

République de Côte d'Ivoire  
Ministère de l'Economie et des Finances  
Direction de la Statistique



# ENQUETE PERMANENTE AUPRES DES MENAGES

QUESTIONNAIRE SUR LES MENAGES



Banque Mondiale  
Etude sur la Mesure des Niveaux de Vie

**STRICTEMENT CONFIDENTIEL**

87

SIGNALETIQUE

GRAPPE:  MENAGE:  FICHE:  /

CHEF DU MENAGE: \_\_\_\_\_

ADRESSE: \_\_\_\_\_

PREMIER PASSAGE DE L'ENQUETE

ENQUETEUR: \_\_\_\_\_ DATE:

ADRESSE TROUVEE? OUI..1 (P)SUPERVISEUR  LE CHEF EST-IL BIEN LE MEME? OUI..1 (P)SUPERVISEUR

NON DU NOUVEAU CHEF: \_\_\_\_\_

ETHNIE DU CHEF: \_\_\_\_\_ CODE BUREAU:

LANGUE DE L'INTERVIEW FRANCAIS..1 (FIN)  AUTRE....2  PRECISER LA LANGUE: \_\_\_\_\_ INTER-PRETE? OUI..1  NON..2

OBSERVATIONS: \_\_\_\_\_

VERIFICATION DU QUESTIONNAIRE, PREMIER PASSAGE

SUPERVISEUR: \_\_\_\_\_ DATE:

OBSERVATIONS: \_\_\_\_\_

INTERVIEW CONTROLÉE? OUI..1  NON..2

CE MENAGE REMPLACE LE MENAGE NUMERO:  CE MENAGE SERA REMPLACE PAR LE N:  RAISON: NON-RETROUVABLE..1  REFUS.....2

SAISIE DU PREMIER PASSAGE

OPERATRICE: \_\_\_\_\_ DATE:

OBSERVATIONS: \_\_\_\_\_

CONTROLE DU LISTING DU PREMIER PASSAGE

SUPERVISEUR: \_\_\_\_\_ DATE:

OBSERVATIONS: \_\_\_\_\_

DEUXIEME PASSAGE DE L'ENQUETE

DATE PREVUE:

ENQUETEUR: \_\_\_\_\_ DATE:

OBSERVATIONS: \_\_\_\_\_

VERIFICATION DU QUESTIONNAIRE, DEUXIEME PASSAGE

SUPERVISEUR: \_\_\_\_\_ DATE:

OBSERVATIONS: \_\_\_\_\_

INTERVIEW CONTROLÉE? OUI..1  NON..2

SAISIE DU DEUXIEME PASSAGE

OPERATRICE: \_\_\_\_\_ DATE:

OBSERVATIONS: \_\_\_\_\_

CONTROLE DU LISTING, DEUXIEME PASSAGE

SUPERVISEUR: \_\_\_\_\_ DATE:

OBSERVATIONS: \_\_\_\_\_

RELIGION DU CHEF DU MENAGE: MUSULMAN.....1 AUTRE CHRETIEN..4  
CATOLIQUE.....2 ANIMISTE.....5  
PROTESTANT.....3 AUTRE.....6

RÉSUMÉ DE L'ENQUÊTE

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

OBSERVATIONS ET COMMENTAIRES

OBSERVATIONS DE L'ENQUETEUR SUR LE PREMIER PASSAGE

Lined area for the investigator's observations on the first pass.

OBSERVATIONS DE L'ENQUETEUR SUR LE DEUXIEME PASSAGE

Lined area for the investigator's observations on the second pass.

OBSERVATIONS DU SUPERVISEUR SUR LE PREMIER PASSAGE

Lined area for the supervisor's observations on the first pass.

OBSERVATIONS DU SUPERVISEUR SUR LE DEUXIEME PASSAGE

Lined area for the supervisor's observations on the second pass.

PARTIE B

A REMPLIR POUR TOUS LES MEMBRES  
DU MARIAGE

SECTION 1. PARTIE B. RENSEIGNEMENTS SUR LES PARENTS

C O D E D' I D E N T I F I C A T I O N	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16
	Est-ce que le père de (NOM), habite dans ce ménage?	RECOPIER LE CODE D'IDENTIFICATION DU PERE	Est-ce que le père de (NOM), est encore vivant?	Le père de (NOM), a-t-il fréquenté l'école?	Quelle a été la dernière classe qu'il a terminée?	Quel a été le diplôme le plus élevé que le père de (NOM), a obtenu?	Quel genre de travail le père de (NOM), a-t-il fait pendant la majeure partie de sa vie?	SI >10 ANS DE MANDEZ: Lorsque (NOM), avait 10 ans, habitait-il (elle) avec son père?	Est-ce que la propre mère de (NOM), habite dans ce ménage?	RECOPIER LE CODE D'IDENTIFICATION DE LA MERE	Est-ce que la mère de (NOM), est encore vivante?	La mère de (NOM), a-t-elle fréquenté l'école?	Quelle a été la dernière classe qu'elle a terminée?	Quelle a été le diplôme le plus élevé que la mère de (NOM), a obtenu?	Quel genre de travail la mère de (NOM), a-t-elle fait pendant la majeure partie de sa vie?	SI >10 ANS DE MANDEZ: Lorsque (NOM), avait 10 ans, habitait-il (elle) avec sa mère?
	OUI...1 NON...2 (p3)		OUI...1 NON...2	OUI...1 NON...2 (p7)	CODES: NUL JE CPI CP2 CE1 CE2 CM1 CM2 6E 5E 4E 3E 2E 1RE TER U1 U2 U3 U4 U5 U6 U7 U8 CLASSE	AUCUN.....1 CEPE OU EQUIVALENT...2 BEPC OU EQUIVALENT...3 BACCALAUREAT...4 LICENCE.....5 MAITRISE.....6 DOCTORAT.....7 DIPLOME TECHNIQUE OU PROFESSIONNEL...8 AUTRE.....9	AGRICULTURE/PECHE.....1 COMMERCE.....2 TRANSPORT.....3 TECHNIQUE/PROFESSIONNEL...4 ADMINISTRATION/SECRETARIAT.....5 CONSTRUCTION.....6 ARTISANAT.....7 INDUSTRIE.....8 SERVICES.....9 AUTRE (Préciser).....10	OUI...1 NON...2	OUI...1 NON...2 (p11)		OUI...1 NON...2	OUI...1 NON...2 (p15)	CODES: NUL JE CPI CP2 CE1 CE2 CM1 CM2 6E 5E 4E 3E 2E 1RE TER U1 U2 U3 U4 U5 U6 U7 U8 CLASSE	AUCUN.....1 CEPE OU EQUIVALENT...2 BEPC OU EQUIVALENT...3 BACCALAUREAT...4 LICENCE.....5 MAITRISE.....6 DOCTORAT.....7 DIPLOME TECHNIQUE OU PROFESSIONNEL...8 AUTRE.....9	AGRICULTURE/PECHE.....1 COMMERCE.....2 TRANSPORT.....3 TECHNIQUE/PROFESSIONNEL...4 ADMINISTRATION/SECRETARIAT.....5 CONSTRUCTION.....6 ARTISANAT.....7 INDUSTRIE.....8 SERVICES.....9 MENAGERE.....10 AUTRE (Préciser).....11	OUI...1 NON...2 MEMBRE SUIVANT

