

CBMS Database / Repository Information Sheet

B E N I N



Project Title: Community Based Monitoring System (CBMS) Benin

Administrative Information:

Project Leader: Dr. Marie Odile Attanasso
Address: 03 BP 2200 Cotonou
E-mail: mattanasso@yahoo.fr

I. Project Abstract

The Republic of Benin is situated in West Africa. The economic growth of Benin between 1960 and 1999, like that of the majority of the third world, was characterized by a saw tooth evolution. A diagnostic of the Beninese economy reveals a weakness of growth incapable of reducing poverty, the major economic policy objective. From a financial point of view, more than one in two Beninese is poor or vulnerable to poverty. Into this Beninese national context came the Poverty Reduction Strategy Paper (PRSP). The PRSP defined strategies for strong and sustainable growth and was adopted to put in place said strategies. To permit a real undertaking of the process and a real capitalization on the results, it is indispensable that local communities be associated at every step of the monitoring/evaluation of the PRSP. For this reason, the participation of the target populations will be preferred during the monitoring/evaluation process. For the above reasons, the CBMS-Benin proposes, in a context of decentralization, to observe the living conditions of populations in relatively limited groups (like those of the communes and/or the municipalities of the country).

II. Project objectives

The objective of the CBMS in Benin is to provide the local authorities with information on all the households of the locality so as to monitor their living conditions and to better define local strategies of combating poverty.

The specific objectives are:

- to provide knowledge of the characteristics of the households,
- to define the local development strategies,
- to provide the local authorities with a data base on the living conditions of the households, and
- provide the local authorities with a decision-making tool.

III. Database information sheet

Pilot/Extension area(s): Source of data	13th District of Cotonou District of Mèdédjonou of Adjarra District of Adogbé of Cové
Reference year for which the data was taken:	2005 and 2006
Database information : Number of observation: Number of variables: Format: Software used to store/retrieve information from the database:	Households: 12,337 (2005) 3,849 (2006) Individuals: 40,130 (2005) 17,983 (2006) 49 variables (see list of variables) ASCII (encoded using CSPPro) SPSS

IV. List of Indicators/Variables

SOCIO-DEMOGRAPHIC VARIABLES

1. Number of households
2. Distribution by gender
3. Distribution by age
4. Relationship of the members of the household to the household head
5. Nationality
6. Educational level
7. Koranic teaching
8. Type of school attended
9. Language spoken at the house
10. Reason for non-attendance to school or stopping of studies
11. Elimination of illiteracy
12. Language in which the populations are educated
13. Matrimonial status
14. Ethnicity
15. Religion
16. Reasons for the presence of the household in the locality

CHARACTERISTICS OF THE DWELLING AND THE INHERITANCE OF THE HOUSEHOLDS

17. Type of dwelling of the households
18. Construction materials of the walls of the dwellings
19. Type of roof of the dwellings
20. Number of rooms of the dwellings
21. Mode of lighting of the dwellings
22. Access of the households to water
23. Energy used in the kitchen
24. Evacuation of household wastes
25. Evacuation of waste water
26. Mode of relieving oneself
27. Status of occupation in the dwellings
28. Inheritance of the households

SOCIO-COMMUNITY INFRASTRUCTURES

29. Service and education infrastructures de service et d'éducation
30. Socio-community infrastructures
31. Health infrastructures of the different areas

HEALTH

32. Most common illnesses of children
33. Principal health problems by order of importance

POVERTY

34. Definition of poverty according to the households
35. Estimate of the standard of living according to the household's income
36. Estimate of the poverty bracket to which the households belong
37. Current financial situation of the household
38. Perception of the evolution of the standard of living of the households during the past year (last 12 months)
39. Perception of the evolution of the standard of living of the population of Benin during the past year (last 12 months) by the households of the 13th district
40. Estimate of the minimum amount needed per month in order to live
41. Stability of the households' income
42. Information of the households on the DSRP
43. Participation of the households to the development of the DSRP
44. Evaluation of the policies implemented for poverty reduction
45. Satisfaction of the minimum needs of the households
46. Estimate of the minimum needs to have proper living conditions
47. Social integration
48. Follow-up of information
49. Security

REPUBLIQUE DU BENIN

MAIRIE DE COTONOU
Service d'Appui aux Initiatives
Communautaires (SAIC)

MIMAP BENIN
Système de Suivi
Communautaire de la Pauvreté
(SSCP)

**Enquête sur les Conditions d'Existence des Ménages de
l'arrondissement de Houénoussou
Cotonou Bénin**

ECEM

**Questionnaire de base et Dossier ménage
Caractéristique de l'Habitat
Patrimoine - Fiche ménage**

A. IDENTIFICATION

A1. Département -----
A2. Commune -----
A3. Arrondissement -----
A4. Quartier de ville -----
A5. Zone -----
A6. Zone de dénombrement -----
A7. Numéro du ménage -----
A8. Nom et Prénom du Chef du ménage -----
A9. Résultat de l'interview

- 1-Rempli avec le ménage sélectionné
2- Rempli avec remplacement - refus
3- Rempli avec le remplacement - non trouvé
4- Incomplet

CODE

□ □

□ □

□ □

□ □

□ □

□ □

□ □ □ □ □ □ □ □

□

B. CONTROLE

B1. Date de l'enquête -----
B2. Nom et prénoms de l'enquêteur -----

B3. Date du contrôle -----
B4. Nom et prénoms du contrôleur -----
B5. Nom de l'opératrice de saisie -----

