

## MIDLINE DANS LES COMMUNES D'INTERVENTION DU PAM

COMMUNE	GRAPPE	N° MENAGE	N° ORDRE DE LA FEMME ELIGIBLE
		/ / /	/ / /
/ / / / /	/ / / / /	(NOMCM)	
<b>CRITERE(S) D'ELIGIBILITE DE LA FEMME :</b> a. Mère d'enfant de moins de 5 ans b. Gardienne d'enfant de moins de 5 ans c. Enceinte			1. Oui 2. Non <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>

I. SANTE DE LA MERE (FEMMES ELIGIBLES MERES OU ENCEINTES)		
<b>SD1A.</b> COMBIEN DE FOIS ETES-VOUS TOMBEE EN GROSSESSE JUSQU' A PRESENT ?		/ / /
<b>SD1B.</b> COMBIEN DE FOIS AVEZ-VOUS ACCOUCHE D'UN ENFANT NE VIVANT (AYANT MANIFESTE UN SIGNE QUELCONQUE DE VIE A LA NAISSANCE) ?		/ / /
<b>SD2.</b> POUR VOTRE DERNIER ACCOUCHEMENT, AVEZ-VOUS FAIT DES CONSULTATIONS PRENATALES (CPN)?	1. Oui 2. Non <b>[SI NON → SD5]</b>	/ /
<b>SD3.</b> SI OUI COMBIEN DE FOIS?	1. Une seule fois 2. Deux à trois fois 3. Quatre fois et plus 8. NSP	/ /
<b>SD4.</b> PAR QUEL TYPE DE PERSONNEL DE SANTE AVEZ-VOUS ETE CONSULTEE?	1. Médecin 2. Infirmière /sage-femme 3. Accoucheuse traditionnelle/Matronne 4. Agent de santé communautaire Autre (préciser).....5 8. NSP	/ /
<b>SD5.</b> SI NON A SD2, QUELLE EST LA PRINCIPALE RAISON?	01. Indisponibilité du service 02. Éloignement du centre de santé 03. Mauvais accueil dans le service 04. Faible qualité du service 05. Manque de moyen de transport 06. Frais de soins 07. Préférence pour la médecine/pharmacopée traditionnelle 08. Pas de permission d'y aller 09. Crainte que le prestataire ne soit pas une femme 10. Ignorance 11. Autre (préciser) : _____	/ / /

<p><b>SD6.</b> OU AVEZ-VOUS ACCOUCHE ?</p>	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. Dans notre maison</li> <li>2. Dans une autre maison</li> <li>3. Dans un hôpital</li> <li>4. Dans une maternité</li> <li>5. Dans un CSI</li> <li>6. Dans une case de santé</li> <li>7. Dans une clinique</li> <li>8. Autre (préciser) : _____</li> </ol>	<p>/__/_/</p>
<p><b>SD7.</b> QUI VOUS A ASSISTE DURANT VOTRE DERNIER ACCOUCHEMENT ?</p>	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. Médecin</li> <li>2. Infirmière /sage-femme</li> <li>3. Accoucheuse traditionnelle/matrone</li> <li>4. Agent de sante communautaire</li> <li>5. Parents/amis</li> <li>6. Autre (préciser) : _____</li> </ol>	<p>/__/_/</p>
<p><b>SD8.</b> SI ACCOUCHEMENT A DOMICILE (<b>SD6=1</b> ou <b>SD6=2</b>) QUELLE EST LA PRINCIPALE RAISON ?</p>	<ol style="list-style-type: none"> <li>01. Indisponibilité du service</li> <li>02. Éloignement du centre de santé</li> <li>03. Mauvais accueil dans le service</li> <li>04. Vétusté de la salle d'accouchement</li> <li>05. Manque de moyen de transport</li> <li>06. Frais de soins</li> <li>07. Préférence pour l'accoucheuse traditionnelle</li> <li>08. Pas de permission d'y aller</li> <li>09. Crainte que le prestataire ne soit pas une femme</li> <li>10. Ignorance</li> <li>11. Surprise par l'accouchement</li> <li>12. Travail long</li> <li>13. Crainte de la césarienne</li> <li>Autre (préciser) : _____</li> </ol>	<p>/__/_/</p>
<p><b>SD9.</b> POUR VOTRE DERNIER ACCOUCHEMENT, AVEZ-VOUS BENEFICIE D'UN CONTROLE MEDICAL OU CONSULTATIONS POSTNATALES APRES VOTRE ACCOUCHEMENT ?</p>	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. Oui</li> <li>2. Non</li> </ol>	<p>/__/_/</p>
<p><b>SD10.</b> SI OUI, COMBIEN DE JOURS APRES L'ACCOUCHEMENT AVEZ-VOUS BENEFICIE D'UN CONTROLE MEDICAL ?</p>	<p>/__/_/ JOURS</p>	
<p><b>SD11.</b> MUAC</p>	<p>/__/_/./__/_/ (cm)</p>	

