

SUIVI DÉMOGRAPHIQUE
ET DE SCOLARISATION À VIENTIANE

RAPPORT ANNEXE DE PRÉSENTATION
DES QUESTIONNAIRES

2006-2008

© PHOTO : D. BENOIT, IRD

PIERRE LÉVI
DÉMOGRAPHE IRD



Institut de recherche
pour le développement



ANNEXES QUESTIONNAIRES

Dans ce document annexe sont présentés et brièvement commentés l'ensemble des questionnaires qui ont été posés lors des 4 passages du suivi, qu'ils soient des questionnaires produits par l'IRD ou des questionnaires confiés par nos partenaires.

ANNEXE 1 :

Fiche d'identification du ménage

Cette fiche a servi à chacun des 4 passages. Comme pour plusieurs des questionnaires ou fiches qui seront présentées dans ces annexes, celle-ci résulte d'un "état", sorti de la base "Access" après le 1^{er} passage et reprenant un certain nombre d'informations déjà existantes pour aider les enquêtrices à se repérer plus vite pour retrouver le ménage à enquêter. Les enquêtrices disposent ainsi de plusieurs renseignements, tels, le village, le quartier, le N° de maison, les coordonnées GPS et éventuellement des N° de téléphone pour prendre des rendez vous.

A chaque passage les enquêtrices pouvaient modifier les informations existantes. Si tel était le cas les modifications renseignées étaient saisies en remplacement des données existantes, afin d'actualiser la base de données. Ce pouvait être le cas, par exemple, en cas de changement du N° de maison, d'un nouveau N° de téléphone, ...

De plus elles notaient leur nom, la date du passage.

Ces informations sont importantes pour le contrôle qualité des données et pour permettre de créer des tables dites "historisées" dans la base de données.

**PROJET IRD, SUIVI DEMOGRAPHIQUE A VIENTIANE (LAOS),
PASSAGE 2, MAI/JUIN 2007**

Date de l'enquête	<i>Jour :</i>	<i>Mois :</i>	<i>Année :</i>
Prénom enquêtrice		Nom Enquêtrice	
N° de la strate	1		
N° du district	01	N° du village	019
Nom du village	Sibounheuang		
N° de Nouaye	2	Nouveau N° ??	
N° de Maison	27	Nouveau N° ??	
N° de Ménage	01019261		
Coordonnées GPS X	xxxxxx		
Coordonnées GPS Y	yyyyyy		
N° téléphone 1	258 877	Nouveau N° ??	
N° téléphone 2	749 37 68	Nouveau N° ??	

ANNEXE 2 :

Questionnaire Ménage

Ce questionnaire a lui aussi servi à chacun des 4 passages avec quelques variantes cependant. Nous présentons ici la version du passage 3.

Sur ce questionnaire sont listés l'ensemble des individus composant le ménage et qui ont été identifiés au passage précédent.

Pour chacun d'entre eux un certain nombre d'informations déjà existantes dans la base, car collectées au(x) passage(s) précédent(s) sont reportés afin de ne pas demander plusieurs fois les mêmes renseignements et afin également d'aider les enquêtrices à bien identifier les différents membres du ménage.

Des indications sont aussi portées pour savoir quels sont les individus qui seront questionnés pour différents autres questionnaires du passage en cours (scolarisation, femme enceinte...) selon des critères prédéfinis (le plus souvent combinaison de conditions d'âge, selon le sexe....)

ANNEXE 3 :

Questionnaire Nouveaux individus dans le ménage

Ce questionnaire doit recenser les nouveaux individus entrés dans le ménage depuis le passage précédent.

Il peut s'agir d'immigrés ou de nouvelles naissances.

Pour chacun de ces nouveaux arrivants, des renseignements généraux sont demandés afin de disposer des mêmes informations que pour ceux du recensement initial (religion, ethnie, profession.....)

Individus nouveaux qui n'étaient pas présents au passage précédent (mai - juillet 2007)

STRATE : N° VILLAGE : Nom du Village

N° MENAGE NOM DU CM : PRENOM DU CM :

1) il s'agit d'un individu immigré qui est arrivé dans le ménage depuis mai - juillet 2007

1 : N° Individu	2 : PRENOM	3 : NOM	4 : Sexe	5 : Relation Parenté	6 : Niveau scolaire	7 : Occupation	8 : Profession	9 : Nationalité	10 : Ethnie	11 : Religion	12 : Lieu Naissance	Date Naissance			Date arrivée			19 : Statut Matrimonial	20 : Dernière classe atteinte	21 : Lisez vous le Lao	22 : Ecrivez-vous le Lao	Histoire Génésique	Scolarisation	Eligible à	
												13 : Jour	14 : Mois	15 : Année	16 : Date arrivée (mois)	17 : Lieu de provenance	18 : Motif d'arrivée								Q6 = 2 à 5

2) il s'agit d'une nouvelle naissance depuis le passage précédent (mai - juillet 2007)

ANNEXE 4 :

Questionnaire Femmes enceintes au passage précédent

Pour les femmes qui avaient déclarées être enceintes au passage précédent, un questionnaire leur était posé pour mieux appréhender les grossesses dont l'issue était autre qu'une naissance vivante.

Si, par contre cette grossesse était terminée par une naissance vivante, cette naissance vivante était marquée aussi dans le questionnaire nouvelle naissance.

Femmes déclarées enceintes au passage précédent

STRATE N° VILLAGE

N° du ménage Prenom de la femme enceinte :

N° de la femme

Date enquete precedente	Date enquete actuelle	Duree de grossesse	Rang gross avt	Issue de la grossesse	Mois fin grossesse	An fin grossesse
6/12/2007		4	2			

Codes des issues de grossesse	Naissance vivante			1
	Mort ne			2
	Grossesse extra-uterines			3
	Avortement spontane			4
	Avortement provoque			5
	Grossesse toujours en cours			6

ANNEXE 5 : **Questionnaire Histoire des grossesses**

Ce questionnaire tel que présenté sur la page suivante a été posé au passage initial à toutes les femmes âgées de 15 à 50 ans.

Il retrace l'ensemble de l'histoire génésique des femmes, toutes leurs grossesses, y compris celles qui n'ont pas abouti à des naissances vivantes.

Il comprend aussi une histoire des avortements pour les femmes qui ont déclaré avoir eu au moins une fois recours à l'avortement.

Par la suite (passages 2 à 4) ce rétrospectif des histoires des grossesses a été posé à toutes les femmes immigrées âgées de 15 à 50 ans au moment de leur arrivée dans le ménage.

Mais il a été posé dans une version abrégée, sans les questions sur les naissances des dernières années et sans les questions sur la contraception.

QUESTIONNAIRE HISTOIRE DES GROSSESSES

Strate /_/_

N° du Village : /_/_/_/_/_/_

Nom du village :

N° du Ménage : /_/_/_/_

Nom du Chef de Ménage :

N° de l'individu : /_/_/_

Nom de la femme :

Age de la femme : /_/_/_

Age Calculé (à partir de la date de naissance)

1. NUPTIALITE

Q 1.1 Quel est votre statut matrimonial ?

- | | |
|--------------------|-----|
| Célibataire | (1) |
| Mariée | (2) |
| Concubinage | (3) |
| Divorcée / séparée | (4) |
| Veuve | (5) |
| Autre | (6) |

Si réponse célibataire (1), aller à Q2.

Q 1.2 Quel âge aviez vous lors de votre premier mariage : /_/_/_

Q 1.3: En quelle année s'est déroulé votre premier mariage /_/_/_

2. FECONDITE

Maintenant je voudrais vous poser des questions sur toutes les naissances que vous avez eues durant votre vie

Q 2.1 Etes-vous enceinte actuellement : oui (1) non (2) NSP (9)

Si oui aller Q2.1.1

Si non ou NSP aller en Q2.2

Q 2.1.1 Durée de grossesse (en mois) : /_/_/_

Q 2.1.2 Exercez-vous actuellement un travail pénible :

Oui (1) non (2) Pas de réponse (9)

Q 2.1.3 Avez-vous été malade depuis le début de votre grossesse :

Oui (1) Non (2) Si oui quelle maladie:/_/_/_

Q 2.1.4 Avez-vous eu des saignements depuis le début de votre grossesse :

Oui (1) non (2) Pas de réponse (9)

Q 2.1.5 Avez-vous eu des consultations depuis le début de votre grossesse : Oui (1) non (2) Pas de réponse (9)

Si oui aller Q2.1.6

Si non ou NSP aller en Q2.1.8

Q 2.1.6 Où avez-vous eu des consultations ?

