

Section CA. Caractéristiques démographiques

	QUESTION	REPONSE	CODES/COMMENTAIRES
CA01	Quel AGE avez vous?	<input type="text"/> <input type="text"/>	En Ans
CA02	Avez-vous fréquenté l'école?	Oui 1 Non 2	1. OUI 2. NON >> a CA4
CA03	Quel est le plus haut niveau d'études que vous avez atteint? Quelle est la dernière classe que vous avez achevé à ce niveau?	NIVEAU CLASSE <input type="text"/> <input type="text"/>	Voir code instruction

Code instruction

NIVEAU	0 = MOINS D'UNE ANNÉE ACHEVÉE			
	PRIMAIRE = 1	SECONDAIRE1 = 2	SECONDAIRE2 = 3	SUPERIEUR = 4
CLASSE	T1 = 1	T6 = 6 ème = 1	T10 = 2nd = 1	1 ère année = 1
	T2 = 2	T7 = 5 ème = 2	T11 = 1ère = 2	2 ème année = 2
	T3 = 3	T8 = 4 ème = 3	T12 = Terminale = 3	3 ème année = 3
	T4 = 4	T9 = 3 ème = 4	3	4 ème année = 4
	T5 = 5	NSP = 8	NSP = 8	5 ème année ou + = 5
	NSP = 8			NSP = 8

CA04	RELIGION	<input type="text"/>	Voir code religion
CA05	GROUP ETHNIQUE	<input type="text"/>	Voir code ethnique

Code Ethnie

1. Merina	11. Vezo
2. Betsileo	12. Antakarana
3. Sakalava	13. Antemoro
4. Betsimisaraka	14. Sihanaka
5. Antandroy	15. Antambahoaka
6. Tsimihety	16. Tanala
7. Bara	17. Mahafaly
8. Antefasy	18. Bezanozano
9. Antesaka	19. Masikoro
10. Antanosy	20. Autres : _____

Code Religion

1. Traditionnelle
2. Catholique
3. Protestant FJKM
4. Protestant Luthérien
5. Autres Protestants
6. Musulman
7. Hindou
8. Jesosy Mamonjy
9. Temoin de Jehovah
10. Autres

CA06	Est-ce vous êtes le chef du ménage?	Oui 1 Non 2	
CA07	STATUT MATRIMONIAL	<input type="text"/>	1. MARIE(E) civil 2. MARIE(E) coutumiere 3. CELIBATAIRE a CA10 4. SEPAREDIVORCE>>a CA10 5.. VEUF(VE) >>a CA10
CA08	Le conjoint vit-il dans le ménage?	Oui 1 Non 2	
CA09	Est-ce que votre mari vous aide dans votre fonction de ACN?	Oui 1 Non 2	
CA10	Combien des enfants avez-vous a charge ? (en total)	<input type="text"/> <input type="text"/>	Nombre [SI AUCUN, ENREGISTRER '00'>> a CA13]
CA11	Combien de des fils ou des filles avez-vous en charges?	Fils <input type="text"/> <input type="text"/> Filles <input type="text"/> <input type="text"/>	Nombre
CA12	Quelle est l'age de le plus jeune?	<input type="text"/> <input type="text"/>	AGE EN MOIS
CA13	Avez-vous toujours vécu dans cette localité?	Oui 1 Non 2	1. OUI >> a section CB 2. NON
CA14	Depuis combien de temps habitez-vous (de façon continue) dans cette localité?	<input type="text"/> <input type="text"/>	Nombre ANS
CA15	Juste avant de vous installer ici, ou est-ce que vous avez vécu la plupart du temps ?	<input type="text"/> <input type="text"/>	1. CAPITALE 2. AUTRE VILLE 3. VILLAGE MEME FIV 4. VILLAGE diff. FIV