**II. ALIMENTATION DU NOURRISSON ET DU JEUNE ENFANT (FEMMES ELIGIBLES MERES/GARDIENNES D'UN ENFANT DE MOINS DE 2 ANS)**

<p><b>NUR1.</b> AVEZ-VOUS ALLAITE [NOM] VOTRE PLUS JEUNE ENFANT/ENFANT GARDE ?</p>	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. Oui</li> <li>2. Non <b>[Si Non → AM.7]</b></li> </ol>	<p>/__/_/</p>
<p><b>NUR2.</b> COMBIEN DE TEMPS APRES LA NAISSANCE DE [NOM] L'AVEZ-VOUS MIS AU SEIN POUR LA PREMIERE FOIS ?</p>	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. Immédiatement (moins d'une heure)</li> <li>2. 1-24 heures</li> <li>3. Plus de 24 heures</li> <li>8. NSP</li> </ol>	<p>/__/_/</p>

<b>III. NUTRITION</b>		
NUT.1 . DANS LES TROIS PREMIERS JOURS APRES LA NAISSANCE DE [NOM], A-T-IL REÇU AUTRE CHOSE A BOIRE QUE LE LAIT MATERNEL ?	1. Oui 2. Non <b>[Si Non → NUT3]</b> 8. NSP <b>[Si NSP → NUT3]</b>	/ _ /
<b>(NE PAS LIRE LES MODALITES)</b>		1=OUI 2=NON
	NUT.2 .SI OUI QU'A TON DONNE A BOIRE A L'ENFANT ?  a. Lait autre que le lait maternel b. Eau/Zamzam 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/Dattes j. Autre (précisez) : _____	/ _ / / _ / / _ / / _ / / _ / / _ / / _ / / _ / / _ / / _ /
NUT.3 .JUSQU'A COMBIEN DE TEMPS APRES LA NAISSANCE VOTRE ENFANT N'A REÇU QUE DU LAIT MATERNEL ET RIEN D'AUTRE ?	1. Moins d'un mois 2. Entre 1 et 3 mois 3. Entre 4 et 6 mois 4. 6 mois et plus	/ _ /
NUT.4 .A-T-IL BU QUELQUE CHOSE AU BIBERON HIER OU LA NUIT DERNIERE ?	1. Oui 2. Non 8. NSP	/ _ /
<b>Si l'enfant est toujours allaité (ou sera allaité)</b> NUT.5 . A QUEL AGE COMPTÉZ-VOUS ARRÊTER DE L'ALLAITER ?	/ _ / _ / (en mois)  (Inscrire 88 si NSP)	
<b>Si l'enfant n'est plus allaité</b> NUT.6 . A QUEL AGE AVEZ-VOUS ARRÊTÉ DE L'ALLAITER ?	/ _ / _ / (en mois)  (Inscrire 88 si NSP)	
NUT.7 . SI L'ENFANT N'A JAMAIS ÉTÉ ALLAITÉ	/ _ / _ / INSCRIRE 99 ET PASSER A NUT8	
NUT.8.....L'enfant a-t-il été allaité au cours de la journée ou de la nuit dernière ?	1. Oui 2. Non 8. NSP Cocher « oui » tout enfant qui est allaité par des femmes autres que la mère, ou tout enfant qui reçoit le lait maternel d'une autre femme à la cuillère, dans une tasse, ou en biberon ou autres ustensiles.	/ _ /
NUT.9..... Combien de fois au cours de la journée ou de la nuit précédente l'enfant a consommé les aliments ci-contre ?	a. Les préparations pour nourrissons	/ _ / Nbre de fois
	b. Lait (boite de conserve, en poudre ou le lait animal frais)	/ _ / Nbre de fois