01																
02																
03																

04																
05																
06																

07																
08																
09																

10																
11																
12																

13																
14																
15																

16																
17																
18																

19																
20																

SECTION 2. LOGEMENT

Maintenant je voudrais vous poser des questions sur votre logement. Par logement je voudrais dire toutes les pièces et les bâtiments séparés utilisés par les membres de votre ménage.

PARTIE A: TYPE DE LOGEMENT

Quelles sont les différentes structures occupées par votre ménage?

1. TYPE PRINCIPAL DE DOMICILE

MAISON INDIVIDUELLE.....1  
PLUSIEURS CASES OU MAISONS.....2 (▶3)  
APARTEMENT, CHAMBRE, STUDIO...3 (▶5)  
PLUSIEURS APPARTEMENTS.....4 (▶6)

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

OUI.....1  
NON.....2 (▶8)

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

4. COMBIEN DE BATIMENTS SONT OCCUPÉS PAR CE MÉNAGE?

(▶8)

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

OUI.....1  
NON.....2 (▶8)

6. COMBIEN DE PORTES EXTERIEURES Y A-T-IL DANS CETTE COUR OU CONCESSION AU TOTAL, Y COMPRIS CELLES POUR CE MÉNAGE ET CELLES POUR D'AUTRES MÉNAGES?

7. COMBIEN DE PORTES EXTERIEURES SONT POUR CE MÉNAGE?

8. Combien de pièces le ménage occupe-t-il, y compris les chambres à coucher et les salles de séjour?

NE PAS COMPTER LES SALLES DE BAIN, W.C., OU CUISINES.

9. Ce logement occupé par votre ménage, sert-il également de local professionnel pour une entreprise ou industrie du ménage?

OUI.....1  
NON.....2 (▶PARTIE B)

10. Quelle partie du logement sert de local professionnel?

MOINS D'UN QUART.....1  
UN QUART A LA MOITIÉ...2  
PLUS DE LA MOITIÉ.....3

▶ PARTIE B

SECTION 2. PARTIE B: DÉPENSES DE LOGEMENT

1. Est-ce que ce logement appartient à un membre de votre ménage?

OUI.....1 (p9)  
NON.....2

2. Est-ce que ce logement est loué en échange de biens, de services, ou d'argent?

OUI.....1  
NON.....2 (p7)

3. A qui votre ménage loue-t-il ce logement? Est-ce un parent, l'employeur privé d'un membre du ménage, un organisme public (par exemple, la SOGEFIHA), la SICOGI ou une personne ou agence privée?

PARENT.....1  
EMPLOYEUR PRIVÉ.....2  
SICOGI.....3  
SOGEFIHA/AUTRE ORGANISME PUBLIC.4  
PERSONNE/AGENCE PRIVÉE.....5  
NE SAIT PAS.....6

4. Combien d'argent votre ménage paye-t-il pour la location de ce logement?

MONTANT:

SI RIEN EN ARGENT, METTRE ZÉRO.

UNITÉ DE TEMPS:  
(CHAQUE)

5. Votre ménage, fournit-il aussi des biens ou des services en échange de ce logement?

OUI.....1  
NON.....2 (p 7)

6. Quelle est environ la valeur de ces biens et services que fournit votre ménage?

MONTANT:

UNITÉ DE TEMPS:  
(CHAQUE)

7. Y a-t-il quelqu'un qui n'est pas membre de votre ménage et qui paye une partie ou la totalité du loyer? Par exemple, un parent, un employeur privé, un organisme de l'État (tel que la SOGEFIHA), la SICOGI ou autre service public, ou une personne ou agence privée?

OUI.....1  
NON.....2 (p12)

8. Qui paye la partie ou la totalité du loyer?

PARENT.....1 (p 12)  
EMPLOYEUR PRIVÉ.....2 (p 12)  
SICOGI.....3 (p 12)  
SOGEFIHA/AUTRE ORGANISME PUBLIC.4 (p 12)  
PERSONNE/AGENCE PRIVÉE.....5 (p 12)  
NE SAIT PAS.....6 (p 12)

9. Payez-vous des remboursements d'hypothèques pour ce logement?

OUI.....1  
NON.....2 (p12)

10. Quel a été le montant de votre dernier paiement?

MONTANT:

11. Avec quelle fréquence faites-vous ces paiement ?

FOIS:

UNITÉ DE TEMPS:

12. Quel mode d'approvisionnement en eau pour boire votre ménage utilise-t-il?

ROBINET DEDANS.....1  
REVENDEUR D'EAU.....2 (p14)  
ROBINET DEMORS.....3  
PUITS AVEC POMPE.....4 (p16)  
PUITS SANS POMPE.....5 (p16)  
RIVIERE, LAC, SOURCE, MARIGOT.....6 (p17)  
EAU DE PLUIE.....7 (p18)  
CAMION CITERNE.....8 (p14)  
AUTRE (PRÉCISER:.....)9 (p17)

13. Avez-vous un compteur collectif ou individuel?

COLLECTIF....1  
INDIVIDUEL...2

14. Quel a été le montant de la dernière facture d'eau pour votre ménage?

MONTANT:

15. A combien de temps de consommation correspond cette facture?

NOMBRE:

UNITÉ DE TEMPS:

(p18)

16. Ce ...[MODE D'APPROVISIONNEMENT A NO. 12]..., est-il utilisé uniquement par votre ménage ou est-il utilisé par les autres ménages?

CE MÉNAGE UNIQUEMENT....1  
PARTAGÉ.....2

17. A combien de mètres de votre logement se trouve ce ...[MODE D'APPROVISIONNEMENT A N° 12]...?

MÈTRES:

UNITÉ DE TEMPS: JOUR.....3 MOIS.....5 SEMESTRE..7  
SEMAINE...4 TRIMESTRE.6 AN.....8

18. Quel est le principal mode d'approvisionnement en eau qu'utilise votre ménage pour faire la lessive et se baigner?

- ROBINET DEHORS.....1
- PUITS AVEC POMPE.....2
- PUITS SANS POMPE.....3
- RIVIERE, LAC, SOURCE, MARIBOT.....4 (P20)
- EAU DE PLUIE.....5 (P20)
- CAMION CITERNE.....6 (P20)
- AUTRE (PRÉCISER:.....).7
- ROBINET DEDANS.....8

19. Ce ...[MODE D'APPROVISIONNEMENT POUR LA LESSIVE ET LE BAIN]... est-il utilisé uniquement par votre ménage, ou est-il utilisé par d'autres ménages?

