

Section SA. Participation aux programmes nutritionnels

	QUESTION	REPONSE	CODES/COMMENTAIRES
SA01	Participez-vous au programme de SEECALINE?	Oui 1 Non 2	1. OUI 2. NON >> à SA01c
SA01a	Participez-vous pour vos enfants, pour vous-même (ou pour les deux) ?	<input type="checkbox"/>	1. mes enfants 2. moi-même 3. les deux
SA01b	[si oui] Depuis quand participez-vous au programme de SEECALINE?	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> / <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	MOIS/ANNEE >> à SA03
SA01c	[si non] Pourquoi est-ce que vous ne participez pas au programme?	<input type="checkbox"/>	1. mes enfants ont plus que 3 ans 2. site trop éloigné 3. route impraticable 4. je ne suis pas intéressée 5. mes enfants sont bien portants 6. on m'a dit que je ne pouvais pas participer 7. autre
SA01d	Voudriez-vous participer au programme dans le futur?	Oui 1 Non 2	
SA02	Avez-vous participé au programme de SEECALINE dans le passé?	Oui 1 Non 2	1. OUI 2. NON >>FIN
SA03	Participez-vous à un autre programme de nutrition communautaire (autre que SEECALINE)?	Oui 1 Non 2	
SA04	Dans les 3 derniers mois, combien de fois avez-vous visité le site SEECALINE?	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	Nombre de fois
SA05	Quelle était la raison principale de votre dernière visite?	<input type="checkbox"/>	Voire code raison dernière visite

Code raison dernière visite:

a. peser l'enfant	e. déparasitage
b. supplément de nourriture	f. conseil pour enfant
c. Vitamine A pour moi-même	g. conseil pour femme enceinte
d. Vitamine A pour mes enfants	h. démonstrations culinaires

SA06	Avez-vous manqué l'une de visites régulières au site au cours des 3 derniers mois?	Oui 1 Non 2	1. OUI 2. NON >> à SA07
SA06A	Quelle était la raison pour manquer ces visites?		Voire code raison visite manquée

Code raison visite manquée:

b. site trop éloigné	g. je suis enceinte
c. route impraticable	h. j'ai oublié
c. enfant malade	i. je ne suis plus intéressée
d. était obligée a travailler	l. ACN n'était pas dans le site
e. était obligée de m'occuper d'autres enfants	m. problème de communication avec l'ACN
f. je viens d'avoir un enfant	n. autre

SA07	Y-a-t-il une période particulière où vous avez des difficultés a rejoindre le site ? Si oui, quelle période?	Oui 1 Non 2 Période <input type="checkbox"/>	1. OUI 2. NON A. JAN/MAR B. APR/JUN C. JUL/SEP D. OCT/DEC
SA08	A quelle distance du site Seecaline se trouve votre maison (à pied) ?	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	En minutes
SA09	Normalement, est-ce l'ACN qui se déplace ou est-ce vous qui allez au site?	<input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/> 2	1. ACN se déplace 2. je vais au site
SA10	Comment l'ACN a-t-elle/il été sélectionné(e)?		1. ELU PAR LA COMMUNAUTE 2. NOMINEE PAR LE PRESIDENT FKT 3. NOMINEE PAR L'ONG

