

ENQUÊTE ADE, 2011 (150 GRAPPES)

REPUBLIQUE DE MADAGASCAR
 INSTITUT NATIONAL DE LA STATISTIQUE
 DIRECTION DE LA DEMOGRAPHIE ET DES STATISTIQUES SOCIALES

ONN/PNNC
 BANQUE MONDIALE
 UNICEF

QUESTIONNAIRE INDIVIDUEL FEMME SITES SEECALINE (15 – 49 ans)

IDENTIFICATION

| NOM | Mettre nom ici | code | commentaires |
|------|---|--|--|
| A01 | Code grappe | <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> | |
| A01a | Grappe tracking | 1=Oui 2=Non | <input type="checkbox"/> |
| A02 | Province | <input type="checkbox"/> | |
| A03 | District | <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> | |
| A04 | Commune | <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> | |
| A05 | Fokontany | <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> | |
| A06 | URBAIN/RURAL | 1 = urbain 2 = rural | <input type="checkbox"/> |
| A08 | Fkt desservi par site Seecaline | 1 = oui, site dans FKT 2 = non desservi 3 = oui, desservi autre site 4= oui, auparavant | <input type="checkbox"/> |
| A09 | Code ménage | <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> | |
| A10 | N° ligne Femme en 2011 (B01 / B09a quest Mén) | Nom: _____ | <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> Voir tableau de ménage I |
| A10a | N° ligne Femme en 2004 (B01a quest Ménage) | | <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> Barrer si nouveau membre |

VISITES D'ENQUÊTEUR / ENQUETRICE

| | 1 | 2 | 3 | VISITE FINALE |
|------------------------|-------|-------|-------|---|
| DATE | _____ | _____ | _____ | JOUR <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> MOIS <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> ANNÉE <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/> 0 <input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/> 1 CODE <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> RÉSULTAT <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> |
| NOM DE L'ENQUÊTRICE | _____ | _____ | _____ | |
| RÉSULTAT* | _____ | _____ | _____ | |
| PROCHAINE VISITE :DATE | _____ | _____ | | NBRE TOTAL DE VISITES <input type="checkbox"/> |
| HEURE | _____ | _____ | | |

*CODES RÉSULTAT: 1 REMPLI 2 DIFFÉRÉ 3 REFUSÉ 4 ABSENTE POUR UNE LONGUE PERIODE 8 AUTRE _____ (PRÉCISER)

| CONTRÔLEUR/SE | CONTRÔLE BUREAU | SAISI PAR |
|---|---|---|
| NOM _____ <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> | NOM _____ <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> | NOM _____ <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> |
| DATE _____ | DATE _____ | DATE _____ |

CHECK : Nombre d'enfants dont la femme est responsable : (voir B08b et B17b du Tableau de ménage II)

Moins de 10 ans Moins de 5 ans (0 à 59 mois) Moins de 3 ans (0 à 35 mois)

Section SA: PARTICIPATION AUX PROGRAMMES NUTRITIONNELS

[ADMINISTRER SEULEMENT DANS LES GRAPPES SEECALINE : A08=1(site dans le FKT) OU A08=3 (desservi par autre site)]