Section CB. Caractéristiques du Site

	QUESTION	REPONSE	CODES/COMMENTAIRES
CB01	Qui a décidé du choix du local du site?	<input type="checkbox"/>	1. Fokolona 2. Particulier 3. Marie 4. Chef quartier 5. ONG 6. Autre [spécifier _____]
CB02	Le site Seecaline est-elle définitif?	Oui 1 Non 2	
CB03	Distance par rapport au chef-lieu de la Commune dans la saison sèche? (a pied)	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	EN MINUTES
CB04	Combien des villages est-ce il y a dans le site?	Fokontany <input type="checkbox"/> Tanana <input type="checkbox"/>	(nombre)
CB05	Combien de temps ça prend pour venir au site a partir des villages plus éloigne? (a pied)	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	EN MINUTES
CB06	Selon vous, est-ce la majorité des mères habitent aux alentours du site ou assez éloignes?	<input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/> 2	1. alentour du site 2. éloignes (plus de 30 minutes a pied)
CB07	Principal matériau du MURS EXTERIEURS	<input type="checkbox"/>	ENREGISTRER L'OBSERVATION 1. Ecorce, feuille, tige 2. Terre battue, torchis 3. Planche 4. Contreplaqué 5. Isorel 6. Tôle ondulée 7. Fût, bidon 8. Pierre 9. Brique 10. Parpaing, ciment 11. Autre [spécifier _____]
CB08	Principal matériau du SOL	<input type="checkbox"/>	ENREGISTRER L'OBSERVATION 1. Terre battue 2. Bois planches 3. Palmes bambous 4. Parquet bois poli 5. Carreaux 6. Ciment 7. Moquette 8. Gorodona 9. Autre [spécifier _____]
CB09	Principal matériau du TOITURE	<input type="checkbox"/>	ENREGISTRER L'OBSERVATION 1. Ecorce, feuille, tige 2. Terre battue, torchis 3. Bois 4. Tuille 5. Tole 6. Autre [spécifier _____]
CB10	Annexes du site (ENCERCLER OUI/NON DANS LA REPONSE)		LATRINE _____ OUI NON COIN CUISINE _____ OUI NON POINT D'EAU _____ OUI NON FOSSE A ORDURE _____ OUI NON
CB11	Où est-ce que vous cherchez l'eau pour les besoins du site?	<input type="checkbox"/>	1. puits du site 2. Puits particulier 3. Fontaine publique 4. Rivière 5. Source non protégée 6. Mare/lac 7. Autre

CB12. Calendrier des activités du site dans le dernier mois

ACTIVITE:	N fois/mois Nombre de fois	Am/pm	LU	MA	ME	JE	VE	SA	DI
1 Pesée	<input type="checkbox"/>	AM PM	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
2 Petite Pesée	<input type="checkbox"/>	AM PM	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
3 Visite a domicile (VAD)	<input type="checkbox"/>	AM PM	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
4 Education nutritionnelle (EN)	<input type="checkbox"/>	AM PM	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
5 Démonstrations culinaires	<input type="checkbox"/>	AM PM	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
6 Distribution de la farine	<input type="checkbox"/>	AM PM	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
7 CDM	<input type="checkbox"/>	AM PM	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>

Section CC: Occupation

	QUESTION	REPONSE	CODES/COMMENTAIRES
CC01	Depuis quand avez vous travaille dans le site ?	<input type="checkbox"/> / <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	MOIS/ANNEE
CC02	Combien des ACN il y a eu avant vous?	<input type="checkbox"/>	Nombre [mettre 0 si elle est la seule]
CC03	Avez-vous une autre source de revenue maintenant?	Oui 1 Non 2	1. OUI 2. NON >> PASSER A CC5
CC04	Quel type de source?	<input type="checkbox"/>	VOIR CODE OCCUPATION
CC05	Aviez-vous une autre occupation avant Seecaline?	Oui 1 Non 2	1. OUI 2. NON >> PASSER A CC7
CC06	Quelle était votre activité principale avant de participer a Seecaline?	<input type="checkbox"/>	VOIR CODE OCCUPATION
CC07	A votre avis, comment votre niveau de vie est évolue depuis que vous avez travaille avec Seecaline?	<input type="checkbox"/>	1. améliore 2. pas change 3. baisse 4. sais pas

Code occupation /source de revenue

- | | |
|---------------------------------|-------------------------------------|
| 1. Agriculteur éleveur, pêcheur | 8. Membre d'une ONG |
| 2. Artisan | 9. Président de Fokontany |
| 3. Couturière | 10. Maire, adjoint au Maire |
| 4. Enseignant | 11. Employé communal |
| 5. Médecin | 12. Employé(e) autre service public |
| 6. Infirmier(e) | |
| 7. Commerçant | 14. Autre: _____ |

CC08	Etes-vous paie régulièrement?	Oui 1 Non 2	1. OUI 2. NON >> passer a CC10
CC09	Quelle est la raison de retard/paiement non régulier?	<input type="checkbox"/>	Voir code raison retard

