



II. ACTIVITES	
AC01. DE COMBIEN DE RELAIS COMMUNAUTAIRES DISPOSE VOTRE VILLAGE/CSI ?	_ _ _ [Nombre]
AC02. INTERVENEZ-VOUS DANS DES ACTIVITÉS LIÉES À LA MALNUTRITION ? [NE PAS LIRE LES MODALITÉS]	1. OUI 2. NON
A. Visite à domicile.....	_
B. IEC/CCCau niveau de la communauté.....	_
C. IEC/CCC des mères/gardiennes/pères d'enfants malnutris.....	_
D. Dépistage actif de la malnutrition au sein de la communauté.....	_
E. Orientation des enfants diagnostiqués malnutris vers un spécialiste pour la prise en charge/Référence des enfants malnutris.....	_
F. Suivi des cas d'abandon/absents.....	_
G. Suivi des cas non répondants/ à problème.....	_
H. Suivi des activités communautaires.....	_
I. Blanketfeeding amélioration de l'offre alimentaire aux plus vulnérables.....	_
J. Plan de réponse aux crises alimentaires et nutritionnelles.....	_
K. Démonstrations culinaires.....	_
L. Appui des CSI et CS.....	_
M. Suivi de la prise en charge.....	_
N. Prévention de la malnutrition.....	_
O. Transport des patients.....	_
P. Gestion des intrants.....	_
Q. Autre (à préciser) : _____	_
AC03. SI AU MOINS UN "2" EN ACO2, LESQUELS PENSEZ-VOUS ÊTRE CAPABLES D'EXÉCUTER ?	1. OUI 2. NON
A. Visite à domicile.....	_
B. IEC/CCCau niveau de la communauté.....	_
C. IEC/CCC des mères/gardiennes/pères d'enfants malnutris.....	_
D. Dépistage actif de la malnutrition au sein de la communauté.....	_
E. Orientation des enfants diagnostiqués malnutris vers un spécialiste pour la prise en charge/Référence des enfants malnutris.....	_
F. Suivi des cas d'abandon/absents.....	_
G. Suivi des cas non répondants/ à problème.....	_
H. Suivi des activités communautaires.....	_
I. « Blanketfeeding » amélioration de l'offre alimentaire aux plus vulnérables...	_
J. Plan de réponse aux crises alimentaires et nutritionnelles.....	_
K. Démonstrations culinaires.....	_
L. Appui des CSI et CS.....	_
M. Suivi de la prise en charge.....	_
N. Prévention de la malnutrition.....	_
O. Transport des patients.....	_
P. Gestion des intrants.....	_



<p>AC04. SI AC02A=1, DANS QUEL CAS ORGANISEZ-VOUS DES VAD ?</p> <p>[NE PAS LIRE LES MODALITÉS]</p> <p>A. Dépistage actif de la malnutrition.....</p> <p>B. IEC/CCC.....</p> <p>C. L'enfant perd du poids ou il a un poids stationnaire/Echec au traitement.....</p> <p>D. L'accompagnant refuse l'admission de son enfant au centre pour malnutris..</p> <p>E. La mère doute de sa capacité à prendre en charge leurs enfants à domicile.</p> <p>F. L'enfant est absent à une visite.....</p> <p>G. En cas d'abandon du programme.....</p> <p>H. Autre (à préciser) : _____</p>	<p>1. OUI 2. NON</p> <p>_____</p> <p>_____</p> <p>_____</p> <p>_____</p> <p>_____</p> <p>_____</p> <p>_____</p> <p>_____</p>
<p>AC05. SI AC02Bou AC02C=1 QUEL TYPE DE PROGRAMME D'IEC/CCC SOUTENEZ-VOUS ?</p> <p>[NE PAS LIRE LES MODALITÉS]</p> <p>A. Promotion de l'alimentation de la femme enceinte et allaitante.....</p> <p>B. Promotion de l'Allaitement Maternel Exclusif.....</p> <p>C. Promotion de l'alimentation de complément.....</p> <p>D. Prévention des carences en micronutriments.....</p> <p>E. Promotion des bonnes pratiques d'hygiène et d'assainissement.....</p> <p>F. Suivi de la croissance.....</p> <p>G. Lutte contre les infections.....</p> <p>H. Prévention du paludisme.....</p> <p>I. Diagnostic et traitement de la diarrhée à domicile (SRO/Zinc).....</p> <p>J. Reconnaissance des signes de danger des trois principales maladies (IRA, Paludisme, diarrhée).....</p> <p>K. Utilisation des services de santé préventifs et curatifs (vaccination, prise en charge de la malnutrition, supplémentation en vitamine A, déparasitage) ..</p> <p>L. Planification familiale.....</p> <p>M. Autre (à préciser) : _____</p>	<p>1. OUI 2. NON</p> <p>_____</p> <p>_____</p> <p>_____</p> <p>_____</p> <p>_____</p> <p>_____</p> <p>_____</p> <p>_____</p> <p>_____</p> <p>_____</p> <p>_____</p> <p>_____</p> <p>_____</p> <p>_____</p> <p>_____</p>
<p>AC06. SI AC02D=1, AVEC QUELLE(S) MESURE(S) PROCÉDEZ-VOUS AU DÉPISTAGE ACTIF DE LA MALNUTRITION AU NIVEAU DE LA COMMUNAUTÉ ?</p> <p>[NE PAS LIRE LES MODALITÉS]</p> <p>A. Périmètre brachial.....</p> <p>B. Œdèmes bilatéraux.....</p> <p>C. Poids/âge.....</p> <p>D. Rapport poids/taille.....</p>	<p>1. OUI 2. NON</p> <p>_____</p> <p>_____</p> <p>_____</p> <p>_____</p>
<p>AC07. LE TRANSPORT DES ENFANTS RÉFÉRÉS APRÈS DÉPISTAGE ACTIF EST-IL PRIS EN CHARGE ?</p> <p>1. Oui</p> <p>2. Non [Si Non, Allez à la section suivante]</p> <p>3. Ne sait pas [Si Ne sait pas, Allez à la section suivante]</p>	<p>_____</p>