	QUESTION	REPONSE		CODES/COMMENTAIRES
SB12	Etes-vous membre du groupe de soutien?	Oui 1	Non 2	1. OUI 2. NON >> à SB13
SB12a	[si oui]: pourquoi êtes-vous membre du groupe?	1 2 3 4 5		ENCERCLER une REPONSE: 1 RENDRE SERVICE A LA COMMUNAUTE 2.MIEUX APPRENDRE 3 DEVENIR ACN 4.AIDER MEMBRE(S) DE FAMILLE 5.AUTRE [spécifier _____]
SB13	Voudriez-vous encourager vos amis/famille à venir aussi aux séances de la pesée?	Oui 1	Non 2	1. OUI 2. NON >> à SB14
SB13a	[si oui] pourquoi vous les encouragerez à participer aux séances?	1 2 3 4 5 6 7		ENCERCLER LA REPONSE: 1. avoir de conseil 2. rencontrer autres mères 3. donner plus de soins à leurs enfants 4. découvrir des nouvelles pratiques 5. recevoir Vitamine A 6. recevoir de la farine 7. autres [spécifier _____]
SB14	Quand l'ACN fait la pesée, a-t-elle/il vous donné de conseil?	Oui 1	Non 2	1. OUI 2. NON >> à SB16
SB14a	Sur quels thèmes avez-vous reçu de conseil de l'ACN?	1 2 3 4 5 6 7		ENCERCLEZ LA/LES REPONSE(S) 1. allaitement maternel exclusif 2. éducation nutritionnelle 3. traitement des maladies 4. interprétation de la courbe de croissance 5. préparation de repas 6. déparasitage 7. autres [spécifier _____]
SB15	Trouvez-vous que l'ACN vous donne de bon conseil?	Oui 1	Non 2	
SB16	Sur quels thèmes voudriez-vous plus de conseil de l'ACN?	1 2 3 4 5 6 7		ENCERCLER LA/LES REPONSE(S) 1. allaitement maternel exclusif 2. éducation nutritionnelle 3. traitement des maladies 4. interprétation de la courbe de croissance 5. préparation de repas 6. déparasitage 7. autres [spécifier _____]

Section SC: Farine

Copier les codes pour les enfants de moins de 3 ans a partir de section B (pesée, page 3).

SC01	SC02	SC03	SC04	SC05	SC06	
CODE ENFANT	NOM enfant	Au cours des 3 derniers mois, avez-vous reçu de la farine pour [NOM] de Seecaline?	Pendant combien de semaines au cours des 3 derniers mois avez-vous reçu de la farine pour [NOM]?	Quelle quantité de farine avez-vous reçu la dernière fois?	A votre avis, la farine fournie par Seecaline a-t-elle amélioré la situation nutritionnelle de [NOM]?	Pourquoi, à votre avis, la farine fournie par Seecaline n'a-t-elle pas amélioré la situation nutritionnelle de [NOM]?
		Si NON, passer à la ligne suivante	Nombre de semaines	En kg	Si OUI, passer à la ligne suivante	
		1 OUI 2 NON	[. _ .]	[. _ .]	1 OUI 2 NON	1 2 3 4 5 6 7
		1 OUI 2 NON	[. _ .]	[. _ .]	1 OUI 2 NON	1 2 3 4 5 6 7
		1 OUI 2 NON	[. _ .]	[. _ .]	1 OUI 2 NON	1 2 3 4 5 6 7
		1 OUI 2 NON	[. _ .]	[. _ .]	1 OUI 2 NON	1 2 3 4 5 6 7
		1 OUI 2 NON	[. _ .]	[. _ .]	1 OUI 2 NON	1 2 3 4 5 6 7
		1 OUI 2 NON	[. _ .]	[. _ .]	1 OUI 2 NON	1 2 3 4 5 6 7
		1 OUI 2 NON	[. _ .]	[. _ .]	1 OUI 2 NON	1 2 3 4 5 6 7
		1 OUI 2 NON	[. _ .]	[. _ .]	1 OUI 2 NON	1 2 3 4 5 6 7
		1 OUI 2 NON	[. _ .]	[. _ .]	1 OUI 2 NON	1 2 3 4 5 6 7
		1 OUI 2 NON	[. _ .]	[. _ .]	1 OUI 2 NON	1 2 3 4 5 6 7

code C4a:

1. distribution irrégulière
2. farine n'était pas suffisante
3. farine n'était pas de bonne qualité
4. enfant n'aimait pas le goût
5. enfant était trop malade
6. la préparation prenait trop de temps
7. autres raisons