REPUBLIQUE DU BENIN

MAIRIE DE COTONOU
Service d'Appui aux Initiatives
Communautaires (SAIC)

MIMAP BENIN
Système de Suivi
Communautaire de la Pauvreté
(SSCP)

**Enquête sur les Conditions d'Existence des Ménages de
l'arrondissement de Houénoussou
Cotonou Bénin**

ECEM

**Module Communautaire
Infrastructures socio-communautaires**

A. IDENTIFICATION

A1. Département -----
A2. Commune -----
A3. Arrondissement -----
A4. Quartier de ville -----
A5. Zone -----
A6. Zone de dénombrement -----
A7. Nom et Prénom du Chef du quartier -----
A8. Résultat de l'interview

- 1-Rempli avec le chef du quartier sélectionné
2- Rempli avec remplacement - refus
3- Rempli avec le remplacement - non trouvé
4- Incomplet

CODE

B. CONTROLE

B1. Date de l'enquête -----
B2. Nom et prénoms de l'enquêteur -----

B3. Date du contrôle -----
B4. Nom et prénoms du contrôleur -----
B5. Nom de l'opératrice de saisie -----

REPUBLIQUE DU BENIN

MAIRIE DE COTONOU
Service d'Appui aux Initiatives
Communautaires (SAIC)

MIMAP BENIN
Système de Suivi
Communautaire de la Pauvreté
(SSCP)

**Enquête sur les Conditions d'Existence des Ménages de
l'arrondissement de Houénoussou
Cotonou Bénin**

ECEM

DENOMBREMENT DES MENAGES DES QUARTIERS RETENUS

A. IDENTIFICATION

A1. Département -----
A2. Commune -----
A3. Arrondissement -----
A4. Quartier de ville -----
A5. Zone -----
A6. Zone de dénombrement -----

CODE

B. CONTROLE

B1. Nom et prénoms de l'enquêteur -----

B2. Date du contrôle -----
B3. Nom et prénoms du contrôleur -----
B4. Nom de l'opératrice de saisie -----

FICHE COMMUNAUTAIRE

MIMAP/SSCP/MAIRIE DE COTONOU/SAIC	CONFIDENTIALITE
MODULE COMMUNAUTAIRE	<i>Les renseignements individuels contenus dans ce questionnaire sont confidentiels. Les résultats seront publiés sous forme anonyme conformément à l'article 25 de la loi 99-014 du 12-04-2000 portant création, organisation et fonctionnement du Conseil National de la Statistique</i>

IDENTIFICATION	
DÉPARTEMENT: _____	
Commune: _____	
Arrondissement: _____	
QUARTIER : _____	
PERSONNES ENQUÊTÉES	

CODES : **NOMBRE** **FONCTION/TITRE**










1-CHEF DE QUARTIER	HOMMES	[]
2- MAIRE		
3- PERSONNEL DE SANTÉ	FEMMES	[]
4- RESPONSABLE EDUCATION		
5- RESPONSABLE RELIGIEUX		
6- MEMBRE ASSOCIATION DE FEMMES		
7- AUTRE		







SECTION 1 : CARACTÉRISTIQUES GÉNÉRALES










N°.	QUESTIONS	CODES
101	Est-ce que (NOM DU LIEU D'ENQUÊTE) est connectée au réseau de distribution d'eau?	OUI1 NON 2
101A	Quelle est la principale source d'eau que les habitants de (NOM DU LIEU D'ENQUÊTE) utilisent pour boire?	EAU DU ROBINET DU RÉSEAU SBEE01 PUITS PROTÉGÉ/FORAGE/ HYDRAULIQUE VILLAGEOISE02 PUITS OUVERT (NON PROTÉGÉ)03 SOURCE04 FLEUVE/RIVIÈRE05 MARE/LAC06 EAU DE PLUIE07 AUTRE 99
102	Quel genre de toilettes la majorité des habitants de (NOM DU LIEU D'ENQUÊTE) utilisent?	W.C. MODERNES AVEC CHASSE D'EAU1 LATRINES AMÉLIORÉES2 FOSSES RUDIMENTAIRES3 PAS DE TOILETTES /NATURE4 AUTRE9
103	Comment sont évacuées les eaux usées de la majorité des logements de (NOM DU LIEU D'ENQUÊTE)?	SYSTÈME D'ÉGOUTS FERMÉS1 ÉGOUTS À CIEL OUVERT2 FOSSE SEPTIQUE3 DANS LA NATURE4 AUTRE9
104	Est-ce que (NOM DU LIEU D'ENQUÊTE) est desservie par un service de ramassage des ordures?	OUI1 NON2
104A	Comment sont évacuées les ordures ménagères de la majorité des logements de (NOM DU LIEU D'ENQUÊTE)?	ENTERRÉES1 BRÛLÉES2 POUBELLES ET RAMASSAGE3 JETÉES DANS LA NATURE/DEHORS4 AUTRE9
105	Est-ce que (NOM DU LIEU D'ENQUÊTE) est reliée au réseau électrique de la SBEE?	OUI1 NON2
105A	Quel est le principal mode d'éclairage de (NOM DU LIEU D'ENQUÊTE)?	ÉLECTRICITÉ SBEE1 GROUPE ÉLECTROGÈNE2 AUTRE SOURCE D'ÉLECTRICITÉ3 AUTRE9