(2)	2.1.6.1	hôpital	Oui (1)	Non
(2)	2.1.6.2	dispensaire ou centre de santé	Oui (1)	Non
(2)	2.1.6.3	clinique	Oui (1)	Non (2)
(2)	2.1.6.4	pharmacie	Oui (1)	Non
(2)	2.1.6.5	médecin traditionnel	Oui (1)	Non
(2)	2.1.6.6	matrone	Oui (1)	Non
(2)	2.1.6.7	autre	Oui (1)	Non

Q2.1.7 Combien de consultations avez-vous eu au total: /_/_/

Q 2.1.8 Cette grossesse actuelle est-elle la première :
Oui (1) Non (2) NSP (9)

Si oui aller en Q.3

Si non ou NSP aller en Q.2.3

Q 2.2 Avez-vous déjà été enceinte : oui (1) non (2) NSP (9)

Si oui aller Q2. 3

Si non ou NSP aller en Q.3

Q 2.3 Avez-vous déjà eu des naissances vivantes :
Oui (1) Non (2) NSP (9)

si oui aller en Q2.4

si non ou NSP aller en Q2.7

Pour les naissances vivantes

	Total	Garçons	Filles
Q2.4 Combien d'enfants sont actuellement vivants :	/_/_/	/_/_/	/_/_/
Q2.5 Combien d'enfants sont décédés	/_/_/	/_/_/	/_/_/
Q2.6 Combien d'enfants nés vivants avez-vous eu au total	/_/_/	/_/_/	/_/_/

Q 2.7 Avez-vous eu des enfants morts nés (durée de grossesse supérieure à 6 mois) : oui (1) non (2) NSP (9)

si oui aller en Q2.7.1

si non ou NSP aller en Q2.8

Q2.7.1 Combien d'enfants morts nés avez-vous eu : /_/_/

Q 2.8 Avez-vous eu des grossesses intra-utérines :
Oui (1) non (2) pas de réponse (9)

si oui aller en Q2.8.1

si non aller Q2.9

Q2.8.1 Combien de grossesses intra-utérines avez-vous eu : /_/_/

Q 2.9 Avez-vous eu des avortements spontanés (durée de grossesse inférieure à 6 mois) : Oui (1) non (2) pas de réponse (9)

si oui aller en Q2.9.1

si non aller Q2.10

Q2.9.1 Combien d'avortements spontanés avez-vous eu : /_/_/

Q 2.10 Avez-vous eu des avortements provoqués :
Oui (1) non (2) pas de réponse (9)

si oui aller en Q2.10.1

si non ou NSP aller en Q2.12 (tableau des grossesses)

Q2.10.1 Combien d'avortements provoqués avez-vous eu : /_/_/

Q2.11 UNIQUEMENT SI LA FEMME A EU DES AVORTEMENTS PROVOQUES

Je souhaiterais vous poser maintenant quelques questions supplémentaires concernant vos avortements provoqués :

	Avortement 1	Avortement 2	Avortement 3	Avortement 4
Q2.11.1 Rang de la grossesse	/ / /	/ / /	/ / /	/ / /
Q2.11.2 Durée de la grossesse (en mois)	/ /	/ /	/ /	/ /
Q2.11.3 Prenez vous une méthode contraceptive lorsque vous êtes tombée enceinte : Oui (1) Non (2) si oui aller en Q2.11.4 si non aller en Q2.11.5	/ _ /	/ _ /	/ _ /	/ _ /
Q2.11.4 Quelle méthode preniez vous le plus fréquemment ? (1) méthode naturelle (retrait, Ogino); (2) médecine traditionnelle ; (3) condom ; (4) pilule ; (5) pilule chinoise; (6) stérilet ; (7) spermicide ; (8) injection ; (9) implant ; (10) stérilisation féminine ; (11) stérilisation masculine aller en Q2.11.6	/ / /	/ / /	/ / /	/ / /
Q2.11.5 Pourquoi n'utilisiez vous pas une méthode contraceptive
Q2.11.6 Comment avez-vous appris que vous étiez enceinte ? (1) elle-même; (2) médecin ; (3) pharmacie ; (4) test ; (9) pas de réponse	/ _ /	/ _ /	/ _ /	/ _ /
Q2.11.7 Après avoir appris que vous étiez enceinte, avez-vous eu une ou plusieurs visites prénatales jusqu'à l'avortement ? Indiquez le nombre de visites si aucune alors (0)	/ / /	/ / /	/ / /	/ / /
Q2.11.8 Age au moment de l'avortement	/ / /	/ / /	/ / /	/ / /
Q2.11.9 Pourquoi avez-vous décidé d'avorter
Q2.11.10 Qui a pris la décision de l'avortement : femme seule (1) ; partenaire seul (2) ; couple (3) ; autre (4)	/ _ /	/ _ /	/ _ /	/ _ /
Q2.11.11 l'avortement a été gratuit ou payant : gratuit (1) ; payant (2)	/ _ /	/ _ /	/ _ /	/ _ /
Q2.11.12 Où avez-vous avorté : maison (1) ; hôpital (2) ; clinique (3) ; matrone (4) ; médecin traditionnel (5) ; autre (6)	/ _ /	/ _ /	/ _ /	/ _ /
Q2.11.13 Par qui a été fait l'avortement : médecin (1) ; infirmier (2) ; matrone (3) ; médecin traditionnel (4) ; non médical (5) ; autre (6)	/ _ /	/ _ /	/ _ /	/ _ /
Q2.11.14 Comment l'avortement a été fait : aspiration (1) ; curetage (2) ; médicament traditionnel (3) ; médicament moderne (4) si pris médicament(3) ou (4) : lequel ?	/ _ /	/ _ /	/ _ /	/ _ /
Q2.11.15 Avez vous eu des complications suite à cet avortement : Oui (1) non (2) si oui aller en Q2.11.16 si non aller en Q2.12	/ _ /	/ _ /	/ _ /	/ _ /
Q2.11.16 Combien de temps après l'avortement (en jours)	/ / /	/ / /	/ / /	/ / /
Q2.11.17 Avez-vous été à l'hôpital ou une clinique à cause de ces complications : Oui (1) Non (2) si oui aller en Q2.11.18 si non aller en Q2.12	/ _ /	/ _ /	/ _ /	/ _ /
Q2.11.18 Dans quel hôpital ou clinique :

A calculer **Nombre total de grossesses** = Q2.1+Q2.6+Q2.7.1+Q2.8.1+Q2.9.1+Q2.10.1 =+....+....+....+...+....=

Q2.12 TABLEAU DES GROSSESSES

2.12.1	2.12.2	2.12.3	2.12.4	2.12.5	2.12.6	2.12.7	2.12.8	2.12.9	2.12.10	
Rang de grossesse	Issue de la grossesse	Prénom	Sexe	Date fin de grossesse, Date issue évènement	Enfant Vivant ou décédé	Si enfant décédé, âge au décès (âge en année, en mois ou en jour)	Méthode employée pour l'accouchement :	Lieu de l'accouchement :	Assistance à l'accouchement :	numéro d'individu dans le ménage Si Né Vivant recoder son
	naissance vivante (1) mort-né (2) grossesse extra-utérine (3) avortement spontané (4) avortement provoqué (5) actuellement enceinte (6)			Indiquer en mois et année	si vivant (1) aller en 2.12.8 si décédé (2) ou mort-né (3) ou avortement spontané (4) ou avortement provoqué (5) aller en 2.12.7		Normal (1) Forceps ou ventouse(2) Césarienne (3)	Hôpital ou dispensaire (1) Clinique privée (2) Maison (3) Autre (4)	Médecin (1) Infirmier (2) Matrone (3) Médecin traditionnel(4) Non médical (5) Seule (6)	
1	/_ /		/_ /	/_ // // // /	/_ /	/_ / / / /	/_ /	/_ /	/_ /	/_ /
2	/_ /		/_ /	/_ // // // /	/_ /	/_ / / / /	/_ /	/_ /	/_ /	/_ /
3	/_ /		/_ /	/_ // // // /	/_ /	/_ / / / /	/_ /	/_ /	/_ /	/_ /
4	/_ /		/_ /	/_ // // // /	/_ /	/_ / / / /	/_ /	/_ /	/_ /	/_ /
5	/_ /		/_ /	/_ // // // /	/_ /	/_ / / / /	/_ /	/_ /	/_ /	/_ /
6	/_ /		/_ /	/_ // // // /	/_ /	/_ / / / /	/_ /	/_ /	/_ /	/_ /
7	/_ /		/_ /	/_ // // // /	/_ /	/_ / / / /	/_ /	/_ /	/_ /	/_ /
8	/_ /		/_ /	/_ // // // /	/_ /	/_ / / / /	/_ /	/_ /	/_ /	/_ /
9	/_ /		/_ /	/_ // // // /	/_ /	/_ / / / /	/_ /	/_ /	/_ /	/_ /
10	/_ /		/_ /	/_ // // // /	/_ /	/_ / / / /	/_ /	/_ /	/_ /	/_ /

