

ENQUETE DEMOGRAPHIQUE ET DE SANTE
QUESTIONNAIRE INDIVIDUEL HOMME

Confidentiel

IDENTIFICATION	
NOM DE LA PREFECTURE.....	CODES <input type="text"/> <input type="text"/>
SOUS-PREFECTURE.....	
COMMUNE.....	
URBAIN/RURAL (urbain=1, rural=2).....	<input type="checkbox"/>
NUMERO DE GRAPPE.....	<input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>
VILLAGE/QUARTIER.....	
NUMERO DU MENAGE.....	<input type="text"/> <input type="text"/>
NOM DU CHEF DE MENAGE _____	
NOM ET NUMERO DE LIGNE DE L'HOMME _____	<input type="text"/> <input type="text"/>

VISITES DE L'ENQUETEUR				
	1	2	3	DERNIERE VISITE
DATE	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	JOUR <input type="text"/> <input type="text"/>
				MOIS <input type="text"/> <input type="text"/>
				ANNEE <input type="text"/> <input type="text"/>
NOM DE L'ENQUETEUR	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	NOM <input type="text"/> <input type="text"/>
RESULTAT	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	RESULTAT <input type="text"/> <input type="text"/>
PROCHAINE DATE VISITE:	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	NOMBRE TOTAL DE VISITES <input type="text"/>
	HEURE <input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	
CODES RESULTAT				
1 COMPLETE 4 REFUSE 7 AUTRE _____ (spécifier) 2 PAS A LA MAISON 5 PARTIELLEMENT REMPLI 3 DIFFERE 6 INCAPACITE				

QUESTIONNAIRE FRANCAIS.....	<input type="text"/>
LANGUE DE L'INTERVIEW _____	<input type="text"/>
INTERPRETE: OUI (=1) / NON (=2)	<input type="text"/>
CODES LANGUE : 1 FRANCAIS 2 SANGO 3 AUTRE	

SUPERVISION	CONTROLE TERRAIN	CONTROLE BUREAU	SAISI PAR
NOM _____ <input type="text"/> <input type="text"/>	NOM _____ <input type="text"/> <input type="text"/>	<input type="text"/> <input type="text"/>	<input type="text"/> <input type="text"/>
DATE _____	DATE _____		

SECTION 1. CARACTERISTIQUES SOCIO-DEMOGRAPHIQUES DES ENQUETES

N°	QUESTIONS ET FILTRES	CODES	PASSER A
101	ENREGISTRER L'HEURE	HEURE..... MINUTES.....	<input type="text"/> <input type="text"/>
102	Pour commencer, je voudrais vous poser quelques questions sur vous-même et votre ménage. La plus grande partie des 12 premières années de votre vie, avez-vous vécu à Bangui ou une autre capitale, dans une autre ville ou dans un village?	BANGUI/AUTRE CAPITALE.....1 AUTRE VILLE.....2 VILLAGE.....3	
103	Depuis combien de temps habitez-vous de façon continue à (NOM DU LIEU ACTUEL DE RESIDENCE)?	ANNEES..... TOUJOURS.....95 VISITEUR.....96	<input type="text"/> →105
104	Juste avant de vous installer ici, avez-vous vécu à Bangui ou dans une autre capitale, dans une autre ville ou dans un village?	BANGUI/AUTRE CAPITALE.....1 AUTRE VILLE.....2 VILLAGE.....3	
105	En quel mois et quelle année êtes-vous né ?	MOIS..... NSP MOIS.....98 ANNEE..... NSP ANNEE.....98	<input type="text"/> <input type="text"/>
106	Quel âge aviez-vous à votre dernier anniversaire? COMPARER ET CORRIGER 105 ET/OU 106 SI INCOHERENTS	AGE EN ANNEES REVOLUES.....	<input type="text"/>
107	Avez-vous fréquenté l'école?	OUI.....1 NON.....2	→114
108	Quel est le plus haut niveau d'études que vous avez atteint: primaire, secondaire ou supérieur?	PRIMAIRE.....1 SECONDAIRE.....2 SUPERIEUR.....3	
109	Quelle est la dernière (classe, année) que vous avez achevée à ce niveau?	CLASSE/ANNEE.....	<input type="text"/>
110	VERIFIER 106: AGE DE MOINS DE 25 ANS <input type="checkbox"/> AGE DE 25 ANS OU PLUS <input type="checkbox"/>		→113
111	Est-ce que vous allez à l'école actuellement?	OUI.....1 NON.....2	→113
112	Quelle est la raison principale pour laquelle vous avez arrêté d'aller à l'école?	PARTENAIRE ENCEINTE.....01 S'EST MARIE.....02 POUR GARDER DES PETITS ENFANTS...03 FAMILLE AVAIT BESOIN D'AIDE DANS LA FERME OU ENTREPRISE...04 POUVAIT PAS PAYER LES FRAIS.....05 DEVAIT GAGNER DE L'ARGENT.....06 ETAIT SUFFISAMMENT SCOLARISE.....07 ECHEC A L'ECOLE.....08 N'AIME PAS L'ECOLE.....09 ECOLE INACCESSIBLE/TROP LOIN.....10 N'A PAS D'ACTE DE NAISSANCE.....11 PRENDRE RELEVÉ DES PARENTS.....12 AUTRE.....96 (PRECISER) NSP.....98	
113	VERIFIER 108: PRIMAIRE <input type="checkbox"/> SECONDAIRE OU PLUS <input type="checkbox"/>		→115
114	Pouvez-vous lire et comprendre une lettre ou un journal facilement, avec difficulté ou pas du tout ?	FACILEMENT.....1 AVEC DIFFICULTE.....2 PAS DU TOUT.....3	→116
115	Avez-vous l'habitude de lire un journal ou un magazine, au moins une fois par semaine?	OUI.....1 NON.....2	
116	Avez-vous l'habitude d'écouter la radio, au moins une fois par semaine?	OUI.....1 NON.....2	
117	Avez-vous l'habitude de regarder la télévision, au moins une fois par semaine?	OUI.....1 NON.....2	

