

TABLEAU MÉNAGE

								SI 15 ANS OU PLUS			
N° LIGNE	RÉSIDENTS HABITUELS ET VISITEURS	LIEN AVEC LE CHEF DE	SEXE	RÉSIDENTE		ÂGE	PLUS DE PERSONNES	ÉTAT MATRIMONIAL	ÉLIGIBILITÉ		
1	2	3	4	5	6	7	7-1	8	9	10	11
	<p>S'il vous plaît, donnez-moi les noms et prénoms des personnes qui vivent habituellement dans votre ménage et des visiteurs qui ont passé la nuit dernière ici, en commençant par le chef de ménage.</p> <p>ENREGISTREZ LE NOM ET LE PRÉNOM DU CHEF DE MÉNAGE APRÈS AVOIR LISTÉ LES NOMS ET ENREGISTRÉ LE LIEN DE PARENTÉ, LE SEXE, LA RÉSIDENCE ET L'ÂGE POUR CHAQUE PERSONNE, POSEZ LES QUESTIONS 7A-7C POUR VOUS ASSURER QUE LA LISTE EST COMPLÈTE. POSEZ ENSUITE LES QUESTIONS APPROPRIÉES DES COLONNES 8-20 POUR CHAQUE PERSONNE.</p>	<p>Quel est le lien de parenté de {NOM ET PRÉNOM} avec le chef de ménage ?</p> <p>VOIR CODES CI-DESSOUS.</p>	<p>{NOM ET PRÉNOM} est-il de sexe masculin ou féminin ?</p>	<p>{NOM ET PRÉNOM} vit-il/ elle ici habituellement ?</p>	<p>{NOM ET PRÉNOM} a-t-il/ elle passé la nuit dernière ici ?</p>	<p>Quel âge a {NOM ET PRÉNOM} ?</p> <p>SI 95 OU PLUS, NOTEZ '95'.</p>	<p>Y a-t-il d'autres personnes qui vivent dans ce ménage ?</p>	<p>Quel est l'état matrimonial actuel de {PRENOM} ?</p> <p>1 = MARIÉ OU EN UNION LIBRE 2 = DIVORCÉ/ SÉPARÉ 3 = VEUF 4 = JAMAIS MARIÉ ET N'A JAMAIS VÉCU AVEC QUELQU'UN</p>	<p>ENCER-CLEZ LE N° DE LIGNE DE TOUTES LES FEMMES DE 15-64 ANS</p>	<p>SI MÉNAGE SÉLECTIONNÉ POUR ENQUÊTE HOMME</p> <p>ENCER-CLEZ LE N° DE LIGNE DE TOUS LES HOMMES DE 15-64 ANS</p>	<p>ENCER-CLEZ LE N° DE LIGNE DE TOUS LES ENFANTS DE 0-5 ANS</p>
01	DAVID SANGO	0 1	M 1 F 2	O 1 N 2	O 1 N 2	EN ANNÉES 2 5	O 1 → ALLEZ À LA LIGNE 2 SUIVANTE ALLEZ À 7A ←	1	01	01	01
02	MARIE SANGO	0 2	1 2	1 2	1 2	2 3	1 → ALLEZ À LA LIGNE 2 SUIVANTE ALLEZ À 7A ←		02	02	02
	NOEL SANGO	0 3	1 2	1 2	1 2	0 4	1 → ALLEZ À LA LIGNE 2 SUIVANTE ALLEZ À 7A ←				
04	DIANE SANGO	0 3	1 2	1 2	1 2	0 0	1 → ALLEZ À LA LIGNE 2 SUIVANTE ALLEZ À 7A ←		04	04	04
05	DENISE NGOMA	1 0	1 2	1 2	1 2	1 7	1 → ALLEZ À LA LIGNE 2 SUIVANTE ALLEZ À 7A ←		05	05	05

TABLEAU MÉNAGE

	SI 0-17 ANS				SI 3 ANS OU PLUS			SI 3-24 ANS		SI 0-4 ANS
N° LIGNE	ÉTAT DE SURVIE ET RÉSIDENCE DES PARENTS BIOLOGIQUES				A FRÉQUENTÉ L'ÉCOLE			FRÉQUENTATION SCOLAIRE ACTUELLE/RÉCENTE		ENREGISTREMENT DES NAISSANCES
	12	13	14	15	16	17A	17B	18	19	20
	La mère biologique de {PRENOM} est-elle en vie ?	La mère biologique de {PRENOM} vit-elle habituellement dans ce ménage ou était-elle en visite ici la nuit dernière ?  SI OUI : Quel est son nom ?  NOTEZ LE N° DE LIGNE DE LA MÈRE.  SI NON, NOTEZ '00'.	Le père biologique de {PRENOM} est-il en vie ?	Le père biologique de {PRENOM} vit-il habituellement dans ce ménage ou était-il en visite ici la nuit dernière ?  SI OUI : Quel est son nom ?  NOTEZ LE N° DE LIGNE DU PÈRE.  SI NON, NOTEZ '00'.	Est-ce que {PRENOM} a déjà fréquenté l'école ou a-t-il suivi un programme éducatif préscolaire ?	Quel est le plus haut niveau d'études que {PRENOM} a atteint ?	Quelle est la classe la plus élevée que {PRENOM} a achevée à ce niveau ?	Est-ce que {PRENOM} est allé à l'école ou a suivi un programme éducatif préscolaire à un moment au cours de l'année scolaire [2024-2025] ?	Au cours de l'année scolaire [2024-2025], à quel niveau et en quelle classe est/était {PRENOM} ?	{PRENOM} a-t-il/elle un acte de naissance ?  SI NON, INSISTEZ : La naissance de {PRENOM} a-t-elle été déclarée à l'état civil ?  1 = A UN ACTE 2 = DÉCLARÉE 3 = NI L'UN, NI L'AUTRE 8 = NE SAIT PAS
01	O N NSP 1 2 8 ↓ ALLEZ À 14		O N NSP 1 2 8 ↓ ALLEZ À 16		O N 1 2 ↓ ALLEZ À 20	NIVEAU 2	CLASSE 0 3	O N 1 2 ↓ ALLEZ À 20	NIVEAU CLASSE	
02	1 2 8 ↓ ALLEZ À 14		1 2 8 ↓ ALLEZ À 16		1 2 ↓ ALLEZ À 20	1	0 4	1 2 ↓ ALLEZ À 20		
.	1 2 8 ↓ ALLEZ À 14	0 2	1 2 8 ↓ ALLEZ À 16	0 1	1 2 ↓ ALLEZ À 20			1 2 ↓ ALLEZ À 20		2
04	1 2 8 ↓ ALLEZ À 14	0 2	1 2 8 ↓ ALLEZ À 16	0 1	1 2 ↓ ALLEZ À 20			1 2 ↓ ALLEZ À 20		2
05	1 2 8 ↓ ALLEZ À 14		1 2 8 ↓ ALLEZ À 16	0 0	1 2 ↓ ALLEZ À 20	2	0 3	1 2 ↓ ALLEZ À 20	2 0 4	4

TABLEAU MÉNAGE

								SI 15 ANS OU PLUS			
N° LIGNE	RÉSIDENTS HABITUELS ET VISITEURS	LIEN AVEC LE CHEF DE	SEXE	RÉSIDENCE		ÂGE	PLUS DE PERSONNES	ÉTAT MATRIMONIAL	ÉLIGIBILITÉ		
1	2	3	4	5	6	7	7-1	8	9	10	11
	<p>S'il vous plaît, donnez-moi les noms et prénoms des personnes qui vivent habituellement dans votre ménage et des visiteurs qui ont passé la nuit dernière ici, en commençant par le chef de ménage.</p> <p>ENREGISTREZ LE NOM ET LE PRÉNOM DU CHEF DE MÉNAGE APRÈS AVOIR LISTÉ LES NOMS ET ENREGISTRÉ LE LIEN DE PARENTÉ, LE SEXE, LA RÉSIDENCE ET L'ÂGE POUR CHAQUE PERSONNE, POSEZ LES QUESTIONS 7A-7C POUR VOUS ASSURER QUE LA LISTE EST COMPLÈTE. POSEZ ENSUITE LES QUESTIONS APPRO- PRIÉES DES COLONNES 8-20 POUR CHAQUE PERSONNE.</p>	<p>Quel est le lien de parenté de {NOM ET PRÉNOM} avec le chef de ménage ?</p> <p>VOIR CODES CI-DESSOUS.</p>	{NOM ET PRÉNOM} est-il de sexe masculin ou féminin ?	{NOM ET PRÉNOM} vit-il/ elle habituellement ?	{NOM ET PRÉNOM} a t-il/ elle passé la nuit dernière ici ?	<p>Quel âge a {NOM ET PRÉNOM} ?</p> <p>SI 95 OU PLUS, NOTEZ '95'.</p>	Y a-t-il d'autres personnes qui vivent dans ce ménage ?	<p>Quel est l'état matrimonial actuel de {PRENOM} ?</p> <p>1 = MARIÉ OU EN UNION LIBRE 2 = DIVORCÉ/ SÉPARÉ 3 = VEUF 4 = JAMAIS MARIÉ ET N'A JAMAIS VÉCU AVEC QUELQU'UN</p>	<p>ENCER- CLEZ LE N° DE LIGNE DE TOUTES LES FEMMES DE 15-64 ANS</p>	<p>SI MÉNAGE SÉLEC- TIONNÉ POUR ENQUÊTE HOMME</p> <p>ENCER- CLEZ LE N° DE LIGNE DE TOUS LES HOMMES DE 15-64 ANS</p>	ENCER- CLEZ LE N° DE LIGNE DE TOUS LES ENFANTS DE 0-5 ANS

7A) Juste pour être sûr que j'ai une liste complète : y a-t-il d'autres personnes comme des petits enfants ou des nourrissons que nous n'avons pas listés ?	OUI <input type="checkbox"/>	→ AJOUTEZ AU TABLEAU	NON <input type="checkbox"/>
7B) Y a-t-il d'autres personnes qui ne sont peut-être pas membres de votre famille, comme des domestiques, locataires ou amis qui vivent habituellement ici ?	OUI <input type="checkbox"/>	→ AJOUTEZ AU TABLEAU	NON <input type="checkbox"/>
7C) Avez-vous des invités ou des visiteurs temporaires qui sont chez vous, ou d'autres personnes qui ont dormi ici la nuit dernière et qui n'ont pas été listés ?	OUI <input type="checkbox"/>	→ AJOUTEZ AU TABLEAU	NON <input type="checkbox"/>