- CE MÉNAGE UNIQUEMENT....1
- PARTAGÉ.....2

20. Comment votre ménage se débarrasse-t-il de la plupart de ses ordures?

- RAMASSÉ PAR UN CAMION D'ORDURES...1
- JETÉ.....2
- BRULÉ.....3
- ENTERRÉ.....4

21. Quel type de W.C. est disponible pour votre ménage?

- CHASSE D'EAU.....1
- LATRINE A FOSSE.....2
- PAS DE W.C. ....3 (P24)
- AUTRE (PRÉCISER:.....).4

22. Ce W.C. sert-il uniquement à votre ménage, ou est-il accessible à d'autres ménages?

- CE MÉNAGE UNIQUEMENT....1
- PARTAGÉ.....2

23. Ce W.C. est-il situé à l'intérieur ou à l'extérieur de ce logement?

- INTÉRIEUR.....1
- EXTÉRIEUR.....2

24. Quelle est la principale source d'éclairage de ce logement?

- ELECTRICITÉ.....1
- GAZ.....2 (P28)
- BOUGIES, TORCHES, LAMPES A GAZ OU PÉTROLE.....3 (P28)
- NÉANT.....4 (P28)

25. Avez-vous un compte collectif ou individuel?

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

26. Quel était le montant de la dernière facture d'électricité pour votre ménage?

(SI RIEN, METTRE 1€RD)

MONTANT:

27. A combien de mois de consommation correspond cette facture?

MOIS:

28. Quel est le combustible le plus souvent utilisé par le ménage pour la préparation des repas?

- BOIS.....1
- CHARBON.....2 (P 33)
- GAZ.....3 (P 33)
- ELECTRICITÉ.....4 (P 33)
- AUTRE (PRÉCISER:.....).5 (P 33)

29. Comment le ménage s'approvisionne-t-il en bois la plupart du temps? Est-ce que par...

- cueillette/ramassage.....1
- achat?.....2 (P 33)

30. Quelle distance faut-il parcourir pour aller chercher du bois?

KILOMETRES:

31. Combien de temps faut-il pour y aller?

HEURES:

MINUTES

32. Avec quelle fréquence faut-il aller chercher du bois?

FOIS:

UNITÉ DE TEMPS

33. ENQUÊTEUR: REGARDEZ LA QUESTION 1 A LA PAGE PRÉCÉDENTE. SI LE LOGEMENT N'APPARTIENT PAS A UN MEMBRE DU MÉNAGE (CODE 2), ALLEZ A LA SECTION 3. SI LE LOGEMENT APPARTIENT A UN MEMBRE DU MÉNAGE (CODE 1), DEMANDEZ:

Si vous voulez vendre ce logement aujourd'hui, combien pourriez-vous recevoir?

MONTANT:

34. Si vous voulez louer ce logement à quelqu'un d'autre combien pourriez-vous recevoir comme loyer?

MONTANT:

UNITÉ DE TEMPS (CHAQUE)

▶ SECTION 3

UNITÉ DE TEMPS:	JOUR.....3	MOIS.....5	SEMESTRE..7
	SEMAINE...4	TRIMESTRE.6	AN.....8

SECTION 3. EDUCATION

A REMPLIR POUR TOUS LES MEMBRES  
DU MÉNAGE AGÉS DE 5 ANS OU PLUS.

SECTION 3. EDUCATION

PARTIE A. SCOLAIRE

CODE D I F F I C A T I O N	1	2	3	4	5	5a	6a	6b	6c	6d	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17			
	Est-ce que ...[NOM]... sait lire un journal?	Est-ce que ...[NOM]... sait écrire une lettre?	Est-ce que ...[NOM]... sait faire des calculs écrits?	a travaillé ou travaille-t-il(elle) comme apprenti? NDN, IL(ELLE) N'A JAMAIS ETÉ(E) APPRENTI.2 (b6) OUI, ET IL(ELLE) EST APPRENTI ACTUELLEMENT....3 OUI, MAIS IL(ELLE) NE L'EST PLUS ACTUELLEMENT....4	Combien d'années d'apprentissage?	ANNÉES	DESCRIPTION	CODE	Est-ce que ...[NOM]... a fréquenté ou fréquente une école ou un centre de formation quelconque? OUI...1 NON...2 (MEMBRE SUIVANT)	Est-ce que ...[NOM]... a fréquenté ou fréquente une école secondaire générale? OUI...1 NON...2	Est-ce que ...[NOM]... a fréquenté ou fréquente une école professionnelle ou technique secondaire? OUI...1 NON...2 (b7)	Quel genre d'école technique ou professionnelle? AGRICULTURE.....1 TECHNIQUE.2 SANTÉ.....3 COMMERCE/ ECONOMIE..4 PEDAGOGIE.5 AUTRES...6 (Préciser)	Quelle a été la dernière classe terminée? CODES: NUL JE CP1 CP2 CE1 CE2 CH1 CH2 6E 5E 4E 3E U1 U2 US U4 U5 U6 U7 U8	CLASSE	En plus, a-t-il(elle) eu une formation technique professionnelle ou artisanale? OUI...1 NON...2 (b10)	Pendant combien de temps? ANNÉES	MOIS	Plus haut diplôme obtenu? AUCUN DIPLOME..1 CEPE.....2 BEPC.....3 PROBATOIRE.....4 BACCALAURÉAT...5 LICENCE.....6 MAÎTRISE.....7 DOCTORAT.....8 DIPLOME TECHNIQUE DU PROFESIONNEL.9 AUTRE.....10	La dernière école fréquentée était-elle... Publique.1 Privée laïque...2 Privée religieuse...3	Est-ce que [NOM] fait des études actuelles? OUI...1 (b14) NON...2	Pense-t-il(elle) à reprendre ses études? OUI...1 (b16) NON...2 (b16)	Vit-il(elle) à la maison au même moment? OUI...1 NON...2 (b18 PAGE SUIVANTE)	Au cours des 7 derniers jours, pendant combien d'heures a-t-il(elle) effectivement assisté aux cours? b18 PAGE SUIVANTE HEURES	Est-ce que ...[NOM]... a fréquenté l'école ou suivi une autre formation au cours des 12 derniers mois? OUI...1 NON...2 (MEMBRE SUIVANT)
01																								
02																								
03																								
04																								
05																								
06																								
07																								
08																								
09																								
10																								
11																								
12																								
13																								
14																								
15																								
16																								
17																								
18																								
19																								
20																								