SECTION 2. MARIAGE ET REPRODUCTION

N°.	QUESTIONS ET FILTRES	CODES	PASSER A
201	Etes-vous actuellement marié ou vivez-vous actuellement avec une femme ?	OUI, ACTUELLEMENT MARIE.....1 OUI, VIT AVEC UNE FEMME.....2 NON, PAS EN UNION.....3	→204
202	Combien d'épouses avez-vous?	UNE FEMME1 DEUX FEMMES2 TROIS FEMMES OU PLUS.....3	→202B
202A	SI MARIE A UNE FEMME, POSER LA QUESTION SUIVANTE: Quel est l'âge de votre épouse?	AGE EN ANNEES REVOLUES	<input type="text"/> <input type="text"/> →203
202B	SI MARIE A PLUS D'UNE FEMME, POSER LES QUESTIONS SUIVANTES: 1. Quel est l'âge de votre plus jeune épouse? 2. Quel est l'âge de la plus âgée de vos épouses?	AGE EN ANNEES REVOLUES DE LA PLUS JEUNE AGE EN ANNEES REVOLUES DE LA PLUS AGEE	<input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>
203	NUMERO DE LIGNE DE LA FEMME DANS LE QUESTIONNAIRE MENAGE (OU DES FEMMES POUR LES POLYGAMES)	<input type="text"/>	→207
204	Avez-vous actuellement une partenaire sexuelle régulière, une partenaire sexuelle occasionnelle ou pas de partenaire sexuelle du tout?	PARTENAIRE REGULIERE.....1 PARTENAIRE OCCASIONNELLE.....2 PAS DE PARTENAIRE.....3	
205	Avez-vous déjà été marié ou avez-vous déjà vécu avec une femme?	OUI.....1 NON.....2	→209
206	Quelle est votre situation matrimoniale actuelle: êtes-vous veuf, divorcé ou séparé?	VEUF.....1 DIVORCE.....2 SEPRE.....3	
207	En quel mois et quelle année avez-vous commencé à vivre avec votre (première) femme/conjointe?	MOIS..... <input type="text"/> <input type="text"/> NSP MOIS.....98 ANNEE..... <input type="text"/> <input type="text"/> NSP ANNEE.....98	→209
208	Quel âge aviez-vous quand vous avez commencé à vivre avec elle?	AGE..... <input type="text"/> <input type="text"/>	
209	Maintenant nous avons besoin de quelques renseignements sur votre activité sexuelle afin de mieux comprendre la planification familiale et la fécondité. Quand avez-vous eu votre dernier rapport sexuel?	JAMAIS EU DE RAPPORTS.....000 NOMBRE DE JOURS.....1 NOMBRE DE SEMAINES.....2 NOMBRE DE MOIS.....3 NOMBRE D'ANNEES.....4	→301
210	A quel âge avez-vous eu vos premiers rapports sexuels?	AGE..... <input type="text"/> <input type="text"/> PREMIERE FOIS AU MARIAGE.....96	

