

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 MOIS ANNÉE <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
NOM DE L'ENQUÊTRICE	_____	_____	_____	CODE
RÉSULTAT*	_____	_____	_____	RÉSULTAT
PROCHAINE VISITE : DATE HEURE	_____	_____		NBRE TOTAL DE VISITES <input type="checkbox"/>

*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 (Ménage B01-num. ligne)	Nom de l'enfant	Age..... (vérifier Questionnaire SHORT)		(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?	(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) ?
	(Tableau de Ménage B02)	Age en années révolues (Tableau de Ménage B08b)	(A) (B) <u>Si moins de 5 ans (0-59 mois)</u> donner l'âge en mois révolu (Tableau de Ménage B08c)	Si NON, passer à la ligne suivante	AGE première pesée EN MOIS	OUI	NON	Si NON, passer à la ligne suivante	Nombre de fois	Si NON, passer à la ligne suivante	OUI	NON	1. TRES BIEN 2. ASSEZ BIEN 3. PAS TROP BIEN 4. MAL
				1 2									
				1 2									
				1 2									
				1 2									
				1 2									
				1 2									
				1 2									
				1 2									
				1 2									
				1 2									
				1 2									
				1 2									
				1 2									
				1 2									
				1 2									
				1 2									

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)

	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 border="0"> <tr> <td></td> <td>Oui</td> <td>Non</td> </tr> <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> </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 border="0"> <tr> <td></td> <td>Oui</td> <td>Non</td> </tr> <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> </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 border="0"> <tr> <td></td> <td>Oui</td> <td>Non</td> </tr> <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> </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 | D. EPOUX |
| B. ENFANT DE 5 ANS OU MOINS | E. UN ADULTE, MEMBRE DU MENAGE |
| C. ENFANT DE 5 ANS OU PLUS | F. UN ADULTE, NON MEMBRE DU MENAGE |

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

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

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: _____