## CODES POUR Q. 3: LIEN DE PARENTÉ AVEC CHEF DE MÉNAGE

01 = CHEF DE MÉNAGE	08 = FRÈRE OU SOEUR
02 = FEMME, MARI OU OU CONCUBIN(E)	09 = NEUVEU/NIECE
03 = FILS OU FILLE	10 = NEUVEU/NIECE PAR ALLIANCE
04 = GENDRE OU BELLE-FILLE	11 = AUTRE LIEN DE PARENTÉ
05 = PETIT FILS/FILLE	12 = ADOPTÉ /EN GARDE/ ENFANT DU CONJOINT
06 = PÈRE/MÈRE	13 = SANS LIEN DE PARENTÉ
07 = BEAU-PARENT	98 = NE SAIT PAS

TABLEAU MÉNAGE

	SI 0-17 ANS				SI 3 ANS OU PLUS			SI 3-24 ANS		SI 0-4 ANS
N° LIGNE	ÉTAT DE SURVIE ET RÉSIDENCE DES PARENTS BIOLOGIQUES				A FRÉQUENTÉ L'ÉCOLE			FRÉQUENTATION SCOLAIRE ACTUELLE/RÉCENTE		ENREGISTREMENT DES NAISSANCES
	12	13	14	15	16	17A	17B	18	19	20
	La mère biologique de {PRENOM} est-elle en vie ?	La mère biologique de {PRENOM} vit-elle habituellement dans ce ménage ou était-elle en visite ici la nuit dernière ?  SI OUI : Quel est son nom ?  NOTEZ LE N° DE LIGNE DE LA MÈRE.  SI NON, NOTEZ '00'.	Le père biologique de {PRENOM} est-il en vie ?	Le père biologique de {PRENOM} vit-il habituellement dans ce ménage ou était-il en visite ici la nuit dernière ?  SI OUI : Quel est son nom ?  NOTEZ LE N° DE LIGNE DU PÈRE.  SI NON, NOTEZ '00'.	Est-ce que {PRENOM} a déjà fréquenté l'école ou a-t-il suivi un programme éducatif préscolaire ?	Quel est le plus haut niveau d'études que {PRENOM} a atteint ?  VOIR CODES CI-DESSOUS.	Quelle est la classe la plus élevée que {PRENOM} a achevée à ce niveau ?  VOIR CODES CI-DESSOUS.	Est-ce que {PRENOM} est allé à l'école ou a suivi un programme éducatif préscolaire à un moment au cours de l'année scolaire [2024-2025] ?	Au cours de l'année scolaire [2024-2025] , à quel niveau et en quelle classe est/était {PRENOM} ?  VOIR CODES CI-DESSOUS.	{PRENOM} a-t-il/elle un acte de naissance ?  SI NON, INSISTEZ : La naissance de {PRENOM} a-t-elle été déclarée à l'état civil ?  1 = A UN ACTE 2 = DÉCLARÉE 3 = NI L'UN, NI L'AUTRE 8 = NE SAIT PAS

CODES POUR QUESTIONS 17 ET 19: NIVEAU D'INSTRUCTION

NIV EAU	MATERNELLE/ PRÉ-SCOLAIRE=0	PRIMAIRE=1	SECONDAIRE 1 <sup>er</sup> Cycle =2	SECONDAIRE 2 <sup>ème</sup> Cycle =3	SUPÉRIEUR = 4	NSP=8
CLASSE	MOINS D'1 AN. = 0 1ère an. / Petite section = 1 2ème an./ Moyenne section = 2 3ème an./Grande section = 3 NSP = 8	MOINS D'1 AN. = 0 CP1 ..... = 1 CP2 ..... = 2 CE1 ..... = 3 CE2 ..... = 4 CM1 ..... = 5 CM2 ..... = 6 NSF ..... = 8	MOINS D'1 AN. = 0 Sixième ..... = 1 cinquième ..... = 2 Quatrième ..... = 3 Troisième ..... = 4 NSP ..... = 8	MOINS D'1 AN. = 0 Seconde ..... = 1 Première ..... = 2 Terminale ..... = 3 NSP ..... = 8	MOINS D'1 AN. = 0 1ère année . = 1 2ème année . = 2 3ème année . = 3 4ème année . = 4 5ème année+ . = 5 NSP ..... = 8	

TABLEAU MÉNAGE

	SI ÂGÉ DE 5 ANS OU PLUS					
No LIGNE	HANDICAP					
	26	27	28	29	30	31
	Est-ce que {PRENOM} porte des lunettes ou des lentilles de contact pour voir ?	Je voudrais savoir si {PRENOM} a des difficultés pour voir même quand il/elle porte des lunettes ou des lentilles de contact. Diriez-vous que {PRENOM} n'a aucune difficulté pour voir, quelques difficultés, beaucoup de difficulté ou qu'il/elle ne peut pas voir du tout ?  1 = AUCUNE DIFFICULTÉ POUR VOIR 2 = QUELQUES DIFFICULTÉS 3 = BEAUCOUP DE DIFFICULTÉ 4 = NE PEUT PAS VOIR DU TOUT 8 = NE SAIT PAS	Je voudrais savoir si {PRENOM} a des difficultés pour voir. Diriez-vous que {PRENOM} n'a aucune difficulté pour voir, quelques difficultés, beaucoup de difficulté ou qu'il/elle ne peut pas voir du tout ?  1 = AUCUNE DIFFICULTÉ POUR VOIR 2 = QUELQUES DIFFICULTÉS 3 = BEAUCOUP DE DIFFICULTÉ 4 = NE PEUT PAS VOIR DU TOUT 8 = NE SAIT PAS	Est-ce que {PRENOM} porte un appareil auditif?	Je voudrais savoir si {PRENOM} a des difficultés pour entendre même quand il/elle porte un appareil auditif. Diriez-vous que {PRENOM} n'a aucune difficulté pour entendre, quelques difficultés, beaucoup de difficulté ou qu'il/elle ne peut pas entendre du tout ?  1 = AUCUNE DIFFICULTÉ POUR ENTENDRE 2 = QUELQUES DIFFICULTÉS 3 = BEAUCOUP DE DIFFICULTÉ 4 = NE PEUT PAS ENTENDRE DU TOUT 8 = NE SAIT PAS	Je voudrais savoir si {PRENOM} a des difficultés pour entendre. Diriez-vous que {PRENOM} n'a aucune difficulté pour entendre, quelques difficultés, beaucoup de difficulté ou qu'il/elle ne peut pas entendre du tout ?  1 = AUCUNE DIFFICULTÉ POUR ENTENDRE 2 = QUELQUES DIFFICULTÉS 3 = BEAUCOUP DE DIFFICULTÉ 4 = NE PEUT PAS ENTENDRE DU TOUT 8 = NE SAIT PAS
DAVID SANGO	O N 1 2 ↓ ALLEZ À 28	1 2 3 4 8 (ALLEZ À 29)	1 2 3 4 8	O N 1 2 ↓ ALLEZ À 31	1 2 3 4 8 (ALLEZ À 32)	1 2 3 4
MARIE SANGO	1 2 ↓ ALLEZ À 28	1 2 3 4 8 (ALLEZ À 29)	1 2 3 4 8	1 2 ↓ ALLEZ À 31	1 2 3 4 8 (ALLEZ À 32)	1 2 3 4
NOEL	1 2 ↓ ALLEZ À 28	1 2 3 4 8 (ALLEZ À 29)	1 2 3 4 8	1 2 ↓ ALLEZ À 31	1 2 3 4 8 (ALLEZ À 32)	1 2 3 4
DIANE SANGO	1 2 ↓ ALLEZ À 28	1 2 3 4 8 (ALLEZ À 29)	1 2 3 4 8	1 2 ↓ ALLEZ À 31	1 2 3 4 8 (ALLEZ À 32)	1 2 3 4
DENISE NGOMA	1 2 ↓ ALLEZ À 28	1 2 3 4 8 (ALLEZ À 29)	1 2 3 4 8	1 2 ↓ ALLEZ À 31	1 2 3 4 8 (ALLEZ À 32)	1 2 3 4
6	1 2 ↓ ALLEZ À 28	1 2 3 4 8 (ALLEZ À 29)	1 2 3 4 8	1 2 ↓ ALLEZ À 31	1 2 3 4 8 (ALLEZ À 32)	1 2 3 4
7	1 2 ↓ ALLEZ À 28	1 2 3 4 8 (ALLEZ À 29)	1 2 3 4 8	1 2 ↓ ALLEZ À 31	1 2 3 4 8 (ALLEZ À 32)	1 2 3 4
8	1 2 ↓ ALLEZ À 28	1 2 3 4 8 (ALLEZ À 29)	1 2 3 4 8	1 2 ↓ ALLEZ À 31	1 2 3 4 8 (ALLEZ À 32)	1 2 3 4
9	1 2 ↓ ALLEZ À 28	1 2 3 4 8 (ALLEZ À 29)	1 2 3 4 8	1 2 ↓ ALLEZ À 31	1 2 3 4 8 (ALLEZ À 32)	1 2 3 4
10	1 2 ↓ ALLEZ À 28	1 2 3 4 8 (ALLEZ À 29)	1 2 3 4 8	1 2 ↓ ALLEZ À 31	1 2 3 4 8 (ALLEZ À 32)	1 2 3 4

<p>lés is que</p>
<p>icoup e peut</p>
<p>TE IE JLTÉS</p>
<p>NDRE</p>
8
8
8
8
8
8
8
8
8
8
8
8
8