N°	QUESTIONS ET FILTRES	CODES	PASSER A
211	Maintenant, je voudrais vous poser des questions sur les enfants que vous avez eus dans votre vie. Avez-vous des enfants?	OUI.....1 NON.....2	→216
212	Avez-vous des fils ou des filles qui habitent actuellement avec vous?	OUI.....1 NON.....2	→214
213	Combien de fils habitent avec vous? Et combien de filles habitent avec vous? SI AUCUN(E), NOTER '00'.	FILS A LA MAISON..... FILLES A LA MAISON.....	<input type="text"/> <input type="text"/>
214	Avez-vous des fils ou des filles qui sont vivants mais qui n'habitent pas actuellement avec vous?	OUI.....1 NON.....2	→216
215	Combien avez-vous de fils vivants qui n'habitent pas avec vous? Combien avez-vous de filles vivantes qui n'habitent pas avec vous? SI AUCUN(E), NOTER '00'.	FILS AILLEURS..... FILLES AILLEURS.....	<input type="text"/> <input type="text"/>
216	Avez-vous eu un fils ou une fille né(e) vivant(e), mais décédé(e) par la suite? SI NON INSISTER: Aucun enfant qui a crié ou donné signe de vie mais qui n'a survécu que quelques heures ou quelques jours?	OUI.....1 NON.....2	→218
217	Combien de vos fils sont décédés? Et combien de vos filles sont décédées? SI AUCUN(E), NOTER '00'.	FILS DECEDES..... FILLES DECEDEES.....	<input type="text"/> <input type="text"/>
218	FAIRE LA SOMME DES REPONSES A 213, 215 ET 217 ET INSCRIRE LE TOTAL. SI AUCUN(E), NOTER '00'.	TOTAL.....	<input type="text"/>
219	VERIFIER 218: Je voudrais être sûr d'avoir bien compris: vous avez eu au TOTAL ___ enfants durant votre vie. Est-ce bien exact? OUI <input type="checkbox"/> NON <input type="checkbox"/> INSISTER ET CORRIGER 211-218		
220	VERIFIER 218: A DES ENFANTS <input type="checkbox"/>	N'A PAS D'ENFANT <input type="checkbox"/>	→301
221	En quel mois et quelle année est né votre dernier enfant?	MOIS..... NSP MOIS.....98 ANNEE.....	<input type="text"/> <input type="text"/>
222	Est-ce que votre dernier enfant est toujours vivant?	OUI.....1 NON.....2	
223	Quand votre femme/conjointe est tombée enceinte de votre dernier enfant, vouliez-vous qu'elle tombe enceinte à ce moment là, vouliez-vous que ce soit plus tard ou ne vouliez-vous plus d'enfant du tout?	A CE MOMENT.....1 PLUS TARD.....2 PLUS DU TOUT.....3	

SECTION 3: CONTRACEPTION

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 301 POUR CHAQUE METHODE MENTIONNEE D'UNE MANIERE SPONTANEE.
 PUIS CONTINUER A LA COLONNE 302 EN LISANT LE NOM ET LA DESCRIPTION DE CHAQUE METHODE NON MENTIONNEE SPONTANEMENT.
 EN CERCLER LE CODE 2 SI LA METHODE EST RECONNUE, ET LE CODE 3 SI NON RECONNUE.
 PUIS, POUR CHAQUE METHODE AYANT LE CODE 1 A 301 OU 2 EN CERCLER A 302, POSER 303 AVANT DE PASSER A LA METHODE SUIVANTE.

301 Quelles sont les méthodes dont vous avez entendu parler?	302 Avez-vous déjà entendu parler de (METHODE)		303 Avez vous déjà utilisé (METHODE)?
	OUI SPONTANE	OUI NON	
01] PILULE Les femmes peuvent prendre une pilule tous les jours.	1	2	OUI.....1 NON.....2
02] DIU Les femmes peuvent avoir un stérilet que le médecin ou l'infirmière leur place dans l'utérus.	1	2	OUI.....1 NON.....2
03] INJECTIONS Les femmes peuvent recevoir une injection par un médecin ou une infirmière pour éviter de tomber enceinte pendant plusieurs mois.	1	2	OUI.....1 NON.....2
04] IMPLANT Les femmes se font insérer 5 petits bâtonnets dans le bras, sous la peau qui empêchent de tomber enceinte pendant plusieurs années.	1	2	OUI.....1 NON.....2
05] 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.	1	2	OUI.....1 NON.....2
06] CONDOM Les hommes peuvent se mettre un condom (une capote anglaise) pendant les rapports sexuels.	1	2	OUI.....1 NON.....2
07] STERILISATION FEMININE Les femmes peuvent subir une opération pour ne plus avoir d'enfants.	1	2	Avez-vous déjà vécu avec une femme qui avait eu une opération pour éviter d'avoir des enfants? OUI.....1 NON.....2
08] STERILISATION MASCULINE Les hommes peuvent subir une opération pour ne plus avoir d'enfants.	1	2	Avez-vous eu une opération pour éviter d'avoir d'autres enfants? OUI.....1 NON.....2
09] RYTHME, CONTINENCE PERIODIQUE Les couples peuvent éviter d'avoir des rapports sexuels certains jours du cycle pendant lesquels la femme est plus susceptible de tomber enceinte.	1	2	OUI.....1 NON.....2
10] RETRAIT Les hommes peuvent faire attention et se retirer avant l'éjaculation.	1	2	OUI.....1 NON.....2
11] Avez-vous entendu parler d'autres moyens ou méthodes que les femmes ou les hommes peuvent utiliser pour éviter la grossesse?	1	3	OUI.....1 NON.....2 OUI.....1 NON.....2
	(PRECISER)		
	(PRECISER)		