Code raison retard:

- | |
|---|
| 1. Retard habituel |
| 2. Changement du personnel de l'ONG |
| 3. Pas d'explication par l'ONG |
| 4. a cause de cyclones/inondations ou catastrophes naturelles |
| 5. Problèmes de transport |
| 6. Retard exceptionnel à cause de différentes raisons |
| 7. Autres: _____ |

CC10	Quelle est la fréquence?	<input type="checkbox"/>	1 TOUT LES MOIS 2 TOUT LE 2 MOIS 3 TOUT LE 3 MOIS OU PLUS
CC11	Qui vous donne l'indemnité?	<input type="checkbox"/>	1. ANIMATEUR 2. AUTRES MEMBRES ONG 3 GVC 4. CHEF FKT 5. MAIRE 6. AUTRES_____
CC12	Où est-ce que vous recevez le paiement?	<input type="checkbox"/>	1. CHEZ L'ONG 2. CHEZ L'ANIMATEUR 3. A LA MAIRIE 4. CHEZ MOI

Section CD. Group de soutien

	QUESTION	REPONSE	CODES/COMMENTAIRES
CD01	Avez-vous un group de soutien?	Oui 1 Non 2	1. OUI 2. NON>> a Section CE

D'ABORD DEMANDER LES NOMS E APRES POSER LES AUTRE QUESTIONS:

	Nom	CD02 Sexe	CD03 Lien	CD04 Est-ce que (NOM) vous aide?	CD05 Dans quel type d'activité est-ce (NOM) vous aide?	CD06 Où est-ce (NOM) vit?:
		1. M 2. F	A MARI B AMIS C PARENT D VOISIN E CHEF FKT F. AUTRE	1.regulierement 2.occasionelment	1.MOBILISATION DES MERES 1.PESEE 3.VISITE A DOMICILE 4.EN 5.DEMONSTR.CULINAIRES 6.DISTRIB. DE LA FARINE 7.CDM 8.RECENSEMENT 9.REMPLISSAGE DE REGISTRE 10.REMPLISSAGE CARNET SANTE	1. MEME VILLAGE 2. AUTRE VILLAGE MEME FKT 3. AUTRE FKT
1		M F	A B C D E F	1 2	1 2 3 4 5 5 6 7 8 10 11	1 2 3
2		M F	A B C D E F	1 2	1 2 3 4 5 5 6 7 8 10 11	1 2 3
3		M F	A B C D E F	1 2	1 2 3 4 5 5 6 7 8 10 11	1 2 3
4		M F	A B C D E F	1 2	1 2 3 4 5 5 6 7 8 10 11	1 2 3
5		M F	A B C D E F	1 2	1 2 3 4 5 5 6 7 8 10 11	1 2 3
6		M F	A B C D E F	1 2	1 2 3 4 5 5 6 7 8 10 11	1 2 3
7		M F	A B C D E F	1 2	1 2 3 4 5 5 6 7 8 10 11	1 2 3
8		M F	A B C D E F	1 2	1 2 3 4 5 5 6 7 8 10 11	1 2 3

Section CE. Population du site

	QUESTION	REPONSE	CODES/COMMENTAIRES
CE00	NOTER SI LE REGISTRE SEECALINE EST AVEC L'ACN MAINTENANT	Oui 1 Non 2	
CE01	Quand a eu lieu le dernier recensement?	<input type="text"/> <input type="text"/> / <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>	MOIS/ANNEE [1^ page registre si disponible]
CE02	combien des enfants sont recense dans le site? (dernier recensement)	[_._._.]	NOMBRE [1^ page registre si disponible]
CE03	Combien des enfants était suivi ce 3 dernier mois?	Il y a 3 mois [_._._.] Il y a 2 mois [_._._.]	Nombre

		Il y a 1 mois [_._._.]	
CE04	combien des mères sont recense dans le site (dernier recensement)?	[_._._.]	NOMBRE [1^ page registre]
CE05	Combien des mères n'ont pas répondu au recensement?	<input type="checkbox"/>	1. moins de 10 2. 10 a 20 3. 20 et plus
CE06	Est-ce que il y a des mères qui ont des enfants enregistre mais qui n'ont jamais fréquente le site?	Oui 1 Non 2	1. OUI 2. NON>> a section CF
CE07	Si oui, combien?	<input type="checkbox"/>	1. moins de 10 2. 10 a 20 3. 20 et plus
CE08	Pourquoi elles ne viennent pas?	<input type="checkbox"/>	Voir le codes 'raison de non-frequentation' et encercler la raison principale