SECTION 3. PARTIE A (FIN)

C O M M U N I T É D I S T R I C T I O N	18 Combien a été dépensé par votre ménage au cours des 12 derniers mois pour l'éducation de ...[NOM]... pour... ÉCRIRE ZÉRO SI RIEN N'A ÉTÉ DÉPENSÉ ET SP SI LE MONTANT N'EST PAS CONNU. SI L'ENQUÊTÉ NE CONNAIT QU'UN MONTANT GLOBAL, ÉCRIRE SP DANS LES COLONNES APPLICABLES ET LE MONTANT GLOBAL À LA COLONNE G.						19 Est-ce que .[NOM]. a reçu une bourse au cours des 12 derniers mois?	20 À combien s'est élevée cette bourse pour les 12 derniers mois?	21 Y a-t-il quelqu'un d'autre, qui n'est pas un membre de votre ménage, qui a pris en charge d'autres dépenses scolaires de [NOM]?	22 À quelle distance d'ici se trouve l'école de [NOM]?	23 Combien de temps faut-il à [NOM] pour aller à l'école d'ici?	
	A. Cotisations des parents d'élèves?	B. Uniformes et tenues de sport?	C. Livres et fournitures scolaires?	D. Transports scolaires?	E. Cantine, nourriture et logement?	F. Frais de scolarité et d'inscription?	G. Autres? (Clubs et autres manifestations)	OUI...1 NON...2 (?21)	MONTANT	OUI...1 NON...2	KM	HRS
01												
02												
03												
04												
05												
06												
07												
08												
09												
10												
11												
12												
13												
14												
15												
16												
17												
18												
19												
20												

SECTION 3. PARTIE B. EDUCATION DES ENFANTS QUI HABITENT AILLEURS

1. Y a-t-il un membre de votre ménage qui a des enfants âgés de moins de 30 ans qui n'habitent pas ici dans ce ménage?

OUI.....1

NON.....2 (▶ SECTION 4)

POUR CHAQUE ENFANT INSCRIT A 2, POSER 4-11.

2	3	4	5	6	7	8	9	10	11
Comment s'appellent-ils? FAIRE UNE LISTE DE TOUS LES ENFANTS QUI ONT MOINS DE 30 ANS ET QUI N'HABITENT PAS DANS CE MENAGE. FAIRE TOUTE LA LISTE AVANT DE PASSER A 4-10.	Sexe? M...1 F...2	Quel age ...[NOM] le père de ...a-t-il ...[NOM].. ou a-t- elle aujourd' hui?	Est-ce que le père de ...[NOM].. habite dans ce ménage?	RECOPIER LE CODE D'ID DU PERE.	Est-ce que la propre mère de .. [NOM]... habite dans ce ménage?	RECOPIER LE CODE D'ID DE LA MERE.	Est-ce que ...[NOM]... a fréquenté l'école?	Est-ce que ...[NOM]... fréquente l'école actuelle- ment?	Quelle est la dernière classe que ...[NOM] ... a terminée? CODES: NUL JE CP1 CP2 CE1 CE2 CM1 CM2 6E 5E 4E 3E 2E 1RE TER U1 U2 U3 U4 U5 U6 U7 U8
1									
2									
3									
4									
5									
6									
7									
8									
9									
10									

▶ ENFANT  
SUIVANT

▶ SECTION 4

SECTION 4. SANTÉ

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

SECTION 4. SANTÉ

C O D E  I D E N T I F I C A T I O N	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	11a	11b	11c	11d	11e	11f	11g	11h	
	Avez-vous été malade ou blessé(e) au cours des 4 dernières semaines? Par exemple, avez-vous eu une toux, un rhume, une diarrhée, une blessure due à un accident ou autre maladie? OUI...1 NON...2 (17A PAGE SUIVANTE)	Pendant combien de jours au cours des 4 dernières semaines avez-vous souffert de cette maladie ou blessure?	Pendant combien de jours au cours des 4 dernières semaines n'avez-vous pas pu exercer vos activités régulières à cause de cette maladie ou blessure? OUI...1 NON...2 (15 PAGE SUIVANTE)	A-t-on consulté un médecin, infirmier, pharmacien, guérisseur, sage-femme ou autre personnel sanitaire au cours des 4 dernières semaines pour cet. maladie ou blessure? OUI...1 NON...2 (15 PAGE SUIVANTE)	Qui a été consulté en premier lieu? MEDECIN...1 INFIRMIER...2 PHARMACIEN...3 SAGE-FEMME...4 GUERISSEUR...5 AUTRE...6 (Préciser)	Où la consultation a-t-elle eu lieu? HOPITAL...1 DISPENSAIRE...2 PHARMACIE...3 CLINIQUE...4 MATERNITE...5 PH...6 CHEZ LA PERSONNE CONSULTÉE...7 (10) CHEZ LE MALADE...8 (10) AUTRE...9 (Préciser)	Cet établissement, est-il public ou privé? PUBLIC...1 PRIVE...2	Combien de temps avez-vous mis pour aller à cette consultation? TEMPS ALLER SEULEMENT	A quelle distance d'ici cette consultation a-t-elle eu lieu? KM	Combien de fois avez-vous consulté cette personne au cours des 4 dernières semaines pour cette maladie? FOIS	Combien avez-vous dû payer à cette personne pour toutes les consultations au cours des 4 dernières semaines? MONTANT	Avez-vous consulté quelqu'un d'autre au cours des 4 dernières semaines pour cette maladie? OUI...1 NON...2 (15 PAGE SUIVANTE)	Qui a été cette autre personne consultée? MEDECIN...1 INFIRMIER...2 PHARMACIEN...3 SAGE-FEMME...4 GUERISSEUR...5 AUTRE...6 (Préciser)	Où a eu lieu la consultation avec cette autre personne? HOPITAL...1 DISPENSAIRE...2 PHARMACIE...3 CLINIQUE...4 MATERNITE...5 PH...6 CHEZ LA PERSONNE CONSULTÉE...7 (11g) CHEZ LE MALADE...8 (11g) AUTRE...9 (Préciser)	Cet établissement, est-il public ou privé? PUBLIC...1 PRIVE...2	Combien de temps avez-vous mis pour aller à cette consultation? TEMPS ALLER SEULEMENT	A quelle distance d'ici cette consultation a-t-elle eu lieu? KM	Combien de fois avez-vous consulté cette deuxième personne au cours des 4 dernières semaines pour cette maladie? FOIS	Combien avez-vous dû payer à cette deuxième personne pour toutes les consultations au cours des 4 dernières semaines? MONTANT	
01																				
02																				
03																				
04																				
05																				
06																				
07																				
08																				
09																				
10																				
11																				
12																				
13																				
14																				
15																				
16																				
17																				
18																				
19																				
20																				