TABLEAU MÉNAGE

	SI ÂGÉ DE 5 ANS OU PLUS			
No LIGNE	HANDICAP			
	32	33	34	35
	<p>Je voudrais savoir si {PRENOM} a des difficultés pour communiquer dans sa langue habituelle. Diriez-vous que {PRENOM} n'a aucune difficulté pour comprendre ou être compris, quelques difficultés, beaucoup de difficulté ou qu'il/elle ne peut pas communiquer du tout ?</p> <p>1 = AUCUNE DIFFICULTÉ POUR COMMUNIQUER 2 = QUELQUES DIFFICULTÉS 3 = BEAUCOUP DE DIFFICULTÉ 4 = NE PEUT PAS COMMUNIQUER DU TOUT 8 = NE SAIT PAS</p>	<p>Je voudrais savoir si {PRENOM} a des difficultés pour se rappeler ou se concentrer. Diriez-vous que {PRENOM} n'a aucune difficulté pour se rappeler ou se concentrer, quelques difficultés, beaucoup de difficulté ou qu'il/elle ne peut pas se rappeler ou se concentrer du tout ?</p> <p>1 = AUCUNE DIFFICULTÉ POUR SE RAPPELER OU POUR SE CONCENTRER 2 = QUELQUES DIFFICULTÉS 3=BEAUCOUP DE DIFFICULTÉ 4 = NE PEUT PAS SE RAPPELER/SE CONCENTRER DU TOUT 8 = NE SAIT PAS</p>	<p>Je voudrais savoir si {PRENOM} a des difficultés pour marcher ou monter des marches. Diriez-vous que {PRENOM} n'a aucune difficulté pour marcher ou monter des marches, quelques difficultés, beaucoup de difficulté ou qu'il/elle ne peut pas marcher ou monter des marches du tout ?</p> <p>1 = AUCUNE DIFFICULTÉ POUR MARCHER OU GRIMPER 2 = QUELQUES DIFFICULTÉS 3=BEAUCOUP DE DIFFICULTÉ 4 = NE PEUT PAS MARCHER OU GRIMPER DU TOUT 8 = NE SAIT PAS</p>	<p>Je voudrais savoir si {PRENOM} a des difficultés pour se laver ou s'habiller. Diriez-vous que {PRENOM} n'a aucune difficulté pour se laver ou s'habiller, quelques difficultés, beaucoup de difficulté ou qu'il/elle ne peut pas se laver ou s'habiller du tout ?</p> <p>1 = AUCUNE DIFFICULTÉ POUR SE LAVER OU S'HABILLER 2 = QUELQUES DIFFICULTÉS 3=BEAUCOUP DE DIFFICULTÉ 4 = NE PEUT PAS SE LAVER OU S'HABILLER DU TOUT 8 = NE SAIT PAS</p>
1	1 2 3 4 8	1 2 3 4 8	1 2 3 4 8	1 2 3 4 8
2	1 2 3 4 8	1 2 3 4 8	1 2 3 4 8	1 2 3 4 8
3	1 2 3 4 8	1 2 3 4 8	1 2 3 4 8	1 2 3 4 8
4	1 2 3 4 8	1 2 3 4 8	1 2 3 4 8	1 2 3 4 8
5	1 2 3 4 8	1 2 3 4 8	1 2 3 4 8	1 2 3 4 8
6	1 2 3 4 8	1 2 3 4 8	1 2 3 4 8	1 2 3 4 8
7	1 2 3 4 8	1 2 3 4 8	1 2 3 4 8	1 2 3 4 8
8	1 2 3 4 8	1 2 3 4 8	1 2 3 4 8	1 2 3 4 8
9	1 2 3 4 8	1 2 3 4 8	1 2 3 4 8	1 2 3 4 8
10	1 2 3 4 8	1 2 3 4 8	1 2 3 4 8	1 2 3 4 8

TABLEAU MÉNAGE

	SI ÂGÉ DE 5 ANS OU PLUS					
No LIGNE	HANDICAP					
	26	27	28	29	30	31
	Est-ce que {PRENOM} porte des lunettes ou des lentilles de contact pour voir ?	Je voudrais savoir si {PRENOM} a des difficultés pour voir même quand il/elle porte des lunettes ou des lentilles de contact. Diriez-vous que {PRENOM} n'a aucune difficulté pour voir, quelques difficultés, beaucoup de difficulté ou qu'il/elle ne peut pas voir du tout ?  1 = AUCUNE DIFFICULTÉ POUR VOIR 2 = QUELQUES DIFFICULTÉS 3 = BEAUCOUP DE DIFFICULTÉ 4 = NE PEUT PAS VOIR DU TOUT 8 = NE SAIT PAS	Je voudrais savoir si {PRENOM} a des difficultés pour voir. Diriez-vous que {PRENOM} n'a aucune difficulté pour voir, quelques difficultés, beaucoup de difficulté ou qu'il/elle ne peut pas voir du tout ?  1 = AUCUNE DIFFICULTÉ POUR VOIR 2 = QUELQUES DIFFICULTÉS 3 = BEAUCOUP DE DIFFICULTÉ 4 = NE PEUT PAS VOIR DU TOUT 8 = NE SAIT PAS	Est-ce que {PRENOM} porte un appareil auditif?	Je voudrais savoir si {PRENOM} a des difficultés pour entendre même quand il/elle porte un appareil auditif. Diriez-vous que {PRENOM} n'a aucune difficulté pour entendre, quelques difficultés, beaucoup de difficulté ou qu'il/elle ne peut pas entendre du tout ?  1 = AUCUNE DIFFICULTÉ POUR ENTENDRE 2 = QUELQUES DIFFICULTÉS 3 = BEAUCOUP DE DIFFICULTÉ 4 = NE PEUT PAS ENTENDRE DU TOUT 8 = NE SAIT PAS	Je voudrais savoir si {PRENOM} a des difficultés pour entendre. Diriez-vous {PRENOM} n'a aucune difficulté pour entendre, quelques difficultés, beau- coup de difficulté ou qu'il/elle n pas entendre du tout ?  1 = AUCUNE DIFFICULTÉ POUR ENTENDRE 2 = QUELQUES DIFFICULTÉS 3 = BEAUCOUP DE DIFFICULTÉ 4 = NE PEUT PAS ENTENDRE DU TOUT 8 = NE SAIT PAS
11	O N 1 2 ↓ ALLEZ À 28	1 2 3 4 8 (ALLEZ À 29)	1 2 3 4 8	O N 1 2 ↓ ALLEZ À 31	1 2 3 4 8 (ALLEZ À 32)	1 2 3 4
12	1 2 ↓ ALLEZ À 28	1 2 3 4 8 (ALLEZ À 29)	1 2 3 4 8	1 2 ↓ ALLEZ À 31	1 2 3 4 8 (ALLEZ À 32)	1 2 3 4
13	1 2 ↓ ALLEZ À 28	1 2 3 4 8 (ALLEZ À 29)	1 2 3 4 8	1 2 ↓ ALLEZ À 31	1 2 3 4 8 (ALLEZ À 32)	1 2 3 4
14	1 2 ↓ ALLEZ À 28	1 2 3 4 8 (ALLEZ À 29)	1 2 3 4 8	1 2 ↓ ALLEZ À 31	1 2 3 4 8 (ALLEZ À 32)	1 2 3 4
15	1 2 ↓ ALLEZ À 28	1 2 3 4 8 (ALLEZ À 29)	1 2 3 4 8	1 2 ↓ ALLEZ À 31	1 2 3 4 8 (ALLEZ À 32)	1 2 3 4
16	1 2 ↓ ALLEZ À 28	1 2 3 4 8 (ALLEZ À 29)	1 2 3 4 8	1 2 ↓ ALLEZ À 31	1 2 3 4 8 (ALLEZ À 32)	1 2 3 4
17	1 2 ↓ ALLEZ À 28	1 2 3 4 8 (ALLEZ À 29)	1 2 3 4 8	1 2 ↓ ALLEZ À 31	1 2 3 4 8 (ALLEZ À 32)	1 2 3 4
18	1 2 ↓ ALLEZ À 28	1 2 3 4 8 (ALLEZ À 29)	1 2 3 4 8	1 2 ↓ ALLEZ À 31	1 2 3 4 8 (ALLEZ À 32)	1 2 3 4
19	1 2 ↓ ALLEZ À 28	1 2 3 4 8 (ALLEZ À 29)	1 2 3 4 8	1 2 ↓ ALLEZ À 31	1 2 3 4 8 (ALLEZ À 32)	1 2 3 4
20	1 2 ↓ ALLEZ À 28	1 2 3 4 8 (ALLEZ À 29)	1 2 3 4 8	1 2 ↓ ALLEZ À 31	1 2 3 4 8 (ALLEZ À 32)	1 2 3 4



<p>lés is que</p>
<p>icoup e peut</p>
<p>l'É l'E ULTÉS</p>
<p>NDRE</p>
8
8
8
8
8
8
8
8
8
8
8
8
8