NB : Si l'intervalle entre deux grossesses est supérieur à 3 ans insister auprès de la femme pour s'assurer qu'elle n'a pas oublié de grossesse.

Pour les femmes ayant eu au moins une naissance vivante durant les trois dernières années, suivie ou non de décès :

Nous allons vous poser quelques questions sur la dernière naissance

Indiquer le n° d'individu dans le ménage (à remplir par le superviseur) /_/_/_/_/

Prénom de l'enfant :

Q 2.13 Quelle était votre durée de grossesse au moment de votre accouchement : /_/_/

Q 2.14 Pour votre dernière naissance avez-vous accouché à l'hôpital : Oui (1) Non (2) NSP (9)

Si oui aller en Q2.15

Si non ou NSP aller en Q2.20

Q 2.15 Quel type d'accouchement avez-vous eu :

- Normal (1)
- Normal avec péridural (2)
- Forceps, Ventouse (3)
- Césarienne (4)

Q 2.16 Combien de temps avant l'accouchement étiez vous entrée à l'hôpital :

- La veille ou avant (1)
- Le jour même (2)
- NSP (9)

Q 2.17 Combien de jours après l'accouchement étiez vous sortie de l'hôpital ?

Si le jour de l'accouchement, indiquer (0)

Si le lendemain, indiquez (1) /_/_/

Si un autre jour, indiquez le nombre de jours après (N)

Q 2.18 Quel était le poids du bébé à la naissance ? /_/_./_/_/ Kg

Q 2.19 Quelle était la taille du bébé à la naissance (en centimètres)/_/_/

Q 2.20 Votre enfant est-il toujours vivant : Oui (1) Non (2)

Si oui aller en Q2.26

Si non aller en Q2.21

Si le dernier enfant est décédé :

Q 2.21 Quel âge avait-il au moment du décès :/_/_/

Q 2.22 Aviez vous allaité votre enfant ? : Oui (1) non (2)

Si oui, aller en Q2.23

Si non, aller en Q3

Q 2.23 A son décès, l'enfant était-il toujours allaité: oui (1) non(2)

Si oui, aller en Q2.25

Si non, aller en Q2.24

Q 2.24 A quel âge aviez-vous cessé de l'allaiter (mois):/_/_/_/_/

Q 2.25 A son décès, votre enfant recevait-il une nourriture (liquide ou solide) autre que l'allaitement maternel : oui (1) non (2)

Si oui, aller en Q2.27

Si non, aller en Q2.9

Si le dernier enfant est toujours vivant :

Q 2.26 Avez-vous allaité votre enfant : oui (1) non (2)

Si oui aller en Q2.27

Si non aller en Q2.9

Q 2.27 Votre enfant est-il toujours allaité : oui (1) non (2)

Si oui aller en Q2.29

Si non aller en Q2.28

Q 2.28 A quel âge avez-vous cessé de l'allaiter (mois):/_/_/_/_/

Q 2.29 A quel âge a-t-il reçu sa première nourriture (liquide ou solide) autre que l'allaitement maternel :

...../___/___/___/

Si pas encore coder 88 puis aller en Q2.31

Si reçue aller en Q2.30

Q 2. 30 Quelle autre nourriture liquide a-t-il reçu :

Eau	(1)
Eau de riz	(2)
Autre	(3)

Q 2.30a :

2.30.a1	Oui (1) Non (2)
2.30.a2	Oui (1) Non (2)
2.30.a3	Oui (1) Non (2)
2.30.a4	Oui (1) Non (2)
2.30.a5	Oui (1) Non (2)

Q 2. 31 A quel âge a-t-il reçu sa première nourriture solide autre que l'allaitement maternel :...../___/___/___/

Si pas encore coder 88 puis aller en Q3

Si reçue aller en Q2.32

Q 2. 32 Quel aliment a-t-il reçu :

2.33.1 Riz prémaché	Oui (1) Non (2)
2.33.2 farine de riz	Oui (1) Non (2)
2.33.3 légumes	Oui (1) Non (2)
2.33.4 Fruits	Oui (1) Non (2)
2.33.5 Autre	Oui (1) Non (2)

3. CONNAISSANCE ET ESPACEMENT DES NAISSANCES

Q3.1 Connaissez-vous une méthode contraceptive : oui (1) non (2)

Si oui aller en Q3.2

Si non aller en Q4

Q3.2 Avez-vous déjà utilisé un moyen contraceptif :
Oui (1) non(2) NSP (9)

Si oui aller en Q3.3

Si non ou NSP ou femme enceinte aller en Q4

Q3.3 Actuellement utilisez-vous un moyen contraceptif :
Oui (1) non (2) NSP (9)

Si oui aller en Q3.4

Si non aller en 4

Q3.4 Quelle(s) méthode(s) utilisez-vous :

3.41 Méthode naturelle	Oui (1) Non (2)
3.42 Médecine traditionnelle	Oui (1) Non (2)
3.43 Préservatif	Oui (1) Non (2)
3.44 Pilule	Oui (1) Non (2)
3.45 Pilule chinoise	Oui (1) Non (2)
3.46 Stérilet	Oui (1) Non (2)
3.47 Spermicide	Oui (1) Non (2)
3.48 Injection	Oui (1) Non (2)
3.49 Implant	Oui (1) Non (2)
3.50 Stérilisation féminine	Oui (1) Non (2)
3.51 Stérilisation masculine	Oui (1) Non (2)

ANNEXE 6 :
Questionnaire "Histoire des soeurs"

Ce questionnaire a été posé aux hommes et femmes âgées de plus de 15 ans. Il a pour objectif d'estimer le niveau de mortalité maternelle. Il n'a été posé qu'au passage N° 1.

QUESTIONNAIRE HISTOIRE DES SOEURS

Strate

N° du Village

N° du Ménage

Nom du village :

Nom du Chef de Ménage :

N° de l'individu

Nom :

Age :

Je voudrais vous poser des questions sur toutes vos sœurs issues de votre mère

1 Combien avez-vous de sœurs (issues de votre mère) qui ont atteint l'âge de 15 ans, y compris celles qui sont aujourd'hui décédées ?

/ __ / __ /

2 Combien, parmi vos sœurs ayant atteint l'âge de 15 ans, sont en vie aujourd'hui?

/ __ / __ /

3 Combien, parmi vos sœurs ayant atteint l'âge de 15 ans, sont aujourd'hui décédées ?

/ __ / __ /

4 Combien, parmi vos sœurs décédées, sont mortes lorsqu'elles étaient enceintes, ou durant l'accouchement, ou durant la période de 6 semaines suivant l'issue de la grossesse ?

/ __ / __

ANNEXE 6 : Questionnaire "Scolarisation"

Le questionnaire "Scolarisation" présenté ci-dessous est celui du passage N°3, assez proche des précédents.

Il reprend les informations existantes concernant les élèves sur leur classe et écoles fréquentées l'année scolaire précédente et permet de recueillir les informations sur l'année scolaire en cours.

Pour le dernier passage, une question avait été rajoutée sur la fréquentation éventuelle d'une classe préscolaire (maternelle) pour tous les enfants qui entraient en première année du cycle primaire.

