITE DE TEMPS QUE POUR LA Q.8]</b>		
					NOM DE LA BRANCHE D'ACTIVITE	CODE	ANS	MOIS			MONTANT (FC)	UNITE DE TEMPS	HEURES	UNITE 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 : CARACTERISTIQUES DE L'OCCUPATION PRINCIPALE

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

CO DE ID	CO DE ID	10. A CET EGARD, ETES VOUS ?	11. POUR QUI AVEZ-VOUS TRAVAILLE ? A PROPRE COMPTE OU ACTIVITE FAMILIALE AGRICOLE (EX : CULTIVATEUR, PECHEUR, ELEVEUR) .....1 EMPLOYE EN TANT QUE SALARIE : ETAT .....2 ENTREPRISE PUBLIQUE .....3 ONG .....4 COOPERATIVES .....5 ORGA. INTERNATIONAUX .....6 EMPLOYE DU PRIVE (SAUF APPRENTI NON REMUNERE ET ENFANT PLACE) .....7 EMPLOYE DU PRIVE PLACE (ENFANT) .....8 PROPRE COMPTE (SAUF AGRICOLE) : AVEC EMPLOYES .....9 SANS EMPLOYES .....10 TRAV. NON REMUNERE FAMILLE .....11 APPRENTI .....12 AUTRE (PRECISER) .....13	12. LES IMPOTS SONT-ILS DEDUITS DE VOTRE REMUNE- RATION ?	13. RECEVEZ-VOUS DES PRIMES, COMMISSIONS, POURBOIRES, INDEMNITES ET GRATIFICATIONS POUR CE TRAVAIL?	14. QUEL EST LE MONTANT DE CES AVANTAGES ?		15. AVEZ-VOUS COMPTE CES AVANTAGES DANS LES REMUNERA- TIONS MEN- TIONNEES (A LA Q.8) ?	16. AVEZ-VOUS REÇU DE LA NOURRITU- RE, DES PRODUITS AGRICOLAS OU DES ANIMAUX EN PAIEMENT POUR CE TRAVAIL ?	17. QUELLE EST LA VALEUR DE CES PAIEMENTS EN NATURE?		18. POUR CE TRAVAIL, BENEFICIEZ- VOUS D'UN LOGEMENT GRATUIT OU SUBVEN- TIONNE ?	19. QUELLE EST LA VALEUR DE CET AVANTAGE ?	
						MONTANT (FC)	UNITE DE TEMPS (VOIR Q.8)			MONTANT (FC)	UNITE DE TEMPS (VOIR Q.8)		OUI .....1 NON .....2	OUI .....1 NON .....2
01														
02														
03														
04														
05														
06														
07														

08														
09														
10														
11														
12														
13														
14														
15														

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

[INTERESSES : TOUS LES MEMBRES DU MENAGE 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 ?  OUI .....1 NON .....2 (_ 22)	21. QUEL EST LE MONTANT DE CES AVANTAGES ?      MONTANT (FC)	UNITE DE TEMPS (VOIR Q.8)	22. RECEVEZ-VOUS DES PAIEMENTS SOUS UNE AUTRE FORME POUR CE TRAVAIL ?  OUI .....1 NON .....2 (_ 26)	23. QUEL EST LE MONTANT DE CES AVANTAGES ?      MONTANT (FC)	UNITE DE TEMPS (VOIR Q.8)	24. VOTRE LIEU DE TRAVAIL SE TROUVE- T-IL DANS CE VILLAGE/ VILLE?	25. A QUELLE DISTANCE SE TROUVE VOTRE LIEU DE TRAVAIL?  OUI .....1 NON .....2 (km)	26. QUELLE EST LA FREQUENCE DE VOS DEPLACEMENTS ENTRE VOTRE DOMICILE ET VOTRE LIEU DE TRAVAIL ?      NOMBRE DE VOYAGES	UNITE DE TEMPS (VOIR Q.8)	27. COMBIEN D'HEURES PAR SEMAINE PASSEZ- VOUS NOR- MALEMENT POUR ALLER AU TRAVAIL ET REVENIR CHEZ VOUS ?  [999 SI PAS DE TRAJET]	HEURES	28. EN TOUT, COMBIEN DE PERSONNES TRAVAILLENT AU MEME ENDROIT QUE VOUS ?  NOMBRE	29. LE TRAVAIL PRINCIPAL QUE VOUS EFFECTUEZ EST :  CONTINU ...1 (_ 31) IRREGU- LIER.....2	30. CE TRAVAIL IRREGULIER EST :  OCCASION- NEL A LA JOURNEE .....1 OCCASION- NEL A LA TACHE.....2 OCCASION- NEL SAISON- NIER.....3	31. DANS CE TRAVAIL, QUEL TYPE DE CONTRAT AVEZ-VOUS ?  ECRIT, DUREE INDETERMI- NEE .....1 ECRIT, DUREE DETER- MINEE .....2 ORAL .....3 SANS OBJET.....4	32. Y-A-T-IL UN SYNDICAT A VOTRE LIEU DE TRAVAIL?  OUI.....1 NON.....2
01																		
02																		
03																		
04																		
05																		