TABLEAU MÉNAGE

SI ÂGÉ DE 5 ANS OU PLUS				
No LIGNE	HANDICAP			
	32	33	34	35
	<p>Je voudrais savoir si {PRENOM} a des difficultés pour communiquer dans sa langue habituelle. Diriez-vous que {PRENOM} n'a aucune difficulté pour comprendre ou être compris, quelques difficultés, beaucoup de difficulté ou qu'il/elle ne peut pas communiquer du tout ?</p> <p>1 = AUCUNE DIFFICULTÉ POUR COMMUNIQUER 2 = QUELQUES DIFFICULTÉS 3 = BEAUCOUP DE DIFFICULTÉ 4 = NE PEUT PAS COMMUNIQUER DU TOUT 8 = NE SAIT PAS</p>	<p>Je voudrais savoir si {PRENOM} a des difficultés pour se rappeler ou se concentrer. Diriez-vous que {PRENOM} n'a aucune difficulté pour se rappeler ou se concentrer, quelques difficultés, beaucoup de difficulté ou qu'il/elle ne peut pas se rappeler ou se concentrer du tout ?</p> <p>1 = AUCUNE DIFFICULTÉ POUR SE RAPPELER OU POUR SE CONCENTRER 2 = QUELQUES DIFFICULTÉS 3=BEAUCOUP DE DIFFICULTÉ 4 = NE PEUT PAS SE RAPPELER/SE CONCENTRER DU TOUT 8 = NE SAIT PAS</p>	<p>Je voudrais savoir si {PRENOM} a des difficultés pour marcher ou monter des marches. Diriez-vous que {PRENOM} n'a aucune difficulté pour marcher ou monter des marches, quelques difficultés, beaucoup de difficulté ou qu'il/elle ne peut pas marcher ou monter des marches du tout ?</p> <p>1 = AUCUNE DIFFICULTÉ POUR MARCHER OU GRIMPER 2 = QUELQUES DIFFICULTÉS 3=BEAUCOUP DE DIFFICULTÉ 4 = NE PEUT PAS MARCHER OU GRIMPER DU TOUT 8 = NE SAIT PAS</p>	<p>Je voudrais savoir si {PRENOM} a des difficultés pour se laver ou s'habiller. Diriez-vous que {PRENOM} n'a aucune difficulté pour se laver ou s'habiller, quelques difficultés, beaucoup de difficulté ou qu'il/elle ne peut pas se laver ou s'habiller du tout ?</p> <p>1 = AUCUNE DIFFICULTÉ POUR SE LAVER OU S'HABILLER 2 = QUELQUES DIFFICULTÉS 3=BEAUCOUP DE DIFFICULTÉ 4 = NE PEUT PAS SE LAVER OU S'HABILLER DU TOUT 8 = NE SAIT PAS</p>
11	1 2 3 4 8	1 2 3 4 8	1 2 3 4 8	1 2 3 4 8
12	1 2 3 4 8	1 2 3 4 8	1 2 3 4 8	1 2 3 4 8
13	1 2 3 4 8	1 2 3 4 8	1 2 3 4 8	1 2 3 4 8
14	1 2 3 4 8	1 2 3 4 8	1 2 3 4 8	1 2 3 4 8
15	1 2 3 4 8	1 2 3 4 8	1 2 3 4 8	1 2 3 4 8
16	1 2 3 4 8	1 2 3 4 8	1 2 3 4 8	1 2 3 4 8
17	1 2 3 4 8	1 2 3 4 8	1 2 3 4 8	1 2 3 4 8
18	1 2 3 4 8	1 2 3 4 8	1 2 3 4 8	1 2 3 4 8
19	1 2 3 4 8	1 2 3 4 8	1 2 3 4 8	1 2 3 4 8
20	1 2 3 4 8	1 2 3 4 8	1 2 3 4 8	1 2 3 4 8

TRAVAIL DES ENFANTS

NO.	QUESTIONS ET FILTRES	CODES	PASSER À
CL2	<p>Maintenant je voudrais vous parler de tout travail que (NOM) pourrait faire.</p> <p>Depuis (JOUR DE LA SEMAINE) dernier, (NOM) a-t-il/elle fait une des activités suivantes, même si c'est pendant une heure seulement ?</p> <p>a) Est-ce que (NOM) a travaillé sur son propre terrain ou ferme ou potager ou sur celui du ménage ou s'est occupé des animaux. Par exemple : faire pousser des produits de la ferme, les récolter, nourrir les animaux, les emmener au pâturage ou</p> <p>b) Est-ce que (NOM) a aidé dans l'entreprise familiale, ou dans celle d'autres parents avec ou sans paiement ou a travaillé dans sa propre entreprise ?</p> <p>c) Est-ce que (NOM) a produit, ou vendu des articles, des produits artisanaux, des vêtements, de la nourriture ou des produits agricoles ?</p> <p>d) Depuis (JOUR DE LA SEMAINE) dernier, (NOM) a-t-il/elle été engagé(e) dans n'importe quelle autre activité en échange de paiement en espèces ou en nature, même pour une seule heure ?</p>	<p align="right">OUI    NON</p> <p>a) A TRAVAILLÉ SUR TERRAIN/FERME/POTAGER OU S'EST OCCUPE DES ANIMAUX    ..... 1    <b>2</b></p> <p>b) A AIDÉ DANS ENTREPRISE FAMILIALE/D'UN AUTRE PARENT/ DANS SA PROPRE AFFAIRE    ..... <b>1</b>    2</p> <p>c) A PRODUIT/VENDU ARTICLES/ARTISANAT/ VÊTEMENTS/NOURRITURE OU PRODUITS AGRICOLES    ..... 1    <b>2</b></p> <p>d) N'IMPORTE QUELLE AUTRE ACTIVITÉ    ..... <b>1</b>    2</p>	
CL3	<p>VÉRIFIEZ CL2, a) À d)</p> <p>IL Y A AU MOINS <input type="checkbox"/> UN 'OUI' ↓</p> <p>TOUTES LES RÉPONSES SONT 'NON' <input type="checkbox"/> → CL8</p>		
CL4	<p>Depuis (JOUR DE LA SEMAINE) dernier, a peu près combien d'heures au total (NOM) a-t-il/elle travaillé sur (cette activité/ces activités) ?</p> <p>SI MOINS D'1 HEURE, NOTER '00'</p>	<p>NOMBRE D'HEURES ..... <input type="text" value="20"/> <input type="text"/></p>	
CL5	Est-ce que (cette activité/ces activités) requièrent de porter des charges lourdes ?	<p><b>OUI</b> ..... <b>1</b></p> <p>NON ..... <b>2</b></p>	
CL6	Est-ce que (cette /ces activité(s)) requièrent de travailler avec des outils dangereux tels que des couteaux et autres outils similaires ou de faire fonctionner des grosses machines ?	<p>OUI ..... <b>1</b></p> <p><b>NON</b> ..... <b>2</b></p>	

**TRAVAIL DES ENFANTS**

NO.	QUESTIONS ET FILTRES	CODES	PASSER À																								
CL7	Comment décririez-vous l'environnement de travail de (NOM) ?																										
	a) Est-ce que (NOM) est exposé à la poussière/fumées ou gaz ?	OUI ..... 1 NON ..... 2																									
	b) Est-ce que (NOM) est exposé au froid, à la chaleur ou à de l'humidité extrême ?	OUI ..... 1 NON ..... 2																									
	c) Est-ce que (NOM) est exposé à des bruits intenses ou a des vibrations ?	OUI ..... 1 NON ..... 2																									
	d) Est-ce que (NOM) est amené à travailler en hauteur ?	OUI ..... 1 NON ..... 2																									
	e) Est-ce que, dans son travail, (NOM) est exposé à des produits chimiques, tels que des pesticides, des colles ou similaires ou des explosifs ?	OUI ..... 1 NON ..... 2																									
	f) Est-ce que (NOM) est exposé à d'autres choses, ou soumis à des processus ou des conditions défavorables à sa santé ou sa sécurité ?	OUI ..... 1 NON ..... 2																									
CL8	Depuis (JOUR DE LA SEMAINE) dernier, (NOM) est-il /elle allé chercher de l'eau pour le ménage ?	OUI ..... 1 NON ..... 2	→ CL10																								
CL9	Au total, depuis (JOUR DE LA SEMAINE) dernier, combien d'heures (NOM) a-t-il/elle passe à chercher de l'eau pour le ménage ? SI MOINS D'1 HEURE, NOTER '00'	NOMBRE D'HEURES ..... <table border="1"><tr><td>4</td><td></td></tr></table>	4																								
4																											
CL10	Depuis (JOUR DE LA SEMAINE) dernier, (NOM) est-il /elle allé chercher du bois pour le ménage ?	OUI ..... 1 NON ..... 2	→ CL12																								
CL11	Au total, depuis (JOUR DE LA SEMAINE) dernier, combien d'heures (NOM) a-t-il/elle passe à chercher du bois pour le ménage ? SI MOINS D'1 HEURE, NOTER '00'	NOMBRE D'HEURES ..... <table border="1"><tr><td></td><td></td></tr></table>																									
CL12	Depuis (JOUR DE LA SEMAINE) dernier, est-ce que (NOM) a fait une des choses suivantes pour le ménage	<table border="0"> <thead> <tr> <th></th><th>OUI</th><th>NON</th></tr> </thead> <tbody> <tr> <td>a) Des courses pour le ménage ?</td><td>a) COURSES POUR LE MÉNAGE ..... 1</td><td>2</td></tr> <tr> <td>b) Cuisiner ?</td><td>b) CUISINER ..... 1</td><td>2</td></tr> <tr> <td>c) Laver la vaisselle ou nettoyer la maison ?</td><td>c) LAYER LA VAISSELLE/ NETTOYER LA MAISON ..... 1</td><td>2</td></tr> <tr> <td>d) Laver des vêtements ?</td><td>d) LAYER DES VÊTEMENTS ..... 1</td><td>2</td></tr> <tr> <td>e) Prendre soin des enfants ?</td><td>e) PRENDRE SOIN DES ENFANTS ..... 1</td><td>2</td></tr> <tr> <td>f) Prendre soin des personnes âgées ou malades ?</td><td>f) PRENDRE SOINS DES ÂGÉS/ DES MALADES ..... 1</td><td>2</td></tr> <tr> <td>g) Autres tâches de ménage ?</td><td>g) AUTRES TÂCHES ..... 1</td><td>2</td></tr> </tbody> </table>		OUI	NON	a) Des courses pour le ménage ?	a) COURSES POUR LE MÉNAGE ..... 1	2	b) Cuisiner ?	b) CUISINER ..... 1	2	c) Laver la vaisselle ou nettoyer la maison ?	c) LAYER LA VAISSELLE/ NETTOYER LA MAISON ..... 1	2	d) Laver des vêtements ?	d) LAYER DES VÊTEMENTS ..... 1	2	e) Prendre soin des enfants ?	e) PRENDRE SOIN DES ENFANTS ..... 1	2	f) Prendre soin des personnes âgées ou malades ?	f) PRENDRE SOINS DES ÂGÉS/ DES MALADES ..... 1	2	g) Autres tâches de ménage ?	g) AUTRES TÂCHES ..... 1	2	
	OUI	NON																									
a) Des courses pour le ménage ?	a) COURSES POUR LE MÉNAGE ..... 1	2																									
b) Cuisiner ?	b) CUISINER ..... 1	2																									
c) Laver la vaisselle ou nettoyer la maison ?	c) LAYER LA VAISSELLE/ NETTOYER LA MAISON ..... 1	2																									
d) Laver des vêtements ?	d) LAYER DES VÊTEMENTS ..... 1	2																									
e) Prendre soin des enfants ?	e) PRENDRE SOIN DES ENFANTS ..... 1	2																									
f) Prendre soin des personnes âgées ou malades ?	f) PRENDRE SOINS DES ÂGÉS/ DES MALADES ..... 1	2																									
g) Autres tâches de ménage ?	g) AUTRES TÂCHES ..... 1	2																									
CL13	VÉRIFIEZ CL12 a) À g): IL Y A AU MOINS <input type="checkbox"/> UN 'OUI' ↓	TOUTES LES RÉPONSES <input type="checkbox"/> SONT 'NON' →	SL1																								
CL14	Depuis (JOUR DE LA SEMAINE) dernier, combien d'heures à peu près, (NOM) a-t-il/elle travaillé sur (cette/ces activité(s)) ? SI MOINS D'1 HEURE, NOTEZ '00'	NOMBRE D'HEURES ..... <table border="1"><tr><td>4</td><td></td></tr></table>	4																								
4																											