Code raisons de non-frequentation

1. pauvre	6. empêche par un membre de la famille	11. problèmes politiques
2. honte de leur situation	7. problème de religion/tabou	12. existence autre intervenants nutrition
3. pas de temps	8. problème de caste (mères	13. problème d'acceptation de l'ACN
4. rejet de programme	9. pas informe sur les activités de site	14. autre
5. ne veulent pas se frotter avec les autres mères	10. pas intéresse sur les activités de site	

Section CF. Pesée

	QUESTION	REPONSE	CODES/COMMENTAIRES
CF01	Est-ce que il y a des groupes de pesée? Si oui, en combien de groupes vous divisez les enfants pour la pesée?	Oui 1 Non 2 Nombre <input type="checkbox"/>	
CF02	Est-ce vous recevez d'autre aide a part le group de soutien pour la mobilisation des mères?	Oui 1 Non 2	1. OUI 2. NON>> PASSER A CF03
CF02a	Si oui, par qui?	<input type="checkbox"/>	ENCERCLER LE(S) REPONSE(S) 1.AUTRES MERES 2.CHEF FKT 3.MARI 4.FILLES 5.MAIRE 6.CHEF RELIGIEUS 7.ANIMATEUR ONG 8.AUTRES [spécifier _____]
CF03	Est-ce que il-y-a des périodes ou c'est plus difficile d'encourager les mères pour venir a la pesée ?	Oui 1 Non 2	1. OUI 2. NON>> PASSER A CF04
CF03a	Quels périodes ?	<input type="checkbox"/>	1.JAN/MAR 2.APR/JUN 3.JUL/SEP 4.OCT/NOV
CF04	A votre avis, qui sont les plus disposée a faire pesée leur enfants?	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	PROPOSER LES CHOIX ET : 1 PAS DE DIFFERENCE 2 Mères avec enfants 0-6 mois 3 Mères avec enfants 7-12 mois 4 Mères avec enfants 13-36 mois 5 Mères primi part 6 Mères multi part 7 grand mères/ainee 8. autres [spécifier _____]

	QUESTION	REPONSE	CODES/COMMENTAIRES
CF05	Qui remplit le carnet de santé?	<input type="checkbox"/>	1.MOI MEME 2.GROUP DE SOUTIEN 3.MARI 4.ANIMATEUR 5.MEMBRE DE LA FAMILLE 6.AUTRES
CF06	Qui remplit le registre Seecaline?	<input type="checkbox"/>	1.MOI MEME 2.GROUP DE SOUTIEN 3.MARI 4.ANIMATEUR 5.MEMBRE DE LA FAMILLE 6.AUTRES
CF07	Quand le registre est rempli?	<input type="checkbox"/>	1.Durant la pesée 2.apres la pesée au site 3.apres la pesée a la maison 4.chez l'animateur 5. autre
CF08	Combien de temps ça prend pour remplir le registre a chaque séance de la pesée?	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	MINUTES
CF09	Est-ce que vous avez des problèmes pour le remplissage?	Oui 1 Non 2	
CF10	Trouvez-vous que tenir le registre est outil pour vous?	Oui 1 Non 2	
CF11	Donnez-vous de conseil durant la pesée?	Oui 1 Non 2	1. OUI 2. NON >> PASSER A CF12
CF11a	A qui?	<input type="checkbox"/>	1. enfants rouges 2. enfants jeunes 3. enfants jeunes et rouges 4. enfants q'on diminue pois 5. tous les enfants
CF11b	Pourquoi pas?	<input type="checkbox"/>	INDIQUER LA RAISON PRINCIPALE: 1. Mères ont pas de temps 2. Mères pas intéressées 3. autres _____ 4. Sais pas
CF12	A votre avis, est-ce que la proportion des enfants qui fréquentent les séances de pesée est baissée/augmente par rapport au même mois de l' année dernière?	<input type="checkbox"/>	1. EN BAISEE >> CF12A 2. AUGMENTE >> CF12B 3. PAS DE CHANGEMENT >> a section CG
CF12a	Si baissée, quelles sont les raisons pour la baisse?	<input type="checkbox"/>	INDIQUER LA RAISON PRINCIPALE: 1. Meres ont pas de temps 2. Baisse de niveau de vie 3. PAS de farine 4. Sais pas 5. AUTRE _____ [a SPECIFIER]
CF12b	Si augmente, quelles sont les raisons pour l'augmentation?	<input type="checkbox"/>	INDIQUER LA RAISON PRINCIPALE: 1. Plus d'intérêt en Seecaline 2. Amélioration niveau de vie 3. Plus de farine 4. introduction déparasitage 5. Plus de visites a domicile 6. Sais pas 7. AUTRES _____ [a SPECIFIER]