06																	
07																	
08																	
09																	
10																	
11																	
12																	
13																	
14																	
15																	

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

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

C O D E D E L A P E R S O N N E E N Q U E T T E	33. POUR CE TRAVAIL, AVEZ-VOUS DROIT A DES CONGES PAYES ?	34. AVEZ-VOUS DROIT A DES CONGES DE MALADIE ?	35. ALLEZ-VOUS RECEVOIR UNE RETRAITE POUR CE TRAVAIL ?	36. AVEZ-VOUS DROIT A DES SOINS MEDICAUX GRATUITS OU SUBVENTION- NES AVEC CE TRAVAIL ?	37. AVEZ-VOUS DROIT A D'AUTRES AVANTAGES SOCIAUX AVEC CE TRAVAIL ?	38. DEPUIS QUE VOUS AVEZ COMMENCE CE TRAVAIL, AVEZ- VOUS REÇU UNE FORMATION EN RAPPORT AVEC LE TRAVAIL ?	39. QUELLE A ETE OU QUELLE EST LA DUREE DE CETTE FORMATION ?		40. PENDANT COMBIEN D'HEURES PAR SEMAINE AVEZ-VOUS REÇU OU RECEVEZ- VOUS CETTE FORMATION ?	41. QUI A PAYE OU QUI PAYE CETTE FORMATION ?	42. VOTRE SALAIRE ETAIT-IL OU EST-IL REDUIT PENDANT CETTE FORMATION ?	43. DE COMBIEN ETAIT LA REDUCTION ?	
							MOIS	SEMAINES				MONTANT (FC)	UNITE DE TEMPS (VOIR Q.8)
	OUI ..... 1 NON ..... 2	OUI ..... 1 NON ..... 2	OUI ..... 1 NON ..... 2	OUI ..... 1 NON ..... 2	OUI ..... 1 NON ..... 2	OUI ..... 1 NON ..... 2 ( PARTIE C)			HEURES/SEMAINE	MOI-MEME ENTIEREMENT ..... 1 L'EMPLOYEUR ENTIEREMENT ..... 2 LES DEUX PARTAGENT LE COUT ..... 3 C'EST GRATUIT ..... 4 AUTRE (SPECIFIER) ... 5	OUI ..... 1 NON ..... 2		
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 DES 12 DERNIERS MOIS*

[VERIFIER QUE Q.8=1, PARTIE A. SINON, PASSER A 5G. CETTE OCCUPATION ETAIT.....(OCCUPATION 2, Q.7, PARTIE A). CELA EST-IL CORRECT ?]