| N°. | QUESTION | REPONSE/CODES | ALLER À | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
|-------|--|---|---------------|-----|-----|----|---|---|----|---|---|----|---|---|----|---|---|----|---|---|----|---|---|----|---|---|---------------------|---|---|----|---|---|----|---|---|----|---|---|--|
| SA00 | Avez-vous participé au programme de SEECALINE dans le passé? | OUI.....1 NON.....2 | → SA00B | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| SA03 | Participez-vous à un autre programme nutritionnel à part celui de SEECALINE ? | OUI.....1 NON.....2 | → SA00X | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| SA03A | Lesquels ? a) NAC b) CRS c) CARE d) NUTRIMAD e) ETAT/ Gouvernement f) SAF FJKM g) ADRA h) SANTE NET i) SALOHI j) Particulier k) Autres (Préciser)_____ | <table style="margin-left: auto; margin-right: auto;"> <tr> <td></td> <td style="text-align: center;">Oui</td> <td style="text-align: center;">Non</td> </tr> <tr> <td>a)</td> <td style="text-align: center;">1</td> <td style="text-align: center;">2</td> </tr> <tr> <td>b)</td> <td style="text-align: center;">1</td> <td style="text-align: center;">2</td> </tr> <tr> <td>c)</td> <td style="text-align: center;">1</td> <td style="text-align: center;">2</td> </tr> <tr> <td>d)</td> <td style="text-align: center;">1</td> <td style="text-align: center;">2</td> </tr> <tr> <td>e)</td> <td style="text-align: center;">1</td> <td style="text-align: center;">2</td> </tr> <tr> <td>f)</td> <td style="text-align: center;">1</td> <td style="text-align: center;">2</td> </tr> <tr> <td>g)</td> <td style="text-align: center;">1</td> <td style="text-align: center;">2</td> </tr> <tr> <td>h)</td> <td style="text-align: center;">1</td> <td style="text-align: center;">2</td> </tr> <tr> <td>i)</td> <td style="text-align: center;">1</td> <td style="text-align: center;">2</td> </tr> <tr> <td>j)</td> <td style="text-align: center;">1</td> <td style="text-align: center;">2</td> </tr> <tr> <td>k)</td> <td style="text-align: center;">1</td> <td style="text-align: center;">2</td> </tr> </table> | | Oui | Non | a) | 1 | 2 | b) | 1 | 2 | c) | 1 | 2 | d) | 1 | 2 | e) | 1 | 2 | f) | 1 | 2 | g) | 1 | 2 | h) | 1 | 2 | i) | 1 | 2 | j) | 1 | 2 | k) | 1 | 2 | |
| | Oui | Non | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| a) | 1 | 2 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| b) | 1 | 2 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| c) | 1 | 2 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| d) | 1 | 2 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| e) | 1 | 2 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| f) | 1 | 2 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| g) | 1 | 2 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| h) | 1 | 2 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| i) | 1 | 2 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| j) | 1 | 2 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| k) | 1 | 2 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| SA00X | Si SA00 = 1 → SA00A | Si SA00 = 2 → SA00B | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| SA00A | Si oui (SA00=1) Depuis combien de temps avez vous participer à ce programme? [1ere pesee 1ere enfant] | <input type="text"/> <input type="text"/> / <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> Mois années | → SA02 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| SA00B | Si non (SA00=2) jamais participé: pour quelles raisons n'avez-vous pas participé à ce programme SEECALINE a. mes enfants ont plus de 3 ans b. site trop éloigné c. route impraticable d. je ne suis pas intéressée e. mes enfants sont bien portants f. on m'a dit que je ne pouvais pas participer g. autre [SPECIFIER]_____ | <table style="margin-left: auto; margin-right: auto;"> <tr> <td></td> <td style="text-align: center;">Oui</td> <td style="text-align: center;">Non</td> </tr> <tr> <td>a)</td> <td style="text-align: center;">1</td> <td style="text-align: center;">2</td> </tr> <tr> <td>b)</td> <td style="text-align: center;">1</td> <td style="text-align: center;">2</td> </tr> <tr> <td>c)</td> <td style="text-align: center;">1</td> <td style="text-align: center;">2</td> </tr> <tr> <td>d)</td> <td style="text-align: center;">1</td> <td style="text-align: center;">2</td> </tr> <tr> <td>e)</td> <td style="text-align: center;">1</td> <td style="text-align: center;">2</td> </tr> <tr> <td>f)</td> <td style="text-align: center;">1</td> <td style="text-align: center;">2</td> </tr> <tr> <td>g)</td> <td style="text-align: center;">1</td> <td style="text-align: center;">2</td> </tr> </table> | | Oui | Non | a) | 1 | 2 | b) | 1 | 2 | c) | 1 | 2 | d) | 1 | 2 | e) | 1 | 2 | f) | 1 | 2 | g) | 1 | 2 | } FIN (OBSERVATION) | | | | | | | | | | | | |
| | Oui | Non | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| a) | 1 | 2 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| b) | 1 | 2 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| c) | 1 | 2 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| d) | 1 | 2 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| e) | 1 | 2 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| f) | 1 | 2 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| g) | 1 | 2 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| SA02 | Avez-vous participé au programme SEECALINE au cours des 3 derniers mois? | OUI.....1 NON.....2 | → FILTRE SA03 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| SA02C | Si non (SA02=2), non participé derniers 3 mois pour quelles raisons ne participé plus à un programme SEECALINE ? a) Mes enfants ont plus de 3 ans b) Site trop éloigné c) Route impraticable d) Je ne suis pas interessée e) Mes enfants sont bien portants f) On m'a dit que je ne pouvais pas participer g) Autre (spécifier) _____ | <table style="margin-left: auto; margin-right: auto;"> <tr> <td></td> <td style="text-align: center;">Oui</td> <td style="text-align: center;">Non</td> </tr> <tr> <td>a)</td> <td style="text-align: center;">1</td> <td style="text-align: center;">2</td> </tr> <tr> <td>b)</td> <td style="text-align: center;">1</td> <td style="text-align: center;">2</td> </tr> <tr> <td>c)</td> <td style="text-align: center;">1</td> <td style="text-align: center;">2</td> </tr> <tr> <td>d)</td> <td style="text-align: center;">1</td> <td style="text-align: center;">2</td> </tr> <tr> <td>e)</td> <td style="text-align: center;">1</td> <td style="text-align: center;">2</td> </tr> <tr> <td>f)</td> <td style="text-align: center;">1</td> <td style="text-align: center;">2</td> </tr> <tr> <td>g)</td> <td style="text-align: center;">1</td> <td style="text-align: center;">2</td> </tr> </table> | | Oui | Non | a) | 1 | 2 | b) | 1 | 2 | c) | 1 | 2 | d) | 1 | 2 | e) | 1 | 2 | f) | 1 | 2 | g) | 1 | 2 | | | | | | | | | | | | | |
| | Oui | Non | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| a) | 1 | 2 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| b) | 1 | 2 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| c) | 1 | 2 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| d) | 1 | 2 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| e) | 1 | 2 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| f) | 1 | 2 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| g) | 1 | 2 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| SA02J | Quand avez-vous arrete votre participation à ce programme? | <input type="text"/> <input type="text"/> / <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> Mois années | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |

FILTRE SA03:
 SA01=1 ou SA02=1 (participation au programme SEECALINE au cours des 3 derniers mois)

 SA01=1 ou SA02=2 (Aucune participation au programme au cours des 3 derniers mois) → **section SB**

| N°. | QUESTION | REPONSE/CODES | ALLER À |
|-------|--|---|---------------------------------|
| SA04 | <u>Durant les trois derniers mois</u> , combien de fois vous êtes-vous rendu dans un site SEECALINE ? | <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> | |
| SA05 | Quel a été le motif de votre dernière visite? 1 Peser l'enfant 2 Supplément de nourriture 3 Vitamine A pour moi même 4 Vitamine A pour mes enfants 5 Déparasitage 6 Conseil pour enfant 7 Conseil pour femme enceinte 8 Démonstration culinaires | <input type="checkbox"/> | |
| SA06 | <u>Dans les trois derniers mois</u> , avez-vous manqué à l'une des visites que vous faites régulièrement à un site SEECALINE? | <input type="checkbox"/> | 1. OUI 2. NON → SA07 |
| SA06a | Pourquoi avez-vous manqué ces visites ? | <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> | Voir code raison visite manquée |

Code raison visite manquée:

| | |
|---|--|
| 01. site trop éloigné | 07. je suis enceinte |
| 02. route impraticable | 08. j'ai oublié |
| 03. enfant malade | 09. je ne suis plus intéressée |
| 04. était obligée de travailler | 10. ACN n'était pas dans le site |
| 05. était obligée de m'occuper d'autres enfants | 11. problème de communication avec l'ACN |
| 06. je viens d'avoir un enfant | 12. l'enfant a dépassé l'âge limite |
| | 98. autre (à préciser) |

| | | | |
|-------|--|--|--|
| SA07 | Y-a-t-il une période de l'année où il vous est difficile de se rendre au site ? | <input type="checkbox"/> | 1. OUI 2. NON → SA08 |
| SA07a | <u>Si Oui</u> , quels mois ? | de <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> à <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> | CODER LES MOIS DE 01 à 12 |
| SA08 | Combien de temps vous faut il pour rejoindre le site à pied à partir de votre domicile ? | <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> | En minutes |
| SA09 | Selon vous, la plupart du temps est-ce les ACN qui se déplacent ou est-ce plutôt vous ? | <input type="checkbox"/> | 1. ACN se déplace 2. Je vais au site |
| SA10 | Comment l'ACN a -t-elle été choisi ? | <input type="checkbox"/> | 1. Elu par la communauté 2. Nommée par le president de FKT 3. Nommée par l'ONG 4. NSP |

Section SB. Participation de l'enfant au programme de suivi: pesée (DEMANDER LE CARNET)

Parcourir la liste de tous **les enfants de moins de 10 ans dont la femme est responsable** dans le «tableau de ménage II» [questionnaire ménage **B08b** et **B17b**]. Assurez-vous que vous copiez le **même code** pour chaque enfant.

| Enfants moins de 10 ans dont la femme est responsable | | | | | Enfants moins de 5 ans (0 à 59 mois) dont la femme est responsable | | | | | | | | |
|---|--------------------------------|---|---|---|--|--|--|--|--|------------------------------------|--|---|---|
| SB01 | SB02 | SB03 | | SB04 | SB05 | SB06x | | SB07x | SB08x | | SB09x | SB10x | SB11x |
| CODE ENFANT <i>(Ménage B01-num: ligne)</i> | Nom de l'enfant | Age..... <i>(vérifier Questionnaire SHORT)</i> | | (Nom) a-t-il/elle jamais été pesé(e) dans le site ? | Si déjà pesé, à quel âge (nom) a-t-il été pesé la première fois? | CHECK : SA02 = 1 → SB06x SI SA02=2 -> SECTION SH NOTE: ADMINISTRER LES QUESTIONS SUIVANTES [SB06-SB11] SEULEMENT POUR LES ENFANTS DE MOINS DE 5 ANS (0 à 59 MOIS) | (Nom) participe t-il à la pesée actuellement ? | Durant les trois derniers mois, combien de fois (nom) a-t-il été pesé? | Le carnet de (nom) a t-il été vise à la dernière visite? | | Dans quelle zone de couleur de la courbe de croissance (nom) se trouvait-il lors de la dernière visite ? | Pensez-vous que (nom) grandit bien ? | Quel a été son gain de poids lors de la dernière pesée (voir carnet) ? |
| | <i>(Tableau de Ménage B02)</i> | Age en années révolues <i>(Tableau de Ménage B08b)</i> | (A) <i>(Tableau de Ménage B08b)</i> | (B) Si moins de 5 ans (0-59 mois) donner l'âge en mois révolu <i>(Tableau de Ménage B08c)</i> | Si NON, passer à la ligne suivante | | AGE première pesée EN MOIS | Si NON, passer à la ligne suivante | Si NON, passer à la ligne suivante | Si NON, passer à la ligne suivante | 1. ROUGE 2. JAUNE 3. VERT 4. NE SAIS PAS | 1.TRES BIEN 2.ASSEZ BIEN 3.PAS TROP BIEN 4.MAL | 1.n'as pas gagné 2.moins de 500g 3.plus que 500g 4.ne sais pas |