COMPLÉTER CE TABLEAU À PARTIR DE VOS OBSERVATIONS ET DES INFORMATIONS OBTENUES

	<p>106 DISTANCE (EN KILOMÈTRES) ENTRE LE LIEU D'ENQUÊTE ET LA LOCALITÉ LA PLUS PROCHE POSSÉDANT LE SERVICE. SI LE SERVICE SE TROUVE SUR LE LIEU D'ENQUÊTE, NOTER '96'. NOTER '95' POUR 95 KILOMÈTRES ET +. NOTER '00' SI MOINS D'UN KILOMÈTRE.</p>	<p>107 MOYEN DE DÉPLACEMENT LE PLUS UTILISÉ PAR LES HABITANTS DU LIEU D'ENQUÊTE POUR SE RENDRE À LA LOCALITÉ LA PLUS PROCHE POSSÉDANT LE SERVICE.</p>	<p>108 TEMPS NÉCESSAIRE POUR SE RENDRE À LA LOCALITÉ LA PLUS PROCHE POSSÉDANT LE SERVICE PAR LE MOYEN DE DÉPLACEMENT LE PLUS UTILISÉ. SI PLUS DE 90 MINUTES, NOTER EN HEURES. NOTER '24' POUR 24 HEURES ET PLUS.</p>
<p>01 ÉCOLE PRIMAIRE</p>	<p><input type="text"/> <input type="text"/> SI '96' PASSER À 02 KILOMÈTRES</p>	<p>VOITURE/CAMION1 MOTO/MOBYLETTE.....2 BARQUE/PIROGUE3 TRAIN.....4 À PIED.....5 AUTRE9</p>	<p>MINUTES 1 <input type="text"/> <input type="text"/> HEURES 2 <input type="text"/> <input type="text"/> TM 02</p>
<p>02 ÉCOLE SECONDAIRE OU TECHNIQUE 1^{er} CYCLE</p>	<p><input type="text"/> <input type="text"/> SI '96' PASSER À 03 KILOMÈTRES</p>	<p>VOITURE/CAMION1 MOTO/MOBYLETTE.....2 BARQUE/PIROGUE3 TRAIN.....4 À PIED.....5 AUTRE9</p>	<p>MINUTES 1 <input type="text"/> <input type="text"/> HEURES .2 <input type="text"/> <input type="text"/> TM 03</p>
<p>03 ÉCOLE SECONDAIRE OU TECHNIQUE 2nd CYCLE</p>	<p><input type="text"/> <input type="text"/> SI '96' PASSER À 04 KILOMÈTRES</p>	<p>VOITURE/CAMION1 MOTO/MOBYLETTE.....2 BARQUE/PIROGUE3 TRAIN.....4 À PIED.....5 AUTRE9</p>	<p>MINUTES 1 <input type="text"/> <input type="text"/> HEURES .2 <input type="text"/> <input type="text"/> TM 04</p>
<p>04 MARCHÉ</p>	<p><input type="text"/> <input type="text"/> SI '96' PASSER À 05 KILOMÈTRES</p>	<p>VOITURE/CAMION1 MOTO/MOBYLETTE.....2 BARQUE/PIROGUE3 TRAIN.....4 À PIED.....5 AUTRE9</p>	<p>MINUTES 1 <input type="text"/> <input type="text"/> HEURES .2 <input type="text"/> <input type="text"/> TM 05</p>
<p>05 BOUTIQUE</p>	<p><input type="text"/> <input type="text"/> SI '96' PASSER À 06 KILOMÈTRES</p>	<p>VOITURE/CAMION1 MOTO/MOBYLETTE.....2 BARQUE/PIROGUE3 TRAIN.....4 À PIED.....5 AUTRE9</p>	<p>MINUTES 1 <input type="text"/> <input type="text"/> HEURES .2 <input type="text"/> <input type="text"/> TM 06</p>
<p>06 SERVICE RÉGULIER DE TRANSPORT EN COMMUN</p>	<p><input type="text"/> <input type="text"/> SI '96' PASSER À 201 KILOMÈTRES</p>	<p>VOITURE/CAMION1 MOTO/MOBYLETTE.....2 BARQUE/PIROGUE3 TRAIN.....4 À PIED.....5 AUTRE9</p>	<p>MINUTES 1 <input type="text"/> <input type="text"/> HEURES .2 <input type="text"/> <input type="text"/> TM Q201</p>