304 VERIFIER 303: AUCUN "OUI" (N'A JAMAIS UTILISE) AU MOINS UN "OUI" (A UTILISE) → PASSER A 307

N°.	QUESTIONS ET FILTRES	CODES	PASSER A
305	Avez-vous déjà utilisé ou essayé un moyen quelconque pour retarder ou éviter une grossesse?	OUI.....1 NON.....2	→309
306	Qu'avez-vous fait ou utilisé? CORRIGER 303-304 (ET 302 SI NECESSAIRE)		
307	En ce moment, faites-vous quelque chose ou utilisez-vous une méthode pour retarder ou éviter d'avoir un enfant?	OUI.....1 NON.....2	→309
308	Quelle méthode utilisez-vous?	PILULE.....01 DIU.....02 INJECTIONS.....03 IMPLANT.....04 DIAPHRAGME/MOUSSE/ GELEE.....05 CONDOM.....06 STERILISATION FEMININE.....07 STERILISATION MASCULINE.....08 CONTINENCE PERIODIQUE.....09 RETRAIT.....10 AUTRE.....96 (PRECISER)	→310
309	Quelle est la principale raison pour laquelle vous n'utilisez pas une méthode pour éviter d'avoir un enfant?	NON MARIE.....11 RAISONS LIEES A LA FECONDITE RAP. SEX. PEU FREQUENTS.....22 VASECTOMIE.....23 STERILE/NON FECOND.....24 VEUT DES ENFANTS.....26 OPPOSITION A L'UTILISATION ENQUETE OPPOSE.....31 EPOUSE/PARTENAIRE OPPOSEE.....32 AUTRES PERS. OPPOSEES.....33 INTERDITS RELIGIEUX.....34 MANQUE DE CONNAISSANCE NE CONNAIT AUCUNE METHODE.....41 NE CONNAIT AUCUNE SOURCE.....42 RAISONS LIEES A UNE METHODE PROBLEMES DE SANTE.....51 PEUR DES EFFETS SECONDAIRES.....52 PAS ACCESSIBLE/TROP LOIN.....53 TROP CHERE.....54 PAS PRATIQUE A UTILISER.....55 INTERFERE AVEC LE PROCESSUS NORMAL DU CORPS.....56 AUCUNE AUTRE RAISON.....95 AUTRE.....96 (PRECISER) NSP.....98	
310	VERIFIER 201 ET 204 ACTUELLEMENT EN UNION OU A UNE PARTENAIRE REGULIERE	PAS EN UNION, N'A PAS DE PARTENAIRE REGULIERE	→313
311	Est-ce que votre femme/conjointe ou partenaire est enceinte actuellement?	OUI.....1 NON.....2 PAS SUR.....8	→313
312	Quand elle est tombée enceinte, vouliez-vous qu'elle tombe enceinte à ce moment là, vouliez-vous attendre plus tard ou ne vouliez-vous plus d'enfant du tout?	A CE MOMENT.....1 PLUS TARD.....2 PLUS DU TOUT.....3	
313	En général, approuvez-vous ou désapprouvez-vous les couples qui utilisent une méthode pour éviter une grossesse?	APPROUVE.....1 DESAPPROUVE.....2 SANS OPINION.....8	
314	Trouvez-vous acceptable ou pas acceptable que des informations sur la planification familiale soient données: A la radio? A la télévision?	ACCEPT- ABLE PAS ACCEPT- ABLE NSP RADIO.....1 2 8 TELEVISION.....1 2 8	

N°	QUESTIONS ET FILTRES	CODES	PASSER A
315	Durant les 6 derniers mois, avez-vous entendu ou appris quelque chose sur la planification familiale:		
	A la radio?	RADIO.....1	2
	A la télévision?	TELEVISION.....1	2
	Dans les journaux ou les magazines?	JOURNAUX OU MAGAZINES.....1	2
	Sur une affiche?	AFFICHE.....1	2
	Sur un prospectus ou une brochure?	PROSPECTUS OU BROCHURES.....1	2
316	Suivez-vous habituellement les émissions suivantes?		
	Radio rurale Magazine?	RADIO RURALE MAGAZINE.....1	2
	Santé Magazine?	SANTE MAGAZINE.....1	2
317	VERIFIEZ 201: ACTUELLEMENT MARIE OU VIT AVEC QUELQU'UN	PAS ACTUELLEMENT MARIE ET NE VIT PAS AVEC QUELQU'UN	326A
318	Avez-vous eu des rapports sexuels avec votre épouse/femme avec qui vous vivez, dans les quatre dernières semaines ?	OUI.....1 NON.....2	321
319	Combien de fois?	NOMBRE DE FOIS..... <input type="text"/> <input type="text"/> NSP.....98	
320	Un condom était-il utilisé dans l'une de ces occasions? SI OUI: L'était-il chaque fois ou quelques fois?	OUI, CHAQUE FOIS.....1 OUI, QUELQUES FOIS.....2 JAMAIS.....3	
321	Avec qui vous avez eu des rapports sexuels la dernière fois? Avec votre épouse/femme avec qui vous vivez, avec quelqu'un d'autre?	EPOUSE.....1 FEMME AVEC QUI IL VIT.....2 QUELQU'UN D'AUTRE.....3	
322	Avez-vous eu des rapports sexuels avec quelqu'un autre que votre épouse/la femme avec qui vous vivez, dans les quatre dernières semaines?	OUI.....1 NON.....2	401
323	Avec combien de personnes autres que votre épouse/femme avec qui vous vivez avez-vous eu des rapports sexuels dans les quatre dernières semaines?	NOMBRE DE PERSONNES..... <input type="text"/> <input type="text"/> NSP.....98	
324	Combien de fois avez-vous eu des rapports sexuels avec quelqu'un autre que votre épouse/femme avec qui vous vivez, les quatre dernières semaines?	NOMBRE DE FOIS..... <input type="text"/> <input type="text"/> NSP.....98	
325	Un condom était-il utilisé dans l'une de ces occasions? SI OUI: L'était-il à chaque fois ou quelques fois?	OUI, CHAQUE FOIS.....1 OUI, QUELQUES FOIS.....2 JAMAIS.....3	401
326A	Avez-vous eu des rapports sexuels avec quelqu'un dans les quatre dernières semaines?	OUI.....1 NON.....2	401
326B	Avec combien de personnes avez-vous eu des rapports sexuels dans les quatre dernières semaines?	NOMBRE DE PERSONNES..... <input type="text"/> <input type="text"/> NSP.....98	
326C	Combien de fois avez-vous eu des rapports sexuels dans les quatre dernières semaines?	NOMBRE DE FOIS..... <input type="text"/> <input type="text"/> NSP.....98	
326D	Un condom était-il utilisé dans l'une de ces occasions? SI OUI: L'était-il chaque fois ou quelques fois?	OUI, CHAQUE FOIS.....1 OUI, QUELQUES FOIS.....2 JAMAIS.....3	