	<b>c.</b> Yaourt, lait caillé	/ / Nbre de fois	
	<b>d.</b> Bouillon	/ / Nbre de fois	
<p>NUT.10.....S'il vous plaît décrire tout ce que l'enfant a mangé hier au cours de la journée ou de la nuit, que ce soit à la maison ou à l'extérieur de la maison. noter 1 pour chaque aliment cité par le répondant, 2 pour les aliments non cités, et 8 pour Ne sait pas.</p> <p>1 oui 2 non 8 NSP</p>	<b>a.</b> Bouillie, pain, riz, tô, coucous ou d'autres aliments à base de céréales	/ /	
	<b>b.</b> Pofiron, carottes, courges, patates douces à chair jaune ou orange	/ /	
	<b>c.</b> Pommes de terre à chair blanches, l'igname, le manioc blanc, le manioc, ou d'autres aliments à base de racines ou tubercules	/ /	
	<b>d.</b> Toutes les légumes vert foncé à feuilles	/ /	
	<b>e.</b> Mangues mûres, papayes mûres, ou autres aliments locaux riches en vitamines A	/ /	
	<b>f.</b> Tous les autres fruits ou légumes	/ /	
	<b>g.</b> Foie, rognons, cœur, ou autres abats	/ /	
	<b>h.</b> Toute viande, comme le bœuf, lapin, chèvre, poulet, canard ou autres viandes	/ /	
	<b>ij.</b> Œufs	/ /	
	<b>j.</b> Poissons frais ou secs, crustacés, fruits de mer	/ /	
	<b>k.</b> Tous les aliments fabriqués à partir de haricots, les pois, les lentilles, les noix ou amandes	/ /	
	<b>l.</b> Fromage, yaourt, ou d'autres produits laitiers	/ /	
	<b>m.</b> Aliments à base d'huile de palme rouge, ou sauce de pâte de noix de palme	/ /	
	<b>Produits nutritionnels du PAM</b>		
	<b>n.</b> Aliments solides, semi-solides ou mous fortifiés pour bébés/enfants	/ /	
	<b>o.</b> Poudres de micronutriments	/ /	
<b>p.</b> Plumpy Sup	/ /		
<b>q.</b> Préparation enrichie pour nourrisson	/ /		
NUT.11 . Combien de fois l'enfant a mangé solide, semi-solide, ou des aliments mous hier au cours de la journée ou de la nuit?		/ /	
NUT.12 S'il vous plaît décrire tout ce que l'enfant a bu hier au cours de la journée ou de la nuit, que ce soit à la maison ou à l'extérieur de la maison.	<b>a.</b> Eau	/ /	
	<b>b.</b> Jus ou boisson à base de jus	/ /	
	<b>c.</b> Autres liquides	/ /	
<b>III. NUTRITION (FEMMES ELIGIBLES MERES/GARDIENNES)</b>			
<p><b>N1.</b> AU COURS DES 12 DERNIERS MOIS, UN DE VOS ENFANTS DE MOINS DE 5 ANS A-T-IL SOUFFERT DE MALNUTRITION?</p> <p><i>La malnutrition se caractérise par des signes comme les œdèmes, perte de poids ou amaigrissement, perte d'appétit, perte d'énergie, peaux sèche, cheveux sec, ventre ballonné etc.</i></p> <p><i>(Si plusieurs enfants, considérez le cas le plus récent)</i></p>	<p>1. Oui 2. Non 8. NSP</p> <p style="text-align: right;"><b>[Si Non → Module suivant] [Si NSP → Module suivant]</b></p>	/ /	
<b>N2.</b> SI OUI AVEZ-VOUS RECHERCHE DES CONSEILS OU UN TRAITEMENT?	<p>1. Oui 2. Non</p> <p style="text-align: right;"><b>[Si Non →N4]</b></p>	/ /	
<b>N3.</b> SI OUI, AUPRES DE QUI ?		1=OUI 2=NON	

