

STRICTEMENT CONFIDENTIEL

ENQUÊTE ADE, 2007

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 ou KPID-FEM)

IDENTIFICATION

NOM	Mettre nom ici	code	commentaires
A01	Code grappe	<input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>	
A02	Province (Faritany)	<input type="text"/>	
A03	District/Fivondronana	<input type="text"/> <input type="text"/>	
A04	Commune	<input type="text"/> <input type="text"/>	
A05	Fokontany	<input type="text"/> <input type="text"/>	
A06	URBAIN/RURAL	<input type="text"/>	
A07	Nom du SITE		
A09	Code ménage	<input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>	
A10	N° ligne Femme en 2007 (B01 / B09a)	<input type="text"/> <input type="text"/>	Voir tableau de ménage 2007
A10a	N° ligne Femme en 2004 (B01a)	<input type="text"/> <input type="text"/>	Barrer si nouveau membre

VISITES D'ENQUÊTEUR/ENQUÊTRICE				
	1	2	3	VISITE FINALE
DATE	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	JOUR <input type="text"/> <input type="text"/> MOIS <input type="text"/> <input type="text"/> ANNÉE <input type="text"/> 2 <input type="text"/> 0 <input type="text"/> 0 <input type="text"/> 7 <input type="text"/> CODE <input type="text"/> <input type="text"/> RÉSULTAT <input type="text"/> <input type="text"/>
NOM DE L'ENQUÊTEUR/(TRICE)	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	
RÉSULTAT*	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	
PROCHAINE VISITE :DATE	<input type="text"/>	<input type="text"/>		NBRE.TOTAL DE VISITES <input type="text"/>
HEURE	<input type="text"/>	<input type="text"/>		

*CODES RÉSULTAT:

1 REMPLI 2 PAS AU SITE 3 DIFFÉRÉ	4 REFUSÉ 5 INCAPACITÉ 8 AUTRE _____ (PRÉCISER)
--	--

CONTRÔLEUR/SE	CONTRÔLE BUREAU	CONTRÔLE INFORMATIQUE	SAISI PAR
NOM _____	NOM _____	<input type="text"/> <input type="text"/>	<input type="text"/> <input type="text"/>
DATE _____	DATE _____	<input type="text"/> <input type="text"/>	<input type="text"/> <input type="text"/>

CHECK : Nombre d'enfants de :

moins de 10 ans	<input type="text"/> <input type="text"/>	(voir B08b et B17b quest-ménage)
moins de 5 ans (0 à 59 mois)	<input type="text"/> <input type="text"/>	

(dont la femme est responsable)

Section SA. Participation aux programmes nutritionnels

	QUESTION	REPONSE	CODES/COMMENTAIRES
SA00	Avez-vous participé au programme de SEECALINE dans le passé?	<input type="checkbox"/>	1. OUI 2. NON, jamais → OBSERVATIONS
SA01	Et maintenant?	<input type="checkbox"/>	1. OUI → SA02a 2. NON
SA02	Avez-vous participé au programme seecaline au cours des 3 derniers mois?	<input type="checkbox"/>	1. OUI 2. NON → SA02c
	Si oui (si participation au cours des 3 derniers mois), a) Votre participation est-elle pour vos enfants (ou les enfants dont vous avez la charge), pour vous-même, ou pour les deux ?	<input type="checkbox"/>	1. mes enfants 2. moi-même 3. les deux
	b) Depuis combien de temps (combien d'années) avez-vous participé à ce programme?	<input type="text"/> <input type="text"/> / <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>	MOIS/ANNEE → filtre SA03
	Si non (aucune participation au cours des 3 derniers mois), c) pour quelles raisons n'avez-vous pas participé à un programme SEECALINE ?	<input type="checkbox"/>	1. mes enfants ont plus de 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 8. autre
	d) Souhaitez-vous dans l'avenir participer à un programme SEECALINE ?	<input type="checkbox"/>	1. OUI 2. NON
	e) Avez-vous déjà entendu parler du nouveau mode de pesée en fonction de l'âge de l'enfant ?	<input type="checkbox"/>	1. OUI 2. NON → filtre SA03
	f) Selon vous, serait-ce utile?	<input type="checkbox"/>	1. OUI → filtre SA03 2. NON
	g) Pourquoi serait-ce inutile?	<input type="checkbox"/>	1. Perte de temps 2. Problème d'organisation 3. N'est pas intéressée 4. Autre (à préciser)
	h) Ce différend vous a-t-il incité à ne plus participer au programme SEECALINE?	<input type="checkbox"/>	1. OUI → filtre SA03 2. NON
	i) Avez-vous des solutions pour résoudre ce problème?	<input type="checkbox"/>	1. OUI 2. NON
FILTRE SA03: <input type="checkbox"/> SA01=1 ou SA02=1 (participation au programme SEECALINE au cours des 3 derniers mois)			
<input type="checkbox"/> SA02=2 (Aucune participation au programme au cours des 3 derniers mois) tsy nandray anjara tato anatin'ny telo volana farany) → SECTION SB			
SA03	Participez-vous à un autre programme nutritionnel à part celui de SEECALINE ?	<input type="checkbox"/>	1. OUI 2. NON
SA04	Durant les trois derniers mois, combien de fois vous êtes-vous rendu dans un site SEECALINE ?	<input type="text"/> <input type="text"/>	Nombre de fois
SA05	Quel a été le motif de votre dernière visite?	<input type="checkbox"/>	Voir code raison dernière visite

