



# REPUBLIQUE DE POPSTAN 2020 RECENSEMENT GENERAL DE LA POPULATION ET DE L'HABITAT

## QUESTIONNAIRE MENAGE

### SECTION A : IDENTIFICATION

A1 Province	A2 District	A3 Zone du dénombrement	A4 Milieu de résidence <i>Urbain 1 Rural 3</i> <i>Périurbaine 2</i>	A5 Numéro du ménage
<input type="text"/>	<input type="text"/> <input type="text"/>	<input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>

#### A6. Date de l'interview

Année	Mois	Jour
<input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>	<input type="text"/> <input type="text"/>	<input type="text"/> <input type="text"/>

#### A9. Code de l'agent recenseur

#### A7. Heure de l'interview

	Heures	Minutes
Début	<input type="text"/> <input type="text"/>	<input type="text"/> <input type="text"/>
Fin	<input type="text"/> <input type="text"/>	<input type="text"/> <input type="text"/>

#### A10. Résultat

- 1 Complété
- 2 Pas de membre du ménage à la maison
- 3 Vacant
- 4 Refusé
- 5 Partiellement rempli

#### A8. Coordonnées GPS

Latitude	Longitude
<input type="text"/>	<input type="text"/>

#### A11. Numéro d'ordre du répondant

# B

## CARACTERISTIQUES INDIVIDUELLES

B01. NUMERO D'ORDRE	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
<b>B02. Enregistrez les noms et prénoms de tous les membres du ménage</b>										
<b>B03. Quel et le sexe de (nom) ?</b> Masculin 1 Féminin 2	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<b>B04. Quel est le lien parenté de (nom) avec le chef de ménage ?</b> Chef de ménage 1 Frère/sœur 4 Autre relation 7 Epouse/époux 2 Père/mère 5 Sans lien de 8 Fils/fille 3 Petit fils/petite fille 6 parenté	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<b>B05. Quel est l'âge de (nom) ?</b> <i>Inscrivez l'âge en année révolues ("000" pour les enfants moins d'un an) Si inconnu inscrivez "999"</i>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<b>B06. Quelle est la data de naissance de (nom) ?</b> Si inconnu inscrivez "9999-99-99"	ANNEE	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	MOIS	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	JOUR	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<b>B07. Où est né (nom) ?</b> <i>Inscrivez le code du district code de l'annexe 2 si né au Popstan, sinon inscrivez le code du pays étrangères de l'annexe 4.</i>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<b>B08. Où résidé (nom) il y'a un an ?</b> <i>Si au Popstan, inscrivez le code du district code de l'annexe 2, sinon inscrivez le code pays de l'annexe 4.</i> <i>Sautez si âgé moins d'un an.</i>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<b>B09. La mère de (nom) est-elle en vie ?</b> Oui 1 Non 2 Ne sait pas 9	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<b>B10. Quel est le numéro d'ordre de la mère de (nom) ?</b> <i>Inscrivez 87 si pas dans le ménage, 88 si décédé.</i>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Exemple de questionnaire CSPro  
Ce questionnaire est conçu pour illustrer diverses méthodes utilisant CSPro.