12 PAGE SUIVANTE

SECTION 4. SANTE (FIN)

C O D E  D I D E N T I F I C A T I O N	12	13	14	15	16	17a	17b	17c	17d	18a	18b	18c
	Avez-vous dû passer une nuit dans un hôpital ou autre établissement au cours des 4 dernières semaines pour cette maladie?	Combien de nuits au cours des 4 dernières semaines ?	Combien au total avez-vous payé ou payerez-vous pour cette hospitalisation?	En plus, avez-vous dû acheter des médicaments pour cette maladie au cours des 4 dernières semaines?	Combien a été dépensé au total en médicaments pour cette maladie au cours des 4 dernières semaines?	Au cours des 12 derniers mois, avez-vous eu des vaccinations? (depuis...)	Combien de vaccinations avez-vous eu au cours des 12 derniers mois?	Combien avez-vous payé ou payerez-vous pour toutes ces vaccinations au cours des 12 derniers mois?	EST-CE L'ENQUETE UNE FEMME OU UN ENFANT DE MOINS DE 5 ANS?	Au cours des 12 derniers mois, avez-vous eu des consultations pré-natales, post-natales ou de protection maternelle-infantile (PMI)? (AUTRES QUE POUR LES VACCINATIONS)	Combien de consultations avez-vous eu?	Combien avez-vous payé ou payerez-vous pour toutes ces consultations pré-natales, post-natales ou PMI au cours des 12 derniers mois?
	OUI...1 NON...2 (15)	NUITS	MONTANT	OUI...1 NON...2 (17A)	MONTANT	OUI...1 NON...2 (17B)	NOMBRE	MONTANT	OUI...1 NON...2 (PERSONNE SUIVANTE)	OUI...1 NON...2 (PERSONNE SUIVANTE)	NOMBRE	MONTANT
01												
02												
03												
04												
05												
06												
07												
08												
09												
10												
11												
12												
13												
14												
15												
16												
17												
18												
19												
20												

PERSONNE SUIVANTE

SECTION 5. ACTIVITÉS

DEMANDER A TOUS LES MEMBRES DU  
MÉNAGE AGÉS DE 7 ANS OU PLUS.

PARTIE A: EMPLOI DU TEMPS

C O D E I D E N T I F I C A T I O N	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11						12	13
	EST-CE QUE L'ENQUETÉ REpond LUI-MEME ?	Au cours des 7 derniers jours, avez-vous travaillé pour quelqu'un qui n'est pas un membre de votre ménage, par exemple, pour un patron, une société, l'état ou autre personne qui n'est pas un membre de votre ménage?	Et au cours des 12 derniers mois?	Au cours des 7 derniers jours, avez-vous travaillé dans un champ ou jardin à vous ou à votre ménage, ou avez-vous élevé des animaux?	Et au cours des 12 derniers mois?	Au cours des 7 derniers jours, avez-vous travaillé dans un commerce, une industrie, une entreprise ou une profession à vous ou à votre ménage? Par exemple, comme commerçant ou pêcheur indépendant, avocat, médecin ou autre travail indépendant?	Et au cours des 12 derniers mois?	PARMI LES REPONSES AUX QUESTIONS 2, 4 ET 6, Y'EN A-T-IL UNE AFFIRMATIVE (CODE 1)?	Avez-vous cherché du travail rémunéré pendant les 7 derniers jours?	Le travail que vous cherchiez, était-il un travail salarié, un travail indépendant ou un travail quelconque ?	Pendant les 7 derniers jours, pour chercher du travail, avez-vous utilisé...						Pourquoi n'avez vous pas cherché du travail pendant les 7 derniers jours? (LA RAISON PRINCIPALE)	PARMI LES REPONSES AUX QUESTIONS 3, 5 ET 7, Y'EN A-T-IL UNE AFFIRMATIVE (CODE 1)?
	OUI...1 NON...2	OUI...1 (P4) NON...2	OUI...1 NON...2	OUI...1 (P6) NON...2	OUI...1 NON...2	OUI...1 (P8) NON...2	OUI...1 NON...2	OUI...1 (P8) NON...2 (P9)	OUI...1 NON...2 (P12)	SALARIÉ...1 INDÉPEN- PENDANT...2 QUELCON- QUE...3	...d' OMOCI? ...des démarches faai- liales?	...des inter- médiai- res?	...la présen- tation directe ?	...des deman- des par écrit?	...d' autres moyens?	VOULAIS PAS TRAVAILLER...1 ÉTUDIANT...2 TROP JEUNE...3 MALADE...4 MÉNAGÈRE...5 TROP VIEUX/RETRAITÉ...6 EN COMBÉ...7 ATTENDS LA RÉPONSE D'UN EMPLOYEUR OU UNE AGENCE...8 ATTENDS L'INITIATION D'UN NOUVEAU TRAVAIL...9 IL N'Y A PAS DE TRAVAIL...10 NE SAIS PAS COMMENT CHERCHER...11 ATTENDS SAISON AGRICOLE...12 AUTRES RAISONS...13	OUI...1 NON...2 (P13)	
01																		
02																		
03																		
04																		
05																		
06																		
07																		
08																		
09																		
10																		
11																		
12																		
13																		
14																		
15																		
16																		
17																		
18																		
19																		
20																		