	201	202	203	204	205	206	207																																																												
	Où se trouve (NOM DU SERVICE) le plus proche?	À combien de kilomètres se trouve (NOM DU SERVICE) le plus proche? NOTER '95' POUR 95 KILOMÈTRES ET +. SI LE SERVICE SE TROUVE SUR LE LIEU D'ENQUÊTE, NOTER '96' ET PASSER À Q.205	Quel est le moyen de déplacement le plus utilisé par les habitants de (NOM DU LIEU D'ENQUÊTE) pour se rendre (NOM DU SERVICE) le plus proche ?	Combien de temps faut-il pour se rendre à (NOM DU SERVICE) le plus proche par le moyen de déplacement le plus utilisé?	(NOM DU SERVICE) le plus proche est-il public, privé ou para-public?	(NOM DU SERVICE) le plus proche assure-t-il?	À (NOM DU SERVICE) le plus proche peut-on se procurer?																																																												
01 HÔPITAL/C ENTRE MÉDICAL/C ENTREDE SANTÉ	_____ (NOM DE LOCALITÉ/ QUARTIER)	 KILOMÈTRES	VOITURE/CAMION1 MOTO/MOBYLETTE2 BARQUE/PIROGUE3 TRAIN4 À PIED5 AUTRE9	MINUTES 1  HEURES..2  SI PLUS DE 90 MINUTES, NOTER EN HEURES. NOTER '24' POUR 24 H. ET PLUS.	PUBLIC.....1 PARA-PUBLIC.....2 PRIVÉ.....3	<table border="0"> <tr><td></td><td>OUI</td><td>NON</td><td>NSP</td></tr> <tr><td>SUIVI DES FEMMES</td><td>.....1</td><td>.....2</td><td>.....8</td></tr> <tr><td>ACCOUCHEMENT</td><td>.....1</td><td>.....2</td><td>.....8</td></tr> <tr><td>SUIVI DES ENFANTS</td><td>.....1</td><td>.....2</td><td>.....8</td></tr> <tr><td>VACCINATIONS</td><td>.....1</td><td>.....2</td><td>.....8</td></tr> <tr><td>SOINS CURATIFS</td><td>.....1</td><td>.....2</td><td>.....8</td></tr> <tr><td>ÉDUCATION SANTÉ/ NUTRITION</td><td>.....1</td><td>.....2</td><td>.....8</td></tr> </table>		OUI	NON	NSP	SUIVI DES FEMMES128	ACCOUCHEMENT128	SUIVI DES ENFANTS128	VACCINATIONS128	SOINS CURATIFS128	ÉDUCATION SANTÉ/ NUTRITION128	<table border="0"> <tr><td></td><td>OUI</td><td>NON</td><td>NSP</td></tr> <tr><td>SRO</td><td>.....1</td><td>.....2</td><td>.....8</td></tr> <tr><td>REMÈDES TOUX</td><td>.....1</td><td>.....2</td><td>.....8</td></tr> <tr><td>REMÈDES FIÈVRE</td><td>.....1</td><td>.....2</td><td>.....8</td></tr> <tr><td>REMÈDES VERS</td><td>.....1</td><td>.....2</td><td>.....8</td></tr> <tr><td>ANTIBIOTIQUES</td><td>.....1</td><td>.....2</td><td>.....8</td></tr> <tr><td>ANTI-PALUDÉENS</td><td>.....1</td><td>.....2</td><td>.....8</td></tr> <tr><td>CONDOM</td><td>.....1</td><td>.....2</td><td>.....8</td></tr> </table>		OUI	NON	NSP	SRO128	REMÈDES TOUX128	REMÈDES FIÈVRE128	REMÈDES VERS128	ANTIBIOTIQUES128	ANTI-PALUDÉENS128	CONDOM128
	OUI	NON	NSP																																																																
SUIVI DES FEMMES128																																																																
ACCOUCHEMENT128																																																																
SUIVI DES ENFANTS128																																																																
VACCINATIONS128																																																																
SOINS CURATIFS128																																																																
ÉDUCATION SANTÉ/ NUTRITION128																																																																
	OUI	NON	NSP																																																																
SRO128																																																																
REMÈDES TOUX128																																																																
REMÈDES FIÈVRE128																																																																
REMÈDES VERS128																																																																
ANTIBIOTIQUES128																																																																
ANTI-PALUDÉENS128																																																																
CONDOM128																																																																
02 CENTRE SMI	_____ (NOM DE LOCALITÉ/ QUARTIER)	 KILOMÈTRES	VOITURE/CAMION1 MOTO/MOBYLETTE2 BARQUE/PIROGUE3 TRAIN4 À PIED5 AUTRE9	MINUTES 1  HEURES..2  SI PLUS DE 90 MINUTES, NOTER EN HEURES. NOTER '24' POUR 24 H. ET PLUS.	PUBLIC.....1 PARA-PUBLIC.....2 PRIVÉ.....3	<table border="0"> <tr><td></td><td>OUI</td><td>NON</td><td>NSP</td></tr> <tr><td>SUIVI DES FEMMES</td><td>.....1</td><td>.....2</td><td>.....8</td></tr> <tr><td>ACCOUCHEMENT</td><td>.....1</td><td>.....2</td><td>.....8</td></tr> <tr><td>SUIVI DES ENFANTS</td><td>.....1</td><td>.....2</td><td>.....8</td></tr> <tr><td>VACCINATIONS</td><td>.....1</td><td>.....2</td><td>.....8</td></tr> <tr><td>SOINS CURATIFS</td><td>.....1</td><td>.....2</td><td>.....8</td></tr> <tr><td>ÉDUCATION SANTÉ/ NUTRITION</td><td>.....1</td><td>.....2</td><td>.....8</td></tr> </table>		OUI	NON	NSP	SUIVI DES FEMMES128	ACCOUCHEMENT128	SUIVI DES ENFANTS128	VACCINATIONS128	SOINS CURATIFS128	ÉDUCATION SANTÉ/ NUTRITION128	<table border="0"> <tr><td></td><td>OUI</td><td>NON</td><td>NSP</td></tr> <tr><td>SRO</td><td>.....1</td><td>.....2</td><td>.....8</td></tr> <tr><td>REMÈDES TOUX</td><td>.....1</td><td>.....2</td><td>.....8</td></tr> <tr><td>REMÈDES FIÈVRE</td><td>.....1</td><td>.....2</td><td>.....8</td></tr> <tr><td>REMÈDES VERS</td><td>.....1</td><td>.....2</td><td>.....8</td></tr> <tr><td>ANTIBIOTIQUES</td><td>.....1</td><td>.....2</td><td>.....8</td></tr> <tr><td>ANTI-PALUDÉENS</td><td>.....1</td><td>.....2</td><td>.....8</td></tr> <tr><td>CONDOM</td><td>.....1</td><td>.....2</td><td>.....8</td></tr> </table>		OUI	NON	NSP	SRO128	REMÈDES TOUX128	REMÈDES FIÈVRE128	REMÈDES VERS128	ANTIBIOTIQUES128	ANTI-PALUDÉENS128	CONDOM128
	OUI	NON	NSP																																																																
SUIVI DES FEMMES128																																																																
ACCOUCHEMENT128																																																																
SUIVI DES ENFANTS128																																																																
VACCINATIONS128																																																																
SOINS CURATIFS128																																																																
ÉDUCATION SANTÉ/ NUTRITION128																																																																
	OUI	NON	NSP																																																																
SRO128																																																																
REMÈDES TOUX128																																																																
REMÈDES FIÈVRE128																																																																
REMÈDES VERS128																																																																
ANTIBIOTIQUES128																																																																
ANTI-PALUDÉENS128																																																																
CONDOM128																																																																
03 DISPEN- SAIRE	_____ (NOM DE LOCALITÉ/ QUARTIER)	 KILOMÈTRES	VOITURE/CAMION1 MOTO/MOBYLETTE2 BARQUE/PIROGUE3 TRAIN4 À PIED5 AUTRE9	MINUTES 1  HEURES..2  SI PLUS DE 90 MINUTES, NOTER EN HEURES. NOTER '24' POUR 24 H. ET PLUS.	PUBLIC.....1 PARA-PUBLIC.....2 PRIVÉ.....3	<table border="0"> <tr><td></td><td>OUI</td><td>NON</td><td>NSP</td></tr> <tr><td>SUIVI DES FEMMES</td><td>.....1</td><td>.....2</td><td>.....8</td></tr> <tr><td>SUIVI DES ENFANTS</td><td>.....1</td><td>.....2</td><td>.....8</td></tr> <tr><td>VACCINATIONS</td><td>.....1</td><td>.....2</td><td>.....8</td></tr> <tr><td>SOINS CURATIFS</td><td>.....1</td><td>.....2</td><td>.....8</td></tr> <tr><td>ÉDUCATION SANTÉ/ NUTRITION</td><td>.....1</td><td>.....2</td><td>.....8</td></tr> </table>		OUI	NON	NSP	SUIVI DES FEMMES128	SUIVI DES ENFANTS128	VACCINATIONS128	SOINS CURATIFS128	ÉDUCATION SANTÉ/ NUTRITION128	<table border="0"> <tr><td></td><td>OUI</td><td>NON</td><td>NSP</td></tr> <tr><td>SRO</td><td>.....1</td><td>.....2</td><td>.....8</td></tr> <tr><td>REMÈDES TOUX</td><td>.....1</td><td>.....2</td><td>.....8</td></tr> <tr><td>REMÈDES FIÈVRE</td><td>.....1</td><td>.....2</td><td>.....8</td></tr> <tr><td>REMÈDES VERS</td><td>.....1</td><td>.....2</td><td>.....8</td></tr> <tr><td>ANTIBIOTIQUES</td><td>.....1</td><td>.....2</td><td>.....8</td></tr> <tr><td>ANTI-PALUDÉENS</td><td>.....1</td><td>.....2</td><td>.....8</td></tr> <tr><td>CONDOM</td><td>.....1</td><td>.....2</td><td>.....8</td></tr> </table>		OUI	NON	NSP	SRO128	REMÈDES TOUX128	REMÈDES FIÈVRE128	REMÈDES VERS128	ANTIBIOTIQUES128	ANTI-PALUDÉENS128	CONDOM128				
	OUI	NON	NSP																																																																
SUIVI DES FEMMES128																																																																
SUIVI DES ENFANTS128																																																																
VACCINATIONS128																																																																
SOINS CURATIFS128																																																																
ÉDUCATION SANTÉ/ NUTRITION128																																																																
	OUI	NON	NSP																																																																
SRO128																																																																
REMÈDES TOUX128																																																																
REMÈDES FIÈVRE128																																																																
REMÈDES VERS128																																																																
ANTIBIOTIQUES128																																																																
ANTI-PALUDÉENS128																																																																
CONDOM128																																																																

