



COMMUNE	GRAPPE	N° MENAGE	N° ORDRE DE LA FEMME ELIGIBLE
/ / / / /	/ / / / /	/ / / /	/ / / /

QUESTIONNAIRE INDIVIDUEL FEMME

I. CADRE DE VIE DE LA FEMME (TOUTES LES FEMMES)		
EF1. VOTRE MENAGE POSSEDE T-IL UN POSTE RADIO?	Oui.....1	/ _ /
	Non2	
EF2. VOTRE MENAGE POSSEDE T-IL UN POSTE TV ?	Oui.....1	/ _ /
	Non2	
EF3. AVEZ-VOUS ECOUTE LA RADIO OU SUIVI LA TV AU MOINS UNE FOIS AU COURS DES 7 DERNIERS JOURS ?	Oui.....1	/ _ /
	Non2	
EF4. VOTRE MENAGE DISPOSE T-IL D'UN MOYEN DE TRANSPORT POUR ALLER DANS LE CENTRE DE SANTE QUE VOUS FREQUENTIEZ ?	Oui.....1	/ _ /
	Non2	
EF5. SI NON, AUPRES DE QUI VOUS VOUS ADRESSEZ GENERALEMENT POUR AVOIR UN MOYEN DE DEPLACEMENT ?	Voisin/amis.....1	/ _ /
	Parents.....2	
	Associations/ONG.....3	
	Location.....4	
EF6. QUEL EST LE PRINCIPAL MOYEN DE DEPLACEMENT QUE VOUS UTILISEZ POUR VOUS RENDRE AU CENTRE DE SANTE ?	Véhicule.....1	/ _ /
	Charrette.....2	
	Moto.....3	
	Bicyclette.....4	
	Animaux.....5	
	Pirogues.....6	
	A pieds.....7	
	Autres (préciser).....8	
EF7. EXERCEZ-VOUS UNE ACTIVITE GENERATRICE DE REVENU?	Oui.....1	/ _ /
	Non2	
EF8. SI OUI, QUI GERE LES BENEFICES TIRES DE CETTE ACTIVITE ?	Moi même.....1	/ _ /
	Mon mari.....2	
	Mon enfant.....3	
	Quelqu'un d'autre dans la famille.....4	
	Autre (précisez).....5	

EF9. QUEL EST LE PRINCIPAL LIEU DE DEFECATION DES MEMBRES DE VOTRE MENAGE ?	Plein air.....1 Latrine traditionnelle.....2 Latrine améliorée.....3 Autres.....4	/__/
EF10. QUEL EST LA PRINCIPALE SOURCE D'APPROVISIONNEMENT EN EAU DE BOISSON DE VOTRE MENAGE ?	Robinet.....1 Forage.....2 Puits protégé.....3 Puits traditionnel.....4 Eau de surface.....5	/__/
EF11. QUEL EST LE PRINCIPAL MOYEN DE TRANSPORT DE L'EAU QUE VOTRE MENAGE UTILISE ?	Voiture.....1 Moto.....2 Charrette/charrue.....3 Animaux domestiques.....4 A pied.....5 Autres (à préciser).....6	/__/
EF12. QUEL EST LE PRINCIPAL MOYEN DE CONSERVATION DE L'EAU QUE VOTRE MENAGE UTILISE ?	Bidons.....1 Tonneau/cuvette fermée.....2 Bassine.....3 Seaux.....4 Jarres/canaris.....5 Autres (à préciser).....6	/__/
EF13. VOTRE MENAGE UTILISE-T-IL UNE METHODE DE PURIFICATION DE L'EAU ?	Oui.....1 Non2	/__/
EF14. SI OUI A LA QUESTION PRECEDENTE, LAQUELLE ?	Eau de javel.....1 Aquatab.....2 Cuisson.....3 Autres (à préciser).....4	/__/