C O D E D E L A P E R S O N N E E N - Q U E - T E E	CO D E D E L A P E R S O N N E E N - Q U E - T E E	1.	2.		3.	4.	5.	6.	7.	8.	9.	10.		11.		12.		
		A QUEL TYPE DE COMMERCE, DE SERVICE OU D'INDUSTRIE SE TRAVAIL SE RATTACHE-T-IL ?  [INSCRIRE LA BRANCHE (INDUSTRIE) ET LE CODE DANS LA LISTE DES BRANCHES - CITI-88]	NOM DE LA BRANCHE D'ACTIVITE	CODE	ANS	MOIS	PENDANT COMBIEN DE TEMPS AVEZ-VOUS EXERCE CE TRAVAIL ?	PRATIQUEZ-VOUS TOUJOURS CE TRAVAIL ?	POURQUOI NE FAITES-VOUS PLUS CE TRAVAIL ?  LICENCIE..... 1 TRAVAIL ..... 2 ACHEVE ..... 2 TRAVAIL SAISONNIER ..... 3 ENTREPRISE FERMEE ..... 4 A TROUVE OU PREFERE UN AUTRE TRAVAIL ..... 5 AUTRE ..... 6 (SPECIFIER)	VOTRE PERE OU VOTRE MERE ONT-ILS FAIT OU FONT-ILS LE MEME TRAVAIL	AU COURS DES 12 DERNIERS MOIS, PENDANT COMBIEN DE SEMAINES AVEZ-VOUS PRATIQUE CE TRAVAIL ?	PENDANT CES SEMAINES DE TRAVAIL, COMBIEN D'HEURES PAR SEMAINE AVIEZ-VOUS L'HABITUDE DE TRAVAILLER ?	PENDANT QUE VOUS EXERCIEZ CETTE OCCUPATION, COMBIEN DE SEMAINES AVIEZ-VOUS AUSSI TRAVAILLE A VOTRE OCCUPATION PRINCIPALE ?	AVEZ-VOUS REÇU OU ALLEZ-VOUS RECEVOIR DE L'ARGENT POUR CE TRAVAIL ?	OUI ..... 1 NON ..... 2 ( _ 12)	QUELLE EST CE MONTANT (Y COMPRIS INDEMNITES, COMMISSIONS, ETC. ?)  [UNITE DE TEMPS : JOUR ..... 1 SEMAINE. 2 QUINZAINE3 MOIS ..... 4 TRIMESTRE5 ANNEE .... 6]	LA DERNIERE FOIS QUE VOUS AVEZ REÇU CET ARGENT, COMBIEN D'HEURES AVEZ-VOUS ACTUELLEMENT TRAVAILLE POUR LE GAGNER ?  [LA REPONSE DOIT ETRE AVEC LA MEME UNITE DE TEMPS QUE POUR LA Q.10]	HEURES
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)*

Co DE ID	Co DE ID	13. LES IMPOTS SONT-ILS DEDUITS DE VOTRE PER-REMUNE- SON EN- QUE -TEE	14. AVEZ-VOUS REÇU DE LA NOURRITU- RE, DES PRODUITS AGRICOLLES OU DES ANIMAUX EN PAIEMENT POUR CE TRAVAIL ?	15. QUELLE EST LA VALEUR DE CES PAIEMENTS EN NATURE?	16. POUR CE TRAVAIL, ÊTES-VOUS PAYE SOUS UNE AUTRE FORME, TEL- LE QUE : LO- GEMENT GRA- TUIT OU SUB- VENTIONNE, TRANSPORT, MARCHAN- DISES OU SERVICES ?	17. QUELLE EST LA VALEUR DE CES AVANTAGES?	18. VOTRE LIEU DE TRAVAIL SE TROUVE-T- IL DANS CE VILLAGE/ VILLE?	19. A QUELLE DISTANCE SE TROUVE VOTRE LIEU DE TRAVAIL?	20. QUELLE EST LA FREQUENCE DE VOS DEPLACEMENTS ENTRE VOTRE DOMICILE ET VOTRE LIEU DE TRAVAIL ?	21. EN TOUT, COMBIEN DE PER- SONNES TRAVAIL- LENT AU MEME ENDROIT QUE VOUS ?	22. CE TRAVAIL EST :	23. DANS CE TRAVAIL, QUEL TYPE DE CONTRAT AVEZ-VOUS ?	24. Y-A-T-IL UN SYN- DICAT A VOTRE LIEU DE TRAVAIL ?	25. AVEZ- VOUS DROIT A DES CONGES PAYES OU DE MALADIE POUR CE TRAVAIL?	26. AVEZ- VOUS DROIT A D'AUTRES AVANTA- GES SO- CIAUX POUR CE TRAVAIL?	27. DEPUIS QUE VOUS AVEZ COM- MENCE CE TRAVAIL, AVEZ-VOUS REÇU UNE FORMA- TION EN RAPPORT AVEC LE TRAVAIL ?	28. QUELLE A ÉTÉ, OU QUELLE EST, LA DURÉE DE CETTE FORMA- TION?		
		OUI.....1 NON.....2	OUI.....1 NON.....2 (_ 16)	MONTANT (FC)	UNITE DE TEMPS (Q.10)	OUI.....1 NON.....2 (_ 18)	OUI.....1 NON.....2	DISTANCE (KM)	NOMBRE DE VOYAGES	UNITE DE TEMPS (VOIR Q.10)	OCCASION- NEL A LA JOURNÉE ....1 OCCASION- NEL A LA TACHE .....2 OCCASION- NEL SAISON- NIER .....3 CONTINU ....4	OCCASION- NEL A LA JOURNÉE ....1 OCCASION- NEL A LA TACHE .....2 OCCASION- NEL SAISON- NIER .....3 CONTINU ....4	ECRIT, DURÉE INDETER- MINÉE .....1 ECRIT, DURÉE DÉTER- MINÉE .....2 ORAL .....3 SANS OBJET .....4	OUI.....1 NON.....2	OUI.....1 NON.....2	OUI.....1 NON.....2	OUI.....1 NON.....2 (_ PARTIE D)	ANS	MOIS
01																			
02																			
03																			
04																			



