

ENQUETE DEMOGRAPHIQUE ET DE SANTE

QUESTIONNAIRE MENAGE

MINISTERE DE L'ECONOMIE ET DES FINANCES
-- BUCREP --

REPUBLIQUE DU CAMEROUN
Paix-Travail-Patrie

IDENTIFICATION	
PROVINCE _____	PROVINCE.....
DEPARTEMENT _____	STRATE.....
ARRONDIS./DISTRICT _____	ARRONDISSEMENT.....
VILLE/CANTON/GROUPEMENT _____	YAOUNDE/DOUALA = 1
VILLAGE _____	GAROUA/MAROUA/BAFOUSSAM/BAMENDA = 2
QUARTIER DE VILLE/LOCALITE _____	AUTRES VILLES = 3; RURAL = 4.....
NOM DU CHEF DE MENAGE _____	GRAPPE.....
	STRUCTURE.....
	MENAGE.....
MENAGE SELECTIONNE POUR UNE ENQUETE HOMME? (OUI = 1, NON = 2)..... <input type="checkbox"/>	

VISITES D'ENQUETEUR				
	1	2	3	VISITE FINALE
DATE	_____	_____	_____	JOUR <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
				MOIS <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
NON DE L'ENQUETEUR	_____	_____	_____	ANNEE 1 9 <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
RESULTAT*	_____	_____	_____	NOM <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
PROCHAINE VISITE:	_____	_____	_____	RESULTAT <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
DATE	_____	_____		NBRE. TOTAL DE VISITES <input type="checkbox"/>
HEURE	_____	_____		TOTAL DANS LE MENAGE <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
* CODES RESULTAT : 1 REMPLI 2 PAS DE MEMBRE DU MENAGE A LA MAISON OU PAS D'ENQUETE COMPETENT AU MOMENT DE LA VISITE 3 MENAGE TOTALEMENT ABSENT POUR UNE LONGUE PERIODE 4 DIFFERE 5 REFUSE 6 LOGEMENT VIDE OU PAS DE LOGEMENT A L'ADRESSE 7 LOGEMENT DETRUIT 8 LOGEMENT NON TROUVE 9 AUTRE _____ (préciser)				TOTAL DE FEMMES ELIGIBLES <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> TOT.D'HOMMES ELIGIBLES <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> N° DE LIGNE DE L'ENQUETE POUR LE QUEST. MENAGE <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>

CONTROLEUSE	CHEF D'EQUIPE	CONTROLE BUREAU	SAISI PAR
NOM _____ <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	NOM _____ <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
DATE _____	DATE _____		

TABEAU DE MENAGE
Maintenant nous voudrions des renseignements sur les personnes qui vivent habituellement dans votre ménage ou qui habitent chez vous actuellement.

N° ligne	RESIDENTS HABITUELS ET VISITEURS	LIEN AVEC CHEF DE MENAGE*	RESIDENCE		SEXE	AGE	EDUCATION		SURVIE ET RESIDENCE DES PARENTS***				ELI-GI-BILITE HOMMES	
			(4)	(5)			(6)	(7)	(8)	(9)	(10)	SI EN VIE		SI EN VIE
(1)	(2)	(3)	(4)	(5)	(6)	(7)	(8)	(9)	(10)	(11)	(12)	(13)	(14)	(15)
01	S'il vous plaît, donnez-moi le nom des personnes qui vivent habituellement dans votre ménage et des invités qui ont passé la nuit dernière ici, en commençant par le chef de ménage.	Quel est le lien de parenté de (NOM) avec le chef de ménage?	(NOM) a-t-il/elle dormi ici la nuit dernière?	(NOM) est-il de sexe masculin ou féminin?	Quel âge a (NOM)?	SI "NON" PASSER A Q. 11	SI A FREQUENTE ECOLE	SI A FREQUENTE ECOLE	Est-ce que la mère biologique de (NOM) est toujours en vie?	Est-ce que le père biologique de (NOM) est toujours en vie?	Est-ce que la mère biologique de (NOM) vit dans ce ménage? SI OUI: Quel est son nom? INSCRIRE LE NUMERO DE LA MERE	Est-ce que le père biologique de (NOM) vit dans ce ménage? SI OUI: Quel est son nom? INSCRIRE LE NUMERO DU PERE	ENTOURER LE NUMERO DE LIGNE DES HOMMES DE 15-59 ANS	ENTOURER LE NUMERO DE LIGNE DES FEMMES DE 15-49 ANS
02														
03														
04														
05														
06														
07														

