

QUESTIONNAIRE HOMME

IDENTIFICATION																						
NOM DE LA LOCALITE (COMMUNE/VILLAGE).....	<table border="1"> <tr><td></td><td></td><td></td></tr> <tr><td></td><td></td><td></td></tr> <tr><td></td><td></td><td></td></tr> <tr><td></td><td></td><td></td></tr> <tr><td></td><td></td><td></td></tr> <tr><td></td><td></td><td></td></tr> <tr><td></td><td></td><td></td></tr> </table>																					
NOM DU CHEF DE MENAGE.....																						
N° DU DE.....																						
N° DU MENAGE.....																						
REGION.....																						
URBAIN/RURAL (urbain=1, rural=2).....																						
DAXAR/GRANDE VILLE/VILLE/CAMPAGNE *.....																						
NOM ET NUMERO DE LIGNE DE L'HOMME																						
NUMERO DE LIGNE DE (DES) L'EPOUSE(S) ELIGIBLE(S)	<table border="1"> <tr><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td></tr> </table>																					

VISITE DE L'ENQUETEUR				
	1	2	3	VISITE FINALE
DATE				JOUR MOIS ANNEE CODE ENQUET. RESULTAT
NOM DE L'ENQUETEUR				
RESULTAT**				
PROCHAINE VISITE:				NBRE TOTAL DE VISITES
* VOIR QUESTIONNAIRE MENAGE ** CODES RESULTAT: 1 ENTIEREMENT REMPLI 2 PAS A LA MAISON 3 DIFFERE 4 REFUSE 5 PARTIELLEMENT REMPLI 6 MALADE/FRAPPE D'INCAPACITE 7 AUTRE (PRECISER)				

UTILISATION D'INTERPRETE : OUI....1, NON....2			
LANGUE DE L'INTERVIEW : W = 1, P = 2, SR = 3, M = 4, D = 5, SM=6, ALN = 7, F = 8, AL=9			
NOM DATE	CONTROLE DE TERRAIN ----- -----	CONTROLE DE BUREAU ----- -----	NOM ET CODE AGENT DE SAISIE ----- -----

SECTION 1 : CARACTERISTIQUES SOCIO-DEMOGRAPHIQUES DE L'ENQUETE

N°	QUESTIONS ET FILTRES	CODES	PASSER
101	ENREGISTRER L'HEURE.	HEURE..... MINUTES.....	
102	En quel mois et quelle année êtes-vous né ?	MOIS..... NSP MOIS.....98 ANNEE..... NSP ANNEE.....98	
103	Quel âge avez-vous actuellement? COMPARER ET CORRIGER 102 ET /OU 103 SI INCOMPATIBLE	AGE EN ANNEES REVOLUES.....	
104	Avez-vous fréquenté l'école ?	OUI.....1 NON.....2	108
105	Quel est le plus haut niveau scolaire que vous avez atteint : primaire, secondaire ou supérieur ?	PRIMAIRE.....1 SECONDAIRE.....2 SUPERIEUR.....3	
106	Quelle est la dernière (CLASSE, ANNEE) que vous avez achevée à ce niveau ?	CLASSE.....	
107	VERIFIER 105: PRIMAIRE <input type="checkbox"/> SECONDAIRE OU SUPERIEUR <input type="checkbox"/>		110
108	Pouvez-vous lire et comprendre une lettre ou un journal facilement, difficilement ou pas du tout ?	FACILEMENT.....1 DIFFICILEMENT.....2 PAS DU TOUT.....3	
110	Etes-vous sénégalais ?	OUI1 NON2	112
111	Quelle est votre ethnie ?	WOLOF/LEBOU.....01 POULAR.....02 SERER.....03 MANDINGUE/SOCE/MALINKE.....04 DIOLA.....05 SONINKE/SARAKOLE.....06 BAMBARA.....07 MANJAAX.....08 MANCAGNE.....09 BALANT.....10 AUTRE.....11 (PRECISER)	