	201 Où se trouve (NOM DU SERVICE) le plus proche?	202 À combien de kilomètres se trouve (NOM DU SERVICE) le plus proche? NOTER '95' POUR 95 KILOMÈTRES ET +. SI LE SERVICE SE TROUVE SUR LE LIEU D'ENQUÊTE, NOTER '96' ET PASSER À Q.205	203 Quel est le moyen de déplacement le plus utilisé par les habitants de (NOM DU LIEU D'ENQUÊTE) pour se rendre (NOM DU SERVICE) le plus proche ?	204 Combien de temps faut-il pour se rendre à (NOM DU SERVICE) le plus proche par le moyen de déplacement le plus utilisé?	205 (NOM DU SERVICE) le plus proche est-il public, privé ou para-public?	206 (NOM DU SERVICE) le plus proche assure-t-il?	207 À (NOM DU SERVICE) le plus proche peut-on se procurer?
04 CASE DE SANTÉ	_____ (NOM DE LOCALITÉ/ QUARTIER)	 KILOMÈTRES	VOITURE/CAMION1 MOTO/MOBYLETTE2 BARQUE/PIROGUE3 TRAIN4 À PIED5 AUTRE9	MINUTES 1  HEURES..2  SI PLUS DE 90 MINUTES, NOTER EN HEURES. NOTER '24' POUR 24 H. ET PLUS.		OUI NON NSP SUIVI DES FEMMES 12 8 ACCOU- CHEMENT... 12 8 CÉSAR..... 12 8 SUIVI DES ENFANTS... 12 8 VACCINA- TIONS 12 8 CURATIFS .. 12 8 ÉDUCATION SANTÉ/ NUTRITION. 12 8	OUI NON NSP SRO1 2 8 REMÈDES TOUX.....1 2 8 REMÈDES FIÈVRE1 2 8 VERS1 2 8 ANTI-PALU- DÉENS1 2 8 CONDOM1 2 8
05 CLINIQUE PRIVÉE	_____ (NOM DE LOCALITÉ/ QUARTIER)	 KILOMÈTRES	VOITURE/CAMION1 MOTO/MOBYLETTE2 BARQUE/PIROGUE3 TRAIN4 À PIED5 AUTRE9	MINUTES 1  HEURES..2  SI PLUS DE 90 MINUTES, NOTER EN HEURES. NOTER '24' POUR 24 H. ET PLUS.		OUI NON NSP SUIVI DES FEMMES 12 8 ACCOU- CHEMENT... 12 8 CÉSAR..... 12 8 SUIVI DES ENFANTS... 12 8 VACCINA- TIONS 12 8 SOINS CURATIFS .. 12 8 ÉDUCATION SANTÉ/ NUTRITION. 12 8	OUI NON NSP SRO1 2 8 REMÈDES TOUX.....1 2 8 REMÈDES FIÈVRE1 2 8 REMÈDES VERS1 2 8 ANTIBIO-- TIQUES1 2 8 ANTI-PALU- DÉENS1 2 8 CONDOM1 2 8