Section G. Interaction avec l'animateur

	QUESTION	REPONSE	CODES/COMMENTAIRES
CG01	Combien de fois est-ce l'animateur est venu dans le dernier mois?	<input type="text"/>	Annoter le nombre de fois SI AUCUN, ANNOTER 0 ET PASSER A CG02
CG02	Quel était l'objet de sa visite dans le dernier mois?	1 2 3 4 5 6 7 8 9 10 11	ENCERCLER LE(S) REPONSE(S) 1. PESEE 2. VISITE A DOMICILE 3. EN 4. DEMONSTR. CULINAIRES 5. DISTRIB. FARINE 6. CDM 7. COLLECT DES DONNEES 8. PAIEMENT D'INDEMNITES 9. EVALUATION COMMUNAUTAIRE 10. RECENSEMENT 11. AUTRES _____ [a SPECIFIER]
CG02a	Pour combien de temps est-ce que-il/elle reste au site en moyenne chaque fois?	<input type="text"/> <input type="text"/>	HEURES
CG03	Si vous avez des questions techniques, est-ce que l'animateur vous aide efficacement?	Oui 1 Non 2	1. OUI 2. NON>> PASSER A Sect CH
CG03a	Quelle est l'activité plus important dont il/elle vous aide?	A B C D E F G H I L	ENCERCLER LA REPONSE A. PESEE B. VISITE A DOMICILE C. EN D. DEMONSTR. CULINAIRES E. DISTRIB. FARINE F. CDM G. REMPLISSAGE REGISTRE H. MOBILISATION MERES I. ECHANGE D'INFORMATION L. AUTRES _____ [a SPECIFIER]
CG04	Avez-vous eu de problèmes relationnelles avec la communauté, les mères, les autorités, les autres intervenants, ou autres?	Communauté 1 2 Meres 1 2 Autorites 1 2 intervenants 1 2 autres 1 2	SI AUCUN PASSER a section CH 1. OUI 2. NON
CG04a	Est-ce que l'animateur a-t-il/elle vous aide pour la résolution de vos problèmes avec eu?	Communauté 1 2 Meres 1 2 Autorites 1 2 intervenants 1 2 autres 1 2	1. OUI 2. NON

Section CH. Formation

	QUESTION	REPONSE	CODES/COMMENTAIRES
CH01	Combien de fois est-ce avez reçu de formation depuis que vous êtes ACN?	<input type="text"/>	NOMBRE
CH02	Est-ce qu'il y a des formations que vous n'avez pas suivi?	Oui 1 Non 2	1. OUI 2. NON>> PASSER A H03
CH02a	Combien de formations avez-vous pas suivi?	<input type="text"/>	NOMBRE
CH02b	Pourquoi n'avez vous pas suivi la formation?	<input type="text"/>	MENTIONER PROBLEME PRINCIPALE 1. était malade 2. accouchement 3. mari a conteste 4. Retard de convocation de l'ONG 5. Problème de transport 6. Autre travail 7. Evènement familiale 8. Durée trop longue