II. SANTE DE LA MERE (FEMMES MERES)		
SD1. COMBIEN DE FOIS AVEZ-VOUS ACCOUCHE ?	Une fois.....1 Plus d'une fois.....2	/__/_/
SD2. QUEL EST L'AGE (EN MOIS) DE VOTRE PLUS JEUNE ENFANT?	/__/_/ MOIS	
SD3. ETES-VOUS ACTUELLEMENT ENCEINTE ?	Oui.....1 Non2 NSP.....9	/__/_/
SD4. POUR VOTRE DERNIER ACCOUCHEMENT AVEZ-VOUS FAIT DES CONSULTATIONS PRENATALES (CPN)?	Oui.....1 Non2 → SD10	/__/_/
SD5. SI OUI COMBIEN DE FOIS?	Une seule fois.....1 Deux à trois fois.....2 Quatre fois et plus.....3 NSP9	/__/_/
SD6. PAR QUEL TYPE DE PERSONNEL DE SANTE AVEZ-VOUS ETE CONSULTE?	Médecin1 Infirmière /sage-femme.....2 Accoucheuse traditionnelle.....3 Agent de santé communautaire.....4 Autre (préciser).....5	/__/_/
SD7. DE QUEL TYPE DE SERVICES AVEZ-VOUS BENEFICIE AU COURS DES CPN? (NE PAS LIRE LES MODALITES) NOTER DANS LA TROISIEME COLONNE 1 SI LA MODALITE EST CITEE ET 2 SINON	a. Réception de moustiquaires imprégnées b. Supplémentation en fer c. Vaccin antitétanique d. Déparasitage e. Conseil VIH f. Dépistage volontaire du VIH	/__/_/ /__/_/ /__/_/ /__/_/ /__/_/ /__/_/
SD8. COMMENT APPRECEIEZ-VOUS L'ACCUEIL QUI VOUS A ETE RESERVEE AU NIVEAU DE LA FORMATION SANITAIRE ?	Bon1 Passable.....2 Mauvais3	/__/_/
SD9. COMMENT APPRECEIEZ-VOUS LA QUALITE DES SOINS DONT VOUS AVEZ BENEFICIE AU COURS DES CPN ?	Bon ne.....1 Passable.....2 Mauvaise.....3	/__/_/
SD10. SI NON A SD4. QUELLE EST LA PRINCIPALE RAISON?	Indisponibilité du service1 Eloignement du centre de santé2 Mauvais accueil dans le service3 Faible qualité du service4 Manque de moyen de transport.....5 Frais de soins.....6 Préférence pour la médecine/pharmacopée traditionnelle...7 Avoir la permission d'y aller (pour les femmes).....8 Crainte que le prestataire ne soit pas une femme.....9 ignorance10 Autre (préciser)11	/__/_/

SD11. QUI VOUS ASSISTE DURANT VOTRE DERNIER ACCOUCHEMENT?	Médecin1 Infirmière /sage-femme.....2 Accoucheuse traditionnelle.....3 Agent de sante communautaire.....4 Parents/amis.....5 Autre (préciser).....6	/___/
SD12. OU AVEZ-VOUS ACCOUCHE ?	Dans notre maison.....1 Dans une autre maison.....2 Dans un hôpital.....3 Dans une maternité.....4 Dans un CSI.....5 Dans une case de santé.....6 Dans une clinique.....7 Autre (préciser).....8	/___/
SD13. SI ACCOUCHEMENT A DOMICILE (SD12=1 OU 2) QUELLE EST LA PRINCIPALE RAISON?	Indisponibilité du service1 Eloignement du centre de santé2 Mauvais accueil dans le service3 Vétusté de la salle d'accouchement.....4 Manque de moyen de transport.....5 Frais de soins.....6 Préférence pour l'accoucheuse traditionnelle.....7 Avoir la permission d'y aller (pour les femmes).....8 Crainte que le prestataire ne soit pas une femme.....9 Ignorance10 Autre (préciser)11	/___/