03																			
04																			
05																			
06																			
07																			
08																			
09																			
10																			
11																			
12																			
13																			
14																			
15																			

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

[VERIFIER QUE Q.8=1, PARTIE A. SINON PASSER A 5G. CETTE OCCUPATION ETAIT.....(OCCUPATION 4, Q.7, PARTIE A). CELA EST-IL CORRECT ?]

CO DE ID	CO DE ID DE LA PER - SON NE EN- QUE- -TEE	1. A QUEL TYPE DE COMMERCE, DE SERVICE OU D'INDUSTRIE SE TRAVAIL SE RATTACHÉ-T-IL ?  [INSCRIRE LA BRANCHE (INDUSTRIE) ET LE CODE DANS LA LISTE DES BRANCHES - CITI- 88]	2. PENDANT COMBIEN DE TEMPS AVEZ-VOUS PRATIQUE CE TRAVAIL?		3. PRATI- QUEZ- VOUS TOU- JOURS CE TRAVAIL?	4. POURQUOI NE FAITES- VOUS PLUS CE TRAVAIL?  LICENCIE .....1 TRAVAIL ACHEVE .....2 TRAVAIL SAISON- NIER .....3 ENTREPRISE FERMEE .....4 A TROUVE OU PREFERE UN AUTRE TRAVAIL .....5 AUTRE .....6 (SPECIFIER)	5. AU COURS DES 12 DERNIERS MOIS, PENDANT COMBIEN DE SEMAI- NES AVEZ- VOUS PRATIQUE CETRA- VAIL ?	6. PENDANT CES SE- MAINES DE TRA- VAIL, COMBIEN D'HEU- RES PAR SEMAINE AVEZ- VOUS L'HABI- TUDE DE TRAVAIL- LER?	7. PENDANT QUE VOUS EXERCIEZ CETTE OC- CUPATION, COMBIEN DE SEMAI- NES AVIEZ- VOUS VAILLÉ A VOTRE TROISIEME OCCUPA- TION?	8. AVEZ- VOUS REÇU OU ALLEZ- VOUS RECEVOIR DE L'AR- GENT POUR CE TRAVAIL?	9. QUELLE EST CE MONTANT ?  UNITE DE TEMPS :		10. LA DERNIERE FOIS QUE VOUS AVEZ REÇU CET ARGENT, COM- BIEN D'HEURES AVEZ-VOUS ACTUELLEMENT TRAVAILLE POUR LE GAGNER ?  [UNITES DE TEMPS COHE- RENTES AVEC Q.9]		11. DANS CETTE OC- CUPATION, VOUS ETES :  EMPLOYE REMUNERE .....1 PROPRE COMPTE (NON-AGRICOLE) : * AVEC EMPLOYES .....2 * SANS EMPLOYES .....3 TRAVAIL FAMILIAL NON- REMUNERE (NON- AGRICOLE) .....4 PROPRE COMPTE AGRICOLE .....5 TRAVAIL FAMILIAL NON- REMUNERE (AGRICOLE) .....6	12. POUR QUI AVEZ-VOUS TRAVAILLÉ ? A PROPRE COMPTE OU ACTIVITÉ FAMILIALE AGRICOLE (EX : CUL- TIVATEUR, PECHEUR, ELEVEUR) .....1 EMPLOYE EN TANT QUE SALARIÉ : ETAT .....2 ENTREPRISE PUBLIQUE .....3 ONG .....4 COOPERATIVES .....5 ORGA. INTERNATIONAUX .....6 EMPLOYE DU PRIVE (SAUF AP- PRENTI ET ENFANT PLACE) .....7 EMPLOYE PRIVE PLACE (ENFANT) .....8 PROPRE COMPTE (SAUF AGRICOLE) AVEC EMPLOYES .....9 SANS EMPLOYES .....10 TRAV. NON REMUNERE FAMILLE .....11 APPRENTI .....12 AUTRE (PRECISER) .....13	13. POUR CE TRAVAIL, AVEZ-VOUS REÇU DES MARCHANDI- SES OU SERVICES?	14. QUELLE EST LA VALEUR DE CES PAIEMENTS EN NATURE ?	
			NOM DE LA BRANCHE D'ACTIVITE	CODE							ANS	MOIS	MONTANT (FC)	UNITE DE TEMPS				HEU- RES	UNITE DE TEMPS
01																			