SECTION 5. PARTIE B. TRAVAIL PRINCIPAL AU COURS DES 7 DERNIERS JOURS

C O D E D I F I C A T I O N	1 Je voudrais vous poser des questions sur le travail que vous avez fait au cours des 7 derniers jours. S'il vous plaît, décrivez votre travail principal, c'est à dire le travail auquel vous avez consacré le plus de temps pendant les 7 derniers jours, même si on ne vous a pas payé pour cela. Qu'est-ce que vous avez fait dans ce travail?			2 De quel genre de commerce, d'industrie, ou d'entreprise s'agit-il?			3 Est-ce que votre père ou votre mère ont déjà fait le même travail ?		4 Pendant combien de jours au cours des 7 derniers jours avez-vous fait ce travail ?		5 Pendant combien de semaines au cours des 12 derniers mois faisiez-vous ce travail ? <small>(SI 40 SEMAINES OU PLUS, 1/8)</small>		7 Ce travail, est-il une activité saisonnière?			8 Depuis combien de temps faites-vous ce travail?			9 Avez-vous reçu ou recevrez-vous de l'argent pour ce travail ?		10 Combien d'argent? Avec quelle fréquence?		11 Dans ce travail, avez-vous travaillé comme indépendant ou aide familial dans les champs ou dans une entreprise de votre ménage?		12 Avez-vous fait un autre travail au cours des 7 derniers jours? OUI...1 (PARTIE C) NON... <b>ENQUÊTEUR: SONDEZ POUR VOUS ASSURER QU'IL N'Y A EU AUCUN TRAVAIL SECONDAIRE SEULEMENT DANS CE CAS: ..2 (PARTIE D)</b>		12 B Pendant combien d'heures par semaine faites-vous ce travail habituellement? 1/3 PAGE SUIVANTE HEURES PAR SEMAINE HABITUELLEMENT	
	DESCRIPTION	CODE	TYPE	CODE	JOURS	HEURES PAR JOUR	SEMAINES	NON...2	NON...2	ANS	MOIS	SEMAINES	NON...2 (11)	MONTANT	UNITÉ TEMPS	NON...2 (12B)	NON...2 (12B)	NON...2 (12B)										
01																												
02																												
03																												
04																												
05																												
06																												
07																												
08																												
09																												
10																												
11																												
12																												
13																												
14																												
15																												
16																												
17																												
18																												
19																												
20																												

UNITÉ TEMPS: MINUTE...1 HEURE...2 JOUR...3 SEMAINE...4 MOIS...5 TRIMESTRE...6 SEMESTRE...7 AN...8

SECTION 5. PARTIE B. TRAVAIL PRINCIPAL AU COURS DES 7 DERNIERS JOURS (SUITE)

C D E D I D E N T I F I C A T I O N	13	14	15	16		17		18	19	20	21
	Pour qui avez-vous travaillé? C'est à dire, pour... (LIRE A L'ENQUETE) Le gouvernément ou l'armée.....1 Une société d'état.....2 Une société ou entreprise privée.....3	Est-ce que votre patron, gérant ou directeur est apparenté à vous?	A quelle distance de cette habitation se trouve l'endroit où vous avez fait ce travail?	KM	HRS	MIN	FOIS	UNITÉ TEMPS	Est-ce que les impôts sont déjà prélevés du paiement que vous recevez pour votre travail?	Avez-vous reçu ou recevrez-vous des primes, commissions, gratifications, prestations ou récompenses pour ce travail?	Ce paiement, comprend-il des primes, commissions, gratifications, prestations ou récompenses?
								OUI...1 NON...2 (→22 PAGE SUIVANTE)	OUI...1 NON...2 (→22 PAGE SUIVANTE)	OUI...1 NON...2	MONTANT UNITÉ TEMPS

→22 PAGE SUIVANTE

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

UNITÉ TEMPS: MINUTE...1 HEURE...2 JOUR...3 SEMAINE...4 MOIS...5 TRIMESTRE...6 SEMESTRE...7 AN...8

SECTION 5. PARTIE B. TRAVAIL PRINCIPAL AU COURS DES 7 DERNIERS JOURS (SUITE)

C O D E  D I D E N T I F I C A T I O N	22	23	24	25	26	27	28	29	30	31	
	Avez-vous reçu ou recevrez-vous une rémunération sous forme d'aliments, récoltes ou animaux pour ce travail?	Quelle est la valeur de ces produits?	Avez-vous reçu ou recevrez-vous une rémunération sous forme de logement ou subventionné pour ce travail?	Quelle est la valeur de cette subvention?	Avez-vous reçu ou recevrez-vous une rémunération sous forme de vêtements pour ce travail?	Quelle est la valeur de ces vêtements?	Est-ce que votre transport pour aller à ce travail est gratuit ou subventionné ?	Quelle est la valeur de ce transport?	Avez-vous reçu ou recevrez-vous une rémunération sous une autre forme pour ce travail?	Quelle est la valeur de cette autre forme de rémunération?	
	OUI..1 NON..2 (P.24)		OUI..1 NON..2 (P.26)		OUI..1 NON..2 (P.28)		OUI..1 NON..2 (P.30)		OUI..1 NON..2 (P.32 PAGE SUIVANTE)		
		MONTANT	UNITÉ TEMPS		MONTANT	UNITÉ TEMPS		MONTANT	UNITÉ TEMPS	MONTANT	UNITÉ TEMPS

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

UNITÉ TEMPS: MINUTE...1 HEURE...2 JOUR...3 SEMAINE...4 MOIS...5 TRIMESTRE...6 SEMESTRE...7 AN...8

SECTION 5. PARTIE B. TRAVAIL PRINCIPAL AU COURS DES 7 DERNIERS JOURS (FIN)

C O D E D I F F I C A T I O N	32	33	34	35	36	37	38	39	40	41	42	43
	Combien de personnes au total travaillent à l'endroit où vous faites ce travail?	Y a-t-il un syndicat là ou vous faites ce travail?	Votre rémunération pour ce travail tient-elle compte du SM16 (Salaires Minimum Interprofessionnel Garantis)?	Lorsque vous avez commencé ce travail, avez-vous signé un contrat ou votre salaire était précisé?	Avez-vous reçu ou recevrez-vous le congé payé pour ce travail?	Avez-vous reçu ou recevrez-vous le congé payé de maladie pour ce travail?	Recevez-vous une pension de retraite pour ce travail?	Avez-vous droit aux soins médicaux gratuits ou subventionnés pour ce travail?	Avez-vous reçu ou recevrez-vous des prestations sociales pour ce travail?	Pour ce travail, est-ce que vous avez utilisé des outils, des équipements, des fournitures ou autre matériel qui vous appartient?	Si vous voulez vendre ces outils, équipements, et fournitures qui vous appartiennent, combien recevriez-vous de cette vente?	Avez-vous fait un autre travail au cours des 7 derniers jours? OUI.1 (PARTIE C) NON... <b>ENQUÊTEUR: SONDEZ POUR VOUS ASSURER QU'IL N'Y A EU AUCUN TRAVAIL SECONDAIRE! SEULEMENT DANS CE CAS:</b> ..2 (PARTIE D)
	PERSONNES	OUI..1 NON..2	OUI..1 NON..2	OUI..1 NON..2	OUI..1 NON..2	OUI..1 NON..2	OUI..1 NON..2	OUI..1 NON..2	OUI..1 NON..2	OUI..1 NON..2 (+43)	MONMANT	