III. UTILISATION DE LA MOUSTIQUAIRE IMPREGNEE (TOUTES LES FEMMES)		
MI1. EST CE QUE VOTRE MENAGE DISPOSE D'UNE MOUSTIQUAIRE?	Oui.....1 Non2→ Module suivant	/__/ /__/
MI2. SI OUI DE QUEL TYPE DE MOUSTIQUAIRE VOTRE MENAGE DISPOSE ? Noter dans la troisième colonne 1 si la modalité est citée et 2 sinon	a. Imprégnée longue durée b. Pré-imprégnée c. Simple d. NSP	/__/ /__/ /__/ /__/
MI3. EST-CE QUE LA NUIT DERNIERE UN DES MEMBRES DE VOTRE MENAGE A DORMI SOUS UNE MOUSTIQUAIRE?	Oui.....1 Non2→ MI5	/__/ /__/
MI4. SI OUI, QUI? (NE PAS LIRE LES MODALITES) Noter dans la troisième colonne 1 si la modalité est citée et 2 sinon	a. Tous les enfants de moins de 5 ans b. Le plus jeune enfant de moins de 5 ans c. La femme enceinte d. Les autres membres du ménage	/__/ /__/ /__/ /__/
MI5. SINON A MI3 QUELLE EST LA PRINCIPALE RAISON?	Ne pense pas que c'est nécessaire.....1 N'est pas à l'aise2 Négligence.....3 Ignorance.....4 Autres (à préciser).....5	/__/ /__/

IV. ALLAITEMENT MATERNEL (FEMMES MERES)		
AM1. AVEZ-VOUS ALLAITE VOTRE PLUS JEUNE ENFANT ?	Oui.....1 Non2 → AM.7	/__/ /__/
AM2. COMBIEN DE TEMPS APRES LA NAISSANCE AVEZ-VOUS MIS AU SEIN VOTRE PLUS JEUNE ENFANT?	Immédiatement.....1 Moins d'une heure.....2 1-24 heures3 > 24 HEURES4 NSP.....8	/__/ /__/
AM3. DANS LES TROIS PREMIERS JOURS APRES LA NAISSANCE DE VOTRE PLUS JEUNE ENFANT, A-T-IL REÇU AUTRE CHOSE A BOIRE QUE LE LAIT MATERNEL ?	Oui.....1 Non2→ AM.5	/__/ /__/
AM4. SI OUI QU' A TON DONNE A BOIRE A L'ENFANT ? RIEN D'AUTRE ? (NE PAS LIRE LES MODALITES) NOTER DANS LA TROISIEME COLONNE 1 SI LA MODALITE EST CITEE ET 2 SINON	a. Lait (autre que le lait maternel) b. Eau c. Eau sucrée ou eau glucosée d. Infusion calmante pour les coliques e. Solution d'eau salée sucrée f. Jus de fruits g. Lait en poudre pour bébé h. Infusions i. Miel j. Autre (précisez).....	/__/ /__/ /__/ /__/ /__/ /__/ /__/ /__/ /__/ /__/
AM.5 JUSQU'A COMBIEN DE TEMPS APRES LA NAISSANCE VOTRE ENFANT N'A REÇU QUE DU LAIT MATERNEL ET REIN D'AUTRE?	Moins d'un mois.....1 Entre 1 et 3 mois.....2 Entre 4 et 5 mois.....3 6 mois ou plus.....4	/__/ /__/
AM.6 A-T-IL BU QUELQUE CHOSE AU BIBERON HIER OU LA NUIT DERNIERE?	Oui.....1 Non2	/__/ /__/