	201 Où se trouve (NOM DU SERVICE) le plus proche?	202 À combien de kilomètres se trouve (NOM DU SERVICE) le plus proche? NOTER '95' POUR 95 KILOMÈTRES ET +. SI LE SERVICE SE TROUVE SUR LE LIEU D'ENQUÊTE, NOTER '96' ET PASSER À Q.205	203 Quel est le moyen de déplacement le plus utilisé par les habitants de (NOM DU LIEU D'ENQUÊTE) pour se rendre (NOM DU SERVICE) le plus proche ?	204 Combien de temps faut-il pour se rendre à (NOM DU SERVICE) le plus proche par le moyen de déplacement le plus utilisé?	205 (NOM DU SERVICE) le plus proche est-il public, privé ou para-public?	206 (NOM DU SERVICE) le plus proche assure-t-il?	207 À (NOM DU SERVICE) le plus proche peut-on se procurer?
06 CABINET DE MÉDECIN PRIVÉ	_____ (NOM DE LOCALITÉ/ QUARTIER)	 KILOMÈTRES	VOITURE/CAMION1 MOTO/MOBYLETTE2 BARQUE/PIROGUE3 TRAIN4 À PIED5 AUTRE9	MINUTES 1  HEURES..2  SI PLUS DE 90 MINUTES, NOTER EN HEURES. NOTER '24' POUR 24 H. ET PLUS.		OUI NON NSP SUIVI DES FEMMES.....1.....2.....8 ACCOUCHEMENT...1.....2.....8 CÉSAR.....1.....2.....8 SUIVI DES ENFANTS...1.....2.....8 VACCINATIONS.....1.....2.....8 SOINS CURATIFS..1.....2.....8 ÉDUCATION SANTÉ/ NUTRITION.1.....2.....8	OUI NON NSP SRO.....1.....2.....8 REMÈDES TOUX.....1.....2.....8 REMÈDES FIÈVRE.....1.....2.....8 REMÈDES VERS.....1.....2.....8 ANTIBIOTIQUES.....1.....2.....8 ANTI-PALUDÉENS.....1.....2.....8 CONDOM.....1.....2.....8
07 CABINET DE SOINS/ INFIRMERIE	_____ (NOM DE LOCALITÉ/ QUARTIER)	 KILOMÈTRES	VOITURE/CAMION1 MOTO/MOBYLETTE2 BARQUE/PIROGUE3 TRAIN4 À PIED5 AUTRE9	MINUTES 1  HEURES..2  SI PLUS DE 90 MINUTES, NOTER EN HEURES. NOTER '24' POUR 24 H. ET PLUS.		OUI NON NSP SUIVI DES FEMMES.....1.....2.....8 ACCOUCHEMENT...1.....2.....8 CÉSAR.....1.....2.....8 SUIVI DES ENFANTS...1.....2.....8 VACCINATIONS.....1.....2.....8 SOINS CURATIFS..1.....2.....8 ÉDUCATION SANTÉ/ NUTRITION.1.....2.....8	OUI NON NSP SRO.....1.....2.....8 REMÈDES TOUX.....1.....2.....8 REMÈDES FIÈVRE.....1.....2.....8 REMÈDES VERS.....1.....2.....8 ANTIBIOTIQUES.....1.....2.....8 ANTI-PALUDÉENS.....1.....2.....8 CONDOM.....1.....2.....8
08 PHARMACIE	_____ (NOM DE LOCALITÉ/ QUARTIER)	 KILOMÈTRES	VOITURE/CAMION1 MOTO/MOBYLETTE2 BARQUE/PIROGUE3 TRAIN4 À PIED5 AUTRE9	MINUTES 1  HEURES..2  SI PLUS DE 90 MINUTES, NOTER EN HEURES. NOTER '24' POUR 24 H. ET PLUS.	PUBLIC.....1 PARA-PUBLIC.....2 PRIVÉ.....3		OUI NON NSP SRO.....1.....2.....8 REMÈDES TOUX.....1.....2.....8 REMÈDES FIÈVRE.....1.....2.....8 REMÈDES VERS.....1.....2.....8 ANTIBIOTIQUES.....1.....2.....8 ANTI-PALUDÉENS.....1.....2.....8 CONDOM.....1.....2.....8