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

SECTION 5. PARTIE C. TRAVAIL SECONDAIRE AU COURS DES 7 DERNIERS JOURS

C O D E  D E L I D E N T I F I C A T I O N	1	2		3	4	5	6			7		8	9		10		11		12	
	DESCRIPTION	CODE	TYPE	CODE	JOURS	HEURES PAR JOUR	SEMAINES	NON...1	ANS	MOIS	SEMA INES	NON...2 (P10)	MONTANT	UNITE TEMPS	NON...2 (P13 PAGE SUIVANTE)	NON...2 (PARTIE D)	MONTANT	UNITE TEMPS	MONTANT	UNITE TEMPS
01																				
02																				
03																				
04																				
05																				
06																				
07																				
08																				
09																				
10																				
11																				
12																				
13																				
14																				
15																				
16																				
17																				
18																				
19																				
20																				

UNITÉ TEMPS: MINUTE...1 HEURE...2 JOUR...3 SEMAINE...4 MOIS...5 TRIMESTRE...6 SEMESTRE...7 AN...8

SECTION 5. PARTIE C. TRAVAIL SECONDAIRE AU COURS DES 7 DERNIERS JOURS (FIN)

C O D E D I D E N T I F I C A T I O N	13	14	15	16	17	18	19	20
	Pour qui avez-vous travaillé? C'est à dire, pour... (LIRE A L'ENQUÊTE) Le gouver- nement ou l'armée.....1 Une société d'état.....2 Une société ou entreprise privée.....3	Est-ce que les impôts sont déjà prélevés du paiement que vous recevez pour ce travail?	Y a-t-il en plus une rémunération en biens ou services?	Quelle est la valeur de ces biens et services?	Pour ce travail, avez-vous utilisé des outils, équipements, fournitures ou autre matériel qui vous appartiennent?	Si vous vouliez vendre ces outils, équipements et fournitures qui vous appartiennent, combien recevriez-vous de cette vente?	Avez-vous fait d'autres travaux au cours des 7 derniers jours?	Combien avez-vous reçu ou recevrez-vous pour tous ces autres travaux, y compris la rémunération sous forme de biens et services?
	OUI...1 NON...2	OUI...1 NON...2 (17)	MONTANT UNITÉ TEMPS	OUI...1 NON...2 (19)	MONTANT	OUI...1 NON...2 (PARTIE D)	OUI...1 NON...2 (PARTIE D)	MONTANT UNITÉ TEMPS
01								
02								
03								
04								
05								
06								
07								
08								
09								
10								
11								
12								
13								
14								
15								
16								
17								
18								
19								
20								

PARTIE D

UNITÉ TEMPS: MINUTE...1 HEURE...2 JOUR...3 SEMAINE...4 MOIS...5 TRIMESTRE...6 SEMESTRE...7 AN...8

SECTION 5. PARTIE D. RECHERCHE DE TRAVAIL SUPPLEMENTAIRE

C O D E D I F F É R E N T I A T I O N	1	2						3	4	5		
	Avez-vous cherché du travail rémunéré supplémentaire au cours des 7 derniers jours?	...l'OMOCI?	...des démarches familiales?	...des inter-médiationes?	...la présentation directe?	...des annonces par écrit?	...d'autres moyens?	Pourquoi n'avez-vous pas cherché plus de travail pendant les 7 derniers jours? (LA RAISON PRINCIPALE)	Pendant les 7 derniers jours, avez-vous cherché un autre travail pour remplacer celui que vous avez maintenant?	Quel type de travail êtes-vous en train de chercher? C'est à dire, cherchez-vous ...		
	OUI...1 NON...2 (→3)	OUI...1 NON...2	OUI...1 NON...2	OUI...1 NON...2	OUI...1 NON...2	OUI...1 NON...2	NE VOULAIS PAS.....1 DÉJÀ ASSEZ DU TRAVAIL.....2 ATTENDS LA RÉPONSE D'UN EMPLOYEUR.....3 ATTENDS LA RÉPONSE D'UNE AGENCE D'EMPLOI.....4 ATTENDS DE COMMENCER D'UN NOUVEAU TRAVAIL.....5 PLUS DE TRAVAIL.....6 NE SAIS PAS COMMENT CHERCHER.....7 AUTRES RAISONS.....8	OUI...1 NON...2 (PARTIE E)	Un travail... Indépendant?..1	Dans le secteur ... Privé?.....1 Public?.....2	Un travail... Agricole?.....1 Non agricole?..2 LES DEUX.....3	
01												
02												
03												
04												
05												
06												
07												
08												
09												
10												
11												
12												
13												
14												
15												
16												
17												
18												
19												
20												

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

C O D E D I D E N T I F I C A T I O N	1	2	3		4	5	6	7	8	9			10	11		12
	DESCRIPTION	CODE	TYPE	CODE	NON..2	SEMAINES	NON..2	JOURS PAR SEMAINE	HEURES PAR JOUR	ANS	MOIS	SEMAINES	NON..2 (12)	MONTANT	UNITÉ TEMPS	NON..2 (13 PAGE SUIV)
01																
02																
03																
04																
05																
06																
07																
08																
09																
10																
11																
12																
13																
14																
15																
16																
17																
18																
19																
20																

UNITÉ TEMPS: MINUTE...1 HEURE...2 JOUR...3 SEMAINE...4 MOIS...5 TRIMESTRE...6 SEMESTRE...7 AN...8

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

C O D E D I D E N T I F I C A T I O N	13	14	15	16		17		18	19	20	21
	Pour qui avez-vous travaillé? C'est à dire, pour... LIRE A L'ENQUETÉ: Le gouverne- ment ou l'armée?.....1 Une société d'état?.....2 Une société ou entreprise privée?.....3	Est-ce que votre patron, gérant ou directeur est apparenté à vous? OUI...1 NON...2	A quelle distance de cette habitation se trouve l'endroit où vous avez fait ce travail? KM	HRS	MIN	FOIS	UNITÉ TEMPS	Est-ce que les impôts sont déjà prélevés du paiement que vous recevez pour votre travail? OUI....1 NON....2	Avez-vous reçu ou recevrez-vous des primes, commissions, gratifications, prestations ou récompenses pour ce travail? OUI...1 NON...2	Ce paiement, comprend-il des primes, commissions, gratifications, prestations ou récompenses? OUI...1 NON...2	A combien s'élevaient ces primes, commissions, gratifications, prestations, ou récompenses? MONTANT