N°	QUESTIONS ET FILTRES	CODES	PASSER
112	Quelle est votre occupation, c'est-à-dire quel genre de travail faites vous? ----- (A PRECISER)	<input type="text"/>	
113	Etes-vous actuellement marié ?	OUI 1 NON 2	→115
114	Etes-vous célibataire, veuf, divorcé ou séparé ou vivez-vous en union avec quelqu'une ?	VIT EN UNION.....1 VEUF.....2 DIVORCE.....3 SEPARÉ.....4 CELIBATAIRE.....5	} →116 →118A
115	Combien d'épouses/partenaires avez-vous actuellement ?	NOMBRE..... <input type="text"/> 5 ET PLUS.....5	
116	Avez-vous l'intention de prendre une autre (d'autres) épouse(s)/femme(s) dans l'avenir ?	OUI.....1 NON.....2	
117	En quel mois et en quelle année vous êtes-vous marié/ vous-avez commencé à vivre avec quelqu'une pour la première fois ?	MOIS..... <input type="text"/> NSP MOIS.....98 ANNEE..... <input type="text"/> NSP ANNEE.....98 MARIAGE NON CONSONNÉ.....96	→118A
118	Quel âge aviez-vous quand vous vous êtes marié/ vous-avez commencé à vivre avec quelqu'une pour la première fois ?	AGE EN ANNEES REVOLUES..... <input type="text"/> NSP AGE.....98	→118B →118B
118A	(SI JAMAIS EN UNION OU 1 ère UNION NON CONSONNÉE.) Avez-vous déjà eu des rapports sexuels?	OUI.....1 NON.....2	→201
118B	Quel âge aviez-vous la première fois que vous avez eu des relations sexuelles?	AGE..... <input type="text"/> PREMIERE FOIS AU MARIAGE.....96	

SECTION 2 : CONTRACEPTION

201 Maintenant, je voudrais vous parler de la planification familiale - les différents moyens ou méthodes qu'un couple peut utiliser pour retarder ou éviter une grossesse. De quels moyens ou méthodes avez-vous entendu parler?

ENCERCLER LE CODE 1 DANS 202 POUR CHAQUE METHODE MENTIONNEE D'UNE MANIERE SPONTANEE.

PUIS CONTINUER LA COLONNE EN LISANT LE NOM ET LA DESCRIPTION DE CHAQUE METHODE NON MENTIONNEE SPONTANEMENT.

ENCERCLER LE CODE 2 SI LA METHODE EST RECONNUE, ET LE CODE 3 SI NON.

PUIS, POUR CHAQUE METHODE AYANT LE CODE 1 OU 2 ENCEICLER DANS 202, POSER 203-203A AVANT DE PASSER A LA METHODE SUIVANTE.

	202 Avez-vous déjà entendu parler de (METHODE)?	203 Avez-vous déjà utilisé (METHODE)?	203A Quels sont les avantages de (METHODE)?
	LIRE LA DESCRIPTION DE CHAQUE METHODE.		
01] PILULE: Les femmes peuvent prendre une pilule tous les jours.	OUI/SPONTANE.....1 OUI/DESCRIPTION.....2 NON.....3	OUI.....1 NON.....2	A B C D E F G H I J (AUTRE)_____
02] DIU/STERILET: Les femmes peuvent avoir un stérilet que le médecin, la sage-femme ou l'infirmière leur place dans l'utérus.	OUI/SPONTANE.....1 OUI/DESCRIPTION.....2 NON.....3	OUI.....1 NON.....2	A B C D E F G H I J (AUTRE)_____
03] INJECTION: Les femmes peuvent recevoir une injection par un médecin ou une sage-femme pour éviter de tomber enceinte pendant plusieurs mois.	OUI/SPONTANE.....1 OUI/DESCRIPTION.....2 NON.....3	OUI.....1 NON.....2	A B C D E F G H I J (AUTRE)_____
04] NORPLANT: Les femmes se font placer sous anesthésie locale par un médecin ou une sage-femme des gélules sur la partie supérieure du bras.	OUI/SPONTANE.....1 OUI/DESCRIPTION.....2 NON.....3	OUI.....1 NON.....2	A B C D E F G H I J (AUTRE)_____
05] SPERMICIDES: DIAPHRAGME/MOUSSE/GELEE: Les femmes peuvent se mettre à l'intérieur une éponge, un suppositoire, un diaphragme, de la gelée ou de la crème avant d'avoir des rapports sexuels.	OUI/SPONTANE.....1 OUI/DESCRIPTION.....2 NON.....3	OUI.....1 NON.....2	A B C D E F G H I J (AUTRE)_____
06] PRESERVATIF/CONDOM: Les hommes peuvent se mettre un condom (une capote anglaise) pendant les rapports sexuels.	OUI/SPONTANE.....1 OUI/DESCRIPTION.....2 NON.....3	OUI.....1 NON.....2	A B C D E F G H I J (AUTRE)_____