[illegible]**SECTION 5 : OCCUPATIONS ET EMPLOI DU TEMPS - PARTIE F : RECHERCHE D'EMPLOI LORS DES 12 DERNIERS MOIS**

**[VERIFIER QUE Q.4=2, PARTIE A. SINON PASSER A 5G.**

[illegible]

[illegible]

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

[illegible]

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



		OCCUPATION	CODE		ANNEES	OCCUPATION	CODE	OCCUPATION	CODE	NOM	CODE		ANNEES			ANNEES
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 MENAGERS*

[INTERESSES : TOUS LES MEMBRES DU MENAGE DE 7 ANS ET PLUS]

CO DE ID	CO DE ID	1. AU COURS DES 7 DERNIERS JOURS, AVEZ-VOUS CHERCHÉ DU BOIS POUR LE MENAGE ?	2. AU COURS DES 7 DERNIERS JOURS, COMBIEN D'HEURES AVEZ-VOUS PASSE A CHERCHER DU BOIS, Y COMPRIS LES TRAJETS?	3. AU COURS DES 7 DERNIERS JOURS, AVEZ-VOUS PASSE DU TEMPS A ALLER CHERCHER L'EAU POUR LE MENAGE ?	4. AU COURS DES 7 DERNIERS JOURS, COMBIEN D'HEURES AVEZ-VOUS PASSE A CHERCHER DE L'EAU, Y COMPRIS LES TRAJETS?	5. AU COURS DES 7 DERNIERS JOURS, AVEZ-VOUS PASSE DU TEMPS A FAIRE LA CUISINE ?	6. COMBIEN DE TEMPS AVEZ- VOUS PASSE AU COURS DES 7 DERNIERS JOURS A FAIRE LA CUISINE?	7. AU COURS DES 7 DERNIERS JOURS, AVEZ-VOUS PASSE DU TEMPS A DEPOSER LES ORDURES ?	8. COMBIEN DE TEMPS AVEZ- VOUS PASSE AU COURS DES 7 DERNIERS JOURS A DEPOSER LES ORDURES ?	9. AU COURS DES 7 DERNIERS JOURS, AVEZ-VOUS PASSE DU TEMPS REPASSER OU A REPA- RER LES VE- TEMENTS ?	10. COMBIEN DE TEMPS AVEZ- VOUS PASSE AU COURS DES 7 DERNIERS JOURS A REPASSER OU A REPARER LES VETE- MENTS DANS LE MENAGE ?	11. AU COURS DES 7 DERNIERS JOURS, AVEZ-VOUS PASSE DU TEMPS A FAIRE LES COURSES?	12. COMBIEN DE TEMPS AVEZ- VOUS PASSE AU COURS DES 7 DERNIERS JOURS A FAIRE LES COURSES?	13. AU COURS DES 7 DERNIERS JOURS, AVEZ-VOUS PASSE DU TEMPS A BALAYER?	14. COMBIEN DE TEMPS AVEZ- VOUS PASSE AU COURS DES 7 DERNIERS JOURS A BALAYER ?	15. AU COURS DES 7 DERNIERS JOURS, AVEZ-VOUS PASSE DU TEMPS A VOUS OCCUPER DES ENFANTS DANS LE MENAGE ?	16. COMBIEN DE TEMPS AVEZ- VOUS PASSE AU COURS DES 7 DERNIERS JOURS A VOUS OCCUPER DES ENFANTS DANS LE MENAGE ? ( <u>  </u> PERSON- NE SUIVAN-
----------------	----------------	--	---	---	--	--	---	--	--	---	---	---	---	--	---	--	--