| | | | | OUI NON | | OUI NON | | | OUI NON | | | | |
| <input type="checkbox"/> | | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | 1 2 | <input type="checkbox"/> | 1 2 | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | 1 2 | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | |
| <input type="checkbox"/> | | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | 1 2 | <input type="checkbox"/> | 1 2 | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | 1 2 | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | |
| <input type="checkbox"/> | | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | 1 2 | <input type="checkbox"/> | 1 2 | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | 1 2 | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | |
| <input type="checkbox"/> | | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | 1 2 | <input type="checkbox"/> | 1 2 | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | 1 2 | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | |
| <input type="checkbox"/> | | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | 1 2 | <input type="checkbox"/> | 1 2 | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | 1 2 | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | |
| <input type="checkbox"/> | | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | 1 2 | <input type="checkbox"/> | 1 2 | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | 1 2 | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | |
| <input type="checkbox"/> | | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | 1 2 | <input type="checkbox"/> | 1 2 | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | 1 2 | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | |
| <input type="checkbox"/> | | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | 1 2 | <input type="checkbox"/> | 1 2 | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | 1 2 | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | |
| <input type="checkbox"/> | | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | 1 2 | <input type="checkbox"/> | 1 2 | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | 1 2 | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | |
| <input type="checkbox"/> | | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | 1 2 | <input type="checkbox"/> | 1 2 | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | 1 2 | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | |
| <input type="checkbox"/> | | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | 1 2 | <input type="checkbox"/> | 1 2 | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | 1 2 | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | |
| <input type="checkbox"/> | | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | 1 2 | <input type="checkbox"/> | 1 2 | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | 1 2 | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | |
| <input type="checkbox"/> | | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | 1 2 | <input type="checkbox"/> | 1 2 | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | 1 2 | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | |
| <input type="checkbox"/> | | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | 1 2 | <input type="checkbox"/> | 1 2 | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | 1 2 | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | |
| <input type="checkbox"/> | | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | 1 2 | <input type="checkbox"/> | 1 2 | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | 1 2 | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | |
| <input type="checkbox"/> | | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | 1 2 | <input type="checkbox"/> | 1 2 | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | 1 2 | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | |
| <input type="checkbox"/> | | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | 1 2 | <input type="checkbox"/> | 1 2 | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | 1 2 | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | |
| <input type="checkbox"/> | | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | 1 2 | <input type="checkbox"/> | 1 2 | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | 1 2 | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | |

| | QUESTION | REPONSE | CODES/COMMENTAIRES | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
|-------|--|---|--|-----|-----|----|---|---|----|---|---|----|---|---|----|---|---|----|---|---|----|---|---|----|---|---|---|
| SB12 | Etes-vous membre d'un Groupe de soutien? | <input type="checkbox"/> | 1. OUI 2. NON → SB13 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| SB12a | <u>Si Oui</u> , qu'est-ce qui vous a motivé à adhérer ? | <input type="checkbox"/> | 1. RENDRE SERVICE A LA COMMUNAUTE 2. MIEUX APPRENDRE 3. DEVENIR ACN 4. AIDER MEMBRE(S) DE FAMILLE 8. AUTRE | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| SB13 | Souhaitez-vous inciter vos amis/parents à venir à la séance de pesée ? | <input type="checkbox"/> | 1. OUI 2. NON → à SB14 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| SB13a | <u>Si Oui</u> , pour quelles raisons ? | <table style="width: 100%; border: none;"> <thead> <tr> <th></th> <th>Oui</th> <th>Non</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>a)</td> <td>1</td> <td>2</td> </tr> <tr> <td>b)</td> <td>1</td> <td>2</td> </tr> <tr> <td>c)</td> <td>1</td> <td>2</td> </tr> <tr> <td>d)</td> <td>1</td> <td>2</td> </tr> <tr> <td>e)</td> <td>1</td> <td>2</td> </tr> <tr> <td>f)</td> <td>1</td> <td>2</td> </tr> <tr> <td>g)</td> <td>1</td> <td>2</td> </tr> </tbody> </table> | | Oui | Non | a) | 1 | 2 | b) | 1 | 2 | c) | 1 | 2 | d) | 1 | 2 | e) | 1 | 2 | f) | 1 | 2 | g) | 1 | 2 | ENCERCLEZ LA/LES REPONSE(S) : a). avoir de conseil b). rencontrer autres mères c). donner plus de soins à leurs enfants d). découvrir des nouvelles pratiques e). recevoir Vitamine A f). recevoir de la farine g). autres _____ |
| | Oui | Non | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| a) | 1 | 2 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| b) | 1 | 2 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| c) | 1 | 2 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| d) | 1 | 2 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| e) | 1 | 2 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| f) | 1 | 2 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| g) | 1 | 2 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| SB14 | Lors de la pesée, l' ACN vous a-t-elle fourni des conseils ? | <input type="checkbox"/> | 1. OUI 2. NON → à SB16 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| SB14a | <u>Si Oui</u> , dans quels domaines ? | <table style="width: 100%; border: none;"> <thead> <tr> <th></th> <th>Oui</th> <th>Non</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>a)</td> <td>1</td> <td>2</td> </tr> <tr> <td>b)</td> <td>1</td> <td>2</td> </tr> <tr> <td>c)</td> <td>1</td> <td>2</td> </tr> <tr> <td>d)</td> <td>1</td> <td>2</td> </tr> <tr> <td>e)</td> <td>1</td> <td>2</td> </tr> <tr> <td>f)</td> <td>1</td> <td>2</td> </tr> <tr> <td>g)</td> <td>1</td> <td>2</td> </tr> </tbody> </table> | | Oui | Non | a) | 1 | 2 | b) | 1 | 2 | c) | 1 | 2 | d) | 1 | 2 | e) | 1 | 2 | f) | 1 | 2 | g) | 1 | 2 | ENCERCLER LA/LES REPONSE(S) a). allaitement maternel exclusif (AME) b). éducation nutritionnelle c). traitement des maladies d). interprétation de la courbe de croissance e). préparation de repas f). déparasitage g). autres _____ |
| | Oui | Non | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| a) | 1 | 2 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| b) | 1 | 2 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| c) | 1 | 2 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| d) | 1 | 2 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| e) | 1 | 2 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| f) | 1 | 2 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| g) | 1 | 2 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| SB15 | Pensez-vous que les conseils fournis par l'ACN sont utiles ? | <input type="checkbox"/> | 1. OUI 2. NON | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| SB16 | Dans quels domaines souhaitez vous recevoir plus de conseils ? | <table style="width: 100%; border: none;"> <thead> <tr> <th></th> <th>Oui</th> <th>Non</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>a)</td> <td>1</td> <td>2</td> </tr> <tr> <td>b)</td> <td>1</td> <td>2</td> </tr> <tr> <td>c)</td> <td>1</td> <td>2</td> </tr> <tr> <td>d)</td> <td>1</td> <td>2</td> </tr> <tr> <td>e)</td> <td>1</td> <td>2</td> </tr> <tr> <td>f)</td> <td>1</td> <td>2</td> </tr> <tr> <td>g)</td> <td>1</td> <td>2</td> </tr> </tbody> </table> | | Oui | Non | a) | 1 | 2 | b) | 1 | 2 | c) | 1 | 2 | d) | 1 | 2 | e) | 1 | 2 | f) | 1 | 2 | g) | 1 | 2 | ENCERCLER LA/LES REPONSE(S) a). allaitement maternel exclusif b). éducation nutritionnelle c). traitement des maladies d). interprétation de la courbe de croissance e). préparation de repas f). déparasitage g). autres _____ |
| | Oui | Non | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| a) | 1 | 2 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| b) | 1 | 2 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| c) | 1 | 2 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| d) | 1 | 2 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| e) | 1 | 2 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| f) | 1 | 2 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| g) | 1 | 2 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |

Les questions suivantes (SC11-SC12) s'appliquent seulement **aux femmes enceintes**

Vérifier MA07 (quest. short): Femme enceinte : 1. Oui 2. Non Si. 2 → passer à la Section SD

| | QUESTION | REPONSE | CODES/COMMENTAIRES |
|------|---|---|---------------------------------|
| SC11 | Pour votre grossesse actuelle, êtes-vous inscrite au site SEECALINE ? | <input type="checkbox"/> | 1. OUI 2. NON → à Section SD |
| SC12 | A quelle semaine de votre grossesse vous êtes-vous inscrite au site ? | <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> | INDIQUER LA SEMAINE |

Section SD: Démonstrations culinaires (DC)

| | | | |
|-------|---|--------------------------|---|
| SD03 | Avez-vous déjà assisté à une démonstration culinaire ? | <input type="checkbox"/> | 1. OUI 2. NON → à la section SE |
| SD04 | Avez-vous participé activement à une démonstration ? | <input type="checkbox"/> | 1. ASSISTÉ/OBSERVÉ 2. PARTICIPÉ A LA PREPARATION (ACTIVEMENT) |
| SD05 | Avez-vous émis des avis lors de cette démonstration ? | <input type="checkbox"/> | 1. OUI 2. NON |
| SD06 | Combien de recettes avez-vous apprises ? | <input type="checkbox"/> | 1. 1-5 recettes 2. 6-9 recettes 3. 10 recettes ou plus |
| SD07 | Avez vous essayé de réaliser chez vous au moins une des recettes apprises ? | <input type="checkbox"/> | 1. OUI → passer à SD08 2. NON |
| SD07a | Si non, pour quelles raisons ? Quelles que soient les réponses aller à la section SE | <input type="checkbox"/> | [ENREGISTRER LA RAISON PRINCIPALE] 1. trop long à préparer 2. trop cher 3. pas apprécié par l'enfant/la famille 4. aliments pas disponible 8. autre [à spécifier_____] |
| SD08 | Quels sont à votre avis les avantages à utiliser les recettes apprises ? | <input type="checkbox"/> | [ENREGITRER 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 partagé une de ces recettes avec vos amis/parents ? | <input type="checkbox"/> | 1. OUI 2. NON |

Section SE: Visites à domicile (VAD)

| | QUESTION | REPONSE | CODES/COMMENTAIRES |
|------|--|---|---|
| SE01 | Est-ce que vous avez déjà été visité par une ACN ? | <input type="checkbox"/> | 1. OUI 2. NON → passer à SE06 |
| SE02 | Durant les 3 derniers mois, combien de fois avez-vous été visité par l'ACN ? | <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> | Nombre de visites |
| SE03 | A quand remonte la dernière visite de l'ACN ? | <input type="checkbox"/> | 1. moins d'un mois 2. le mois dernier 3. il y a 2 mois 4. il y a 3 mois (ou plus) 5. je ne sais pas |
| SE04 | Quelle était la raison principale de la dernière visite ? | <input type="checkbox"/> | [ENREGISTRER 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. enfant a manqué séance de pesée 7. recensement 8. autre |
| SE05 | Avez-vous reçu des conseils de l'ACN lors de sa dernière visite ? | <input type="checkbox"/> | 1. OUI 2. NON |
| SE06 | Souhaitez-vous que l'ACN vous rende visite plus souvent ? | <input type="checkbox"/> | 1. OUI 2. NON |

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

Copier les codes pour **les enfants de 0 à 35 mois** (dont la femme est responsable) à partir de la Section SB (pesée, page 3 [SB03b]).