204 VERIFIER 203: AUCUN "OUI" (N'A JAMAIS UTILISE) [] UN "OU:" (N'A JAMAIS UTILISE) [] 207

205	Avez-vous jamais, vous ou votre (vos) épouse/partenaire (s) utilisé ou essayé un moyen quelconque pour retarder ou éviter une grossesse ?	OUI.....1 NON.....2	→209
206	Qu'avez-vous fait ou utilisé ? CORRIGER 203-203A (ET 202 SI NECESSAIRE), PUIS PASSER A Q.207.		
207	En ce moment, vous ou votre (vos) épouse(s)/partenaire(s) faites-vous quelque chose ou utilisez-vous une méthode pour retarder ou éviter une grossesse ?	OUI1 NON2	→209
208	Quelles méthodes utilisez-vous ?	PILULE.....01 DIU.....02 INJECTION.....03 MORPLANT.....04 DIAPHRAGME/MOUSSE/GELEE/SPERM.....05 CONDOM.....06 STERILISATION FEMININE.....07 STERILISATION MASCULINE.....08 CONTINENCE PERIODIQUE.....09 RETRAIT.....10 AUTRE.....11 (PRECISER) PAS SURE.....98	→301
209	Avez-vous, vous ou votre (vos) épouse/partenaire (s) l'intention d'utiliser une méthode pour retarder ou éviter une grossesse dans l'avenir ?	OUI.....1 NON.....2 NSP.....8	→211 →301
210	Quelle est la principale raison pour laquelle vous n'avez pas l'intention d'utiliser une méthode ?	VEUT DES ENFANTS.....01 MANQUE D'INFORMATION.....02 PARTENAIRE DESAPPROUVE.....03 COUT TROP ELEVE.....04 EFFETS SECONDAIRES.....05 PROBLEMES DE SANTE.....06 DIFFICILE A OBTENIR.....07 RELIGION.....08 OPPOSEE A LA PLANIF. FAMILIALE.....09 FATALISTE.....10 AUTRES PERSONNES DESAPPROUVENT.....11 RAPPORTS SEX. PEU FREQUENTS.....12 DIFFICULTE POUR FEMME DE TOMBER ENCEINTE.....13 FEMME EN MENOPAUSE/A EU HYSTERECTOMIE.....14 PAS CONMODE.....15 NON MARIEE.....16 AUTRE.....17 (PRECISER) NSP.....98	→301

N°	QUESTIONS ET FILTRES	CODES	PASSER
211	Avez-vous l'intention d'utiliser une méthode dans les 12 prochains mois?	OUI.....1 NON.....2 NSP.....8	A
212	Quand vous utiliserez une méthode, quelle méthode préférez-vous utiliser?	PILULE.....01 DIU.....02 INJECTION.....03 MORPLANT.....04 DIAPHRAGME/MOUSSE/GELEE/SPERM.....05 CONDOM.....06 STERILISATION FEMININE.....07 STERILISATION MASCULINE.....08 CONTINENCE PERIODIQUE.....09 RETRAIT.....10 AUTRE.....11 (PRECISER) NSP.....98	