SECTION 4: PREFERENCES EN MATIERE DE FECONDITE

Nº.	QUESTIONS ET FILTRES	CODES	PASSER A	
401	<p>VERIFIER 201 ET 204: ACTUELLEMENT EN UNION OU A UNE PARTENAIRE REGULIERE <input type="checkbox"/></p>	<p>PAS EN UNION, N'A PAS DE PARTENAIRE REGULIERE <input type="checkbox"/></p>	→404	
402	<p>Les époux/conjoints ne sont pas toujours d'accord sur tout. Je voudrais vous poser des questions sur le point de vue de votre femme/conjointe, partenaire sur la planification familiale.</p> <p>Pensez-vous que votre épouse/conjointe, partenaire approuve ou désapprouve les couples qui utilisent une méthode pour éviter une grossesse?</p>	<p>APPROUVE.....1 DESAPPROUVE.....3 NSP.....8</p>		
403	<p>Pensez-vous que votre femme/conjointe, partenaire souhaite le même nombre d'enfants que vous, en veut davantage que vous ou en veut moins que vous?</p>	<p>MEME NOMBRE.....1 DAVANTAGE.....2 MOINS.....3 NSP.....8</p>		
404	<p>VERIFIER 311 ET 401: FEMME/CONJOINTE PARTENAIRE PAS ENCEINTE OU MSP <input type="checkbox"/></p> <p>Maintenant j'ai quelques questions au sujet de l'avenir. Voudriez-vous avoir un (autre) enfant ou préféreriez-vous ne pas avoir (d'autres) d'enfants?</p>	<p>FEMME/CONJOINTE, PARTENAIRE ENCEINTE <input type="checkbox"/></p> <p>Maintenant j'ai quelques questions au sujet de l'avenir. Après l'enfant que votre femme attend, voudriez-vous avoir un autre enfant ou préféreriez-vous ne pas avoir d'autre enfant?</p>	<p>AVOIR UN (AUTRE) ENFANT.....1 PAS D'AUTRE/AUCUN.....2 FEMME NE PEUT PLUS ETRE ENCEINTE...3 IL NE PEUT PLUS AVOIR D'ENFANTS....4 PAS DECIDE OU NSP.....8</p>	→406
405	<p>VERIFIER 404: FEMME/CONJOINTE PARTENAIRE PAS ENCEINTE OU MSP <input type="checkbox"/></p> <p>Combien de temps voudriez-vous attendre à partir de maintenant avant la naissance d'un (autre) enfant?</p>	<p>FEMME/CONJOINTE, PARTENAIRE ENCEINTE <input type="checkbox"/></p> <p>Combien de temps voudriez- vous attendre après la naissance de l'enfant que vous attendez et avant la naissance d'un autre enfant?</p>	<p>MOIS.....1 <input type="text"/></p> <p>ANNEES.....2 <input type="text"/></p> <p>BIENTOT/MAINTENANT.....993 ELLE OU LUI NE PEUT PLUS AVOIR D'ENFANT.....994 APRES LE MARIAGE.....995 AUTRE.....996 (PRECISER) NSP.....998</p>	
406	<p>VERIFIER 307: UTILISE UNE METHODE</p> <p>NON <input type="checkbox"/> POSEE <input type="checkbox"/> N'UTILISE <input type="checkbox"/> PAS ACTUEL- LEMENT <input type="checkbox"/> UTILISE <input type="checkbox"/> ACTUEL- LEMENT <input type="checkbox"/></p>		→411	
407	<p>Avez-vous l'intention d'utiliser une méthode pour éviter une grossesse dans les 12 prochains mois?</p>	<p>OUI.....1 NON.....2 NSP.....8</p>	→409	
408	<p>Avez-vous l'intention d'utiliser une dans le futur?</p>	<p>OUI.....1 NON.....2 NSP.....8</p>	→410	
409	<p>Quelle méthode préféreriez-vous utiliser?</p>	<p>PILULE.....01 DIU.....02 INJECTIONS.....03 IMPLANTS.....04 DIAPHRAGME/MOUSSE/GELEE.....05 CONDON.....06 STERILISATION FEMININE.....07 STERILISATION MASCULINE.....08 CONTINENCE PERIODIQUE.....09 RETRAIT.....10 AUTRE.....96 (PRECISER) PAS SUR OU NSP.....98</p>	→411	