Je voudrais maintenant vous poser des questions sur les liquides et aliments que votre plus jeune enfant a consommé hier pendant le jour ou la nuit. J'aimerais, en particulier savoir si votre enfant a reçu le liquide ou l'aliment que je vais citer, même s'il était mélangé avec d'autres aliments.		1=Oui 2=Non 8=NSP
AM.7 EST-CE QUE L'ENFANT A BU OU MANGE :	AM.7A Eau	/__/
	AM.7B Jus ou boissons à base de jus	/__/
	AM.8C Bouillon	/__/
	AM.7D Lait tel que le lait en boîte, en poudre ou lait d'animal	/__/
	AM.7E Lait en poudre pour bébé	/__/
	AM.7F D'autres liquides	/__/
	AM.7G Yaourt	/__/
	AM.7H Une préparation (comme CERELAC)	/__/
	AM.7I Pain, riz, des pattes, bouillie ou autre préparations à base de céréales	/__/
	AM.7J Des carottes, courges	/__/
	AM.7K Des pommes de terre, ignames, manioc, patate douce ou préparations à base de tubercules	/__/
	AM.7L Des légumes à feuilles vert foncé (feuilles d'oseille, de chou, de moringa)	/__/
	AM.7M Des mangues, papayes mûres	/__/
	AM.7N D'autres fruits ou légumes	/__/
	AM.7O Du foie, rognon, cœur ou autres abats	/__/
	AM.7P De la viande de bœuf, d'agneau, de chèvre, du poulet ou du canard	/__/
	AM.7Q Des œufs	/__/
	AM.7R Du poisson frais ou séché ou des crustacés	/__/
	AM.7S N'importe quelle préparation à base de haricot, pois, lentilles ou noix	/__/
	AM.7T Du fromage ou d'autres aliments à base de lait	/__/
AM.7U N'importe quelle préparation à base d'aliments solides, semi solides, ou mous	/__/	

V. NUTRITION (FEMMES MERES/GARDIENNES)		
N1. AU COURS DES 12 DERNIERS MOIS, UN DE VOS ENFANTS DE MOINS DE 5 ANS A-T-IL SOUFFERT DE MALNUTRITION?	Oui.....1 Non2→ Module suivant	/__/
N2. SI OUI AVEZ-VOUS RECHERCHE DES CONSEILS OU UN TRAITEMENT?	Oui.....1 Non2→ N5	/__/
N3. SI OUI, AU PRES DE QUI ? Noter dans la troisième colonne 1 si la modalité est citée et 2 sinon	a. Formations sanitaires (hôpital, CSI, CS, clinique) b. Guérisseur traditionnel c. Pharmacie par terre/vendeur ambulante d. Amis/membres de la famille e. Relais communautaires f. Autre endroit (préciser).....	/__/ /__/ /__/ /__/ /__/ /__/
N4. OU ETES-VOUS ALLEZ EN PREMIER POUR RECHERCHER DES CONSEILS OU UN TRAITEMENT ?	Centre de santé (hôpital, CSI, CS, clinique...)..... 1 Guérisseur traditionnel..... 2 Pharmacie par terre/vendeur ambulante..... 3 Autre endroit (préciser)..... 4 .	/__/
N5. POURQUOI N'AVEZ-VOUS PAS RECHERCHE DES CONSEILS OU UN TRAITEMENT POUR LA MALNUTRITION? LA PRINCIPALE RAISON	Indisponibilité du service1 Eloignement du centre de santé2 Mauvais accueil dans le service3 Faible qualité du service4 Manque de moyen de transport.....5 Frais de soins.....6 Préférence pour la médecine/pharmacopée traditionnelle...7 Avoir la permission d'y aller (pour les femmes).....8 ignorance9 Autre (préciser)10	/__/