	QUESTION	REPONSE	CODES/COMMENTAIRES
SC07	Partagez-vous la farine entre plus d'enfants que celui auquel elle était destinée?	Oui 1 Non 2	
SC08	En recevant la farine, avez-vous pesé vos enfants plus souvent?	Oui 1 Non 2	
SC09	Trouvez-vous des avantages à l'utilisation de la farine?	Oui 1 Non 2	1. OUI 2. NON >> passez à SC10
SC09a	[si oui] quels avantages?		ENCERCLER LA REPONSE 1. ALIMENT GRATUIT 2. FAVORISE LA CROISSANCE DE MES ENFANTS 3. MOTIVE D'ALLER AU SITE 4. AUTRES
SC10	Avez-vous reçu d'autres suppléments des autres intervenants/organisations [pour vos enfants]?	Oui 1 Non 2	1. OUI 2. NON >> passer à SC11
SC10a	[si oui] de quel(le) intervenant/organisation?	1 2 3 4	ENCERCLER LA/LES REPONSE(S) 1. autres ONG 2. commune/autorités 3. organisations religieuses 4. autres [spécifier_____]
SC10b	[si oui] quels suppléments avez-vous reçu?	1 2 3 4	ENCERCLER LA/LES REPONSE(S) 1. farine 2. huile 3. autres [spécifier_____]

Les questions suivantes (SC11-SC14a) s'appliquent seulement **aux femmes enceintes**

	QUESTION	REPONSE		CODES/COMMENTAIRES
SC11	Etes-vous inscrite au site pour votre grossesse?	Oui 1	Non 2	1. OUI 2. NON >> à Section SD
SC12	A quel moment (semaines) de votre grossesse vous-êtes vous inscrite au site?	[. _]		INDIQUER LA SEMAINE
SC13	Au cours de 3 derniers mois, avez-vous reçu de la farine de Seecaline pour vous-même?	Oui 1	Non 2	1. OUI 2. NON >> à Section SD
SC13a	Pendant combien de semaines au cours des 3 derniers mois avez-vous reçu de la farine pour vous-même?	[. _]		Nombre de semaines
SC13b	Quelle quantité de farine avez-vous reçu la dernière fois?	[. _]		En KILOS
SC14	A votre avis, la farine fournie par Seecaline a-t-elle amélioré votre situation nutritionnelle?	Oui 1	Non 2	1. OUI >> à Section SD 2. NON
SC14a	[si non] Pourquoi, à votre avis, la farine fournie par Seecaline n'a-t-elle pas amélioré votre situation nutritionnelle ?	1 2 3 4 5		[ENCERCLER LA RAISON PRINCIPALE] 1.distribution irrégulière 2.farine n'était pas suffisante 3.farine n'était pas de bonne qualité 4.la préparation prenait trop de temps 5. autre [spécifier_____]

Section SD: Démonstrations culinaires

SD03	Avez-vous participé à l'une de ces démonstrations culinaires?	Oui 1	Non 2	1. OUI 2. NON >> à section SE
SD04	De quelle façon avez-vous participé à ces démonstrations?	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	1. ASSISTÉ/OBSERVÉ 2. PARTICIPÉ A LA PREPARATION (ACTIVEMENT)
SD05	Avez-vous proposé des suggestions?			1. OUI 2. NON
SD06	Combien de recettes avez-vous appris?	A B C		A. 1-5 recettes B. 6-10 recettes C. 10 recettes ou plus
SD07	Avez-vous appliqué au moins 1 des recettes apprises?	Oui 1	Non 2	1. OUI >> à SD08 2. NON
SD07a	[si non] pourquoi pas?	1 2 3 4 5		[ENCERCLER LA RAISON PRINCIPALE] 1. trop long à préparer 2. trop cher 3. pas apprécié par l'enfant/la famille 4. aliments pas disponible 5. autre
SD08	Pourquoi appréciez-vous les recettes apprises?	1 2 3 4		[ENCERCLER LA RAISON PRINCIPALE] 1. alimentation équilibrée 2. recettes adaptées à l'âge de l'enfant 3. bon goût/apprécie par l'enfant/famille 4. facile à préparer
SD09	Avez-vous partage les recettes avec des amis/parents?	Oui 1	Non 2	
SD10	Trouvez-vous la farine sur le marché local?	Oui 1	Non 2	