DISCIPLINE DES ENFANTS

NO.	QUESTIONS ET FILTRES	CODES	PASSER À
CD1	VÉRIFIEZ L'ÂGE DE L'ENFANT SÉLECTIONNÉ À SL9 : 1-14 ANS <input type="checkbox"/> 15-17 ANS <input type="checkbox"/>		MOD. SUIV.
CD2	ÉCRIVEZ LE NOM ET LE NUMÉRO DE LIGNE DE L'ENFANT DE SL9.	NUMÉRO DE LIGNE ..... <input type="text"/> <input type="text"/> NOM .....	
CD3	<p>Les adultes utilisent certains moyens pour apprendre aux enfants à bien se comporter ou pour traiter des problèmes de comportement. Je vais vous lire une liste de méthodes qui sont utilisées et j'aimerais que vous me disiez si vous avez ou n'importe quel autre membre de votre ménage a utilisé une de ces méthodes avec (NOM) au cours du mois dernier.</p> <p>a) Retirer des privilèges, interdire quelque chose que (NOM) aime faire ou ne pas lui permettre de quitter la maison.</p> <p>b) Expliquer à (NOM) pourquoi son comportement n'est pas acceptable.</p> <p>c) (Le/la) secouer.</p> <p>d) Hurler, lui crier dessus.</p> <p>e) Lui donner quelque chose d'autre à faire.</p> <p>f) Lui donner une fessée, (le/la) frapper ou (le/la) taper sur les fesses à main nues.</p> <p>g) (Le/la) frapper sur les fesses ou sur d'autres parties du corps avec quelque chose tel ceinture, brosse à cheveux, bâton ou autre objet dur.</p> <p>h) (Le/la) traiter d'idiot, de paresseux ou d'un autre nom comme ça.</p> <p>i) (Le/la) frapper ou (le/la) gifler sur le visage, la tête ou les oreilles.</p> <p>j) (Le/la) frapper ou (le/la) taper sur les mains, les bras ou les jambes.</p> <p>k) (Le/la) battre, c'est-à-dire (le/la) frapper encore et encore aussi fort que possible.</p>	<p align="right"><b>OUI NON</b></p> <p>a) RETIRER DES PRIVILÈGES ..... <b>1</b> 2</p> <p>b) EXPLIQUER LE MAUVAIS COMORTEMENT ..... <b>1</b> 2</p> <p>c) SECOUER ..... <b>1</b> 2</p> <p>d) HURLER, CRIER DESSUS .. . . . <b>1</b> 2</p> <p>e) DONNER QUELQUE CHOSE D'AUTRE À FAIRE ..... 1 2</p> <p>f) DONNER UNE FESSÉE, FRAPPER, TAPER À MAINS NUES . . . . . 1 <b>2</b></p> <p>g) FRAPPER AVEC CEINTURE, BROSSE, BÂTON OU AUTRES OBJETS DURS . . . . 1 <b>2</b></p> <p>h) TRAITER D'IDIOT, PARESSEUX, OU D'AUTRES NOMS ..... 1 <b>2</b></p> <p>i) FRAPPER/GIFLER SUR LE VISAGE, LA TÊTE OU LES OREILLES ..... 1 <b>2</b></p> <p>j) FRAPPER/TAPER SUR LES MAINS, BRAS OU JAMBES ..... <b>1</b> 2</p> <p>k) BATTRE, FRAPPER ENCORE ET ENCORE AUSSI FORT QUE POSSIBLE .. . . . 1 <b>2</b></p>	
CD4	Pensez-vous que pour élever ou éduquer correctement un enfant, il est nécessaire qu'il soit puni physiquement ?	<p>OUI ..... <b>1</b></p> <p>NON ..... 2</p> <p>NSP/SANS OPINION ..... 8</p>	

### CARACTÉRISTIQUES DU MÉNAGE

N°	QUESTIONS ET FILTRES	CODES	ALLEZ À
101	D'où provient principalement l'eau que boivent les membres de votre ménage ?	<p><b>EAU DU ROBINET</b></p> <p>ROBINET DANS LOGEMENT ..... 11</p> <p>ROBINET DANS COUR/PARCELLE ..... 12</p> <p>ROBINET CHEZ UN VOISIN ..... 13</p> <p>ROBINET PUBLIC/BORNE FONTAINE ..... 14</p> <p><b>PUITS À POMPE OU FORAGE</b> ..... 21</p> <p><b>PUITS CREUSÉ</b></p> <p>PUITS PROTÉGÉ ..... 31</p> <p>PUITS NON PROTÉGÉ ..... 32</p> <p><b>EAU DE SOURCE</b></p> <p>SOURCE PROTÉGÉE ..... 41</p> <p>SOURCE NON PROTÉGÉE ..... 42</p> <p>EAU DE PLUIE ..... 51</p> <p>CAMION CITERNE ..... 61</p> <p>CHARRETTE AVEC PETITE CITERNE/ TONNEAU ..... 71</p> <p>EAU DE SURFACE (RIVIÈRE/BARRAGE/LAC/ MARE/FLEUVE/CANAL/ CANAL D'IRRIGATION) ..... 81</p> <p>EAU MINÉRALE EN BOUTEILLE ..... 91</p> <p>EAU EN SACHET INDUSTRIEL ..... 92</p> <p>AUTRE ..... 96</p> <p>(PRÉCISEZ)</p>	<p>→ 106</p> <p>→ 103</p> <p>→ 103</p>
102	D'où provient principalement l'eau utilisée par votre ménage pour d'autres usages comme faire la cuisine et se laver les mains ?	<p><b>EAU DU ROBINET</b></p> <p>ROBINET DANS LOGEMENT ..... 11</p> <p>ROBINET DANS COUR/PARCELLE ..... 12</p> <p>ROBINET CHEZ UN VOISIN ..... 13</p> <p>ROBINET PUBLIC/BORNE FONTAINE ..... 14</p> <p><b>PUITS À POMPE OU FORAGE</b> ..... 21</p> <p><b>PUITS CREUSÉ</b></p> <p>PUITS PROTÉGÉ ..... 31</p> <p>PUITS NON PROTÉGÉ ..... 32</p> <p><b>EAU DE SOURCE</b></p> <p>SOURCE PROTÉGÉE ..... 41</p> <p>SOURCE NON PROTÉGÉE ..... 42</p> <p>EAU DE PLUIE ..... 51</p> <p>CAMION CITERNE ..... 61</p> <p>CHARRETTE AVEC PETITE CITERNE/ TONNEAU ..... 71</p> <p>EAU DE SURFACE (RIVIÈRE/BARRAGE/LAC/ MARE/FLEUVE/CANAL/ CANAL D'IRRIGATION) ..... 81</p> <p>AUTRE ..... 96</p> <p>(PRÉCISEZ)</p>	<p>→ 106</p>
103	Où est située cette source d'approvisionnement de l'eau ?	<p>DANS VOTRE LOGEMENT ..... 1</p> <p>DANS VOTRE COUR/PARCELLE ..... 2</p> <p>AILLEURS ..... 3</p>	<p>→ 106</p>

CARACTÉRISTIQUES DU MÉNAGE

N°	QUESTIONS ET FILTRES	CODES	ALLEZ À		
104	Combien de temps faut-il pour s'y rendre, prendre l'eau et revenir ?	MINUTES ..... <table border="1"><tr><td>1</td><td>2</td></tr></table> NE SAIT PAS ..... 998	1	2	
1	2				
105	Qui habituellement va à la source d'approvisionnement pour prendre l'eau pour le ménage ?  ENREGISTREZ LE NOM DE LA PERSONNE ET LE NUMÉRO DE LIGNE À PARTIR DU TABLEAU MÉNAGE. SI LA PERSONNE N'EST PAS LISTÉE	NOM ..... <b>DENISE</b>  NUMÉRO DE LIGNE ..... <table border="1"><tr><td>5</td><td></td></tr></table>	5		
5					
106	Au cours du mois dernier, est-ce qu'il est arrivé que votre ménage n'ait pas eu suffisamment d'eau pour boire quand vous en aviez besoin ?	OUI ..... 1 NON ..... <b>2</b> NE SAIT PAS ..... 8			
107	Faites-vous quelque chose pour rendre l'eau plus saine à boire ?	OUI ..... <b>1</b> NON ..... 2 NE SAIT PAS ..... 8	→ 109		
108	Habituellement, que faites-vous pour rendre l'eau que vous buvez plus saine ?  Quelque chose d'autre ?  ENREGISTREZ TOUT CE QUI EST MENTIONNÉ.	LA FAIRE BOUILLIR ..... A AJOUTER EAU DE JAVEL/CHLORE ..... B LA FILTRER À TRAVERS UN LINGE ..... C UTILISER UN FILTRE (CÉRAMIQUE/ SABLE/COMPOSITE/ETC) ..... <b>D</b> DÉSINFECTION SOLAIRE ..... <b>E</b> LA LAISSER REPOSER ..... F  AUTRE ..... X (PRÉCISEZ) NE SAIT PAS ..... Z			
109	Quel type de toilettes les membres de votre ménage utilisent-ils habituellement ?  S'IL N'EST PAS POSSIBLE DE DÉTERMINER LE TYPE DE TOILETTES, DEMANDEZ LA PERMISSION DE VOIR L'INSTALLATION.	<b>CHASSE D'EAU/CHASSE MANUELLE</b> CHASSE D'EAU CONNECTÉE À UN SYSTÈME D'ÉGOUT ..... 11 À UNE FOSSE SEPTIQUE ..... 12 À UNE FOSSE D'AISANCES ..... 13 À QUELQUE CHOSE D'AUTRE ..... 14 À NE SAIT PAS OÙ ..... 15 <b>FOSSE D'AISANCES</b> FOSSE D'AISANCES AMÉLIORÉE AUTO-AÉRÉE ..... 21 FOSSE D'AISANCES AVEC DALLE ..... <b>22</b> FOSSE D'AISANCES SANS DALLE TROU OUVERT ..... 23  TOILETTES À COMPOSTAGE ..... 31 <b>SEAU/TINETTE/POT/SACHET ..... 41</b> <b>TOILETTES/LATRINES SUSPENDUES/ SUR PILOTIS ..... 51</b> PAS DE TOILETTES/NATURE ..... 61  AUTRE ..... 96 (PRÉCISEZ)	→ 117		