Questionnaire Scolarisation, Passage Octobre 2007

Strate : N° du Village : Nom du village :

N° du Ménage : Nom du Chef de Ménage :

N° de l'individu : Nom de l'individu (élève, étudiant) :

Année scolaire 2006 - 2007		Année scolaire 2007 - 2008	
Classe	Diplôme obtenu en fin d'année	Classe	
<i>Pas encore à l'école</i>		<i>Pas encore à l'école</i>	
		<i>Plus à l'école</i>	
Primaire 1		Primaire 1	
Primaire 2		Primaire 2	
Primaire 3		Primaire 3	
Primaire 4		Primaire 4	
Primaire 5		Primaire 5	
Collège 1		Collège 1	
Collège 2		Collège 2	
Collège 3		Collège 3	
Lycée 1		Lycée 1	
Lycée 2		Lycée 2	
Lycée 3		Lycée 3	
<i>Après lycée</i>		<i>Après lycée</i>	
Technique		Technique	
Université		Université	
Privé supérieur		Privé supérieur	

Ecole fréquentée	Année scolaire 2006 – 2007 (dernière école fréquentée)	Année scolaire 2007 – 2008
Nom de l'école		
Type de l'école (publique ou privée)		
District de l'école		
Village de l'école		

ANNEXE 7 : **Questionnaire "Hémophilie"**

Ce questionnaire a été conçu par l'Association des Hémophiles de France.

Il a été intégré à l'enquête de l'IRD au 1^{er} passage et a été posé à l'ensemble des individus de l'échantillon.

HEMOPHILIE A OU B et MALADIE DE WILLEBRAND

Éléments d'orientation d'aide au diagnostic

NOM :

PRENOM :

DATE DE NAISSANCE :

SEXE :

VILLAGE :

Accidents hémorragiques du patient

- Hémarthroses : 1 * plusieurs
(Saignement dans les articulations : cheville, genou...)
- Hématomes Ecchymoses
- Hématomes après injection ou vaccination
- Epistaxis Chute de dent de lait
(Saignement de nez)
- Règles abondantes
- Hémorragies diverses :
 - Après intervention chirurgicale Extractions dentaires
 - Hémorragies intra-craniennes Hémorragies digestives
 - Hémorragies urinaires Autres (préciser)
 - Hémorragies génitales
 - Hémorragies du Post-Partum
(Après accouchement)

Age de survenue du 1er accident hémorragique

Naissance

Enfance
(0-6 ans)

Adolescence
(7-15 ans)

Age adulte

Antécédents hémorragiques familiaux

Mère

Père

Frère(s)

Sœur(s)

Côté maternel : préciser

Côté paternel : préciser

ANNEXE 8 :
Questionnaire "DENGUE – GRIPPE AVIAIRE"

Ce questionnaire é été conçu par les services de Santé de la Capitale de Vientiane.
Il a été intégré au 3^{ème} passage du suivi et a été posé pour chaque ménage de l'échantillon.

N° du District et N° du Village : / / / / / / / / / N° du Ménage : / / / /

Prénom du Répondant : N° du Répondant : / / /

Relation de Parenté du Répondant : / / / Date enquête : / / / / / 2007

I. La dengue

Connaissances de la maladie, de sa prévention

Nbre de fois que vous avez reçu ces informations

A	Nombre de fois que vous avez reçu ces différentes informations ou conseils sur la prévention de la dengue et sur la lutte contre la dengue ?	0	1	>1	nsp
1	Le moustique aedes est la cause de la dengue				
2	Si vous avez déjà attrapé la dengue, il reste possible d'être contaminé une autre fois				
3	La dengue peut entraîner la mort				
4	Laver la bassine qui contient de l'eau tous les samedis (1 fois / semaine)				
5	Penser tous les samedis à ranger ou débarrasser des bassines que vous n'utilisez plus (1 fois / semaine)				
6	En cas de fièvre, aller dans les 24 h à l'hôpital public ou à la clinique privée				
7	Il est possible de prévenir et lutter contre de la dengue en fermant les jarres et les bassines qui contiennent de l'eau				
8	Il est possible de prévenir et lutter contre de la dengue en utilisant des produits désinfectants dans les grandes réserves trop difficiles à vider				
9	Il est possible de prévenir et lutter contre de la dengue en dormant sous des moustiquaires				

Supports d'informations

Nbre de fois que vous avez reçu ces informations

B	Nombre de fois que vous avez reçu ces différentes informations selon ces différents modes de communication ?	0	1	>1	nsp
1	Au cours d'une réunion				
2	A la télévision				
3	A la radio				
4	Dans le journal				
5	Sur un poster				
6	Sur une affiche				
7	Sur un autocollant				

8	Par la publicité sur les vêtements				
9	Sur une banderole				
10	Par une annonce de l'Institut de la Malaria				
11	Par les moines				
12	Par le chef de village				
13	Par l'union de femme				
14	Par un professeur				
15	Par les volontaires du village				
16	Autres				

C Selon vous quel est le mode de communication le plus efficace pour sensibiliser les populations sur la prévention et la lutte contre la dengue (citer minimum 3 exemples)

II. La grippe aviaire

Que pensez vous de ces propositions

		oui =1	non=2	nsp=3
1	La grippe aviaire peut se transmettre par l'écoulement nasal, la salive, le sang, les déjections animales qui sont infectées ?			
2	Pensez vous qu'en se débarrassant de la carcasse des volailles en la brûlant ou en l'enterrant correctement permet de ne pas transmettre la maladie ?			
3	Séparez vous la planche à découper qui sert à préparer les volailles fraîches de celle des volailles cuites ?			

4 Si vous trouvez des volailles dont la mort vous paraît suspecte, qui pensez vous devoir prévenir ?

ANNEXE 9 :

Questionnaire "VACCINATION"

Ce questionnaire a été posé une première fois au passage 2 pour tous les enfants qui étaient alors âgés de 0 à 5 ans, puis étendu aux nouveaux nés au passage 4.

La version ci-dessous présentée est celle qui a été enrichie pour le passage N° 4, par de nouvelles questions proposées par l'étudiante en Master 2 de la faculté de médecine. Cette version enrichie avec les nouvelles questions a aussi été posée aux enfants immigrés depuis le passage 2 et âgés de 0 à 5 ans.

Questionnaire Vaccination, passage octobre-décembre 2008

Ce questionnaire actualise les informations collectées en mai-juin 2007 pour les enfants qui ont maintenant de 2 à 6 ans révolus et est posé intégralement pour les enfants de moins de 2 ans en octobre 2008 (nés après octobre 2006).

N° Village:.. / __ / __ / __ / Nom du Village:..... N° Ménage :... / __ / __ / __ /

N° Individu		Prénom		Sexe		Age	
-------------	--	--------	--	------	--	-----	--

La répondante est dans la mesure du possible la mère de l'enfant. Si l'enfant est confié ou si la mère est décédée ou absente pour une longue durée, trouver une autre personne.

I. : Informations concernant la personne qui s'occupe de l'enfant

N° individu de la mère de l'enfant : / __ / __ /

1	Etes vous la mère de l'enfant ?	OUI (1) Allez à question 3	NON (2) Allez à question 2
----------	---------------------------------	---------------------------------	---------------------------------

2	Quel est votre lien de parenté par rapport à cet enfant Allez à question 4
----------	---	-----------------------------

3	Avez vous été vaccinée contre le tétanos durant la grossesse dont est issu cet enfant ?	OUI (1)	NON (2)
----------	---	-----------	-----------

4	Avez-vous ici le carnet de vaccination de votre enfant ?	
	Oui	1
	Non, je n'en ai jamais eu	2
	Non, je l'ai perdu	3

II./ : Informations sur la vaccination de l'enfant

(Dans la mesure du possible, demander le carnet de vaccination)

5. : Les vaccins reçus

-Votre enfant a-t-il déjà reçu ces vaccins ?		Carnet de vaccination présenté		Sans carnet de vaccination, sur simple déclaration de la mère			Si carnet	Si pas de carnet	Vérification pour les cas ou il n'y a pas eu de carnet	<i>Lieu</i> 1. Hôpital 2. Clinique 3. Equipe mobile 4. Thaïlande 9. Ne sait pas
		OUI	NON	OUI	NON	NSP	Date vaccin	Age au vaccin		
5.1	BCG								Cicatrice au bras gauche	
5.2	Hep B								Un vaccin reçu le 1er jour	
5.3	DPT-HepB1, Polio 1								Cicatrice à la jambe, 3 fois et a pris 3 sucres	
5.4	DPT-HepB2, Polio 2									
5.5	DPT-HepB3, Polio									
5.6	Measles (MSV								Piqure au bras a l'age de 9 mois	