N°.	QUESTIONS ET FILTRES	CODES		
		1er	2è	3è
208	Quels sont, par ordre d'importance, les principaux problèmes des habitants de (NOM DU LIEU D'ENQUÊTE) pour se soigner ? ENCERCLER UN CODE DANS CHAQUE COLONNE POUR LES 3 PREMIERS PROBLÈMES, PAR ORDRE D'IMPORTANCE			
		ÉTABLISSEMENTS DE SANTÉ INEXISTANTS..... 11	11	11
		ÉTABLISSEMENTS SANTÉ TROP ÉLOIGNÉS/INACCESSIBLES 12	12	12
		CONSULTATIONS TROP CHÈRES 13	13	13
		MÉDICAMENTS TROP CHERS..... 14	14	14
		ÉTABLISSEMENTS SANTÉ PAS ÉQUIPÉ/MAL ÉQUIPÉ 21	21	21
		ÉTABLIS. SANTÉ N'A PAS MÉDICAMENTS ESSENTIELS 22	22	22
		ÉTABLIS. SANTÉ PAS PROPRE/MANQUE HYGIÈNE 23	23	23
		MANQUE CONFIDENTIALITÉ DANS ÉTABLIS. SANTÉ..... 24	24	24
		MAUVAIS ACCUEIL/PERSONNEL PAS AIMABLE 25	25	25
		MANQUE DE PERSONNEL DE SANTÉ 31	31	31
		MANQUE DE PERSONNEL DE SANTÉ FÉMININ..... 32	32	32
		PERSONNEL DE SANTÉ PAS QUALIFIÉ33	33	33
		AUTRE..... 94	-----	-----
		(PRÉCISER)		
AUTRE..... 94	94	-----		
(PRÉCISER)				
AUTRE..... 94	-----	94		
(PRÉCISER)				
AUCUN..... 95	-----	-----		
PAS D'AUTRE 95	95	-----		
PAS D'AUTRE 95	-----	95		
NE SAIT PAS 98	-----	-----		
209	Au cours de l'année, quelles sont, par ordre d'importance, les maladies les plus fréquentes des enfants de (NOM DU LIEU D'ENQUÊTE) ? ENCERCLER UN CODE DANS CHAQUE COLONNE POUR LES 3 PREMIÈRES MALADIES, PAR ORDRE D'IMPORTANCE			
		PALUDISME.....01	01	01
		DIARRHÉE02	02	02
		MALNUTRITION03	03	03
		ROUGEOLE04	04	04
		ANÉMIE/MANQUE DE SANG05	05	05
		TÉTANOS06	06	06
		MÉNINGITE07	07	07
		HÉPATITE08	08	08
		TUBERCULOSE09	09	09
		COQUELUCHE10	10	10
		VARICELLE.....11	11	11
		FIÈVRE12	12	12
		INFECTIONS RESPIRATOIRES13	13	13
		MALADIES DES YEUX.....14	14	14
MALADIE DE LA BOUCHE ET DES DENTS.....15	15	15		
PROBLÈMES DE PEAU/TEIGNE/GALE.....16	16	16		
VERS INTESTINAUX.....17	17	17		
DREPANOCYTOSE18	18	18		
EPILEPSIE19	19	19		
AUTRE..... 94	-----	-----		
(PRÉCISER)				
AUTRE..... 94	94	-----		
(PRÉCISER)				
AUTRE..... 94	-----	94		
(PRÉCISER)				
AUCUN..... 95	-----	-----		
PAS D'AUTRE 95	95	-----		
PAS D'AUTRE 95	-----	95		
NE SAIT PAS 98	-----	-----		

REPUBLIC OF BENIN
MIMAP / SSCP-BENIN / CITY OF SO-AVAOR 13th DISTRICT OF COTONOU

CORE MODULE 2009

Number of household members (excluding visitors):

Number of visitors:

Individuals 06 years and over (including visitors):

Name of investigator: _____ Name controller: _____ Name of the operator input: _____

Result: 1 - Met with the selected household 2 - Incomplete

County: _____ City: _____ District: _____ Village / Town district: _____

Who responded to the household sheet?