410	<p>Quelle est la principale raison pour laquelle vous n'avez pas l'intention d'utiliser une méthode?</p>	<p>NON MARIE.....11</p> <p>RAISONS LIEES A LA FECONDITE</p> <p>RAP. SEX. PEU FREQUENTS.....22</p> <p>VASECTOMIE23</p> <p>STERILE/NON FECONDE.....24</p> <p>VEUT DES ENFANTS.....26</p> <p>OPPOSITION A L'UTILISATION</p> <p>ENQUETE OPPOSE.....31</p> <p>EPOUSE/PARTENAIRE OPPOSEE.....32</p> <p>AUTRES PERS. OPPOSEES.....33</p> <p>INTERDITS RELIGIEUX.....34</p> <p>MANQUE DE CONNAISSANCE</p> <p>NE CONNAIT AUCUNE METHODE.....41</p> <p>NE CONNAIT AUCUNE SOURCE.....42</p> <p>RAISONS LIEES A UNE METHODE</p> <p>PROBLEMES DE SANTE.....51</p> <p>PEUR DES EFFETS SECONDS.....52</p> <p>PAS ACCESSIBLE/TROP LOIN.....53</p> <p>TROP CHERE.....54</p> <p>PAS PRATIQUE A UTILISER.....55</p> <p>INTERFERE AVEC LE PROCESSUS NORMAL DU CORPS.....56</p> <p>AUTRE _____ 96 (PRECISER)</p> <p>NSP.....98</p>	
-----	--	---	--

411	<p>VERIFIER 218:</p> <div style="display: flex; justify-content: space-around;"> <div style="width: 45%;"> <p>A DES ENFANTS VIVANTS <input type="checkbox"/></p> <p>↓</p> <p>Si vous pouviez retourner à l'époque où vous n'aviez pas d'enfants, et choisir exactement le nombre d'enfants que vous voudriez avoir dans toute votre vie, combien voudriez-vous en avoir?</p> </div> <div style="width: 45%;"> <p>N'A PAS D'ENFANTS <input type="checkbox"/></p> <p>↓</p> <p>Si vous pouviez choisir exactement le nombre d'enfants à avoir dans toute votre vie, combien voudriez-vous en avoir?</p> </div> </div> <p style="text-align: center;">INSISTER POUR OBTENIR UNE REPONSE NUMERIQUE</p>	<p>NOMBRE..... <input style="width: 20px;" type="text"/> <input style="width: 20px;" type="text"/></p> <p>AUTRE _____ 96 →413 (PRECISER)</p>
-----	---	--

412	<p>Parmi ces enfants, combien souhaiteriez-vous de garçons et combien souhaiteriez-vous de filles?</p>	<p style="text-align: right;">GARÇONS</p> <p>NOMBRE..... <input style="width: 20px;" type="text"/> <input style="width: 20px;" type="text"/></p> <p>AUTRE _____ 96 (PRECISER)</p> <p style="text-align: right;">FILLES</p> <p>NOMBRE..... <input style="width: 20px;" type="text"/> <input style="width: 20px;" type="text"/></p> <p>AUTRE _____ (PRECISER)</p> <p style="text-align: right;">N'IMPORTE</p> <p>NOMBRE..... <input style="width: 20px;" type="text"/> <input style="width: 20px;" type="text"/></p> <p>AUTRE _____ 96 (PRECISER)</p>
-----	--	---