SECTION 3 : PREFERENCES EN MATIERE DE PECONDITE

N°	QUESTIONS ET FILTRES	CODES	PASSER A
301	Avez-vous des enfants biologiques actuellement en vie ?	OUI.....1 NON.....2	303
302	Combien de garçons avez-vous ? Combien de filles avez-vous ?	NOMBRE DE GARCONS..... NOMBRE DE FILLES.....	
303	VERIFIER 203 : NON STERILISE <input type="checkbox"/> STERILISE <input type="checkbox"/>		306
304	VERIFIER 113 ET 114: MARIE/VIT EN UNION <input type="checkbox"/> NON MARIE <input type="checkbox"/>		310
305	Voudriez-vous avoir un (d'autres) enfant(s) ou préféreriez-vous ne pas (ne plus) avoir d'(autres) enfant(s) ?	AVOIR UN (AUTRES) ENFANTS.....1 PAS D'AUTRES/AUCUN.....2 DIT QUE SA FEMME NE PEUT PAS TOMBER ENCEINTE.....3 DIT QU'IL NE PEUT PAS/PLUS AVOIR D'ENFANTS.....4 PAS DECIDE OU NSP.....8	
306	Pensez-vous que votre (vos) épouse(s) approuve(ent) ou désapprouve(ent) les couples qui utilisent une méthode pour éviter une grossesse ?	APPROUVE.....1 DESAPPROUVE.....2 NSP.....8	
307	Combien de fois avez-vous parlé de planning familial avec votre (vos) épouse (s) au cours des douze derniers mois ?	JAMAIS.....1 UNE OU DEUX FOIS.....2 PLUS SOUVENT.....3	
308	Avez-vous déjà discuté avec votre (vos) épouse(s) du nombre d'enfants que vous voudriez avoir ?	OUI.....1 NON.....2	
309	Pensez-vous que votre (vos) épouse(s) souhaite(nt) avoir le même nombre d'enfants que vous, en veut (veulent) davantage ou moins que vous ?	MEME NOMBRE.....1 PLUS D'ENFANTS.....2 MOINS D'ENFANTS.....3 NSP.....8	
310	Approuvez-vous ou désapprouvez-vous la diffusion d'informations sur le Planning familial à la radio ou à la télévision ?	APPROUVE.....1 DESAPPROUVE.....2 SANS OPINION.....8	
311	En général, est-ce-que vous approuvez ou désapprouvez les couples qui utilisent une méthode pour éviter une grossesse ?	APPROUVE.....1 DESAPPROUVE.....2 SANS OPINION.....8	
312	VERIFIER 301 : A UN/DES ENFANT(S) VIVANT(S) <input type="checkbox"/> N'A PAS D'ENFANT VIVANT <input type="checkbox"/> Si vous pouviez recommencer à partir de l'époque où vous n'aviez pas d'enfants, et si vous pouviez choisir exactement le nombre d'enfants à avoir dans toute votre vie, combien voudriez-vous en avoir? ENREGISTRER UN SIMPLE NOMBRE OU AUTRE REPONSE.	NOMBRE..... AUTRE REPONSE _____ 96 (PRECISER)	

SECTION 4 : MST ET SIDA

N°	QUESTIONS ET FILTRES	CODES	PASSER
401	Savez-vous qu'il existe des maladies sexuellement transmissibles?	OUI 1 NON 2	407B
402	Quelles maladies sexuellement transmissibles connaissez-vous? ENCERCLER LES CODES CORRESPONDANT AUX REPONSES DECLAREES.	SYPHILIS A BLENNORRAGIE B SIDA C GONOCOCCIE/CHAUD DE PISSE D AUTRE E (PRECISER) NSP F	
403	VERIFIER 113, 114 ET 118A :		
	A EU DES RELATIONS SEXUELLES <input type="checkbox"/> N'A JAMAIS EU DE RELATIONS SEXUELLES <input type="checkbox"/> 407A		
404	Au cours des douze derniers mois, avez-vous eu une de ces maladies?	OUI 1 NON 2 NSP 8	407A
405	Parmi ces maladies, quelles sont celles que vous avez eues? ENCERCLER LES CODES CORRESPONDANT AUX REPONSES DECLAREES.	SYPHILIS A BLENNORRAGIE B SIDA C GONOCOCCIE/CHAUD DE PISSE D AUTRE E (PRECISER) NSP F	
406	La dernière fois que vous avez eu une de ces maladies (NOM DE MALADIES), avez-vous demandé conseil ou cherché un traitement?	OUI 1 NON 2	407A
407	Où avez-vous demandé un conseil ou cherché un traitement? ENCERCLER LES CODES CORRESPONDANT AUX REPONSES DECLAREES.	SECTEUR PUBLIC HOPITAL A CENTRE SANTE B POSTE DE SANTE/PMI C SECTEUR MEDICAL PRIVE CLINIQUE/HOPITAL PRIVE D PHARMACIE E DOCTEUR PRIVE F INFIRMERIE PRIVEE/CONFES G AUTRE SECTEUR PRIVE ASBEF H GUERISSEUR TRADITIONNEL I EGLISE J CONNAISSANCES/PARENTS K AUXILIAIRE L AUTRE M (PRECISER)	
407A	VERIFIER 402 :		
	N'A PAS MENTIONNE 'SIDA' <input type="checkbox"/> A MENTIONNE 'SIDA' <input type="checkbox"/> 408		
407B	Connaissez-vous ou avez-vous entendu parler d'une maladie appelée 'SIDA'?	OUI 1 NON 2	415