Section SE: Visites a domicile

	QUESTION	REPONSE	CODES/COMMENTAIRES
SE01	L'ACN a-t-elle jamais rendu visite à votre domicile?	Oui 1 Non 2	1. OUI 2. NON >> à SE06
SE02	Au cours des 3 derniers mois, combien de visites avez-vous reçu?	[_._]	Nombre
SE03	A quand remonte la dernière visite de l'ACN?	1 2 3 4	1. MOIS DERNIER 2. IL Y A 2 MOIS 3. IL Y A 3 MOIS (OU PLUS) 4. JE NE SAIS PAS
SE04	Quelle était la raison principale de la dernière visite?	1 2 3 4 5 6	[ENCERCLER LA RAISON PRINCIPALE] 1. enfant a perdu de poids 2. enfant était malade 3. enfant est en zone rouge 4. absence à la distribution farine 5. j'ai accouché récemment 6. autre
SE05	Avez-vous reçu de conseil de l'ACN durant la visite?	Oui 1 Non 2	
SE06	Aimeriez-vous que l'ACN vous rend visite plus souvent ?	Oui 1 Non 2	

Section SF. Référence/envoi au centre de santé de base

Copier les codes pour les enfants de moins de 3 ans à partir de la Section B (pesée, page 3).

SF01	SF02	SF03	SF04	SF05	SF06	SF07	
CODE ENFANT	NOM enfant	[NOM] a-t-il/elle été envoyé(e) au CSB par l'ACN au cours de ces 3 derniers mois?	Combien de fois a-t-il/elle été envoyé(e) au CSB durant ces 3 derniers mois?	Pour quelle raison a-t-il/elle été envoyé(e) au CSB?	Avez-vous reçu d'argent/nourriture pour aller au CSB?	Quels soins [NOM] a-t-il/elle reçu au CSB?	Avez-vous payé pour les soins reçus au CSB?
		Si NON, passer à la ligne suivante	Nombre de fois	[ENCERCLER LA RAISON PRINCIPALE] A. enfant malade B. enfant en zone rouge C. enfant à perdu de poids D. Vitamine A E. autres	1 OUI 2 NON	[ENCERCLER LE(S) REPONSES] A. pesée B. vitamine A C. SRO D. immunisations E. autres	1 OUI 2 NON
		1 OUI 2 NON	[_._]	A B C D E	1 OUI 2 NON	A B C D E	1 OUI 2 NON
		1 OUI 2 NON	[_._]	A B C D E	1 OUI 2 NON	A B C D E	1 OUI 2 NON
		1 OUI 2 NON	[_._]	A B C D E	1 OUI 2 NON	A B C D E	1 OUI 2 NON
		1 OUI 2 NON	[_._]	A B C D E	1 OUI 2 NON	A B C D E	1 OUI 2 NON
		1 OUI 2 NON	[_._]	A B C D E	1 OUI 2 NON	A B C D E	1 OUI 2 NON

Section SH. Appréciation générale du programme

	QUESTION	REPONSE	CODES/COMMENTAIRES
SH01	Pouvez-vous me dire quels sont les deux services les plus importants fournis par le site Seecaline?	Le plus important <input type="checkbox"/> Le 2ème plus important <input type="checkbox"/>	Codes services: 1 PESEE 2 FARINE 3 EDUCATION NUTRITIONNELLE 4 CONSEILS 5 DEPARASSITAGE 6 VITAMINE A 7 DEMONSTRATIONS CULINAIRES 8 AUTRES
SH02	Depuis votre participation au programme de SEECALINE, pensez-vous que votre connaissance en matière de soins est améliorée?	1 2 3 4	1. Oui, beaucoup 2. Oui, en peu 3. Pas vraiment 4. Pas de tout