RETURNING OVERSEAS WORKERS							DIMINISHING REMITTANCE				
1- Number of overseas worker who have returned from work abroad*							2- Number of overseas worker who experienced pay cut*				
H0 N° of case	H1. • Was there any overseas worker in your household who returned from abroad recently?	H2. • What is the name of the overseas worker who returned?	H3. • How is ____ related to the head of the household?	H4. • In what country did ____ work abroad?	H5. • What kind of work was ____ doing abroad?	H6. • Why did ____ came back from work overseas?	H7. • Was there any overseas worker in your household currently abroad who experienced pay cut recently?	H8. • What is the name of the overseas worker?	H9. • Is ____ male or female?	H10. • How is ____ related to the HH head?	H11. • Where do ____ work abroad?
	1 - YES						1 - YES		1 - male		
	2-NO						2-NO		2-female		

REPUBLIC OF BENIN
MIMAP / SSCP-BENIN / CITY OF SO-AVAOR 13th DISTRICT OFCOTONOU

CORE MODULE 2009

Number of household members (excluding visitors):
 Number of visitors:
 Individuals 06 years and over (including visitors):

Name of investigator: _____ Name controller: _____ Name of the operator input: _____

Result: 1 - Met with the selected household 2 - Incomplete

County: City: _____ District: Village / Town district:

Who responded to the household sheet?

PRELIMINARY LIST OF QUESTIONS FOR COPING MECHANISMS

HEALTH AND NUTRITION										
	NUTRITION						HEALTH			
H0 N° of case	H1. □ Have there been changes in how the household eats, prepares, or purchases food during the past 6 months?	H2. • What are these changes?	H3. • How much is your average monthly expenditures?	H4. • How much is your average monthly food expenditures?	H5. • Was there a decrease in your average monthly food expenditures during the period ____?	H6. • What is the reason for the decrease in your average monthly expenditures?	H7. • What is the reason for the decrease in your average monthly food expenditures?	H8. How much do you spend on medical expenses?	H9. Was there a decrease in your medical expenses during the period____?	H10. • What is the main reason for the decrease in your medical expenses?
	1 - YES 2-NO				1 - YES 2-NO				1 - YES 2-NO	
	<input style="width: 40px;" type="text"/>		<input style="width: 40px;" type="text"/>	<input style="width: 40px;" type="text"/>	<input style="width: 40px;" type="text"/>			<input style="width: 40px;" type="text"/>	<input style="width: 40px;" type="text"/>	

REPUBLIC OF BENIN
MIMAP / SSCP-BENIN / CITY OF SO-AVA OR 13th DISTRICT OF COTONOU

CORE MODULE 2009

Number of household members (excluding visitors):

Number of visitors:

Individuals 06 years and over (including visitors):

Name of investigator: _____ Name controller: _____ Name of the operator input: _____

Result: 1 - Met with the selected household 2 - Incomplete

County: _____ City: _____ District: _____ Village / Town district: _____

Who responded to the household sheet? _____

PRELIMINARY LIST OF QUESTIONS FOR IMPACT INDICATORS

HEALTH AND NUTRITION											
Proportion of children aged 0-5 years old who died					Proportion of women who died due to pregnancy related causes						
H0 N° of case	H1. • <input type="checkbox"/> Was there any previous household member who died in the past twelve months?	H2. • <input type="checkbox"/> What is the name of the person who died?	H3. • <input type="checkbox"/> Is _____ male or female?	H4. <input type="checkbox"/> What was _____'s age at the time of death?	H5. • <input type="checkbox"/> What was the cause of _____'s death	H6. • <input type="checkbox"/> Was there any previous household member who died in the past twelve months?	H7. <input type="checkbox"/> What is the name of the person who died?	H8. • What is the name of the overseas worker?	H9. <input type="checkbox"/> Is _____ male or female?	H10. <input type="checkbox"/> What was _____'s age at the time of death?	H11. • <input type="checkbox"/> What was the cause of _____'s death
	1- YES		1-MALE			1- YES			1-MALE		
	2-NO		2-FEMALE			2-NO			2-FEMALE		

REPUBLIC OF BENIN

Commune of SO-Ava or 13th E

M I M A P B E N I N
 Système de Suivi
 Communautaire de la Pauvreté
 (SSCP)

Census on the livelihoods of households in the commune of So-Ava or 13th District of Cotonou/Bénin

Recently

**Questionnaire on Monitoring of the impact on poverty
 of the global financial/economic crisis**

A. IDENTIFICATION

A1. Department -----
 A2. Commune -----
 A3. Borough -----
 A4. Neighborhood City -----
 A6. Enumeration Area -----
 A7. Number of household -----
 A8. Full name of the Head of Household -----
 A9. Result of the interview

- 1-Met with the selected household
 2- Met with replacement - refusal
 3- Met with the replacement - not found
 4- Incomplete

CODE

--	--

--	--

--	--

--	--

--	--

--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

--

B. CONTROL

B1. Survey date -----
 B2. Full name of the investigator r -----

 B3. Date of control -----
 B4. Full name of the controller -----
 B5. Name of operator input -----