	<p>a. Personnel de santé (hôpital, CSI, CS, clinique)  b. Guérisseur traditionnel  c. Pharmacie par terre/vendeur ambulante  d. Amis/membres de la famille  e. Relais communautaires  f. Autre personne (préciser) : _____</p>	<p>/__/  /___/  /___/  /___/  /___/  /___/</p>
<p><b>N4. si N2=2 (Non),</b> QUELLE EST LA PRINCIPALE RAISON POUR LAQUELLE VOUS N'AVEZ PAS RECHERCHÉ DES CONSEILS OU UN TRAITEMENT POUR LA MALNUTRITION ?</p>	<p>1. Indisponibilité du service  2. Éloignement du centre de santé  3. Mauvais accueil dans le service  4. Faible qualité du service  5. Manque de moyen de transport  6. Frais de soins  7. Pas de permission d'y aller  8. Ignorance  9. Autre (préciser) _____ :</p>	<p>/__/</p>

<b>IV. SANTÉ DES ENFANTS (MORBIDITÉ)  (FEMMES ELIGIBLES MÈRES/GARDIENNES)</b>		
<p><b>SE1.</b> EST-CE QU'UN DE VOS ENFANTS DE MOINS DE 5 ANS A EU LA DIARRHÉE AU COURS DES DEUX DERNIÈRES SEMAINES ?</p>	<p>1. Oui  2. Non  8. NSP</p>	<p>[Si Non → SE10]  [Si NSP → SE10]</p> <p>/__/</p>
<p><b>SE2.</b> SI OUI, Y AVAIT-IL DU SANG DANS LES SELLES ?</p>	<p>1. Oui  2. Non</p>	<p>/__/</p>
<p><b>SE3.</b> QUELLE QUANTITÉ DE LIQUIDES (Y COMPRIS LE LAIT MATERNEL) A ÉTÉ DONNÉE À L'ENFANT PENDANT LA DIARRHÉE ?   C'EST-A-DIRE : LUI A-TON DONNÉ À BOIRE PLUS OU MOINS OU ENVIRON LA MÊME QUANTITÉ QUE D'HABITUDE ?  SI MOINS QUE D'HABITUDE INSISTER POUR SAVOIR SI ON LUI A DONNÉ UN PEU MOINS OU BEAUCOUP MOINS.</p>	<p>1. Beaucoup moins que d'habitude  2. Un peu moins que d'habitude  3. Environ la même quantité  4. Plus que d'habitude  5. Rien à boire  8. NSP</p>	<p>/__/</p>
<p><b>SE4.</b> QUELLE QUANTITÉ À MANGER A ÉTÉ DONNÉE À L'ENFANT PENDANT LA DIARRHÉE ?   C'EST-A-DIRE : LUI A-TON DONNÉ À BOIRE PLUS OU MOINS OU ENVIRON LA MÊME QUANTITÉ QUE D'HABITUDE ?  SI MOINS QUE D'HABITUDE INSISTER POUR SAVOIR SI ON LUI A DONNÉ UN PEU MOINS OU BEAUCOUP MOINS.</p>	<p>1. Beaucoup moins que d'habitude  2. Un peu moins que d'habitude  3. Environ la même quantité  4. Plus que d'habitude  5. A arrêté de se nourrir  6. N'a jamais donné à manger  8. NSP</p>	<p>/__/</p>
<p><b>SE5.</b> EST-CE QU'UN DE VOS ENFANTS A ÉTÉ MALADE DE LA TOUX AU COURS DES DEUX DERNIÈRES SEMAINES ?</p>	<p>1. Oui  2. Non</p>	<p>[Si Non → Module suivant]</p> <p>/__/</p>
<p><b>SE6.</b> AU COURS DE LA PÉRIODE PENDANT LAQUELLE IL SOUFFRAIT DE TOUX, A-T-IL EU DE LA FIEVRE ?</p>	<p>1. Oui  2. Non</p>	<p>/__/</p>