6	Avez vous fait faire d'autres vaccins à votre enfant que ceux que nous venons de voir ci dessus	OUI (1) Allez à question 6.1	NON (2) Allez à question 7
----------	--	-----------------------------------	---------------------------------

	Quels autres vaccins ?	Carnet de vaccination présenté		Sans carnet de vaccination, sur simple déclaration de la mère			Si carnet	Si pas de carnet	<i>Lieu</i> 1. Hôpital 2. Clinique 3. Equipe mobile 4. Thaïlande 9. Ne sait pas
		OUI	NON	OUI	NON	NSP	Date vaccin	Age au vaccin	
6.1	Encephalite Japonaise								
6.2	MMR (Rougeole-Oreillons -Rubéole)								
6.3	Hip (Hemophilus Influenza B)								
6.4	Varicelle								
6.5	Vaccin antigrippe								

III./ Sur les raisons d'une vaccination incomplète

Partie de questionnaire à ne poser que pour les enfants ayant 1 an et + et qui n'ont pas reçu la totalité des 6 vaccins du programme de vaccination

7	Pourquoi votre enfant n'a-t-il pas reçu tous les vaccins ?	
	L'enfant a été malade	1
	J'avais oublié le rendez vous	2
	Je crains de faire les vaccins, il peut y avoir des effets secondaires	3
	Le centre de vaccination est trop loin	4
	Cela me coute trop d'argent d'aller faire les vaccins	5
	On attend trop longtemps au centre de vaccination	6
	Je n'ai pas le temps et n'ai personne pour accompagner mon enfant	7
	J'ai perdu la carte de vaccination	8
	Je venais de déménager	9
	Il y avait rupture de stocks des vaccins	10
	Ce n'était pas le bon jour	11
	Autre raison	12

8	Pensez-vous dans le futur compléter les vaccins manquants ?	
	Je n'ai pas l'intention de retourner à une prochaine séance de vaccination	1
	J'ai perdu la carte de vaccination mais je vais en demander une nouvelle pour compléter	2
	J'ai déménagé, mais je vais quand meme aller dans le centre de vaccination de mon nouveau lieu de résidence	3
	J'ai déménagé, mais je vais retourner dans le centre de vaccination de mon ancien lieu de résidence	4

IV./ Connaissances sur la vaccination

9	Pensez-vous que la vaccination est utile pour cet enfant ?	OUI (1) Allez à question 10	NON (2) Allez à question 11

10	D'après vous, à quoi sert la vaccination ?	
	Pour que l'enfant soit en bonne santé	1
	Pour éviter ou atténuer les maladies	2
	Pour éviter les handicaps, et meme la mort	3
	Ne sait pas	9

Passez à la question 12

11	Pourquoi pensez vous que c'est inutile ?
-----------	---

Donner une raison principale

.....

12	D'après vous quelles maladies sont surtout évitées par la vaccination ? (en citer 3 au maximum)	
	La tuberculose	1
	La polio	2
	La diphtérie	3
	La typhoïde	4
	Le tétanos	5
	L'hépatite	6
	La rougeole	7
	La varicelle	8
	La rubéole	9
	L'encephalite japonaise	10
	La méningite	11
	La grippe	12

13	En plus de ces maladies y en a-t-il d'autres qu'on peut éviter par la vaccination ?
-----------	--

CE.....

V./ Informations sur les effets secondaires

14	Avez-vous reçu des conseils pour la vaccination ?	OUI (1) Allez question 15	NON (2) Allez question 16
-----------	--	--------------------------------	--------------------------------

15	Comment avez-vous eu des conseils pour la vaccination ?	OUI (1)	NON (2)
	A la télé		
	A la radio		
	Dans le journal		
	Par le médecin		
	Par un infirmier		
	Par l'entourage		
	Par des affiches, des posters		
	Autre		

16	Pensez vous que les vaccins peuvent avoir des effets secondaires ?	OUI (1) Allez question 17	NON (2) Allez question 18
-----------	---	------------------------------	------------------------------

17	D'après vous quels peuvent être ces effets secondaires ?
-----------	---

CE.....

CE.....

18	Votre enfant a-t-il déjà eu des effets secondaires après une vaccination ?	OUI (1) Allez question 19	NON (2) Allez question 20
-----------	---	------------------------------	------------------------------

19	Quels ont été ces effets secondaires ?
-----------	---

CE.....

CE.....

20	Qu'avez-vous fait, la dernière fois, après avoir vu ces effets secondaires ?	
	Je l'ai enmené à l'hôpital, au dispensaire	1
	Je l'ai enmené dans une clinique	2
	Je l'ai enmené voir le pharmacien	3
	Je l'ai soigné moi meme	4
	Autre (à préciser)	5

VI./ Déplacements au centre de vaccination

21	A combien de kms du lieu de vaccination fréquenté le plus souvent habitez-vous ?	
	Moins de 1 km	1
	Entre 1 et 2 kms	2
	Entre 2 et 3 kms	3
	Entre 3 et 4 kms	4
	Entre 4 et 5 kms	5
	Plus de 5 kms	6

22	Comment allez vous au lieu de vaccination fréquenté le plus souvent pour cet enfant ?	
	A pieds	1
	En vélo	2
	A mobylette	3
	En touk touk	4
	En voiture	5
	En bus	6
	Autre.....	7

23	Combien de temps mettez vous pour aller au lieu de vaccination fréquenté le plus souvent pour cet enfant ?	
	Moins de 15 minutes	1
	15 à 30 minutes	2
	30 à 60 minutes	3
	Plus d'une heure	4

24	Combien vous a coûté le transport pour aller faire vacciner cet enfant la dernière fois ?	-----Kips
-----------	--	-----------

25	Combien de temps en moyenne devez-vous attendre sur le lieu de vaccination fréquenté le plus souvent pour cet enfant ?	
	Moins de 15 minutes	1
	15 à 30 minutes	2
	30 à 60 minutes	3
	Plus d'une heure	4

26	Avez vous été satisfaite de l'accueil au centre de vaccination la dernière fois que vous y êtes allée pour votre enfant ?	
	Très satisfaite	1
	Satisfaite	2
	Peu satisfaite	3
	Mécontente	4

ANNEXE 10 : **Questionnaire "NUTRITION"**

Ce questionnaire a été posé dans tous les ménages dans lesquels résidait un enfant de 0 à 8 mois lors du deuxième passage du suivi, en mai-juin 2007.

Il était destiné à étudier le comportement alimentaire des mères (avant et pendant leur grossesse) des jeunes enfants avec des questions sur les repas des dernières 24 heures.

Il y avait aussi des mesures anthropométriques de la mère et de l'enfant.

Pour des raisons de restriction budgétaire, et faute d'affectation sur place, aucune exploitation ni analyse de ces données n'a pu être faite, mais l'ensemble de renseignements collectés ont été saisis et intégré à la base de données.

D'autre part, un de nos collègues de l'IRD, Docteur Eric Benefice, médecin nutritionniste a repris l'échantillon de ces enfants enquêtés en mai 2007 et a élaboré un projet de recherche pour assurer un suivi de ces enfants, de leurs mères. Il y a intégré plusieurs nouvelles mesures et va étudier la nutrition de cette cohorte en renouvelant ses observations sur 2 ou 3 ans.