N°	QUESTIONS ET FILTRES	CODES		PASSER
				A
408	Comment une personne peut-elle attraper le SIDA?	RAPPORTS SEXUELS NORMAUX..... A RAPP.SEX. AVEC PLUS. PARTEN.... B RAPPORTS SEX. AVEC PROSTITUEES. C N'UTILISANT PAS LE CONDOM..... D RAPPORTS AVEC HOMOSEXUELS..... E TRANSFUSION SANGUINE..... F INJECTION..... G PAR LES BAISERS..... H LANE/RASOIR..... I PAR LES MOUSTIQUES..... J AUTRE..... K (PRECISER) NSP..... L		
409	Selon vous, y a-t-il quelque chose qu'une personne peut faire pour se protéger du SIDA ou du virus qui en est responsable?	OUI..... 1 NON..... 2 NSP..... 8	411	
410	Que peut-elle faire pour se protéger du SIDA?	PARTENAIRE UNIQUE..... A FIDELITE AUX PARTENAIRES..... B UTILISER LE CONDOM..... C ABSTINENCE..... D PAS DE SEXE AVEC LES PROSTITUEES E PAS DE SEXE AVEC LES HOMOSEXUELS F PAS DE SEXE AVEC PLUS. PARTEN... G PAS DE TRANSFUSION SANGUINE.... H PAS D'INJECTIONS..... I PAS DE BAISERS..... J PAS DE PIQUE DE MOUSTIQUE..... K CHERCHER PROTECTION CHEZ..... LE GUERISSEUR/MARABOUT..... L AUTRE..... M (PRECISER) AUTRE..... N (PRECISER) NSP..... O		
411	Est-il possible pour une personne qui paraît en bonne santé d'avoir le virus du SIDA?	OUI..... 1 NON..... 2 NSP..... 8		
412	Certaines personnes utilisent le condom quand elles ont des relations sexuelles pour se protéger du SIDA ou des autres maladies sexuellement transmissibles. Avez-vous entendu parler de cela?	OUI..... 1 NON..... 2 NSP..... 8		
413	Connaissez-vous un endroit où vous pouvez vous procurer le condom?	OUI..... 1 NON..... 2	415	

414 Quel (s) endroit(s) connaissez-vous?

ENCERCLER LES CODES CORRESPONDANT AUX REPONSES
DECLAREES.

SECTEUR PUBLIC
HOPITAL.....A
CENTRE SANTE.....B
POSTE DE SANTE/PMI.....C
SECTEUR MEDICAL PRIVE
CLINIQUE/HOPITAL PRIVE.....D
PHARMACIE.....E
DOCTEUR PRIVE.....F
INFIRMERIE PRIVEE/CONFES.....G
AUTRE SECTEUR PRIVE
ASBEF.....H
GUERISSEUR TRADITIONNEL.....I
EGLISE.....J
CONNAISSANCES/PARENTS.....K
AUXILIAIRE.....L
AUTRE.....M

(PRECISER)

415 INSCRIRE L'HEURE.

HEURE.....

MINUTES.....

OBSERVATIONS DE L'ENQUETEUR

(A remplir après l'achèvement de l'interview)

Commentaires sur l'enquête : _____

Commentaires sur des questions particulières : _____

Autres commentaires : _____

OBSERVATIONS DU CHEF D'EQUIPE

Nom du chef d'équipe : _____ Date : _____

AUTRES OBSERVATIONS
