

REPUBLIQUE DU BENIN

ENQUETE DEMOGRAPHIQUE ET DE SANTE
QUESTIONNAIRE MENAGE

MINISTERE DU PLAN, DE LA
RESTRUCTURATION ECONOMIQUE
ET DE LA PROMOTION DE
L'EMPLOI

CONFIDENTIEL

IDENTIFICATION	
DEPARTEMENT _____	<div style="display: flex; flex-direction: column; align-items: center;"> <div style="border: 1px solid black; width: 40px; height: 40px; margin: 5px;"></div> <div style="border: 1px solid black; width: 40px; height: 40px; margin: 5px;"></div> <div style="border: 1px solid black; width: 40px; height: 40px; margin: 5px;"></div> <div style="border: 1px solid black; width: 40px; height: 40px; margin: 5px;"></div> <div style="border: 1px solid black; width: 40px; height: 40px; margin: 5px;"></div> <div style="border: 1px solid black; width: 40px; height: 40px; margin: 5px;"></div> </div>
SOUS-PREFECTURE/CIRCONS.URBAINE _____	
COMMUNE RURALE/URBAINE _____	
VILLAGE/QUARTIER _____	
NUMERO DE GRAPPE.....	
NUMERO DE STRUCTURE.....	
NUMERO DU MENAGE.....	<div style="display: flex; flex-direction: column; align-items: center;"> <div style="border: 1px solid black; width: 40px; height: 40px; margin: 5px;"></div> <div style="border: 1px solid black; width: 40px; height: 40px; margin: 5px;"></div> <div style="border: 1px solid black; width: 40px; height: 40px; margin: 5px;"></div> <div style="border: 1px solid black; width: 40px; height: 40px; margin: 5px;"></div> </div>
NOM DU CHEF DE MENAGE _____	

ENQUETE HOMME :

1 OUI

2 NON

NUMERO DE LIGNE DE LA PERSONNE INTERVIEWEE
POUR LE QUESTIONNAIRE MENAGE

--	--

VISITES D'ENQUETRIX														
	1	2	3	VISITE FINALE										
DATE				JOUR <table border="1" style="display: inline-table;"><tr><td style="width: 20px; height: 20px;"></td><td style="width: 20px; height: 20px;"></td></tr></table> MOIS <table border="1" style="display: inline-table;"><tr><td style="width: 20px; height: 20px;"></td><td style="width: 20px; height: 20px;"></td></tr></table> ANNEE <table border="1" style="display: inline-table;"><tr><td style="width: 20px; height: 20px;"></td><td style="width: 20px; height: 20px;"></td></tr></table> NOM <table border="1" style="display: inline-table;"><tr><td style="width: 20px; height: 20px;"></td><td style="width: 20px; height: 20px;"></td></tr></table> RESULTAT <table border="1" style="display: inline-table;"><tr><td style="width: 20px; height: 20px;"></td><td style="width: 20px; height: 20px;"></td></tr></table>										
NOM DE L'ENQUETRICE														
RESULTAT**														
PROCHAINE VISITE:	DATE			NBRE. TOTAL DE VISITES <table border="1" style="display: inline-table;"><tr><td style="width: 20px; height: 20px;"></td><td style="width: 20px; height: 20px;"></td></tr></table>										
	HEURE													
**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 DANS LE MENAGE <table border="1" style="display: inline-table;"><tr><td style="width: 20px; height: 20px;"></td><td style="width: 20px; height: 20px;"></td></tr></table> TOTAL DE FEMMES ELIGIBLES <table border="1" style="display: inline-table;"><tr><td style="width: 20px; height: 20px;"></td><td style="width: 20px; height: 20px;"></td></tr></table> TOTAL DES HOMMES ELIGIBLES <table border="1" style="display: inline-table;"><tr><td style="width: 20px; height: 20px;"></td><td style="width: 20px; height: 20px;"></td></tr></table>										

QUESTIONNAIRE FRANCAIS.....

LANGUE DE L'INTERVIEW ***.....