**QUESTIONNAIRE COMPORTEMENT ALIMENTAIRE
MERE – ENFANT de 0 à 8 mois**

N° du Village :

Nom du Village :

Numéro Ménage :

Identification de la mère et de l'enfant:

	N° Ind	Prénom	Sexe	Age
Mère			2	
Enfant				

QN1	Poids de la mère (en kg et grammes) ?	
------------	--	--

QN2	Taille de la mère (en cm) ?	
------------	------------------------------------	--

QN3	Depuis quand habitez vous à Vientiane ? (année d'arrivée)	
------------	--	--

QN4	Quel est le niveau de scolarisation de la mère ?	
	Jamais à l'école	1
	Primaire	2
	Collège	3
	Lycée	4
	Après lycée	5

QN5	Profession principale de la femme?	
	Ne travaille pas, au foyer	1
	Agriculteur, cultivateur, pêcheur, éleveur	2
	Ouvrier	3
	Artisan	4
	Commerçant	5
	Chauffeur transport	6
	Armée, police	7
	Employée dans le privé	8
	Employée fonctionnaire	9
	Cadre dans le privé	10
	Cadre fonctionnaire	11
	Employée de maison	12

QN6	Quel était votre revenu personnel le mois dernier (en KIPS)	
------------	--	--

QN7	Profession actuelle principale du mari ?	
	Pas de mari	1
	Agriculteur, cultivateur, pêcheur, éleveur	2

	Ouvrier	3
	Artisan	4
	Commerçant	5
	Chauffeur transport	6
	Armée, police	7
	Employé dans le privé	8
	Employé fonctionnaire	9
	Cadre dans le privé	10
	Cadre fonctionnaire	11
	Sans emploi	12

QN8	Dans cette maison le Chef de Ménage est :	
	Propriétaire	1
	Locataire	2
	Hébergé gratuitement	3

QN9	Noter le type de matériaux des murs de la maison	
	Dur (brique, ciment, béton)	1
	Bois	2
	Mixte (bois et dur)	3
	Matériau végétal (bambou, rotin, paille, papier, autres)	4

QN10	De quel type de toilettes disposez vous ?	
	Modernes (avec chasse d'eau)	1
	Modernes (bassines)	2
	Dalle de toilettes avec eau courante (tuyau)	3
	Dalle de toilettes avec eau des bassines	4
	Pas de toilettes (trou creusé dans la terre)	5
	Autres (préciser)	

QN11	D'où vient l'eau utilisée pour le ménage ?	
	Eau courante, traitée	1
	Eau de forage	2
	Puits	3
	Rivière (fleuve)	4

QN12	Comment se fait le stockage de l'eau ?	
	Pas de stockage d'eau	1
	Dans des bassines (ou jarres) couvertes	2
	Dans des bassines (ou jarres) non couvertes	3
	Dans des bassines (ou jarres) couvertes et non couvertes	4
	Dans un réservoir en ciment	5

QN13	Quelle eau buvez-vous majoritairement?	
	Eau achetée (bidon ou bouteilles)	1
	Eau du robinet filtrée et bouillie	2
	Eau du robinet bouillie	3
	Eau du robinet filtrée	4
	Eau du robinet non filtrée et non bouillie	5
	Autre	6

Situation de la nutrition après l'accouchement :

QN14	Etes vous restée sur le feu ?	Oui (1)	Non (2)
-------------	--------------------------------------	----------------	----------------

Si oui aller QN15, si non aller QN16

QN15	Pendant combien de jours êtes vous resté sur le feu ?	
-------------	--	--

QN16	Avez vous respecté des interdits alimentaires ?		
	Pendant la grossesse	Oui (1)	Non (2)
	Après l'accouchement	Oui (1)	Non (2)

QN 17	Pendant votre grossesse, y a-t-il eu des aliments que vous n'avez pu ni manger ni boire ?	A quelles périodes et pendant combien de temps avez-vous suivi ces restrictions ?

QN 18	Depuis votre accouchement, y a-t-il eu des aliments que vous n'avez pu ni manger ni boire ?	A quelles périodes et pendant combien de temps après votre accouchement avez-vous suivi ces restrictions ?

QN 19	Depuis votre accouchement, et parmi ces aliments y en a-t-il que vous avez évité de manger s'ils provenaient du marché ?		Précisez la période
	Riz	Oui (1)	Non (2)
	Viande	Oui (1)	Non (2)
	Poissons	Oui (1)	Non (2)
	Légumes	Oui (1)	Non (2)
	Fruits	Oui (1)	Non (2)
	Plats préparés	Oui (1)	Non (2)

QN20	Hier, qu'avez-vous mange et bu ?			
	Matin (Petit déjeuner)	Midi (Déjeuner)	Après midi	Soir (Diner)
Riz				
Viande				
Poisson				
Légumes				
Fruits				
Soupe				
Eau				
Infusion				
Jus de fruit				
Café				

Situation nutritionnelle et sanitaire de l'enfant :

QN21	Poids de l'enfant à la naissance (en grammes) ?	
-------------	--	--

QN22	Poids actuel de l'enfant (en grammes) ?	
-------------	--	--

QN23	Taille de l'enfant à la naissance (en cm) ?	
-------------	--	--

QN24	Taille actuelle de l'enfant (en cm) ?	
-------------	--	--

QN25	Votre enfant a-t-il été allaité (lait maternel) ?	
	OUI	1
	NON	2

Si 1 aller QN26 Si 2 aller QN27

QN26	Combien de temps après l'accouchement avez-vous donné le sein ?	
-------------	--	--

Passer a QN28

QN27	Pourquoi n'avez-vous pas allaité ?	
	Prise de médicaments	1
	Abcès au sein	2
	Je n'ai plus de lait	3
	Le lait artificiel est moderne et meilleur que le lait maternel	4
	Autre (préciser)	

QN28	Que faites vous avec le premier lait jaune (nam nôm luong) ?	
	L'ai donné à l'enfant?	1
	Ne l'ai pas donné ?	2

Si 1 aller QN30 Si 2 aller QN29

QN29	Pourquoi n'avez-vous pas donné le premier lait jaune ? (écrire la réponse)

QN30	Donnez-vous autre chose que votre lait ?	
	OUI	1
	NON	2

Si 1 aller QN31 Si 2 aller QN40

QN31	Associez-vous votre lait avec du lait maternisé ?	
	OUI	1
	NON	2

Si 1 aller QN32 Si 2 aller QN34

QN32	A quel âge (nombre de jours) avez-vous commence à associer votre lait au lait maternisé ?	
-------------	--	--

QN33	Pourquoi associez-vous les deux types de lait ?	
	Je n'ai pas assez de lait	1
	Je pense que c'est mieux pour la santé de l'enfant	2
	Je n'ai pas assez de temps pour nourrir que au sein	3
	Pas d'idée	4
	Autre (préciser)	

QN34	A quel âge (nombre de jours) avez-vous commencé à donner de l'eau à votre enfant ?	
-------------	---	--

QN35	A quel âge (nombre de jours) avez-vous commencé à donner à votre enfant autre chose que votre lait ? (en dehors de l'eau et du lait maternise)		Pas encore
-------------	---	--	-------------------

Si « pas encore » a QN35, passer a QN38

QN36	Quelles sont les deux premières choses que vous avez données à votre enfant en dehors de l'eau et du lait maternise ? (2 réponses à cocher)		Précisez la période
	Riz prémaché	1	

	Poudre de riz	2	
	Eau de riz	3	
	Préparation instantanée (<i>voir la boîte</i>)	4	
	Légumes ou tubercules	5	
	Fruits ou jus de fruits	6	
	Viandes, poissons, oeufs	7	
	Ne se souvient plus	8	
	Autre, à préciser :		
	Soupe avec riz, légumes et viande	9	

QN37	A l'heure actuelle est ce que vous pouvez lui donner...		
	Riz prémaché	Oui (1)	Non (2)
	Poudre de riz	Oui (1)	Non (2)
	Préparation instantanée (<i>voir la boîte</i>)	Oui (1)	Non (2)
	Eau	Oui (1)	Non (2)
	Boissons sucrées	Oui (1)	Non (2)
	Viandes, poissons, oeufs	Oui (1)	Non (2)
	Légumes ou tubercules	Oui (1)	Non (2)
	Fruits ou jus de fruits	Oui (1)	Non (2)
	Boisson à base de plantes	Oui (1)	Non (2)
	Autres produits, lesquels ?		
	Soupe avec riz, légumes et viande	Oui (1)	Non (2)

QN38	Hier et aujourd'hui, durant les dernières 24 heures, qu'a-t-il mangé et bu ?