N°	QUESTIONS ET FILTRES	CODES	PASSER A																					
16	D'où provient principalement l'eau que boivent les membres de votre ménage?	EAU DU ROBINET ROBINET DANS LE LOGEMENT.....11 ROBINET DANS LA COUR.....12 → 18 ROBINET DU VOISIN.....13 BORNE FONTAINE.....14 EAU DE PUIITS PUIITS A POMPE MANUELLE.....21 PUIITS SANS POMPE MANUELLE.....22 EAU DE SURFACE RIVIERE/SOURCE/MARIGOT.....31 EAU DE PLUIE.....41 → 18 AUTRE _____ 96 (PRECISER)																						
17	Combien de temps faut-il pour aller là-bas, prendre de l'eau et revenir?	MINUTES..... <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> SUR PLACE.....996																						
18	Quel genre de toilettes avez-vous dans votre ménage?	CHASSE D'EAU.....11 LATRINES LATRINES SOMMAIRES.....21 LATRINES AMELIOREES.....22 PAS DE TOILETTES/NATURE.....31 AUTRE _____ 96 (PRECISER)																						
19	Dans votre ménage, avez-vous? L'électricité? Une radio? Une télévision? Le téléphone? Un réfrigérateur? Un réchaud/cuisinière à gaz/électrique	<table border="0"> <thead> <tr> <th></th> <th>OUI</th> <th>NON</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>ELECTRICITE.....</td> <td>1</td> <td>2</td> </tr> <tr> <td>RADIO.....</td> <td>1</td> <td>2</td> </tr> <tr> <td>TELEVISION.....</td> <td>1</td> <td>2</td> </tr> <tr> <td>TELEPHONE.....</td> <td>1</td> <td>2</td> </tr> <tr> <td>REFRIGERATEUR.....</td> <td>1</td> <td>2</td> </tr> <tr> <td>RECHAUD/COUSINIERE.....</td> <td>1</td> <td>2</td> </tr> </tbody> </table>		OUI	NON	ELECTRICITE.....	1	2	RADIO.....	1	2	TELEVISION.....	1	2	TELEPHONE.....	1	2	REFRIGERATEUR.....	1	2	RECHAUD/COUSINIERE.....	1	2	
	OUI	NON																						
ELECTRICITE.....	1	2																						
RADIO.....	1	2																						
TELEVISION.....	1	2																						
TELEPHONE.....	1	2																						
REFRIGERATEUR.....	1	2																						
RECHAUD/COUSINIERE.....	1	2																						
20	Dans votre ménage, combien de pièces utilisez-vous pour dormir?	PIECES..... <input type="text"/> <input type="text"/>																						
21	PRINCIPAL MATERIAU DU PLANCHER ENREGISTRER L'OBSERVATION	PLANCHER NATUREL TERRE.....11 PLANCHER SOMMAIRE BOIS.....21 PLANCHER FINI CIMENT.....31 CARRELAGE.....32 AUTRE FINI.....33 AUTRE _____ 96 (PRECISER)																						

N°	QUESTIONS ET FILTRES	CODES		PASSER
				A
22	Y-a-t-il quelqu'un de votre ménage qui possède: Une bicyclette/vélo? Une moto/motocyclette? Une voiture?		OUI NON	
		BICYCLETTE/VELO.....1	2	
		MOTO/MOTOCYCLETTE.....1	2	
		VOITURE.....1	2	
23	Quel type de sel utilisez-vous généralement pour faire la cuisine dans votre ménage? (DEMANDER A VOIR LE PAQUET DE SEL)	SEL LOCAL.....01		
		SEL EMBALLE (IODE).....02		
		SEL EMBALLE (NON IODE).....03		
		SEL EMBALLE (IODE OU NON?).....04		
		SEL POUR ANIMAUX.....05		
		SEL EN VRAC.....06		
	AUTRE _____ 96			
	(PRECISER)			
24	TESTER LE SEL ET ENREGISTRER LE RESULTAT	TEST POSITIF (IODE).....1		
		TEST NEGATIF (NON IODE).....2		
		TEST INDETERMINE.....3		
		TEST NON FAIT/SEL NON DISPONIBLE.....8		