SECTION 5. MST ET SIDA

N°.	QUESTIONS ET FILTRES	CODES	PASSER A	
501	Avez-vous entendu parler des maladies qui peuvent être transmises au cours des rapports sexuels que l'on appelle également maladies vénériennes?	OUI.....1 NON.....2	→ 503	
502	Quelles maladies connaissez-vous ? ENREGISTRER TOUTES LES REPONSES	SYPHILIS.....A GONOCOCCIE.....B SIDA.....C TRICHOMONAS VAGINAL.....D CHANCRE MOU.....E AUTRE.....X (PRECISER) NSP.....Y		
503	VERIFIER 209: A DEJA EU DES RAPPORTS SEXUELS <input type="checkbox"/>	N'A JAMAIS EU DE RAPPORTS SEXUELS <input type="checkbox"/>	→ 514	
504	Au cours des 12 derniers mois, avez-vous eu une de ces maladies	OUI.....1 NON.....2 NSP.....8	→ 506	
505	Laquelle ou lesquelles ?	SYPHILIS.....A GONOCOCCIE.....B SIDA.....C CHANCRE MOU.....D AUTRE.....X (PRECISER) NSP.....Y		
506	Durant les 12 derniers mois, avez-vous eu un quelconque écoulement provenant de votre pénis?	OUI.....1 NON.....2 NSP.....8		
507	Durant les 12 derniers mois, avez-vous eu une quelconque ulcération sur votre pénis?	OUI.....1 NON.....2 NSP.....8		
508	VOIR Q. 505, Q.506 ET Q.507 AU MOINS UNE MALADIE <input type="checkbox"/>	AUCUNE MALADIE <input type="checkbox"/>	→ 514	
509	Lorsque vous avez eu le dernier épisode de cette ou ces maladies, avez-vous demandé conseil ou un traitement, vous êtes-vous soigné vous-même ou n'avez-vous rien fait?	CONSEIL /TRAITEMENT.....1 SOIGNE LUI-MEME.....2 RIEN FAIT.....3	→ 511	
510	Où avez-vous demandé des conseils ou un traitement pour ce dernier? SI LE LIEU EST UN HOPITAL, UN CENTRE DE SANTE OU UNE CLINIQUE, INSISTER POUR IDENTIFIER LE TYPE D'ENDROIT ET ENCELER LE CODE APPROPRIE. INSCRIRE TOUT CE QUI EST CITE	SECTEUR MEDICAL PUBLIC HOPITAL D'ETAT.....A CENTRE DE SANTE.....B SOUS-CENTRE DE SANTE.....C POSTE DE SANTE.....D AGENT DE SANTE.....E AUTRE MEDICAL PUBLIC.....F SECTEUR MEDICAL PRIVE HOPITAL/CLINIQUE PRIVE.....G PHARMACIE.....H MEDECIN PRIVE.....I CENTRE DE SANTE.....J AGENT DE SANTE.....K AUTRE MEDICAL PRIVE.....L AUTRE SECTEUR PRIVE MARCHÉ.....M EGLISE/CENTRE RELIGIEUX.....N AMIS/PARENTS.....O AUTRES.....X (PRECISER)		
510A	Pour la dernière MST avez-vous payé pour la consultation?	OUI.....1 NON.....2		
510B	Pour la dernière MST avez-vous payé pour le traitement?	OUI.....1 NON.....2		
510C	Où avez-vous payé le traitement ?	PHARMACIE.....A EN MEME TEMPS QUE CONSULTATION.....B MARCHÉ.....C AUTRE.....X (PRECISER) NSP.....Y		
511	Lorsque vous avez eu (MALADIE DE Q.505) en avez-vous parlé à votre épouse/femme avec qui vous vivez ou votre (vos) partenaire(s)?	OUI.....1 NON.....2		

N°.	QUESTIONS ET FILTRES	CODES	PASSER A
512	Lorsque vous avez eu (MALADIE DE Q.505) avez-vous fait quelque chose pour éviter de la transmettre à votre épouse/ femme avec qui vous vivez ou votre(vos) partenaire(s)?	OUI.....1 NON.....2 PARTENAIRE DEJA INFECTEE.....3	→ 514
513	Qu'avez-vous fait? ENREGISTRER TOUT CE QUI EST MENTIONNE	PAS DE RAPPORTS SEXUELS.....A UTILISE LE CONDOM.....B A PRIS DES MEDICAMENTS.....C AUTRES.....X (PRECISER)	
514	VOIR Q. 502 N'A PAS CITE "SIDA" <input type="checkbox"/> A CITE "SIDA" <input type="checkbox"/>		→ 516
515	Avez-vous déjà entendu parler d'une maladie appelée SIDA?	OUI.....1 NON.....2	→ 529
516	De quelles sources d'informations avez-vous le plus appris sur le SIDA? Aucune autre source? ENREGISTRER TOUT CE QUI EST MENTIONNE.	RADIO.....A TV.....B JOURNAUX/MAGAZINES.....C POSTERS/AFFICHES.....D AGENT DE SANTE.....E MOSQUEE/EGLISE.....F ECOLE/PROFESSEURS.....G CONFERENCES DE QUARTIER.....H AMIS/PARENTS.....I AU TRAVAIL.....J ETABLISSEMENT DE SANTE.....K AUTRE.....X (PRECISER)	
517	Comment une personne peut attraper le SIDA? N'importe qu'elle autre voie? ENREGISTRER TOUTES LES REPONSES	RAPPORTS SEXUELS.....A RAPPORT SEXUEL AVEC PROSTITUEES B CONTACT HOMOSEXUEL.....C RAPPORTS SEXUELS AVEC PLUSIEURS PARTENAIRE.....D TRANSFUSION DE SANG.....E INJECTIONS.....F BAISERS.....G PIQURES D'INSECTES.....H DE LA MERE A L'ENFANT.....I LAMES SOUILLEES.....J AUTRE.....X (PRECISER) NSP.....Y	
518	Est-ce que l'on peut faire quelque chose pour éviter d'attraper le virus qui cause le SIDA?	OUI.....1 NON.....2 NSP.....8	→ 520
519	Que peut-on faire? Quelque chose d'autre? ENREGISTRER TOUT CE QUI MENTIONNE	S'ABSTENIR DE SEXE.....A UTILISER DES CONDOMS.....B EVITER PARTENAIRE MULTIPLES.....C EVITER SEXE AVEC PROSTITUEES.....D EVITER RELATIONS HOMOSEXUELLES.....E EVITER LES TRANSFUSIONS DE SANG.....F EVITER LES INJECTIONS.....G EVITER LES BAISERS.....H EVITER LES PIQURES D'INSECTES.....I CHERCHER LA PROTECTION DES GUERISSEURS TRADITIONNELS.....J AUTRE.....X (PRECISER)	
520	Est-il possible qu'une personne qui semble en bonne santé soit en fait atteinte du virus du SIDA?	OUI.....1 NON.....2 NSP.....8	→ 521
520A	Cette personne peut-elle transmettre le virus?	OUI.....1 NON.....2 NSP.....8	
521	Est-ce que le SIDA peut être soigné?	OUI.....1 NON.....2 NSP.....8	→ 522
521A	Comment le SIDA peut-il être soigné?	MEDICAMENT.....A VACCINATION.....B TRADIPRATICIEN.....C RELIGION.....D AUTRE.....X (PRECISER)	
522	Une femme enceinte atteinte du SIDA peut-elle transmettre le virus à son bébé?	OUI.....1 NON.....2 NSP.....8	
523A	Connaissez-vous personnellement quelqu'un qui a attrapé le SIDA?	OUI.....1 NON.....2 NSP.....8	
523B	Connaissez-vous personnellement quelqu'un qui est mort du SIDA?	OUI.....1 NON.....2 NSP.....8	