	QUESTION	REPOSE	CODES/COMMENTAIRES
CH03	Qui vous a donne votre première formation?	<input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/> 2	1 DP 2 ONG
CH04	Pendant combien de jour étés-vous forme dans la première formation?		1 - 1 fois x 10 jours 2 - 2 fois x 5 jours
CH05	Qu'est-ce vous pensez de la durée de séances de formation?	<input type="checkbox"/>	1 suffisant 2 trop longue 3 trop courte 4 indifférent 5 sais pas
CH06	Qu'est-ce vous pensez des nombre de séances de formation?	<input type="checkbox"/>	1 suffisant 2 beaucoup trop 3 pas suffisant 4 indifférent 5 sais pas
CH07	Sur quelle thème/module pensez-vous ne pas assez maîtrise?	<input type="checkbox"/>	1. LECTURE DE LA BALANCE 2. CONVERSION DE L'AGE EN MOIS 3. VISITE A DOMICILE 4. EN 5. DEMONSTR. CULINAIRES 6. DISTRIB. FARINE 7. COMMUNICATION INTERPERSONNELLE 9. REMPLISSAGE CARNET SANTE 10. REMPLISSAGE REGISTRE 11. UTILISATION DES SUPPORTS IEC 12. AUTRES [a SPECIFIER]
CH08	Lors de la formation, étés-vous accompagne?	Oui 1 Non 2	
CH8a	Si oui, par qui:	1 2 3 4 5	ENCERCLER LA REPOSE 1..Mari 2..Enfant(s) 3. Amis 4..Groupe de soutien 5. autres _____ [a SPECIFIER]
CH08b	Pour quelle raison étés-vous accompagne?	1 2 3 4 5	ENCERCLER LA REPOSE 1..Garder les enfants 2. Raisons de sécurité 3. Prise de note 4. Assistant ACN 5. Autres _____ [a SPECIFIER]
CH09	Qu'est-ce vous pensez des documents qu'on vous a donne lors de la formation?	1 2 3 4 5 6	ENCERCLER LA REPOSE 1. PAS UTILE 2. TROP COMPLIQUE 3. ENCOMBRANT 4. INSUFFISANT 5. UTILE 6. Sais pas
CH10	Est-ce il a eu des autres regroupements avec l'ONG et les autres ACN?	Oui 1 Non 2	1. OUI 2. NON>> PASSER A CH04
CH10A	Qui avais participe?	1 2 3 4	ENCERCLER LA REPOSE 1. ANIMATEUR 2. GVC 3. AUTRE MEMBRE DE L'ONG 4. AUTRES ACNS
CH10B	Où est-ce que vous avez eu ces regroupement?	1 2 3 4	ENCERCLER LA REPOSE 1. au site 2. chez l'ONG 3. au chef lieu de commune 4. autres _____ [a SPECIFIER]

	QUESTION	REPONSE	CODES/COMMENTAIRES
CH11C	Dans quelle fréquence?	1 2 3 4 5	ENCERCLER LA REPONSE 1. 1 fois x mois 2. 2 fois x mois 3. trimestrielle 4. occasionel 5. autre

Est-ce que vous pouvez mentionner 3 problèmes par rapport au fonctionnement du site que vous avez rencontré depuis l'année 2003?

1 _____

2 _____

3 _____

Section L. FARINE Seecaline/PAM

	QUESTION	REPONSE	CODES/COMMENTAIRES
CL01	Le site a déjà bénéficie de la farine?	Oui 1 Non 2	1. OUI 2. NON>> a Section CM
CL02	Le site a bénéficié de farine ce 3 dernier mois?	Oui 1 Non 2 >sacs <input type="checkbox"/>	1. OUI noter combien de sacs (de 25 kilos) 2. NON >> a Section CM
CL03	Avez-vous donne de la farine aux enfants?	Oui 1 Non 2 >sacs <input type="checkbox"/>	. OUI noter combien de sacs (de 25 kilos) 2. NON
CL04	Avez-vous donne de la farine aux femmes enceintes?	Oui 1 Non 2 >sacs <input type="checkbox"/>	. OUI noter combien de sacs (de 25 kilos) 2. NON
CL05	Avez-vous rencontre des problèmes avec la farine?	Oui 1 Non 2	1. OUI 2. NON >>passer a CL07
CL06	Quel sont le problème plus important rencontre avec la farine?	1 2 3 4 5 6 7 8 9	ENCERCLER LA REPONSE 1. NON REGULARITE DE L'APPROVISIONEMENT 2. TRANSPORT 3. STOCKAGE 4. CIBLAGE DES ENFANTS 5 CIBLAGE DES MERES ENCEINTES 6. QUANTITE INSUFFISANT 7. PROBLEMES D'ACCEPTATION (QUALITE/GOUT) 8. CONDITIONNEMENT 9. AUTRE _____ [a SPECIFIER]
CL07	A votre avis, est-ce les mères vont continuer a venir si il n'y plus de farine?	Oui 1 Non 2	1. OUI >> PASSER A CL05 2. NON
CL07A	[si NON] quel serait les autres activités qui motivent les mères a venir?	1 2 3 4 5 6 7	ENCERCLER LE(S) REPONSE(S) 1. PESEE 2. CONSEIL 3. EN 4. DEMONSTR.CULINAIRES 5. CDM 6. VITAMINE A 7. DEPARASITAGE
CL08	Avez vous appris aux mères a fabriquer de la farine?	Oui 1 Non 2	1. OUI 2. NON>> A Section CM
CL09	Maintenant y-a-t-il des mères qui commence a faire la farine?	Oui 1 Non 2	