| SF01 | SF02 | SF03 | SF04 | SF06 | SF07 | SF08 | SF09 | |
|-------------|---|--|--|--|--|--|--|---|
| CODE ENFANT | NOM de l'enfant | Dans les 3 derniers mois, Nom a-t-il été envoyé au CSB par l'ACN | Dans les 3 derniers mois, combien de fois Nom a-t-il été envoyé au CSB ? | Pour quels motifs Nom a-t-il été envoyé au CSB ? | Quels genres de soins Nom a-t-il reçus au CSB ? | Les soins prodigués ont-ils été payants au CSB ? | Durant les 3 derniers mois le CSB a-t-il envoyé (nom) dans un CRENI ou CRENA | Quels sont les problèmes constatés lors de l'envoi de (nom) au CRENI ou CRENA |
| | | Si NON, passer à la ligne suivante | Nombre de fois | [ENREGISTRER LA RAISON PRINCIPALE] 1. enfant malade 2. enfant en zone rouge 3. enfant à perdu de poids 4. Vitamine A 8. autre | [ENCERCLER LE(S) REPONSES] a. pesée b. vitamine A c. SRO d. vaccinations e. déparasitage f. supplément d'aliment g. plumpy nut z. autres | OUI NON | Si NON, passer à la ligne suivante OUI NON | PROBLEMES a. Frais déplacement b. Obligé d'accompagner l'enfant au CHD c. Coûts de médicaments d. pas de problèmes e. déplacement f. autres |
| | <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> | OUI NON | <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | a b c d e f g z | 1 2 | 1 2 | a b c d e f |
| | <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> | 1 2 | <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | a b c d e f g z | 1 2 | 1 2 | a b c d e f |
| | <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> | 1 2 | <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | a b c d e f g z | 1 2 | 1 2 | a b c d e f |
| | <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> | 1 2 | <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | a b c d e f g z | 1 2 | 1 2 | a b c d e f |
| | <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> | 1 2 | <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | a b c d e f g z | 1 2 | 1 2 | a b c d e f |
| | <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> | 1 2 | <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | a b c d e f g z | 1 2 | 1 2 | a b c d e f |

Section SH. Appréciation générale du programme

| | QUESTION | REPONSE | CODES/COMMENTAIRES |
|------|--|---|---|
| SH01 | Quels sont les deux services les plus importants fournis dans les sites SEECALINE ? | a) <input type="checkbox"/> Le plus important b) <input type="checkbox"/> Le 2ème plus important | Codes services: 1 PESEE 2 FARINE 3 EDUCATION NUTRITIONNELLE 4 CONSEILS 5 DEPARASITAGE 6 VITAMINE A 7 DEMONSTRATIONS CULINAIRES 8 STIMULATION PRECOCE 9 GAIN DE POIDS MINIMUM (LAMISAIBO) 10 AUTRES |
| SH02 | Depuis que vous suivez le programme SEECALINE, trouvez-vous que vos connaissances en matière de santé se sont améliorées ? | <input type="checkbox"/> | 1. Oui, beaucoup 2. Oui, un peu 3. Pas vraiment 4. Pas du tout |

OBSERVATIONS DE L'ENQUETEUR/ENQUETRICE

À REMPLIR APRÈS AVOIR TERMINÉ L'INTERVIEW
(SI LE QUESTIONNAIRE N'A PAS ÉTÉ REMPLI, EXPLIQUER)

Q1 : LORS DE L'INTERVIEW, QUI D'AUTRE QUE L'ENQUETEE ETAIT PRESENT ?

- A. AUCUNE PERSONNE
- B. ENFANT DE 5 ANS OU MOINS
- C. ENFANT DE 5 ANS OU PLUS
- D. EPOUX
- E. UN ADULTE, MEMBRE DU MENAGE
- F. UN ADULTE, NON MEMBRE DU MENAGE

Q2. COMMENT EVALUEZ-VOUS LA PRECISION DES REPONSES DE L'ENQUETEE ?

- 1 EXCELLENT
- 2 BON
- 3. MOYEN
- 4. PASSABLE
- 5. MAUVAIS

Q3. QUELLES QUESTIONS L'ENQUETEE A-T-ELLE TROUVE DIFFICILES/EMBARASSANTES/CONFUSES ?

Q4. QUELLES QUESTIONS L'ENQUETEUR/TRICE A-T-IL TROUVE DIFFICILES/EMBARASSANTES/CONFUSES?

Q5. QUELLES QUESTIONS ONT PARTICULIEREMENT INTERESSE L'ENQUETEE ?

NOM DE L'ENQUETEUR /TRICE : _____ DATE: _____

OBSERVATIONS DU CONTROLEUR/CONTROLEUSE

À REMPLIR APRÈS AVOIR TERMINÉ LA VERIFICATION DU QUESTIONNAIRE

Notes:

NOM DU CONTROLEUR/CONTROLEUSE: _____ DATE: _____