INTERPRETE : OUI (=1) NON (=2)

*** CODES LANGUES : 1 FRANCAIS, 2 ADJA 3 BARIBA 4 FON 5 DENDI 6 DITAMARI 7 YORUBA 8 AUTRE

1

CONTROLEUSE NOM _____ DATE _____	CHEF D'EQUIPE NOM _____ DATE _____	CONTROLE BUREAU _____	SAISI PAR _____
--	--	--------------------------	--------------------

TABLEAU DE MENAGE

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

N° DE LIGNE	RESIDENTS HABITUELS ET VISITEURS	LIEN AVEC LE CHEF DE MENAGE*	RESIDENCE		SEXE	AGE	EDUCATION			SURVIE ET RESIDENCE DES PARENTS POUR LES PERSONNES DE MOINS DE 15 ANS***				ELIGI- BILITE FEMME	ELIGI- BILITE HOMME		
			(NOM) vit-il /elle ici d'ha- bitude?	(NOM) a-t-il /elle dormi ici la nuit der- nière?			(NOM) est-il de sexe mascu- lin ou fémi- nin?	Quel âge a (NOM)?	(NOM) a-t-il /elle fré- quenté l'éco- le?	SI A FREQUENTE L'ECOLE		Est-ce que la mère biologique de (NOM) est toujours en vie?	SI EN VIE			Est-ce que le père biologique de (NOM) est toujours en vie?	SI EN VIE
										Quel est le plus haut niveau d'études que (NOM) a atteint?	SI AGE DE MOINS DE 25 ANS						
(1)	(2)	(3)	(4)	(5)	(6)	(7)	(8)	(9)	(10)	(11)	(12)	(13)	(14)	(15a)	(15b)		
	S'il vous plaît, donnez-moi le nom des personnes qui vivent habituelle- ment dans votre ménage et des visiteurs qui ont passé la nuit der- nière ici, en commençant par le chef de ménage.	Quel est le lien de parenté de (NOM) avec le chef de ménage?				Quel âge a (NOM)?											
			OUI NON	OUI NON	H F	EN ANS.	OUI NON	NIVEAU CLASSE	OUI NON	OUI NON NSP		OUI NON NSP					
01			1 2	1 2	1 2		1 2		1 2	1 2 8		1 2 8		01	01		
02			1 2	1 2	1 2		1 2		1 2	1 2 8		1 2 8		02	02		
03			1 2	1 2	1 2		1 2		1 2	1 2 8		1 2 8		03	03		
04			1 2	1 2	1 2		1 2		1 2	1 2 8		1 2 8		04	04		
05			1 2	1 2	1 2		1 2		1 2	1 2 8		1 2 8		05	05		
06			1 2	1 2	1 2		1 2		1 2	1 2 8		1 2 8		06	06		
07			1 2	1 2	1 2		1 2		1 2	1 2 8		1 2 8		07	07		

LIGNE (1)	RESIDENTS/VISITEURS (2)	LIEN / CHEF (3)	RESIDENCE (4) (5)		SEXE (6)	AGE (7)	EDUCATION (8) (9)		(10)	SURVIE ET RESIDENCE DES PARENTS (11) (12) (13) (14)				ELIG. (15a)	ELIG. (15b)	
			OUI NON	OUI NON	H F	EN ANS.	OUI NON	NIVEAU CLASSE	OUI NON	OUI NON NSP		OUI NON NSP				
08		<input type="checkbox"/>	1 2	1 2	1 2	<input type="checkbox"/>	1 2	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	1 2	1 2 8	<input type="checkbox"/>	1 2 8	<input type="checkbox"/>	08	08
09		<input type="checkbox"/>	1 2	1 2	1 2	<input type="checkbox"/>	1 2	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	1 2	1 2 8	<input type="checkbox"/>	1 2 8	<input type="checkbox"/>	09	09
10		<input type="checkbox"/>	1 2	1 2	1 2	<input type="checkbox"/>	1 2	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	1 2	1 2 8	<input type="checkbox"/>	1 2 8	<input type="checkbox"/>	10	10
11		<input type="checkbox"/>	1 2	1 2	1 2	<input type="checkbox"/>	1 2	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	1 2	1 2 8	<input type="checkbox"/>	1 2 8	<input type="checkbox"/>	11	11
12		<input type="checkbox"/>	1 2	1 2	1 2	<input type="checkbox"/>	1 2	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	1 2	1 2 8	<input type="checkbox"/>	1 2 8	<input type="checkbox"/>	12	12
13		<input type="checkbox"/>	1 2	1 2	1 2	<input type="checkbox"/>	1 2	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	1 2	1 2 8	<input type="checkbox"/>	1 2 8	<input type="checkbox"/>	13	13
14		<input type="checkbox"/>	1 2	1 2	1 2	<input type="checkbox"/>	1 2	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	1 2	1 2 8	<input type="checkbox"/>	1 2 8	<input type="checkbox"/>	14	14