	QUESTION	REPONSE	CODES/COMMENTAIRES
CL10	Quelles sont les contraintes qu'empêchent les mères a produire la farine?	A B C D E	ENCERCLER LE(S) REPONSE(S) A. MANQUE DE TEMPS B. MANQUE DE MATERIEL C. MANQUE DE VOLONTE D. RESISTANCE AU CHANGEMENT E. AUTRES _____ [a SPECIFIER]

Section CM. Référence au centre de santé

	QUESTION	REPONSE	CODES/COMMENTAIRES
CM01	Y-a-t-il de centre de santé (CSB) dans le Fokontany?	Oui 1 Non 2	1. OUI >> a CM03 2. NON
CM02	Quelle est la distance pour aller au centre de santé le plus proche par rapport au site? [a pied]	<input type="text"/> <input type="text"/>	En MINUTES
CM03	Avez vous donne de conseil aux <u>mères</u> pour aller au centre de santé pour leurs enfants, au cours des 3 derniers mois?	Oui 1 Non 2	1. OUI 2. NON >> a CM04
CM03a	[si oui] pour quelle raison?	A B C D	ENCERCLER LE(S) REPONSE(S) A. enfant rouge B. enfant malade C. enfant diminue de poids D. vitamine A D. autre
CM04	Pensez-vous que vous touchez tout les femmes enceintes dans votre site?	Oui 1 Non 2	1. OUI 2. NON >>a CM05
CM04b	Si non: pourquoi?	1 2 3	ENCERCLER LA REPONSE 1..Tabou de demander/en parler 2.. Pas de temps pour les visites 3 Activités pour les femmes enceintes non connue
CM05	Avez vous donne de conseil aux <u>femmes</u> <u>enceintes</u> pour aller au centre de santé, au cours des 3 derniers mois?	Oui 1 Non 2	1. OUI 2. NON >> a CM06
CM05a	[si oui] pour quelle raison?	1 2 3	ENCERCLER LE(S) REPONSE(S) 1. femme malade 2. soins prénatals 3. autres
CM06	Est-ce que il y a eu des enfants du site qui étaient hospitalisé? (au cours des 3 dernier mois)?	Oui 1 Non 2	1. OUI 2. NON >> FIN
CM06a	Combien des enfants étaient hospitalisé?	<input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>	NOMBRE
CM06b	Est-ce que il y avait eu des enfants du site qui sont rentrées de l'hôpital (au cours des 3 dernier mois)?	Oui 1 Non 2	1. OUI 2. NON >> FIN
CM07	Qu'est-ce que vous avez fait a leur endroit?	1 2 3 4	ENCERCLER LE(S) REPONSE(S) 1. Visite a domicile 2. Supplementation farine 3. Rien 4. Autres
CM08	Avez-vous de collaboration avec l'agent de santé?	Oui 1 Non 2	1. OUI 2. NON >> a CM09
CM08a	[si oui]: Sur quelles activités avez-vous de collaboration avec l'agent de santé?	1 2 3 4 5 6 7	ENCERCLER LE(S) REPONSE(S) 1. vitamine A enfants 2. vitamine A femmes allaitantes 3. vaccinations 4. deparassitage 5. supplementation farine femmes enceintes 6. lutte contre le épidémie 7. autres

	QUESTION	REPONSE	CODES/COMMENTAIRES
CM08b	Comment jugez-vous votre collaboration avec l'agent de santé?	1 2 3	ENCERCLER LA REPONSE 1. Bon 2. Moyen 3. Mauvais
CM09	Etés-vous membre de comite de santé du Ministère de la Santé	Oui 1 Non 2	1. OUI >> FIN 2. NON
CM9a	Pourquoi vous n'est pas membre de comite de santé?	1 2 3	ENCERCLER LA REPONSE 1. PAS INVITE 2. REFUSE 3. N'EXIST PAS