NUMERO D'ORDRE	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
<b>B11. (Nom) présente-t-il/elle l'un des handicaps suivants ?</b>										
<i>Cochez tout ce qui s'applique</i>										
a) Aveugle	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
b) Sourd	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
c) Muet	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
d) Infirmité membres inférieurs	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
e) Infirmité membres supérieurs	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
f) Déficience mentale	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<b>B12. Si sourd, (nom) connaît-il/elle la langue des signes ?</b>										
Oui 1                      Non 2	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<b>POUR LA POPULATION DE 10 ANS OU PLUS</b>										
<b>B13. Quel est l'état matrimonial de (nom) ?</b>										
1. Jamais marié      2. Marié      3. Divorcé      4. Veuf	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<b>B14. Pour marié, divorcé ou veuf :</b>										
<b>(Nom) avait quel âge au moment de son premier mariage ?</b>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<b>B15. Quelles langues (nom) parle-t-il couramment ?</b>										
<i>Cochez tout ce qui s'applique</i>										
Français                      1	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Anglais                              2	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Espagnol                            3	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Hindi                                    4	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Arabe                                    5	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Mandarin                            6	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Portugais                            7	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Autre (à préciser) _____ 8	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<b>B16. Quelle langue (nom) parle-t-il le plus souvent à la maison ?</b>										
<i>Choisissez une seule</i>										
1. Français                      4. Hindi                              7. Portugais	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
2. Anglais                            5. Arabe                              8. Autre (à préciser)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
3. Espagnol                        6. Mandarin	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

C	EDUCATION POUR LA POPULATION DE 3 ANS OU PLUS									
NUMERO D'ORDRE	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
<p><b>C01. Est-ce que (nom) a déjà fréquenté ou fréquente l'école actuellement ?</b></p> <p><i>So 1 ou 9 allez à C03</i></p> <p>1. Non, n'a jamais fréquenté      2. Oui, fréquente actuellement      3. Oui, a fréquenté et ne fréquente plus      9. Ne sait pas</p>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<p><b>C02. Quel est le niveau d'instruction de (nom) ?</b></p> <p>00. Préscolaire      05. Élémentaire 5      10. Secondaire 1                      01. Élémentaire 1      06. Élémentaire 6      11. Secondaire 2                      02. Élémentaire 2      07. Moyen 1      12. Secondaire 3                      03. Élémentaire 3      08. Moyen 2      13. License                      04. Élémentaire 4      09. Moyen 3      14. Maîtrise/Doctorat</p>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<p><b>C03. Est-ce-que (nom) sait lire et écrire ?</b></p> <p>1. Oui      2. Non</p>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>