VI. SANTE DES ENFANTS (FEMMES MERES/GARDIENNES)		
SE1. EST-CE QU'UN DE VOS ENFANTS A EU LA DIARRHÉE AU COURS DES DEUX DERNIERES SEMAINES?	Oui.....1 Non2→ SE10 NSP.....8→ SE10	/__/_
SE2. SI OUI, Y AVAIT-IL DU SANG DANS LES SELLES?	Oui.....1 Non2	/__/_
SE3. QUELLE QUANTITE DE LIQUIDES A ETE DONNEE A L'ENFANT PENDANT LA DIARRHÉE ; MOINS QUE D'HABITUDE, ENVIRON LA MEME QUANTITE OU PLUS QUE D'HABITUDE ?	Beaucoup Moins que d'habitude.....1 Un peu Moins que d'habitude.....2 Environ la même quantité.....3 Plus que d'habitude.....4 Rien à boire.....5 NSP.....8	/__/_
SE4. QUELLE QUANTITE A MANGER A ETE DONNEE A L'ENFANT PENDANT LA DIARRHÉE ; MOINS QUE D'HABITUDE, ENVIRON LA MEME QUANTITE, PLUS QUE D'HABITUDE OU RIEN A MANGER ?	Beaucoup Moins que d'habitude.....1 Un peu Moins que d'habitude.....2 Environ la même quantité.....3 Plus que d'habitude.....4 A stoppé la nourriture.....5 N'a jamais donné à manger.....6 NSP.....8	/__/_
SE5. AVEZ-VOUS RECHERCHE DES CONSEILS OU UN TRAITEMENT POUR LA DIARRHÉE?	Oui.....1 Non2→ SE8	/__/_
SE6. SI OUI, AU PRES DE QUI ? Noter dans la troisième colonne 1 si la modalité est citée et 2 sinon	a. Formations sanitaires (hôpital, CSI, CS, clinique) b. Guérisseur traditionnel c. Pharmacie par terre/vendeur ambulante d. Amis/membres de la famille e. Relais communautaires f. Autre endroit (préciser).....	/__/_ /__/_ /__/_ /__/_ /__/_ /__/_
SE7. OU ETES-VOUS ALLEZ EN PREMIER POUR RECHERCHER DES CONSEILS OU UN TRAITEMENT ?	Centre de santé (hôpital, CSI, CS, clinique...).....1 Guérisseur traditionnel.....2 Pharmacie par terre/vendeur ambulante.....3 Amis/membres de la famille.....4 Relais communautaires.....5 Autre endroit (préciser).....6	/__/_
SE8. POURQUOI N'AVEZ-VOUS PAS RECHERCHE DES CONSEILS OU UN TRAITEMENT POUR LA DIARRHÉE?	Indisponibilité du service1 Eloignement du centre de santé2 Mauvais accueil dans le service3 Faible qualité du service4 Manque de moyen de transport.....5 Frais de soins.....6 Préférence pour la médecine/pharmacopée traditionnelle...7 Avoir la permission d'y aller (pour les femmes).....8 Ignorance9 Autre (preciser)10	/__/_
SE9. DURANT LE DERNIER ÉPISODE DE DIARRHÉE, QU'EST-CE QUE VOUS AVEZ DONNÉ À L'ENFANT POUR TRAITER LA DIARRHÉE ? Noter dans la troisième colonne 1 si la modalité est citée et 2 sinon	a. Sachet SRO b. Eau salée sucrée recommandée par le service de santé c. Antibiotique d. Zinc e. Antiparasitaire f. Comprimé ou sirop inconnu g. Médicament traditionnel (herbes...) h. Rien i. Autres (préciser).....	/__/_ /__/_ /__/_ /__/_ /__/_ /__/_ /__/_ /__/_ /__/_