<b>V. LAVAGE DES MAINS (FEMMES ELIGIBLES MÈRES/GARDIENNES)</b>		
		<p>1. OUI  2. NON</p>
<p><b>LM1.</b> À QUEL MOMENT VOUS LAVEZ VOUS LES MAINS HABITUELLEMENT ?</p>	<p>a. Avant de préparer à manger</p>	<p>/__/</p>
	<p>b. Avant de préparer à manger pour les enfants</p>	<p>/__/</p>

<b>(NE PAS LIRE LES MODALITES)</b>	<b>c.</b> Avant de nourrir les enfants	/ _ /
	<b>d.</b> Après avoir mangé	/ _ /
	<b>e.</b> Après avoir été aux toilettes	/ _ /
	<b>f.</b> Après avoir nettoyé un enfant qui a déféqué	/ _ /
<b>LM2.</b> QU'EST-CE QUE VOUS UTILISEZ POUR VOUS LAVER LES MAINS ?	1. Eau simple 2. Eau+sable+cendre 3. Eau+savon 4. Autre (préciser) : _____	/ _ /

<b>VI. UTILISATION DE LA MOUSTIQUAIRE IMPREGNEE (TOUTES LES FEMMES ELIGIBLES)</b>			
<b>MI1.</b> EST CE QUE VOTRE MENAGE DISPOSE D'UNE MOUSTIQUAIRE ?	1. Oui 2. Non  <b>[Si Non → MI6]</b>	/ _ /	
<b>MI2.</b> SI OUI, DE QUEL TYPE DE MOUSTIQUAIRE VOTRE MENAGE DISPOSE ?		1. Oui 2. Non	
	<b>a.</b> Imprégnée longue durée.....	/ _ /	
	<b>b.</b> Autre type de moustiquaire imprégnée.....	/ _ /	
	<b>c.</b> Simple.....	/ _ /	
<b>MI3.</b> EST-CE QUE LA NUIT DERNIERE UN DES MEMBRES DE VOTRE MENAGE A DORMI SOUS UNE MOUSTIQUAIRE ?	1. Oui 2. Non 8. NSP  <b>[Si Non → MI5]</b> <b>[Si NSP → MI5]</b>	/ _ /	
		1. Oui 2. Non 3. NC	
<b>(NE PAS LIRE LES MODALITES)</b> <b>MI4.</b> SI OUI, QUI ?	<b>a.</b> Tous les enfants de moins de 5 ans.....	/ _ /	
	<b>b.</b> Le plus jeune enfant de moins de 5 ans.....	/ _ /	
	<b>c.</b> La femme enceinte.....	/ _ /	
	<b>d.</b> Les autres membres du ménage.....	/ _ /	
	<b>f.</b> Tout le ménage.....	/ _ /	
	<b>g.</b> Autre, précisez : .....	/ _ /	
<b>MI5.</b> Si MI3=2 (Non), QUELLE EST LA PRINCIPALE RAISON POUR LAQUELLE VOUS N'AVEZ PAS UTILISE DE MOUSTIQUAIRE ?	1. Ne pense pas que c'est nécessaire 2. N'est pas à l'aise 3. Négligence 4. Ignorance 5. Autres (à préciser) : _____	/ _ /	
	<b>MI6.</b> SI NON, POURQUOI ?	1. Trop cher 2. Pas utile 3. Pas disponible 4. Autre, précisez : .....	/ _ /