N°.	QUESTIONS ET FILTRES	CODES	PASSER A
523C	Accepteriez-vous d'apporter assistance à quelqu'un qui a le SIDA?	OUI.....1 NON.....2 NSP.....8	→524
523D	De quelle manière?	HEBERGEMENT.....A PAYER LES MEDICAMENTS.....B S'OCCUPER DE SA FAMILLE.....C DONNER DE L'ARGENT.....D NOURRIR.....E PRIERE.....F VISITE A L'HOPITAL.....G VISITE A DOMICILE.....H AUTRE.....X (PRECISER)	
524	Selon vous, y-a-t-il des risques faibles, moyens, importants ou bien n'y-a-t-il pas de risque du tout que vous attrapiez le SIDA?	FAIBLE.....1 MOYEN.....2 IMPORTANT.....3 PAS DE RISQUE DU TOUT.....4 A LE SIDA.....5	→526 →529
525	Pourquoi pensez-vous que vous n'avez (AUCUN RISQUE/RISQUE FAIBLE) d'attraper le SIDA? Y-a-t-il d'autres raisons? ENREGISTRER TOUT CE QUI EST MENTIONNE	S'ABSTIENT DE SEXE.....A UTILISE DES CONDOMS.....B EVITE PARTENAIRES MULTIPLES.....C FIDELE A SON PARTENAIRE.....D EVITE RELATIONS HOMOSEXUELLES.....E PAS DE TRANSFUSIONS DE SANG.....F PAS D'INJECTIONS DEJA UTILISEES.....G AUTRE.....X (PRECISER) NSP.....Y	→527
526	Pourquoi pensez-vous que vous avez un (RISQUE MOYEN/IMPORTANT) d'attraper le SIDA? Y-a-t-il d'autres raisons? ENREGISTRER TOUT CE QUI EST MENTIONNE	N'UTILISE PAS DE CONDOMS.....A A DES PARTENAIRES MULTIPLES.....B EPOUSE A PARTENAIRES MULTIPLES.....C RELATIONS HOMOSEXUELLES.....D A EU TRANSFUSIONS DE SANG.....E A EU DES INJECTIONS DEJA UTILISEES.....F CONTACT SEXUEL AVEC MALADE.....G AUTRE.....X (PRECISER) NSP.....Y	
527	Depuis que vous avez entendu parler du SIDA, avez-vous changé votre comportement sexuel afin d'éviter de l'attraper?	OUI.....1 NON.....2 NSP.....8	→529
528	Qu'avez-vous fait? Quelque chose d'autre? ENREGISTRER TOUT CE QUI MENTIONNE	A ARRETE TOUT RAPPORT SEXUEL.....A A COMMENCE A UTILISER CONDOM.....B FIDELE A SA PARTENAIRE.....C A REDUIT NOMBRE DE PARTENAIRES.....D N'A PLUS DE CONTACTS HOMOSEXUELS.....E ARRETER INJECTIONS DEJA UTILISEES.....F PRIERE.....G AUTRE.....X (PRECISER) NSP.....Y	
529	Certaines personnes utilisent le condom durant les rapports sexuels pour éviter d'attraper le SIDA ou d'autres maladies sexuellement transmissibles. En avez-vous entendu parler?	OUI.....1 NON.....2	→531
530	Avez-vous déjà utilisé un condom durant les rapports sexuels pour éviter d'attraper le SIDA ou d'autres maladies sexuellement transmissibles ?	OUI.....1 NON.....2	
531	VERIFIER 209: A DEJA EU DES RAPPORTS SEXUELS <input type="checkbox"/> N'A JAMAIS EU DE RAPPORTS SEXUELS <input type="checkbox"/>		→533
532	Avez-vous donné ou reçu de l'argent, des cadeaux ou des faveurs en récompense pour avoir des rapports sexuels avec quelqu'une, dans les quatre dernières semaines ?	OUI.....1 NON.....2	
533	ENREGISTRER L'HEURE	HEURE..... MINUTES.....	

OBSERVATIONS DE L'ENQUETEUR
(A remplir après que l'entretien soit achevé)

Commentaires sur l'enquêté :

Commentaires sur des
Questions particulières:

Autres commentaires:

OBSERVATIONS DU CHEF D'EQUIPE

Nom du chef d'équipe: _____ Date: _____

COMMENTAIRES DE LA CONTROLEUSE

Nom de la Contrôleuse: _____ Date: _____