SE10. EST-CE QU'UN DE VOS ENFANTS A ETE MALADE DE LA FIEVRE AU COURS DES DEUX DERNIÈRES SEMAINES?	Oui.....1 Non2→ SE15	/ /
SE11. AVEZ-VOUS RECHERCHE DES CONSEILS OU UN TRAITEMENT POUR LA FIEVRE?	Oui.....1 Non2→ SE14	/ /
SE12. SI OUI, AU PRES DE QUI ? Noter dans la troisième colonne 1 si la modalité est citée et 2 sinon	a. Formations sanitaires (hôpital, CSI, CS, clinique) b. Guérisseur traditionnel c. Pharmacie par terre/vendeur ambulante d. Amis/membres de la famille e. Relais communautaires f. Autre endroit (préciser).....	/ / / / / / / / / / / /
SE13. OU ETES-VOUS ALLEZ EN PREMIER POUR RECHERCHER DES CONSEILS OU UN TRAITEMENT ?	Centre de santé (hôpital, CSI, CS, clinique...)..... 1 Guérisseur traditionnel..... 2 Pharmacie par terre/vendeur ambulante..... 3 Amis/membres de la famille..... 4 Relais communautaires..... 5 Autre endroit (préciser)..... 6	/ /
SE14. POURQUOI N'AVEZ-VOUS PAS RECHERCHE DES CONSEILS OU UN TRAITEMENT POUR LA FIEVRE?	Indisponibilité du service 1 Eloignement du centre de santé 2 Mauvais accueil dans le service 3 Faible qualité du service 4 Manque de moyen de transport..... 5 Frais de soins..... 6 Préférence pour la médecine/pharmacopée traditionnelle... 7 Avoir la permission d'y aller (pour les femmes)..... 8 Ignorance 9 Autre (préciser) 10	/ /
SE15. EST-CE QU'UN DE VOS ENFANTS A ETE MALADE DE LA TOUX AU COURS DES DEUX DERNIÈRES SEMAINES?	Oui.....1 Non2→ module suivant	/ /
SE16. EST-CE QUE L'ENFANT AVAIT DES DIFFICULTES POUR RESPIRER?	Oui.....1 Non2	/ /
SE17. AVEZ-VOUS RECHERCHE DES CONSEILS OU UN TRAITEMENT POUR LA TOUX?	Oui.....1 Non2→ SE20	/ /
SE18. SI OUI, AU PRES DE QUI ? Noter dans la troisième colonne 1 si la modalité est citée et 2 sinon	a. Formations sanitaires (hôpital, CSI, CS, clinique) b. Guérisseur traditionnel c. Pharmacie par terre/vendeur ambulante d. Amis/membres de la famille e. Relais communautaires f. Autre endroit (préciser).....	/ / / / / / / / / / / /
SE19. OU ETES-VOUS ALLEZ EN PREMIER POUR RECHERCHER DES CONSEILS OU UN TRAITEMENT ?	Centre de santé (hôpital, CSI, CS, clinique...)..... 1 Guérisseur traditionnel..... 2 Pharmacie par terre/vendeur ambulante..... 3 Amis/membres de la famille..... 4 Relais communautaires..... 5 Autre endroit (préciser)..... 6	/ /
SE20. POURQUOI N'AVEZ-VOUS PAS RECHERCHE DES CONSEILS OU UN TRAITEMENT POUR LA TOUX?	Indisponibilité du service 1 Eloignement du centre de santé 2 Mauvais accueil dans le service 3 Faible qualité du service 4 Manque de moyen de transport..... 5 Frais de soins..... 6 Préférence pour la médecine/pharmacopée traditionnelle... 7 Avoir la permission d'y aller (pour les femmes)..... 8 Ignorance 9 Autre (préciser) 10	/ /

VII. LAVAGE DES MAINS (TOUTES LES FEMMES)		
LM1. A QUEL MOMENT VOUS VOUS LAVEZ LES MAINS HABITUELLEMENT? Posez une seule fois la question pour les mères ayant plusieurs enfants de 0 à 59 mois (laisser l'enquêté lister les réponses) Noter dans la troisième colonne 1 si la modalité est citée et 2 sinon	LM1A. avant de préparer à manger	/__/
	LM1B. Avant de préparer à manger pour les enfants	/__/
	LM1C. Avant de nourrir les enfants	/__/
	LM1D. Après avoir mangé	/__/
	LM1E. Après avoir été aux toilettes	/__/
	LM1F. Après avoir nettoyé un enfant qui a déféqué	/__/
LM2. QU'EST-CE QUE VOUS UTILISEZ POUR VOUS LAVER LES MAINS ?	Eau simple..... 1 Eau+sable+cendre..... 2 Eau+savon..... 3 Autre (préciser)..... 4	/__/