QN39	Aujourd'hui votre enfant est-il toujours allaité ?	Oui (1)	Non (2)
-------------	---	----------------	----------------

Si 1 aller à QN40, si 2 aller à QN41

QN40	A quel âge pensez-vous arrêter totalement d'allaiter votre enfant ?	
	Age en jours	
	Age en mois	
	Je ne sais pas	NSP

QN41	A quel âge votre enfant a-t-il été sevré ?	
	Age en jours	
	Age en mois	

ANNEXE 11 :

Questionnaire "coffee creamer, alimentation du jeune enfant"

Ce questionnaire nous a été proposé par l'Institut francophone de médecine tropicale, partenaire de l'IRD.

Il a été posé lors du 4^{ème} passage du suivi à l'ensemble des femmes ayant un enfant âgé de 0 à 7 ans.

C'est un questionnaire sur la connaissance et l'utilisation éventuelle de certains produits, juste après le sevrage, afin d'augmenter l'effectif des observations déjà faites par l'IFMT sur ce sujet, à savoir si les parents ont donné du lait ou des substituts de lait à leurs jeunes enfants

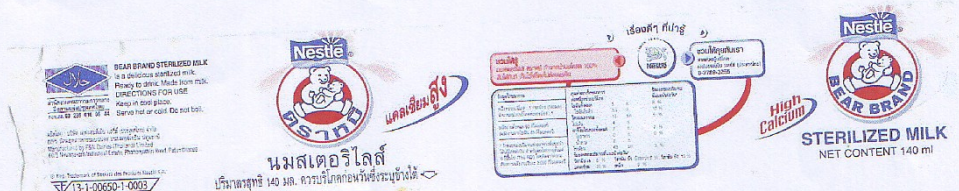
L'IRD a reçu le questionnaire et l'a fait passer sur son échantillon. Les questionnaires ont été remis à l'IFMT qui en assurera la saisie et l'analyse, mais cela fait aussi partie des collaborations avec les partenaires sur le projet de suivi à Vientiane.

Les questions ci-dessous étaient posées sur présentation aux femmes des images et textes présentées en page suivante, qui représentent les différents produits pour lesquels l'IFMT était intéressé à connaître l'âge auquel ces produits ont pu être pris par les jeunes enfants.

Bear brand coffee creamer: étiquette rouge N°1 "นมกาแฟ : กาแฟ นมที่ 1"



sterilized milk etiquette bleue et blanche N°2 "นมสด นมที่ 2 กาแฟ นมที่ 1 และ นมที่ 2"



sterilized milk etiquette bleue et blanche N°3 "นมสด นมที่ 3 กาแฟ นมที่ 1 และ นมที่ 2 นมรสผลไม้"



Numéro 4 "นมสด นมที่ 4"



นม 1 พาดส์ นม 3 พาดส์ นม 6 พาดส์

1) Connaissez-vous ce produit ?

Oui

Non

Si non, arrêtez le questionnaire

2) C'est quoi ? (que contient cette boîte ?)

Lait :

Crème

Céréale

Autre (préciser)

3) Avez-vous donné ce produit à votre bébé ?

Oui

Non

Si oui, à quel âge

4) Parmi les produits suivants, en avez-vous déjà donné à votre enfant ?

Lait stérilisé à quel âge (en mois)

Produit 1Plus (voir image) à quel âge (en mois)

Produit 3Plus (voir image) à quel âge (en mois)

Produit 6Plus (voir image) à quel âge (en mois)

Lait stérilisé à quel âge (en mois)

Lait stérilisé à quel âge (en mois)

ANNEXE 12 : Questionnaire "Adolescentes"

Ce questionnaire a été posé à toutes les jeunes filles et jeunes femmes de 15 à 24 ans, concernant leur connaissance et pratique en matière de sexualité, contraception.

L'analyse de cette enquête a fait l'objet d'un mémoire de MasterII de l'Université de Médecine, mémoire encadré par Daniel Benoit.

3: Connaissance sur le sida et la maladie transmissible

**** Connaissance sur le sida**

3.1 Avez-vous entendu parler du sida ?	oui (1)	non (2) allez en 3.2
--	---------	-------------------------

3.1.1 Si Oui, par quelle source d'information avez-vous entendu (plusieurs réponses possible)	
Radio	1
Télévision	2
Journal / magazine / poster	3
Ami / famille / relation	4
Ecole	5
Centre de santé / équipe mobile	6
Autre	7

3.1.1.1 Pensez vous qu'on peut savoir si une personne a attrapé le sida?	oui (1)	non (2)	nsp(9)
--	---------	---------	--------

3.1.1.2	Pensez-vous que les méthodes suivantes sont efficaces pour se protéger du sida?	oui (1)	non (2)	nsp (9)
A	Ne pas avoir des rapports sexuels avec une prostituée?			
B	Avoir un seul partenaire?			
C	Prendre la pilule contraceptive avant d'avoir des rapports sexuels?			
D	Faire un lavage vaginal après des rapports?			
E	Utiliser le condom correctement à chaque rapport?			
F	Prendre des aliments qui ont beaucoup de vitamines ?			

3.1.1.3	Pensez vous que les pratiques suivantes sont à risque par rapport au sida ?	oui (1)	non (2)	nsp(9)
A	Embrasser des personnes qui ont le sida?			
B	Utiliser les toilettes publiques?			
C	Mange avec une personne atteinte du sida?			
D	Utiliser une même seringue avec d'autres personnes?			

3.1.1.4	Le moustique peut transmettre le sida d'une personne à une autre ?	oui (1)	non (2)	nsp (9)
---------	--	---------	---------	---------

3.1.1.5	Une femme enceinte peut transmettre le sida à l'enfant?	oui (1)	non (2)	nsp (9)
---------	---	---------	---------	---------

3.1.1.6	Le sida peut se transmettre par allaitement?	oui (1)	non (2)	nsp (9)
---------	--	---------	---------	---------

3.1.1.7	Pensez- vous que les rapports sexuels entre hommes sont plus à risque par rapport au sida que les rapports sexuels entre hommes et femmes ?	oui (1)	non (2)	nsp (9)
---------	---	---------	---------	---------

** Connaissance sur les MST

3.2 Avez-vous déjà entendu parler des MST ?	oui (1)	non (2) allezen 4.1
---	---------	------------------------

3.2.1 Si oui, par quelle source d'information en avez-vous entendu parler ? (plusieurs réponses possibles)	
Radio	1
Télévision	2
Journal / magazine / poster	3
Ami / famille / relation	4
Ecole	5
Centre de santé / équipe mobile	6
Autre	7

3.2.1.1 Pensez vous qu'on peut savoir si une personne a attrapé une MST?	oui (1)	non (2)	nsp (9)
--	---------	---------	---------

3.2.1.2	Pensez-vous que les méthodes suivantes sont efficaces pour protéger des MST?	oui (1)	non (2)	nsp (9)
A	Ne pas avoir des rapports sexuels avec une prostituée?			
B	Avoir un seul partenaire?			
C	Prendre la pilule contraceptive avant d'avoir des rapports sexuels?			
D	Faire un lavage vaginal après des rapports?			
E	Utiliser le condom correctement à chaque rapport?			
F	Prendre des aliments qui ont beaucoup de vitamines?			

3.2.1.3	Pensez vous les pratiques suivantes sont à risqué pour les MST?	oui (1)	non (2)	nsp (9)
A	Embrasser les personnes atteintes d'une MST?			
B	Utiliser les toilettes publiques?			
C	Manger avec une personne atteinte d'une MST?			
D	Utiliser une même seringue avec d'autres personnes?			