<p>AC08. SI AC07=1, PAR QUI ?</p> <p>[NE PAS LIRE LES MODALITÉS]</p> <p>A. ONG</p> <p>B. Commune</p> <p>C. Centre de santé</p> <p>D. Communauté</p> <p>E. Autre (à préciser) : _____</p>	<p>1. OUI 2. NON</p> <p> __ </p> <p> __ </p> <p> __ </p> <p> __ </p> <p> __ </p>
--	---

<p align="center">III. SUIVI ET EVALUATION DES ACTIVITES</p>	
<p>SE01. VOTRE CENTRE DE SANTÉ DISPOSE-T-IL D'UN COMITÉ DE GESTION ?</p> <p>1. Oui</p> <p>2. Non [Si Non, Allez à SE04]</p>	<p> __ </p>
<p>SE02. SI SE01=1, EST-CE QUE LE COGES ORGANISE RÉGULIÈREMENT DES RÉUNIONS AVEC PV?</p> <p>1. Oui</p> <p>2. Non [Si Non, Allez à SE04]</p>	<p> __ </p>
<p>SE03. SI SE02=1, A QUELLE FRÉQUENCE, CES RÉUNIONS SONT-ELLES PROGRAMMÉES ?</p> <p>1. Hebdomadaire</p> <p>2. Mensuelle</p> <p>3. Trimestrielle</p> <p>4. Semestrielle</p>	<p> __ </p>
<p>SE04. VOTRE CENTRE DE SANTÉ DISPOSE-T-IL D'UN COMITÉ DE SANTÉ ?</p> <p>1. Oui</p> <p>2. NON [Si Non, ALLEZ À SE07]</p>	<p> __ </p>
<p>SE05. SI SE01=1, EST-CE QUE LE COSAN ORGANISE RÉGULIÈREMENT DES RÉUNIONS AVEC PV ?</p> <p>1. Oui</p> <p>2. Non [Si Non, Allez à SE07]</p>	<p> __ </p>
<p>SE06. SI SE05=1, A QUELLE FRÉQUENCE, CES RÉUNIONS SONT-ELLES PROGRAMMÉES ?</p> <p>1. Hebdomadaire</p> <p>2. Mensuelle</p> <p>3. Trimestrielle</p> <p>4. Semestrielle</p>	<p> __ </p>
<p>SE07. VOUS OCCUPEZ-VOUS DE LA GESTION DES INTRANTS THÉRAPEUTIQUES ?</p> <p>1. Oui</p> <p>2. Non</p>	<p> __ </p>
<p>SE08. PAR QUI ESTFAIT LE RAVITAILLEMENT DE VOTRE ENTITÉ EN INTRANTS THÉRAPEUTIQUES ?</p> <p>A. Dons de partenaires.....</p> <p>B. Réapprovisionnement par le CSI.....</p> <p>C. Réapprovisionnement par le DRSP.....</p> <p>D. Réapprovisionnement par le DS.....</p> <p>E. Réapprovisionnement par le DN.....</p> <p>F. Achats par la structure.....</p> <p>G. Autre (à préciser) : _____</p>	<p>1. OUI 2. NON</p> <p> __ </p> <p> __ </p> <p> __ </p> <p> __ </p> <p> __ </p> <p> __ </p> <p> __ </p>
<p>SE09. DISPOSEZ-VOUS DE MOYENS POUR LE RAVITAILLEMENT EN INTRANTS THÉRAPEUTIQUES ?</p> <p>A. Logistique.....</p> <p>B. Carburant.....</p> <p>C. Financier.....</p>	<p>1. OUI 2. NON</p> <p> __ </p> <p> __ </p> <p> __ </p>



SE10. QUAND ÊTES-VOUS RAVITAILLÉS EN INTRANTS THÉRAPEUTIQUES? 1. Si atteinte du stock de sécurité/stock d'alerte 2. Si rupture 3. Hebdomadaire 4. Mensuel 5. Bimestriel (chaque 2 mois) 6. Trimestriel		__
SE11. SONT-ILS SUFFISANTS ? 1. Oui 2. Non, il y a souvent des ruptures 3. Non, pas en période de soudure		__
SE12. QUELLE EST LA FRÉQUENCE DES MISSIONS DE SUPERVISION DES ACTIVITÉS DE NUTRITION ?	1. Mensuelle 2. Trimestrielle 3. Semestrielle	4. Annuelle 5. Jamais
A. Du niveau régional.....		__
B. Du niveau district.....		__
C. Du niveau CSI.....		__
SE13. AVEZ-VOUS ÉTÉ FORMÉ SUR ? A. Dépistage de la malnutrition..... B. Autres activités menées en santé nutrition (allaitement maternel, PF, lavage des mains, prévention paludisme....).....		1. OUI 2. NON style="text-align: center;"> __ style="text-align: center;"> __