Code raison dernière visite:

- | | |
|--------------------------------|--------------------------------|
| 1. peser l'enfant | 5. déparasitage |
| 2. supplément de nourriture | 6. conseil pour enfant |
| 3. Vitamine A pour moi-même | 7. conseil pour femme enceinte |
| 4. Vitamine A pour mes enfants | 8. démonstrations culinaires |

SA06	Dans les trois derniers mois, 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	Si Oui, 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 COMMUNAUTE 2. NOMMEE PAR LE PRESIDENT FKT 3. NOMMEE PAR L'ONG 4. NSP

	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 [spécifier_____]
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 ?	1 2 3 4 5 6 8	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 [spécifier _____]
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 ?	1 2 3 4 5 6 8	ENCERCLEZ 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 [à spécifier_____]
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 ?	1 2 3 4 5 6 8	ENCERCLEZ 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 [à spécifier_____]

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

Vérifier MA07 (quest. short): ☐ Femme enceinte (1. oui, 2. non) **Si. 2 non → passer à 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

SD03	Avez-vous déjà assisté à une démonstration culinaire ?	<input type="checkbox"/>	1. OUI 2. NON → à 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. 6-10 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	<u>Si non</u> , 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"/>	[ENREGISTRER LA RAISON PRINCIPALE] 1. alimentation équilibrée 2. recettes adaptées à l'âge de l'enfant 3. bon goût/apprécié 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

	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, combine 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 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 Tao anatin'ny 3 volana farany, nalefan'i CSB tany amin'ny CRENI na CRENA ve i ?	Quels sont les problèmes constatés lors de l'envoi de(nom) au CRENI ou CRENA Inona avy ireo olana nitranga tamin'ny fandefasana an'i tany amin'ny CRENI na 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 z. autres	1 OUI 2 NON	1 OUI 2 NON Si NON, passer à la ligne suivante	PROBLEMES a. Frais déplacement b. Obligé d'accompagner l'enfant au CHD c. Coûts de médicaments d. pas de problèmes e. autres
		OUI NON				OUI NON	OUI NON	
<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>		1 2	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	a b c d e z	1 2	1 2	a b c d e
<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>		1 2	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	a b c d e z	1 2	1 2	a b c d e
<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>		1 2	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	a b c d e z	1 2	1 2	a b c d e
<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>		1 2	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	a b c d e z	1 2	1 2	a b c d e
<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>		1 2	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	a b c d e z	1 2	1 2	a b c d e

<div><div></div><div></div></div>		12	<div><div></div><div></div></div>	<div></div>	a b c d e z	12	12	a b c d e
<div><div></div><div></div></div>		12	<div><div></div><div></div></div>	<div></div>	a b c d e z	12	12	a b c d e
<div><div></div><div></div></div>		12	<div><div></div><div></div></div>	<div></div>	a b c d e z	12	12	a b c d e
<div><div></div><div></div></div>		12	<div><div></div><div></div></div>	<div></div>	a b c d e z	12	12	a b c d e
<div><div></div><div></div></div>		12	<div><div></div><div></div></div>	<div></div>	a b c d e z	12	12	a b c d e

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 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'ENQUETE(E) ÉTAIT PRÉSENT ?

- | | |
|-----------------------------|------------------------------------|
| A. AUCUNE PERSONNE | D. EPOUX/EPOUSE |
| 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 ÉVALUEZ-VOUS LA PRÉCISION DES RÉPONSES DE L'ENQUETE(E) ?

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

Q3. QUELLES QUESTIONS L'ENQUETE(E) A-T-IL/ELLE TROUVE DIFFICILES/EMBARASSANTES/CONFUSES ?

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

Q3. QUELLES QUESTIONS ONT PARTICULIÈREMENT INTÉRESSÉ L'ENQUETE(E) ?

NOM DE L'ENQUETRICE : _____

DATE: _____

OBSERVATIONS DU CONTRÔLEUR/CONTRÔLEUSE

À REMPLIR APRÈS AVOIR TERMINÉ LA VÉRIFICATION DU QUESTIONNAIRE

Notes:

NOM DU CONTRÔLEUR/CONTRÔLEUSE: _____

DATE: _____