VIII. VACCINATION DES ENFANTS (FEMMES MERES/GARDIENNES)		
V1. EST-CE QUE VOTRE PLUS JEUNE ENFANT A UN CARNET DE VACCINATION?	Oui.....1 Non2	/__/
V2. EST-CE QUE VOTRE PLUS JEUNE ENFANT A DEJA REÇU DES VACCINS POUR LUI EVITER DE CONTRACTER DES MALADIES, Y COMPRIS DES VACCINS REÇUS LE JOUR D'UNE CAMPAGNE NATIONALE DE VACCINATION?	Oui.....1 Non2 →V6	/__/
V3. EST-CE QUE L'ENFANT A REÇU LE DTCCOQ/PENTAVALENT, C'EST-A-DIRE UNE INJECTION FAITE A LA CUISSE OU A LA FESSE, PARFOIS DONNE EN MEME TEMPS QUE LES GOUTTES POUR LA POLIO?	Oui.....1 Non2→V5	/__/
V4. SI OUI, LE NOMBRE DE FOIS LE VACCIN DU DTCCOQ/PENTAVALENT A ETE DONNE?	/__/ 9 si NSP	
V5. EST-CE QUE L'ENFANT A REÇU LE VACCIN CONTRE LA ROUGEOLE OU LE ROR, C'EST-A-DIRE UNE INJECTION DANS LE BRAS A L'AGE DE 9 MOIS OU PLUS TARD, POUR LUI EVITER LA ROUGEOLE?	Oui.....1 Non2	/__/
V6. POURQUOI L'ENFANT N'A PAS REÇU LE DTCCOQ/PENTAVALENT OU LE VACCIN CONTRE LA ROUGEOLE (ROR) OU MEME AUCUN VACCIN POUR LUI EVITER DE CONTRACTER DES MALADIES?	Indisponibilité du service1 Eloignement du centre de santé2 Mauvais accueil dans le service3 Faible qualité du service4 Manque de moyen de transport.....5 Frais de soins.....6 Préférence pour la médecine/pharmacopée traditionnelle...7 Avoir la permission d'y aller (pour les femmes).....8 ignorance9 Autre (préciser)10	/__/

IX.VIE COMMUNAUTAIRE (TOUTES LES FEMMES)		
<p>VC.1 AVEZ-VOUS BENEFICIE D'UNE CAMPAGNE DE SENSIBILISATION SUR LES PRATIQUES FAMILIALES ESSENTIELLES (C'EST-T-DIRE LA PROMOTION DE L'ALLAITEMENT MATERNEL EXCLUSIF, LE LAVAGE DES MAINS AU SAVON OU LA PRISE EN CHARGE DES MALADIES DE L'ENFANT) AU COURS DES 6 DERNIERS MOIS ?</p>	<p>Oui.....1 Non2</p>	<p>/_/_/</p>
<p>VC.2 SI OUI, QUI ETAIENT LES ACTEURS DE LA CAMPAGNE DE SENSIBILISATION?</p> <p>Noter dans la troisième colonne 1 si la modalité est citée et 2 sinon</p>	<p>a. Relais communautaires b. Groupements féminins c. Leaders traditionnels et religieux d. Matrones e. Enseignants f. Agents de santé communautaire g. Animateurs de radio communautaire h. Autres (préciser).....</p>	<p>/_/_/ /_/_/ /_/_/ /_/_/ /_/_/ /_/_/ /_/_/ /_/_/</p>
<p>VC.3 DANS VOTRE COMMUNAUTE QUELLES SONT LES PERSONNES AUX QUELLES VOUS FAITES CONFIANCE POUR DISCUTER DES QUESTIONS RELATIVES A LA SANTE DES FEMMES ET DES ENFANTS?</p> <p>Noter dans la troisième colonne 1 si la modalité est citée et 2 sinon</p>	<p>a. Mère b. Belle-mère c. Mari. d. Sage femme e. Relais f. Chefs traditionnels g. Autre (préciser).....</p>	<p>/_/_/ /_/_/ /_/_/ /_/_/ /_/_/ /_/_/ /_/_/</p>
<p>VC.4 DANS VOTRE COMMUNAUTE QUELLES SONT LES CANAUX DE COMMUNICATION QUE VOUS PREFEREZ POUR LES RENSEIGNEMENTS RELATIFS A LA SANTE DE LA MERE ET DE L'ENFANT?</p> <p>Noter dans la troisième colonne 1 si la modalité est citée et 2 sinon</p>	<p>a. Radio b. Télé c. Relais d. Autre (préciser).....</p>	<p>/_/_/ /_/_/ /_/_/ /_/_/</p>