CARACTÉRISTIQUES DU MÉNAGE

N°	QUESTIONS ET FILTRES	CODES	ALLEZ À	
110	Partagez-vous ces toilettes avec d'autres ménages ?	OUI ..... 1 NON ..... <b>2</b>	→ 112	
111	En comptant votre propre ménage, combien de ménages utilisent ces toilettes ?	NOMBRE DE MÉNAGES SI MOINS DE 10 ..... <table border="1" style="display: inline-table; width: 40px; text-align: center;"><tr><td>0</td></tr></table> 10 MÉNAGES OU PLUS ..... 95 NE SAIT PAS ..... 98	0	
0				
112	Où se trouvent ces toilettes ?	DANS VOTRE LOGEMENT ..... 1 DANS VOTRE COUR/PARCELLE ..... <b>2</b> AILLEURS ..... 3		
113	VÉRIFIEZ 109 : CODES 12, 13, 21, <input type="checkbox"/> 22, 23, OU 31 ENCERCLÉ	AUTRE <input type="checkbox"/> →	→ 117	
114	VÉRIFIEZ 109: <div style="display: flex; justify-content: space-around; align-items: flex-start;"> <div style="text-align: center;">CODE <input type="checkbox"/> 12 ↓</div> <div style="text-align: center;">CODE <input type="checkbox"/> 13, 21, 22, OU 23 ↓</div> <div style="text-align: center;">CODE <input type="checkbox"/> 31 ↓</div> </div> <div style="display: flex; justify-content: space-between;"> <div style="width: 30%;">a) Est-ce que votre fosse septique a déjà été vidée ?</div> <div style="width: 30%; background-color: #d4edda; padding: 5px;">b) Est-ce que votre fosse d'aisance a déjà été vidée ?</div> <div style="width: 30%;">c) Est-ce que votre toilettes à compostage a déjà été vidée ?</div> </div>	OUI ..... <b>1</b> NON ..... 2 NE SAIT PAS ..... 8	→ 117	
115	VÉRIFIEZ 109: <div style="display: flex; justify-content: space-around; align-items: flex-start;"> <div style="text-align: center;">CODE <input type="checkbox"/> 12 ↓</div> <div style="text-align: center;">CODE <input type="checkbox"/> 13, 21, 22, OU 23 ↓</div> <div style="text-align: center;">CODE <input type="checkbox"/> 31 ↓</div> </div> <div style="display: flex; justify-content: space-between;"> <div style="width: 30%;">a) La dernière fois que votre fosse septique a été vidée, est-ce que cela a été fait par un professionnel ?</div> <div style="width: 30%; background-color: #d4edda; padding: 5px;">b) La dernière fois que votre fosse d'aisance a été vidée, est-ce que cela a été fait par un professionnel ?</div> <div style="width: 30%;">c) La dernière fois que votre toilettes à compostage a été vidée, est-ce que cela a été fait par un professionnel ?</div> </div>	OUI ..... 1 NON ..... <b>2</b> NE SAIT PAS ..... 8		
116	Où le contenu a-t-il été vidé ?	USINE DE TRAITEMENT ..... 1 ENTERRÉ DANS UNE FOSSE COUVERTE ..... <b>2</b> FOSSE À DECOUVERT/FORÊT/CHAMPS / TERRAIN VAGUE ..... 3 EAU DE SURFACE (RIVIÈRE/BARRAGE/ LAC/MARE/FLEUVE CANAL/ CANAL D'IRRIGATION ..... 4 RUE/CANIVEAU ..... 5 AUTRE ..... 6 (PRÉCISEZ) NE SAIT PAS ..... 8		



### CARACTÉRISTIQUES DU MÉNAGE

N°	QUESTIONS ET FILTRES	CODES	ALLEZ A
117	Dans ce ménage, quel type de cuisinière est habituellement utilisée pour la cuisine ?	CUISINIÈRE ÉLECTRIQUE ..... 01 FOUR SOLAIRE ..... 02 CUISINIÈRE À GAZ PROPANE LIQUÉFIÉ (GPL) CUISINIÈRE À GAZ ..... 03 CUINIÈRE CONNECTÉE AU GAZ NATUREL .. 04 CUISINIÈRE AU BIOGAZ ..... 05 CUISINIÈRE À COMBUSTIBLE LIQUIDE ..... 06 CUISINIÈRE D'UN FABRICANT À COMBUSTIBLE SOLIDE ..... 07 CUISINIÈRE TRADITIONNELLE À COMBUSTIBLE SOLIDE ..... 08 FOYER À TROIS PIERRES/FOYER OUVERT .. 09  PAS DE CUISINE DANS LE MÉNAGE ..... 95  AUTRE _____ 96 (PRÉCISEZ)	} → 121   } → 120   } → 120  } → 123  } → 120
118	Est-ce que la cuisinière a une cheminée ?	OUI ..... 1 NON ..... 2 NE SAIT PAS ..... 8	
120	Avec quel type de combustible ou d'énergie fonctionne cette cuisinière ?	ALCOOL/ÉTHANOL ..... 01 ESSENCE/DIESEL ..... 02 PARAFFINE/PÉTROLE ..... 03 CHARBON/LIGNITE ..... 04 CHARBON DE BOIS ..... 05 <b>BOIS À BRÛLER ..... 06</b> PAILLE/BANCHAGES/HERBES ..... 07 PRODUITS AGRICOLES ..... 08 BOUSE D'ANIMAL/DÉCHETS ..... 09 COMBUSTIBLES BIOMASSE TRANSFORMÉS (PELLETS) OU GRANULÉS DE BOIS ..... 10 ORDURES/PLASTIQUE ..... 11 SCIURE/ <b>COUPEAUX DE BOIS</b> ..... 12  AUTRE _____ 96 (PRÉCISEZ)	
121	Est-ce que la cuisine est faite habituellement dans la maison, dans un bâtiment séparé ou à l'extérieur ?	DANS LA MAISON ..... 1 DANS UN BÂTIMENT SÉPARÉ ..... 2 À L'EXTÉRIEUR ..... 3  AUTRE _____ 6 (PRÉCISEZ)	} → 123
122	Avez-vous une pièce séparée que vous utilisez comme cuisine ?	OUI ..... 1 NON ..... 2	
123	Dans ce ménage, qu'utilisez-vous pour chauffer la maison quand c'est nécessaire ?  SI L'ENQUÊTE RÉPOND ÉLECTRICITÉ OU GAZ , DEMANDEZ : Dans quel type d'appareil chauffant (l'électricité/gas) est-il utilisé ?	CHAUFFAGE CENTRAL ..... 01  RADIATEUR D'UN FABRICANT ..... 02 RADIATEUR TRADITIONNEL ..... 03 FOURS D'UN FABRICANT ..... 04 FOURS TRADITIONNEL ..... 05 FEU À TROIS PIERRES/FOYER OUVERT .. 06  PAS DE RADIATEUR DANS LE MÉNAGE/ PAS BESOIN ..... 95  AUTRE _____ 96 (PRÉCISEZ)	} → 125     } → 125  } → 126  } → 125

### CARACTÉRISTIQUES DU MÉNAGE

N°	QUESTIONS ET FILTRES	CODES		ALLEZ A
124	Est-ce que l'appareil a une cheminée ?	OUI .....	1	
		NON .....	2	
		NE SAIT PAS .....	8	
125	Avec quel type de combustible ou d'énergie fonctionne cet appareil ?	ÉLECTRICITÉ .....	01	
		CONNECTÉ AU GAZ NATUREL .....	02	
		CHAUFFAGE SOLAIRE DE L'AIR .....	03	
		GAZ PROPANE LIQUÉFIÉ (GPL)/ GAZ DE CUISINE .....	04	
		BIOGAZ .....	05	
		ALCOOL/ÉTHANOL .....	06	
		ESSENCE/DIESEL .....	07	
		PARAFFINE/PÉTROLE .....	08	
		CHARBON/LIGNITE .....	09	
		CHARBON DE BOIS .....	10	
		BOIS .....	11	
		PAILLE/BANCHAGES/HERBES .....	12	
		PRODUITS AGRICOLES .....	13	
		BOUSE D'ANIMAL/DÉCHETS .....	14	
		COMBUSTIBLES BIOMASSE TRANSFORMÉS (PELLETS) OU GRANULÉS DE BOIS .....	15	
		ORDURES/PLASTIQUE .....	16	
		SCIURE .....	17	
		AUTRE .....	96	
		(PRÉCISEZ)		
126	Dans ce ménage, quand il fait nuit, qu'est-ce que vous utilisez habituellement pour vous éclairer ?	ÉLECTRICITÉ .....	01	
		LANTERNE SOLAIRE .....	02	
		LAMPE DE POCHE, TORCHE OU LANTERNE RECHARGEABLE .....	03	
		LAMPE DE POCHE, TORCHE OU LANTERNE À PILES .....	04	
		LAMPE À GAZ .....	05	
		LAMPE À PÉTROLE .....	06	
		BOÎTE AVEC MECHE ET PETROLE/GAZOIL .....	07	
		CHARBON DE BOIS .....	08	
		BOIS .....	09	
		PAILLE/BANCHAGES/HERBES .....	10	
		PRODUITS AGRICOLES .....	11	
		BOUSE D'ANIMAL/DÉCHETS .....	12	
		LAMPE À HUILE/BOÎTE AVEC MECHE ET HUILE .....	13	
		BOUGIE .....	14	
		PAS D'ÉCLAIRAGE DANS LE MÉNAGE .....	95	
		AUTRE .....	96	
		(PRÉCISEZ)		
127	Dans ce ménage, combien de pièces utilisez-vous pour dormir ?	NOMBRE DE PIÈCES .....	0 3	
128	Est-ce que votre ménage possède du bétail, des troupeaux, d'autres animaux de ferme ou de la volaille ?	OUI .....	1	
		NON .....	2	→ 130