COCHER ICI SI UNE AUTRE FEUILLE EST UTILISEE ☐

NOMBRE TOTAL DE FEMMES ELIGIBLES ☐

NOMBRE TOTAL D'HOMMES ELIGIBLES ☐

Juste pour être sûr que j'ai une liste complète:

1) Y a-t-il d'autres personnes telles que des petits enfants ou des nourrissons que nous n'avons pas portés sur la liste? OUI ☐ → INSCRIRE CHACUN(E) DANS LE TABLEAU NON ☐

2) De plus, y-a-t-il d'autres personnes qui ne sont peut-être pas membres de votre famille tels que des domestiques, des locataires ou des amis qui vivent habituellement ici? OUI ☐ → INSCRIRE CHACUN(E) DANS LE TABLEAU NON ☐

3) 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 listées? OUI ☐ → INSCRIRE CHACUN(E) DANS LE TABLEAU NON ☐

* CODES POUR Q.3 : LIEN DE PARENTE AVEC LE CHEF DE MENAGE

01= CHEF DE MENAGE
02= FEMME OU MARI
03= FILS OU FILLE
04= GENDRE OU BELLE-FILLE
05= PETIT-FILS OU -FILLE
06= PERE OU MERE
07= BEAU-PERE OU BELLE-MERE

08= FRERE OU SOEUR
09= CO-EPOUSE
10= AUTRES PARENTS
11= ENFANTS ADOPTES
12= ENFANTS CONFIES
13= SANS PARENTE
98= NSP

** CODES POUR Q.9

NIVEAU D'EDUCATION:

1= MATERNELLE
2= PRIMAIRE
3= SECONDAIRE
4= SUPERIEUR
8= NSP

*** Q.11 A Q.14 :

CES QUESTIONS CONCERNENT LES PARENTS BIOLOGIQUES DE L'ENFANT. NOTER 91 SI LES PARENTS NE SONT PAS MEMBRES DU MENAGE MAIS VIVENT DANS LA LOCALITE; 92: VIVENT DANS UNE AUTRE LOCALITE DU BENIN 93: VIVENT A L'ETRANGER