F		CARACTERISTIQUES DE L'HABITATION	
<b>F01. Combien de pièces dispose le logement principal ?</b>		<input style="width: 30px; height: 20px; border: 1px solid black;" type="text"/> <input style="width: 30px; height: 20px; border: 1px solid black;" type="text"/>	
<b>F02. Parmi toutes les pièces dont dispose le logement principal, combien sont-elles généralement utilisées par les membres de votre ménage pour dormir ?</b>		<input style="width: 30px; height: 20px; border: 1px solid black;" type="text"/> <input style="width: 30px; height: 20px; border: 1px solid black;" type="text"/>	
<b>F03. Quel est le type du logement principal ?</b> 1. Case ronde traditionnelle                      3. Maison Jumelée                      5. Improvisé (kiosque/ conteneur) 2. Maison individuelle                              4. Appartement		<input style="width: 50px; height: 25px; border: 1px solid black;" type="text"/>	
<b>F04. Y-a-t-il d'autre logements dans ce ménage en plus du logement principal ?</b> 1.Oui                      2. Non <i>Si 2 allez à F06</i>		<input style="width: 50px; height: 25px; border: 1px solid black;" type="text"/>	
<b>F05. Combien de chaque type de logement se trouve dans ce ménage ?</b>			
1. Case ronde	<input style="width: 30px; height: 20px; border: 1px solid black;" type="text"/>	3. Maison jumelé	<input style="width: 30px; height: 20px; border: 1px solid black;" type="text"/>
2. Maison individuelle	<input style="width: 30px; height: 20px; border: 1px solid black;" type="text"/>	4. Appartement	<input style="width: 30px; height: 20px; border: 1px solid black;" type="text"/>
		5. Improvisé (kiosque/ conteneur)	<input style="width: 30px; height: 20px; border: 1px solid black;" type="text"/>
<b>F06. Quel est le statut d'occupation du logement ?</b>		<input style="width: 50px; height: 25px; border: 1px solid black;" type="text"/>	
1. Propriétaire dans le ménage                      3. Locataire                      5. Logé par le gouvernement 2. Propriétaire dans la famille hors du ménage                      4. Logé par employeur			
<b>F07. Si en location, quel est le loyer mensuel approximatif ?</b>		<input style="width: 50px; height: 25px; border: 1px solid black;" type="text"/>	
1. Moins de 100	4. 300 à 399	7. 600 à 699	
2. 100 à 199	5. 400 à 499	8. 700 à 799	
3. 200 à 299	6. 500 à 599	9. 800 ou plus	
<b>F08. Quel est le matériau principal du toit ?</b>		<input style="width: 50px; height: 25px; border: 1px solid black;" type="text"/>	
Paille                      1	Tuile                      3	Autre (à préciser) _____ 5	
Tôle                      2	Ciment                      4		
<b>F09. Quel est le matériau principal du mur ?</b>		<input style="width: 50px; height: 25px; border: 1px solid black;" type="text"/>	
Banco                      1	Bois                      4	Paille                      7	
Brique / pierre                      2	Plâtre                      5	Autre (à préciser) _____ 8	
Tôle                      3	Ciment                      6		
<b>F10. Est-ce que le ménage a un lieu d'aisance privé ?</b>		<input style="width: 50px; height: 25px; border: 1px solid black;" type="text"/>	
1. Oui                      2. Non			
<b>F11. Si oui, préciser le type du lieu d'aisance</b>		<input style="width: 50px; height: 25px; border: 1px solid black;" type="text"/>	
1. Latrine	2. Toilette à chasse d'eau	3. Toilette écologique	
<b>F12. Quel et la source principale d'approvisionnement en eau ?</b>		<input style="width: 50px; height: 25px; border: 1px solid black;" type="text"/>	
1. Lac/mare	3. Forage	5. Robinet extérieur	
2. Fleuve/marigot	4. Robinet intérieur		
<b>F13. Quelle est la distance (en Km OU en minutes) à la source principale d'eau à boire ?</b> Choisissez soit Km ou minutes avec son unité, mais pas les deux		<input style="width: 30px; height: 20px; border: 1px solid black;" type="text"/> <input style="width: 30px; height: 20px; border: 1px solid black;" type="text"/>	
		Distance en minutes	
		Unité (1. A pied, 2. En voiture, 3. A vélo)	
		OU Distance en Km	
		<input style="width: 30px; height: 20px; border: 1px solid black;" type="text"/> <input style="width: 30px; height: 20px; border: 1px solid black;" type="text"/>	

**G**

## BIENS POSSEDES PAR LE MENAGE

### G01. Dans votre ménage combien de chacun des bien suivants avez-vous ?

*Pour la valeur par unité, demandez combien il aurait payé pour le bien s'il devrait l'acheter dans sa condition actuelle. Vérifier que la valeur se trouve dans les bornes de l'annexe 5.*

Bien	Quantité	Valeur par unité
1. Groupe électrogène	<input type="text"/> <input type="text"/>	<input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>
2. Radio	<input type="text"/> <input type="text"/>	<input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>
3. Téléviseur	<input type="text"/> <input type="text"/>	<input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>
4. Téléphone mobile	<input type="text"/> <input type="text"/>	<input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>
5. Panneau solaire	<input type="text"/> <input type="text"/>	<input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>
6. Cuisinière à gaz	<input type="text"/> <input type="text"/>	<input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>
7. Vélo	<input type="text"/> <input type="text"/>	<input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>
8. Moto	<input type="text"/> <input type="text"/>	<input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>
9. Voiture/camion	<input type="text"/> <input type="text"/>	<input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>
10. Tracteur	<input type="text"/> <input type="text"/>	<input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>

### G02. L'un des biens ci-dessus a-t-il été acheté avec un prêt d'une banque ou d'une institution de microfinance ?

*Si oui, inscrivez les codes de ces biens ici*