<b>ALLAITEMENT MATERNEL EXCLUSIF</b>		
AME.1	Savez-vous jusqu'à quel mois votre bébé a besoin uniquement de lait maternel ?	1. de 0 à 6 mois ; 2. de 0 à 4 mois; 3. ne sais pas; 4. plus de 6 mois 5. Autre   _ _
AME.2	Connaissez-vous les bénéfices de l'allaitement maternel exclusif (si oui listez-les) ?	1. Protéger le bébé contre beaucoup de maladies, telles que la diarrhée et les infections respiratoires 2. Permettre une bonne croissance du bébé 3. Autre 4. Ne sait pas   _ _

**UTILISATION DES SERVICES DE SANTE CURATIFS ET PREVENTIFS**

USSCP.1	Savez-vous pourquoi il est important de vacciner vos enfants pendant la première année de sa vie ?	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. La vaccination protège l'enfant contre les maladies dangereuses.</li> <li>2. Autre</li> <li>3. Ne sait pas  ___ </li> </ol>
USSCP.2	Avez-vous fait vacciner vos enfants ?	1. Oui 2. Non  ___
USSCP.3	<b>Si USSCP.2</b> est égale à 2 pourquoi ?	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. Trop cher</li> <li>2. Refus d'un des parents</li> <li>3. Trop loin du CS/CSI</li> <li>4. Ne sait pas  ___ </li> </ol>
USSCP.4	Avez-vous fait déparasiter vos enfants au cours des 6 derniers mois ?	1. Oui 2. Non  ___
USSCP.5	<b>Si USSCP.4</b> est égale à 2, pourquoi ?	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. Trop cher</li> <li>2. Refus d'un des parents</li> <li>3. Trop loin du CS/CSI</li> <li>4. Ne sait pas  ___ </li> </ol>
USSCP.6	Savez-vous pourquoi les enfants ayant un âge compris entre six et 59 mois doivent prendre la vitamine A ?	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. Les enfants ont besoin de vitamine A pour se protéger contre les maladies et éviter les troubles de la vue</li> <li>2. Autres</li> <li>3. Ne sait pas  ___ </li> </ol>
USSCP.7	Vos enfants ont-ils reçu la vitamine A au cours des 6 derniers mois ?	1. Oui 2. Non  ___
USSCP.8	<b>Si USSCP.7 est</b> égale à 2, pourquoi ?	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. Le service n'est pas disponible au CSI</li> <li>2. Refus d'un des parents</li> <li>3. Trop loin du CS/CSI  ___ </li> <li>4. Ne sait pas</li> </ol>
USSCP.9	Connaissez-vous les signes de danger du paludisme? (si oui lister-les)	<ul style="list-style-type: none"> <li>✓ Vomissements</li> <li>✓ Forte fièvre</li> <li>✓ Refus de manger</li> <li>✓ Anémie</li> <li>✓ Déshydratation</li> <li>✓ Somnolence</li> <li>✓ Convulsions</li> <li>✓ Délire/crises</li> </ul> <p>1. Tous 2. Trois et moins 3. Plus de trois 4. Aucun  ___ </p>
USSCP.10	Connaissez-vous les dispositions immédiates à prendre si votre enfant a le paludisme ?	<p>1. Tous 2. Moins de quatre 3. Aucune  ___ </p> <ul style="list-style-type: none"> <li>✓ Donner un traitement antipaludique prescrit par un agent de santé</li> <li>✓ Suivre le traitement complet, même si la fièvre tombe</li> <li>✓ L'éponger ou le baigner dans l'eau fraîche</li> <li>✓ Continuer l'allaitement/lui donner à boire pour éviter la déshydratation</li> </ul>
USSCP.11	Connaissez-vous les dispositions immédiates à prendre si un signe du paludisme apparaît chez la femme enceinte ?	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. Se rendre immédiatement au centre de santé le plus proche</li> <li>2. Autre</li> <li>3. Ne sait pas  ___ </li> </ol>
USSCP.12	Connaissez-vous les signes de danger de la diarrhée chez l'enfant? (si oui listez-les)	<p>1. Tous 2. Trois et moins 3. Plus de trois 4. Aucun</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>✓ Plusieurs selles liquides en l'espace d'une heure ou deux</li> <li>✓ Du sang dans les selles</li> <li>✓ Vomissements fréquents</li> <li>✓ Fièvre</li> <li>✓ Soif</li> <li>✓ Les yeux caves  ___ </li> <li>✓ Faiblesse/léthargie</li> </ul>