CONDITIONS DE VIE DU MENAGE

N°	QUESTIONS ET FILTRES	CODES	PASSER A
16	Maintenant je voudrais vous poser quelques questions sur votre ménage. D'où provient l'eau que boivent les membres de votre ménage?	EAU DU ROBINET EAU COURANTE A LA MAISON.....11 EAU COURANTE AILLEURS.....12 ROBINET PUBLIC/BORNE FONTAINE....13 EAU DE Puits FORAGE EQUIPE DE POMPE.....21 Puits BUSE OU PROTEGE.....22 Puits NON PROTEGE.....23 EAU DE SURFACE SOURCE AMENAGE.....31 RIVIERE/MARIGOT/MARE.....32 EAU DE PLUIE DANS UNE CITERNE....41 AUTRE EAU DE PLUIE.....42 CAMION CITERNE.....51 EAU EN BOUTEILLE.....61 AUTRE.....96 (Préciser)	17 17
16B	Quel est la distance entre cette source et votre maison?	LIEU D'HABITATION.....1 MOINS DE 1KM.....2 PLUS DE 1KM.....3 NE SAIT PAS.....8	
17	Quel genre de toilettes y a-t-il dans votre ménage?	FOSSE/LATRINES LATRINE COUVERTE.....21 LATRINE NON COUVERTE.....22 FOSSE SEPTIQUE FOSSE ETANCHE.....23 PAS DE TOILETTES/NATURE.....31 AUTRE.....96 (Préciser)	
18	Moyens énergétiques de cuisson	BOIS11 CHARBON DE BOIS.....21 ELECTRICITE.....31 GAZ.....41 PETROLE.....51 AUTRE.....96 (Préciser)	
19	Moyens énergétiques d'éclairage	ELECTRICITE.....11 PETROLE.....21 GAZ.....22 HUILE.....31 AUTRE.....96 (Préciser)	
20	Dans votre ménage, combien de pièces utilisez-vous pour dormir?	PIECES.....	<input type="text"/> <input type="text"/>
21	Dans votre ménage avez-vous L'électricité ? Un poste radio ? Un poste téléviseur ? Un réfrigérateur ? Une bicyclette Une mobylette ou motocyclette ? Une voiture/camion/ camionnette ? Une pirogue?	OUI NON ELECTRICITE.....1 2 RADIO.....1 2 TELEVISEUR.....1 2 REFRIGERATEUR.....1 2 BICYCLETTE.....1 2 MOBYLETTE/MOTOCYLETTE.....1 2 VOITURE/CAMION/CAMIONNETTE..1 2 PIROGUE.....1 2	
23	Evacuation des eaux usées (au niveau du ménage)	CANIVEAU.....11 FOSSE SEPTIQUE.....21 DANS LA NATURE.....31 DANS LA COUR.....41 AUTRE.....96 (Préciser)	
24	Evacuation des ordures ménagères	VOIRIE PUBLIQUE OU PRIVEE.....11 ENTERREES.....21 DANS LA NATURE.....31 BRULAGE.....41 AUTRE.....96 (Préciser)	

CARACTERISTIQUES DE L'HABITATION

25	Statut d'occupation Est-ce que vous êtes : propriétaire, locataire ou en propriété familiale ou quelque chose d'autre ?	PROPRIETAIRE.....11 LOCATAIRE.....21 PROPRIETE FAMILIALE.....31 AUTRE.....96 (Préciser)
26	Nature du toit ENREGISTRER L'OBSERVATION	TOLE11 TUILE21 TERRE.....31 PAILLE.....41 AUTRE.....96 (Préciser)
27	Nature du sol ENREGISTRER L'OBSERVATION	CIMENT.....11 TERRE.....21 BOIS.....31 AUTRE.....96 (Préciser)
28	Nature des murs ENREGISTRER L'OBSERVATION	BRIQUE OU PIERRE.....11 TERRE.....21 BAMBOU.....31 SEMI-DUR.....41 AUTRE.....96 (Préciser)
29a	nous voudrions vérifier si le sel que vous utilisez contient de l'iode ou pas. Pouvez-vous voir un échantillon du sel que vous utilisez pour votre cuisine? ENQUETRIX: TESTER LE SEL	RESULTAT DU TEST SEL IODE.....1 NON IODE.....2 PAS DE SEL A LA MAISON.....3 → FIN
29b	TYPE DE SEL ? ENREGISTRER L'OBSERVATION	TYPE DE SEL SEL FIN1 SEL GRANULE (DOUX OU DUR).....2 SEL EN MORCEAUX.....3 AUTRE.....6 (Préciser)
29c	VERIFIEZ SI LE RECIPIENT QUI CONTIENT LE SEL EST FERME OU OUVERT?	CONSERVATION DU SEL RECIPIENT FERME.....1 RECIPIENT OUVERT.....2 AUTRE.....6 (Préciser)