			HEURES		HEURES		HEURES		HEURES		HEURES		HEURES		HEURES		HEURES
01																	
02																	
03																	
04																	
05																	
06																	
07																	
08																	
09																	
10																	
11																	
12																	
13																	
14																	
15																	

## SECTION 6 : IDENTIFICATION DES PERSONNES A ENQUETER AU DEUXIEME PASSAGE : SECTIONS 7 A 12

### QUESTIONS A POSER AU CHEF DE MENAGE

1. AU COURS DES 12 DERNIERS MOIS, Y-A-T-IL EU DES MEMBRES DU MENAGE QUI ONT POSSEDE ET/OU EXPLOITE DES TERRES OU UN TROUPEAU, OU SE SONT LIVRES A UNE ACTIVITE DE PECHE ?

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

[TRANSFERER CES NOMS A LA  
SECTION 7, PARTIE A, RELATIVE A


NOM	CODE ID

		[TRANSFERER CES NOMS A LA SECTION 7, PARTIE A, RELATIVE A L'AGRICULTURE]
	6. QUI EST PRINCIPALEMENT CHARGE DE LA PREPARATION DES ALIMENTS DANS LE MENAGE ?	

6. QUI EST PRINCIPALEMENT CHARGE DE LA PREPARATION DES ALIMENTS DANS LE MENAGE ?		
NOM	CODE ID	

4. Y-A-T-IL DES PRODUITS DES RECOLTES OU POISSONS PECHEES QUI SONT TRANSFORMES POUR LA VENTE OU POUR L'USAGE DES MENAGES (EX : FARINE DE CEREALES, DE MAÏS, ARACHIDES DECORTIQUEES)?

OUI...1 NON...2

SI Q.1=1 ET Q.4=2 \_ 5  
SI Q.1=1 ET Q.4=2 \_ 6

7. QUI EST PRINCIPALEMENT CHARGE DES ACHATS DANS LE MENAGE ?

NOM	CODE ID	

5. INDIQUEZ TOUS LES MEMBRES DU MENAGE QUI SONT PRINCIPALEMENT CHARGES DE CES OPERATIONS DE TRANSFORMATIONS.

NOM	CODE ID	ACTIVITE	[TRANSFERER CES NOMS A LA SECTION 7, PARTIE G, RELATIVE A L'AGRICULTURE]

8. AU COURS DES 12 DERNIERS MOIS, Y-A-T-IL EU DES MEMBRES DU MENAGE QUI ONT TRAVAILLE A LEUR COMPTE AUTREMENT QUE SUR LES TERRES, DANS L'ELEVAGE OU EN TANT QUE PECHEUR (EX : QUELQU'UN A-T-IL EXPLOITE SA PROPRE ENTREPRISE, COMMERCE, INDUSTRIE, OU EXERCE UNE PROFESSION LIBERALE, OU TRAVAILLE COMME ARTISAN INDEPENDANT) ?

OUI...1 NON...2  
( \_ SECTION 7)

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

ENTREPRISE/ACTIVITE	CODE ENTREPRISE	NOM	CODE ID

9. MAINTENANT, POUVEZ-VOUS INDICHER QUELLES SONT, PARMI LES ACTIVITES OU ENTREPRISES PRECEDENTES, CELLES QUE VOUS CONSIDEREZ COMME ETANT LES TROIS PLUS IMPORTANTES SOURCES DE REVENUS ?

ENTREPRISE/ACTIVITE	CODE ENTREPRISE	NOM

				ENTREPRISES NON AGRICOLE]

**ENQUETEUR :**

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