CARACTÉRISTIQUES DU MÉNAGE

N°	QUESTIONS ET FILTRES	CODES	ALLEZ À
129	<p>Parmi les animaux suivants, combien votre ménage en possède-t-il ?</p> <p>SI AUCUN, NOTEZ '00'. SI 95 OU PLUS, NOTEZ '95'. SI NE SAIT PAS, NOTEZ '98'.</p> <p>a) Vaches laitières ou taureaux ?</p> <p>b) Autre bovin?</p> <p>c) Chevaux, ânes ou mulets ?</p> <p>d) Chèvres ?</p> <p>e) Moutons ?</p> <p>f) Poulets, canard, pigeon, dinde, pintade ?</p> <p>g) Cochons</p> <p>h) Lapins</p>	<p>a) VACHES/TAUREAUX ..... 0 0 1</p> <p>b) AUTRE BOVINS ..... 0 0 1</p> <p>c) CHEVAUX/ÂNES/MULETS .... 0 0 1</p> <p>d) CHÈVRES ..... 0 0 2</p> <p>e) MOUTONS ..... 0 0 1</p> <p>f) POULETS, CANARDS, PIGEONS, DINDES, PINTADES .... 0 6 1</p> <p>g) COCHONS ..... 0 0 1</p> <p>h) LAPINS ..... 0 0 2</p>	
130	<p>Est-ce qu'un membre de votre ménage possède des terres cultivables ?</p>	<p>OUI ..... 1</p> <p>NON ..... 2</p>	→ 132
131	<p>Combien d'hectares de terres cultivables les membres du ménage possèdent-ils ?</p> <p>SI 95 OU PLUS, ENCERCLEZ '950'.</p>	<p>HECTARES ..... 0 1 0</p> <p>95 HECTARES OU PLUS ..... 950</p> <p>NE SAIT PAS ..... 998</p>	
132	<p>Dans ce ménage, avez-vous :</p> <p>a) L'électricité ?</p> <p>b) Un poste radio ?</p> <p>c) Une télévision ?</p> <p>d) Un téléphone fixe ?</p> <p>e) Un ordinateur fixe ou portable?</p> <p>f) Un réfrigérateur ?</p> <p>g) Une lampe à pétrole ?</p> <p>h) Une horloge ?</p> <p>i) Un lit ?</p> <p>j) Une table ?</p> <p>k) Une chaise?</p> <p>l) Un canapé / fauteuil?</p> <p>m) Une armoire?</p> <p>n) Une machine à coudre?</p> <p>o) Une parabole / Un décodeur?</p> <p>p) Un panneau solaire?</p>	<p>OUI NON</p> <p>a) ÉLECTRICITÉ ..... 1 2</p> <p>b) RADIO ..... 1 2</p> <p>c) TÉLÉVISION ..... 1 2</p> <p>d) TÉLÉPHONE FIXE ..... 1 2</p> <p>e) ORDINATEUR FIXE/PORTABLE 1 2</p> <p>f) RÉFRIGÉRATEUR ..... 1 2</p> <p>g) LAMPE A PETROLE ..... 1 2</p> <p>h) HORLOGE ..... 1 2</p> <p>i) LIT ..... 1 2</p> <p>j) TABLE ..... 1 2</p> <p>k) CHAISE ..... 1 2</p> <p>l) CANAPE/FAUTEUIL ..... 1 2</p> <p>m) ARMOIRE ..... 1 2</p> <p>n) MACHINE A COUDRE ..... 1 2</p> <p>o) PARABOLE/DECODEUR .... 1 2</p> <p>p) PANNEAU SOLAIRE ..... 1 2</p>	

# CARACTÉRISTIQUES DU MÉNAGE

N°	QUESTIONS ET FILTRES	CODES		ALLEZ À
133	Est-ce qu'un membre de votre ménage possède :	OUI	NON	
	a) Une montre ?	1	2	
	b) Un téléphone portable ?	1	2	
	c) Une bicyclette ?	1	2	
	d) Une motocyclette ou un scooter ?	1	2	
	e) Un tricycle?	1	2	
	f) Une voiture ou une camionnette ?	1	2	
	g) Une pirogue/bateau sans moteur?	1	2	
	h) Une pirogue/bateau avec moteur/hors bord?	1	2	
	i) Un bus ou camion ?	1	2	
134	Est-ce qu'un membre de ce ménage possède un compte dans une banque ou dans une autre institution financière ?	OUI ..... 1 NON ..... 2		
135	Est-ce qu'un membre de ce ménage utilise un téléphone portable pour effectuer des transactions financières comme envoyer ou recevoir de l'argent, payer des factures, acheter des biens ou services ou recevoir un salaire ?	OUI ..... 1 NON ..... 2		
136	Est-ce qu'il arrive que quelqu'un fume dans votre maison ? Diriez-vous que cela arrive tous les jours, une fois par semaine, une fois par mois, moins d'une fois par mois ou jamais ?	TOUS LES JOURS ..... 1 UNE FOIS PAR SEMAINE ..... 2 UNE FOIS PAR MOIS ..... 3 MOINS D'UNE FOIS PAR MOIS ..... 4 JAMAIS ..... 5		
137	Est-ce que votre ménage a des moustiquaires ?	OUI ..... 1 NON ..... 2		→ 149
138	Combien de moustiquaires votre ménage a-t-il ?  SI SEPT MOUSTIQUAIRES OU PLUS, NOTEZ '7'.	NOMBRE DE MOUSTIQUAIRES ..... <span style="border: 1px solid black; padding: 2px 10px;">1</span>		

MOUSTIQUAIRES

N°	QUESTIONS ET FILTRES	CODES	ALLEZ À		
	DEMANDEZ À L'ENQUÊTÉ DE VOUS MONTRER TOUTES LES MOUSTIQUAIRES DU MÉNAGE. OBSERVEZ ET POSEZ LES QUESTIONS À PROPOS DE CHAQUE MOUSTIQUAIRE, UNE PAR UNE.				
139	ATTRIBUEZ À CHAQUE MOUSTIQUAIRE UN NOMBRE SÉQUENTIEL ET INSCRIVEZ LE NOMBRE ICI.	NUMÉRO DE MOUSTIQUAIRE ..... <table border="1"><tr><td>0</td><td>1</td></tr></table>	0	1	
0	1				
140	Je voudrais voir les moustiquaires. Pouvez-vous me montrer la première moustiquaire ?  ENREGISTRER SI LA MOUSTIQUAIRE A ÉTÉ OBSERVÉE OU NON	OBSERVÉE ..... <table border="1"><tr><td>1</td></tr></table> NON OBSERVÉE ..... 2	1		
1					
141	Cela fait combien de mois que votre ménage a la moustiquaire ?  SI MOINS D'UN MOIS, NOTEZ '00'.	IL Y A MOIS ..... <table border="1"><tr><td>0</td><td>6</td></tr></table>  PLUS DE 36 MOIS ..... 95 PAS SÛR ..... 98	0	6	
0	6				
142	OBSERVEZ OU DEMANDEZ LA MARQUE/TYPE DE LA MOUSTIQUAIRE.  SI LA MARQUE N'EST PAS CONNUE ET SI VOUS NE POUVEZ PAS VOIR LA MOUSTIQUAIRE, MONTREZ À L'ENQUÊTÉ DES PHOTOS DE MARQUES ET DE TYPES COURANTS DE MOUSTIQUAIRE.	<b>MOUSTIQUAIRE IMPRÉGNÉE D'INSECTICIDE À LONGUE DURÉE D'ACTION (MIILDA)</b> PERMANET (SERENA) ..... 11 OLYSET ..... 12 NET PROTECT ..... 13 DURANET ..... <table border="1"><tr><td>14</td></tr></table> INTERCEPTOR ..... 15 DAWA PLUS ..... 16 MAGNET ..... 17 AUTRE/NE CONNAÎT PAS LA MARQUE (MIILDA) ..... 18  AUTRE TYPE (PAS MIILDA) ..... 96 NE CONNAÎT PAS LE TYPE ..... 98	14		
14					
143	Avez-vous obtenu la moustiquaire à l'occasion de la campagne nationale de distribution de masse des moustiquaires, durant une visite prénatale ou au cours d'une visite pour une vaccination ?	OUI, CAMPAGNE NATIONALE DE DISTRIBUTION DES MOUSTIQUAIRES .... 1 OUI, PRÉNATALE ..... 2 OUI, VISITE POUR VACCINATION ..... 3  NON ..... <table border="1"><tr><td>4</td></tr></table>	4	→ 145	
4					
144	Où avez-vous obtenu la moustiquaire ?	ÉTABLISSEMENT DE SANTÉ DU GOV. .... 01 ÉTABLISSEMENT DE SANTÉ PRIVÉ ..... 02 PHARMACIE ..... <table border="1"><tr><td>03</td></tr></table> BOUTIQUE/MARCHÉ ..... 04 AGENT SANTÉ COMMUNAUTAIRE ..... 05 INSTITUTION RELIGIEUSE ..... 06 ÉCOLE ..... 07 AUTRE ..... 96 NE SAIT PAS ..... 98	03		
03					
145	Est-ce que, la nuit dernière, quelqu'un a dormi sous cette moustiquaire ?	OUI ..... <table border="1"><tr><td>1</td></tr></table> NON ..... 2 PAS SÛR ..... 8	1	→ 147 → 148	
1					