» 22 PAGE SUIVANTE

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

UNITÉ TEMPS: MINUTE...1 HEURE...2 JOUR...3 SEMAINE...4 MOIS...5 TRIMESTRE...6 SEMESTRE...7 AN...8

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

C O D E  D I D E N T I F I C A T I O N	22	23	24	25	26	27	28	29	30	31
	Avez-vous reçu ou recevrez-vous une rémunération sous forme d'aliments, récoltes ou animaux pour ce travail?	Quelle est la valeur de ces produits?	Avez-vous reçu ou recevrez-vous une rémunération sous forme de logement gratuit ou subventionné pour ce travail?	Quelle est la valeur de cette subvention?	Avez-vous reçu ou recevrez-vous une rémunération sous forme de vêtements pour ce travail?	Quelle est la valeur de ces vêtements?	Est-ce que votre transport pour aller à ce travail est gratuit ou subventionné ?	Quelle est la valeur de ce transport?	Avez-vous reçu ou recevrez-vous une rémunération sous une autre forme pour ce travail?	Quelle est la valeur de cette autre forme de rémunération?
	OUI..1 NON..2 (P24)		OUI..1 NON..2 (P26)		OUI..1 NON..2 (P28)		OUI..1 NON..2 (P30)		OUI..1 NON..2 (P32 PAGE SUIVANTE)	
	MONTANT	UNITÉ TEMPS	MONTANT	UNITÉ TEMPS	MONTANT	UNITÉ TEMPS	MONTANT	UNITÉ TEMPS	MONTANT	UNITÉ TEMPS
01										
02										
03										
04										
05										
06										
07										
08										
09										
10										
11										
12										
13										
14										
15										
16										
17										
18										
19										
20										

UNITÉ TEMPS: MINUTE...1 HEURE...2 JOUR...3 SEMAINE...4 MOIS...5 TRIMESTRE...6 SEMESTRE...7 AN...8

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

C O D E D I F F É R E N T I E L S E C T I O N	32	33	34	35	36	37	38	39	40	41	42
	Combien de personnes au total travaillent à l'endroit où vous faites ce travail?	Y a-t-il un syndicat là où vous faites ce travail?	Votre rémunération pour ce travail tient-elle compte du SMIG (Salair Minimum Inter-professionnel Garantit)?	Lorsque vous avez commencé ce travail, avez-vous signé un contrat où votre salaire était précisé?	Avez-vous reçu ou recevrez-vous le congé payé pour ce travail?	Avez-vous reçu ou recevrez-vous le congé payé de maladie pour ce travail?	Recevrez-vous une pension de retraite pour ce travail?	Avez-vous droit aux soins médicaux gratuits ou subventionnés pour ce travail?	Avez-vous reçu ou recevrez-vous des prestations sociales pour ce travail?	Pour ce travail, est-ce que vous avez utilisé des outils, équipements, fournitures, ou autre matériel qui vous appartiennent?	Si vous vouliez vendre ces outils, équipements, et fournitures, combien recevriez-vous de cette vente?
	PERSONNES	OUI..1 NDN..2	OUI..1 NDN..2	OUI..1 NDN..2	OUI..1 NDN..2	OUI..1 NDN..2	OUI..1 NDN..2	OUI..1 NDN..2	OUI..1 NDN..2	OUI...1 NDN...2 (PARTIE F)	<div style="border: 1px solid black; padding: 2px; display: inline-block;">PARTIE F</div> MONTANT

01											
02											
03											

04											
05											
06											

07											
08											
09											

10											
11											
12											

13											
14											
15											

16											
17											
18											

19											
20											

SECTION 5. PARTIE F. HISTORIQUE D EMPLOI

C D D E D I D E N T I F I C A T I O N	1	2	3	4	5	6
	Que faisiez-vous la plupart du temps avant de commencer ce travail? C'est à dire, faisiez-vous un autre travail, faisiez-vous des études, ou étiez-vous sans travail?  AUTRE TRAVAIL...1 AUCUN TRAVAIL...2 (b6) SANS TRAVAIL...3 (b6)	S'il vous plaît, décrivez le travail principal que vous avez fait avant votre travail principal des 12 derniers mois. Que faisiez-vous dans ce travail?	De quel genre d'entreprise, commerce, industrie, ou profession s'agissait-il?	Dans ce travail, avez-vous travaillé comme indépendant ou aide familial dans les champs ou dans un commerce de votre ménage?  OUI....1 NON....2	Pendant combien de temps faisiez-vous ce travail?  ANS    MOIS	Au cours des 12 derniers mois, avez-vous fait un autre travail en plus de votre travail principal?  OUI...1 (PARTIE G) NON... ENQUETEUR: SONDEZ POUR VOUS ASSURER QU'IL N'Y A EU AUCUN TRAVAIL SECONDAIRE! SEULEMENT DANS CE CAS: ...2 (PARTIE H)
	DESCRIPTION	CODE	TYPE	CODE		
01						
02						
03						
04						
05						
06						
07						
08						
09						
10						
11						
12						
13						
14						
15						
16						
17						
18						
19						
20						

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

C O D E D E S I D E N T I F I C A T I O N	1	2	3	4	5	6	7	8			9	10		11
	DESCRIPTION	CODE	TYPE	CODE	SEMAINES	NON..2	JOURS PAR SEMAINE	HEURES PAR JOUR	ANS	MOIS	SEMA INES	NON..2 (11)	MON TANT	UNITÉ TEMPS
01														
02														
03														
04														
05														
06														
07														
08														
09														
10														
11														
12														
13														
14														
15														
16														
17														
18														
19														
20														

UNITÉ TEMPS: MINUTE...1 HEURE...2 JOUR...3 SEMAINE...4 MOIS...5 TRIMESTRE...6 SEMESTRE...7 AN...8



SECTION 5. PARTIE H. AUTRES ACTIVITÉS

C O D E D I F F É R E N T I E L C O M M U N I C A T I O N	1	2	3	4	5	6	7	
	Au cours des 7 derniers jours, avez-vous fait du travail à votre domicile par exemple, le nettoyage de la maison, la préparation des repas pour le ménage, le lavage du linge de votre ménage, l'achat de nourriture ou des vêtements, la recherche de l'eau ou du bois pour la cuisine?	Pendant combien de jours au cours des 7 derniers jours? (depuis .....? passé?)	Pendant combien d'heures chaque jour?	Au cours des 12 derniers mois (depuis...) étiez-vous sans travail rémunéré une ou plusieurs fois?	Avez-vous cherché du travail au cours des 12 derniers mois?	Au cours des 12 derniers mois, pendant combien de périodes différentes étiez-vous sans travail rémunéré?	Combien de semaines au total étiez-vous sans travail rémunéré au cours des 12 derniers mois? (depuis...)	
	OUI...1 NON...2 (→4)	JOURS	HEURES	OUI...1 NON...2 (→PERSONNE SUIVANTE)	OUI...1 NON...2 (→PERSONNE SUIVANTE)	PÉRIODES	SEMAINES	PERSONNE SUIVANTE
01								
02								
03								
04								
05								
06								
07								
08								
09								
10								
11								
12								
13								
14								
15								
16								
17								
18								
19								
20								