3.2.1.4	Le moustique peut transmettre les MST d'une personne à une autre ?	oui (1)	non (2)	nsp (9)
---------	--	---------	---------	---------

3.2.1.5	Une femme enceinte peut transmettre une MST à l'enfant ?	oui (1)	non (2)	NSP (9)
---------	--	---------	---------	---------

3.2.1.6	Une MST peut se transmettre par l'allaitement ?	oui (1)	non (2)	NSP (9)
---------	---	---------	---------	---------

3.2.1.7	Pensez vous que des rapports sexuels entre hommes sont plus à risque par rapport aux MST que les rapports sexuels entre hommes et femmes ?	oui (1)	non (2)	NSP (9)
---------	--	---------	---------	---------

4. Connaissance sur le planning familiale

4.1 Si vous pouviez choisir le nombre d'enfants que vous aurez au cours de votre vie, combien en souhaiteriez vous ?	/ __ / __ /	nsp (99)
--	-------------	----------

4.2 Parmi ces enfants combien voudriez vous de :		
Garçons	/	/ / /
Filles	/	/ / /
Peu importe le sexe	/	/ / /
Ne sait pas		99

4.3 Avez-vous entendu parler du planning familial?	oui (1)	non (2) allez en 5.1
--	---------	-------------------------

4.4 Si oui, par quelle source d'information en avez-vous entendu parler? (plusieurs réponses possibles)	
Radio	1
Télévision	2
Journal / magazine / poster	3
Ami / famille / relation	4
Ecole	5
Centre de santé / équipe mobile	6
Autre	7

4.5 De quelles méthodes contraceptives avez-vous entendu parler (plusieurs réponses possibles) ?	oui (1)	non (2)
Calendrier des règles (méthode naturelle)		
Retrait (méthode naturelle)		
Préservatif		
Stérilisation		
Pilule contraceptive		
Injection		Aller en 4.6
Stérilet		Aller en 4.8
Autre		Aller en 5.1

****Si vous n'avez pas entendu l'effet secondaire de la pilule, allez directement 4.8**

4.6 Avez-vous entendu l'effet secondaire de la pilule?	oui (1)	non (2) aller 4.8
--	---------	----------------------

4.7 Quels l'effet secondaire avez-vous entendu ? (plusieurs réponses possible)	
Vomissement	1
Saignement	2
Mal de tête	3

Problème respiration	4
Amaigrissement	5
Prise de poids	6
Marques sur le visage	7
Assèchement de l'utérus	8
Autre	9
Ne sait pas	10

**** Si vous n'avez pas entendu l'effet secondaire de l'injection, allez directement 4.10**

4.8 Avez-vous entendu l'effet secondaire de l'injection?	oui (1)	non (2) aller 4.10
--	---------	-----------------------

4.9 Quels l'effet secondaire avez-vous entendu? (plusieurs réponses possible)	
Vomissement	1
Saignement	2
Mal de tête	3
Problème respiration	4
Amaigrissement	5
Prise de poids	6
Marques sur le visage	7
Assèchement de l'utérus	8
Autre	9
Ne sait pas	10

**** Si vous n'avez pas entendu l'effet secondaire de la stérilisation, allez directement 5.1**

4.10 Avez-vous entendu l'effet secondaire de la stérilisation ?	oui (1)	non (2) aller 5.1
---	---------	----------------------

4.11 Quels l'effet secondaire avez-vous entendu? (plusieurs réponses possible)	
Vomissement	1
Saignement	2
Mal à la tête	3
Problème respiration	4
Amaigrissement	5
Autre	6

****Si la question 2.1 répond non, aller 6.1**

5: problème de santé

5.1 Votre règle est régulièrement?	oui (1)	non (2)
------------------------------------	---------	---------

5.2 Avant d'avoir des règles, avez vous des douleurs ?	oui (1)	non (2) aller 5.3
--	---------	----------------------

5.2.1 Si oui, lesquels?	
Mal à la tête	1
Vomissement	2
Douleurs pelviennes	3
Mal aux seins	4
Mal bas du dos	5
Autre	6

5.2.2 Que faites-vous pour ces problèmes ?	
Médicament à la pharmacie	1
Aller à la clinique	2
Aller à l'hôpital	3
Medicament traditionnel	4
Ne faire rien	5
Autre (précisé)	6

5.3 Avez-vous des douleurs pendant votre règle ?	oui (1)	non (2) aller 5.4
---	---------	----------------------

5.3.1 Si oui, lesquels?	
Mal à la tête	1
Vomissement	2
Douleurs pelviennes	3
Mal aux seins	4
Mal bas du dos	5
Autre	6

5.3.2 Que faites-vous pour ces problèmes ?	
Médicament à la pharmacie	1
Aller à la clinique	2
Aller à l'hôpital	3
Médicament traditionnel	4
Ne faire rien	5
Autre (précisé)	6

5.4 Avez-vous eu des leucorrhées ?	oui (1)	non (2) aller 5.6
---	---------	----------------------

5.5 Si oui, quell-type?	
ລີ້ ກສະນະຂາວຂຸ້ນ	1
ລີ້ ກສະນະຂາວໃສ່	2
ລີ້ ກສະນະແປ້ງປຽກ	3
ເປີ້ ນຝອດ	4
ລົງຂາວ ແລະ ມີອາການຄີ້ ນອະໄວຍະວະເພດ	5
ອື່ນໆ	6

5.6 Les 12 derniers mois, avez-vous eu :	oui (1)	non (2)
---	---------	---------

A	Blennorragie?		
B	ມີອາການຄໍ້ ນອະໄວຍະວະເພດບໍ່ ?		
C	Mal au ventre?		
D	Plaie au vaginal?		
E	Buttons au vaginal ressemblant le crête de coq?		

**** Si toutes les réponses 5.6 sont non, aller 6.1**

5.6.1 Que faites-vous pour ces problèmes ?	
Médicament à la pharmacie	1
Aller à la clinique	2
Aller à l'hôpital	3
Medicament traditionnel	4
Ne faire rien	5
Autre (précisé)	6

6 Activités sexuels

6.1 Avez-vous déjà eu des rapports sexuels ?	oui (1) aller 6.3	non (2)
--	----------------------	---------

6.2 Avez-vous l'intention d'attendre être mariée pour avoir des rapports sexuels pour la 1 ^{ère} fois?	oui (1) terminé	non (2) terminé	nsp99) terminé
---	--------------------	--------------------	-------------------

6.3 Quel âge avez-vous eu des rapports sexuels pour la 1 ^{ère} fois ?	/ / / ປ ^າ
--	----------------------

6.4 Avec qui vous avez 1 ^{ère} rapports sexuels ?	
Marie	1
Petit amie	2
Camarade	3
Autre	4

6.5 Cette personne était-elle plus jeune, même âge, plus âgé:	Plus jeune (1)	Meme âge (2)	Plus âgé (3)
---	-------------------	-----------------	-----------------

6.5.1 Quel âge avait de votre 1 ^{er} partenaire ?	/ / / ປ ^າ
--	----------------------

6.6 Avez-vous eu des rapports sexuels avec une partenaire du même sexe ?	oui (1)	non (2)
--	---------	---------

6.7 Avez-vous des rapports vaginaux?	oui (1)	non (2)
--------------------------------------	---------	---------

6.8 Les 6 derniers mois, avez vous des rapports sexuels ?	oui (1)	non (2) aller 6.13
---	---------	-----------------------

6.9 Les 6 derniers mois, avez-vous des rapports sexuels avec plusieurs partenaires ?	oui (1)	non (2) aller 6.11
--	---------	-----------------------

6.10 Si oui, combien?	/ / /
-----------------------	-------

6.11 Les 6 derniers mois, avez-vous utilisé le condom?	
Chaque rapport	1
Quelques rapports	2
Jamais	3
Pas de réponse	4

6.12.1 Si vous avez utilisé pourquoi?	
N'a pas confiance dans le mari	1
N'a pas confiance dans le petit ami	2
Le partenaire n'est pas le mari / petit ami	3
A peur de tomber enceinte	4
A peur d'attraper le SIDA / MST	5
Autre	6

6.12.2 Si vous n'avez pas utilisé pourquoi?	
Confiance dans le mari	1
Confiance dans le petit ami	2
Le partenaire ne veut pas	3
Les deux personnes ne veulent pas	4
Autre	5

Si jamais eu des règles terminées

6.13 Avez-vous été enceinte?	oui (1)	non (2) terminé
------------------------------	---------	--------------------

6.14 Avez-vous déjà eu un avortement ?	oui (1)	non (2) terminé
--	---------	--------------------

6.15 Si oui, pour quelle raison ?	
Enceinte avant être mariée	1
Le partenaire / parents n'est pas accepté	2
Déjà trop d'enfants	3
Problème de santé	4
Autre	5

6.15 Où avez-vous fait l'avortement ?	
La maison elle même	1
La maison du médecin	2
L'hôpital	3
Clinique	4
Matrone	5
Medicine traditionnel	6
Autre	7



A l'école - © E. Benefice, IRD