# MOUSTIQUAIRES

N°	QUESTIONS ET FILTRES	CODES	ALLEZ À
146	<p>Qui a dormi sous cette moustiquaire la nuit dernière ?</p> <p>INSCRIVEZ LE NOM DE LA PERSONNE ET SON NUMÉRO DE LIGNE DU TABLEAU MÉNAGE.</p>	<p>NOM <u>NOEL SANGO</u></p> <p>N° DE LIGNE ..... <input type="text"/> <input type="text"/></p> <hr/> <p>NOM <u>DIANE SANGO</u></p> <p>N° DE LIGNE ..... <input type="text"/> <input type="text"/></p> <hr/> <p>NOM .....</p> <p>N° DE LIGNE ..... <input type="text"/> <input type="text"/></p> <hr/> <p>NOM .....</p> <p>N° DE LIGNE ..... <input type="text"/> <input type="text"/></p>	<p>→ 148</p>
147	<p>Pour quelle raison principale, cette moustiquaire n'a-t-elle pas été utilisée la nuit dernière ?</p>	<p>TROP CHAUD ..... 01</p> <p>N'AIME PAS LA FORME.COULEUR/TAILLE DE LA MOUSTIQUAIRE ..... 02</p> <p>N'AIME PAS L'ODEUR ..... 03</p> <p>INCAPABLE DE LA SUSPENDRE ..... 04</p> <p>A DORMI DEHORS ..... 05</p> <p>L'UTILISATEUR HABITUEL N'A PAS DORMI ICI LA NUIT DERNIÈRE ..... 06</p> <p>PAS DE MOUSTIQUES/PAS DE PALUDISME ... 07</p> <p>MOUSTIQUAIRE SUPPLÉMENTAIRE/GARDÉE POUR PLUS TARD ..... 08</p> <p>AUTRE ..... 96</p> <p>(PRÉCISEZ)</p>	
148	<p>RETOURNEZ À 139 POUR LA MOUSTIQUAIRE SUIVANTE ; S'IL N'Y A PLUS DE MOUSTIQUAIRES, ALLEZ À 149.</p>		

TRANSFERTS SOCIAUX

N°	QUESTIONS ET FILTRES	CODES	ALLEZ À
148A	J'aimerais vous poser des questions sur les multiples programmes d'aide économique extérieure dont peuvent bénéficier les ménages. Par aide extérieure, j'entends le soutien apporté par le gouvernement ou par des organisations non gouvernementales telles que des organisations religieuses, caritatives ou communautaires. Cela exclut le soutien apporté par la famille, par d'autres personnes proches, par des amis ou des voisins.		
148B	Connaissiez-vous le Projet de Protection Sociale et d'Inclusion Productive des Jeunes PSIPJ ou Projet Filets Sociaux Lisungi?	OUI ..... 1 NON ..... 2	→ 148E
148C	Est-ce que votre ménage ou l'une des personnes qui composent votre ménage a reçu une aide grâce au Projet Lisungi?	OUI ..... 1 NON ..... 2 PAS SÛR ..... 8	→ 148E
148D	Quand votre ménage ou l'une des personnes qui composent votre ménage a reçu une aide pour la dernière fois grâce Projet Lisungi?  INSCRIVEZ EN MOIS SI MOINS DE 12 MOIS; EN ANNÉES SI 1AN /12 MOIS OU PLUS	MOIS 1 <input type="text"/> 0 <input type="text"/> 9  ANNÉE 2 <input type="text"/> <input type="text"/>	
148E	Est-ce que votre ménage ou l'une des personnes qui composent votre ménage a reçu une aide grâce à un programme d'aide économique extérieure autre que le Projet Lisungi?	OUI ..... 1 NON ..... 2 PAS SÛR ..... 8	→ 149
148F	VÉRIFIEZ SI 148B=2, 148C=2, OU 148C=8  <div style="display: flex; justify-content: space-around;"> <div style="text-align: center;"> OUI <input type="checkbox"/> ↓ a) Quand votre ménage ou l'une des personnes qui composent votre ménage a reçu une aide grâce à un programme d'aide économique extérieure pour la dernière fois ? </div> <div style="text-align: center;"> NON <input type="checkbox"/> ↓ b) Quand votre ménage ou l'une des personnes qui composent votre ménage a reçu une aide grâce à cet autre programme pour la dernière fois ? </div> </div> INSCRIVEZ EN MOIS SI MOINS DE 12 MOIS; EN ANNÉES SI 1AN /12 MOIS OU PLUS	MOIS 1 <input type="text"/> <input type="text"/>  ANNÉE 2 <input type="text"/> <input type="text"/>	

AUTRES CARACTÉRISTIQUES DU LOGEMENT

N°	QUESTIONS ET FILTRES	CODES	ALLEZ À
149	Nous voudrions connaître l'endroit utilisé par les membres du ménage pour se laver les mains. Pouvez-vous me montrer, s'il vous plaît, où les membres du ménage se lavent les mains ?	OBSERVÉ, ENDROIT FIXE ..... 1 OBSERVÉ, NON FIXE ..... 2 NON OBSERVÉ, PAS DANS LOGEMENT /COUR/PARCELLE . 3 NON OBSERVÉ, PERMISSION DE VOIR NON OBTENUE .. 4 NON OBSERVÉ, AUTRE RAISON ..... 5	<div style="border-left: 1px solid black; padding-left: 10px;">152</div>
150	OBSERVEZ LA PRÉSENCE D'EAU À L'ENDROIT UTILISÉ POUR SE LAVER LES MAINS.  NOTEZ L'OBSERVATION.	EAU DISPONIBLE ..... 1 EAU NON DISPONIBLE ..... 2	
151	OBSERVEZ LA PRÉSENCE DE SAVON, DE DÉTERGENT OU D'AUTRES PRODUITS NETTOYANTS À L'ENDROIT UTILISÉ POUR SE LAVER LES MAINS  NOTEZ L'OBSERVATION.	SAVON OU DÉTERGENT (EN MORCEAU, LIQUIDE, POUDRE, PÂTE) . A CENDRE, BOUE, SABLE ..... B  AUCUN ..... Y	
152	OBSERVEZ LE MATÉRIAU PRINCIPAL DU SOL DU LOGEMENT.  NOTEZ L'OBSERVATION	<b>MATÉRIAU NATUREL</b> TERRE/SABLE ..... 11 ARGILE ..... 12 <b>MATÉRIAU RUDIMENTAIRE</b> PLANCHES EN BOIS ..... 21 PALMES/BAMBOU ..... 22 <b>MATÉRIAU ÉLABORÉ</b> PARQUET OU BOIS CIRÉ ..... 31 BANDES DE VINYLE/ASPHALTE ..... 32 CARRELAGE ..... 33 CIMENT ..... 34 MOQUETTE ..... 35  AUTRE ..... 96 (PRÉCISEZ)	
153	OBSERVEZ LE MATÉRIAU PRINCIPAL DU TOIT DU LOGEMENT.  NOTEZ L'OBSERVATION.	<b>MATÉRIAU NATUREL</b> PAS DE TOIT ..... 11 CHAUME/PALMES/FEUILLES ..... 12 MOTTES DE TERRE ..... 13 <b>MATÉRIAU RUDIMENTAIRE</b> NATTE ..... 21 PALMES/BAMBOU ..... 22 PLANCHES EN BOIS ..... 23 CARTON ..... 24 <b>MATÉRIAU ÉLABORÉ</b> TÔLE ..... 31 BOIS ..... 32 ZINC/FIBRE DE CIMENT ..... 33 TUILES ..... 34 CIMENT ..... 35 SHINGLES ..... 36  AUTRE ..... 96 (PRÉCISEZ)	



AUTRES CARACTÉRISTIQUES DU LOGEMENT

N°	QUESTIONS ET FILTRES	CODES	ALLEZ À								
154	<p>OBSERVEZ LE MATÉRIAU PRINCIPAL DES MURS EXTÉRIEURS DU LOGEMENT.</p> <p>NOTEZ L'OBSERVATION.</p>	<p><b>MATÉRIAU NATUREL</b></p> <p>PAS DE MUR ..... 11</p> <p>BAMBOU/CANE/PALME/TRONC ..... 12</p> <p>TERRE ..... 13</p> <p><b>MATÉRIAU RUDIMENTAIRE</b></p> <p>BAMBOU AVEC BOUE ..... 21</p> <p>PIERRES AVEC BOUE ..... 22</p> <p>ADOBE NON RECOUVERT ..... 23</p> <p>CONTRE-PLAQUÉ ..... 24</p> <p>CARTON ..... 25</p> <p>BOIS DE RÉCUPÉRATION ..... 26</p> <p><b>MATÉRIAU ÉLABORÉ</b></p> <p>CIMENT ..... 31</p> <p>PIERRES AVEC CHAUX/CIMENT ..... 32</p> <p>BRIQUES ..... 33</p> <p>BLOCS DE CIMENT ..... 34</p> <p>ADOBE RECOUVERT ..... 35</p> <p>PLANCHE EN BOIS ..... 36</p> <p>AUTRE ..... 96</p> <p align="center">(PRÉCISEZ)</p>									
155	<p>Je voudrais vérifier si le sel utilisé dans votre ménage est iodé. Puis-je avoir un peu de sel qui est utilisé pour cuisiner dans votre ménage ?</p> <p>TEST DU SEL POUR L'IODE.</p>	<p><b>SEL TESTÉ</b></p> <p>PRÉSENCE D'IODE ..... 4</p> <p>PAS D'IODE ..... 2</p> <p><b>SEL NON TESTÉ</b></p> <p>LE MÉNAGE UTILISE DU SEL MAIS IL N'Y A PAS DE SEL DANS LE MÉNAGE ..... 3</p> <p>LE MÉNAGE N'UTILISE PAS DE SEL ..... 4</p> <p>SEL NON TESTÉ ..... 6</p> <p align="center">(PRÉCISEZ LA RAISON)</p>									
156	NOTEZ L'HEURE.	<p>HEURES ..... <table border="1" style="display: inline-table; vertical-align: middle;"><tr><td style="width: 30px; height: 30px;"></td><td style="width: 30px; height: 30px;"></td></tr><tr><td style="width: 30px; height: 30px;"></td><td style="width: 30px; height: 30px;"></td></tr></table></p> <p>MINUTES ..... <table border="1" style="display: inline-table; vertical-align: middle;"><tr><td style="width: 30px; height: 30px;"></td><td style="width: 30px; height: 30px;"></td></tr><tr><td style="width: 30px; height: 30px;"></td><td style="width: 30px; height: 30px;"></td></tr></table></p>									