USSCP.13	Savez-vous pourquoi la toux et le rhume peuvent être très dangereux chez l'enfant ?	1. Parce qu'elles peuvent se transformer en pneumonie, une infection mortelle chez les enfants 2. Autre 3. Ne sait pas   ___
USSCP.14	Connaissez-vous les dispositions immédiates à prendre si vos enfants souffrent de diarrhée, toux ou rhume ?	1. Amener l'enfant dans un dispensaire ou le faire examiner par un agent de santé qualifié 2. Autre 3. Ne sait pas   ___

**VIII. VIE COMMUNAUTAIRE (TOUTES LES FEMMES ELIGIBLES)**

<b>VC.1 AVEZ-VOUS REÇU DES CONSEILS SUR LA SANTE ET L'ALIMENTATION DES ENFANTS</b> (c'est-à-dire la promotion de l'allaitement maternel exclusif, alimentation de complément, le lavage des mains au savon ou la prise en charge des maladies de l'enfant) AU COURS DES 6 DERNIERS MOIS ?	1. Oui 2. Non	<b>[Si Non → VC.3]</b>	/ ___ /
<b>VC.2 SI OUI, QUI VOUS A DONNE CES CONSEILS ?</b>	<b>a.</b> Relais communautaires <b>b.</b> Groupements féminins <b>c.</b> Leaders traditionnels et religieux <b>d.</b> Matrones <b>e.</b> Enseignants <b>f.</b> Agents de santé communautaire <b>g.</b> Animateurs de radio communautaire <b>h.</b> Autres (préciser) : _____		1. Oui 2. Non  / ___ / / ___ / / ___ / / ___ / / ___ / / ___ / / ___ /

**XI. PARTICIPATION A LA PRISE DE DECISION (TOUTES LES FEMMES ELIGIBLES)**

PPD.1	Qui prend principalement les décisions liées aux dépenses alimentaires du ménage ?	1= Chef de ménage 2= Epouse du CM (femme qui répond) 3=Coépouse 4= Coépouse et le CM 5= CM et son épouse/époux 6= CM et l'ensemble des épouses 7= Autre membre du ménage / ___ / 8= UNE PERSONNE EN DEHORS DU MENAGE
PPD.2	Qui prend principalement les décisions liées aux dépenses de cérémonies du ménage (mariage, baptême, décès, etc.) ?	1= Chef de ménage 2= Epouse du CM (femme qui répond) 3=Coépouse 4= Coépouse et le CM 5= CM et son épouse/époux 6= CM et l'ensemble des épouses 7= Autre membre du ménage / ___ / 8= UNE PERSONNE EN DEHORS DU MENAGE
PPD.3	Qui prend principalement les décisions liées à la scolarisation des enfants garçon ?	1= Chef de ménage 2= Epouse du CM (femme qui répond) 3=Coépouse 4= Coépouse et le CM 5= CM et son épouse/époux 6= CM et l'ensemble des épouses 7= Autre membre du ménage / ___ / 8= UNE PERSONNE EN DEHORS DU MENAGE



PPD.4	Qui prend principalement les décisions liées à la scolarisation des enfants fille?	1= Chef de ménage 2= Epouse du CM (femme qui répond) 3=Coépouse 4= Coépouse et le CM 5= CM et son épouse/époux 6= CM et l'ensemble des épouses 7= Autre membre du ménage /___/ 8= UNE PERSONNE EN DEHORS DU MENAGE
PPD.5	Qui prend principalement les décisions liées aux dépenses des soins de santé du ménage?	1= Chef de ménage 2= Epouse du CM (femme qui répond) 3=Coépouse 4= Coépouse et le CM 5= CM et son épouse/époux 6= CM et l'ensemble des épouses 7= Autre membre du ménage /___/ 8= UNE PERSONNE EN DEHORS DU MENAGE