

ANNEXE 2 : ENQUÊTE DE SORTIE DE L'ÉTABLISSEMENT DE SANTÉ

Bonjour. Je m'appelle _____ et je travaille sur l'évaluation d'un programme de vaccination des enfants dans cette localité. Notre objectif est d'aider à améliorer le programme de vaccination en général. Je vous saurais gré de répondre aux questions relatives à cette évaluation. Je sais que vous êtes occupés. L'entretien ne durera donc que quelques minutes. Votre participation est volontaire et anonyme.
Accepteriez-vous à répondre aux questions ? Merci.*

Numéro de série du questionnaire

NUMÉRO DE SÉRIE PRÉ-ATTRIBUÉ AU NIVEAU CENTRAL

Date de l'entretien

Jour

Mois

Année

Heure de début de l'entretien :

Heure

Minutes

LIEU GÉOGRAPHIQUE

Nom de l'enquêteur :

Superviseur :

Nom de l'établissement de santé :

Sous-comté

Comté

A. Classification de cet établissement de santé

1. Service public/gouvernemental

☐

2. Privé

☐

3. Sans but lucratif

☐

4. Organisation confessionnelle

☐

5. Autres

☐

Veuillez préciser : _____

B. Type d'établissement de santé

1. Hôpital

☐

2. Clinique

☐

3. Centre de santé

☐

4. Poste de santé

☐

C. Filtre

L'enfant semble avoir <24 mois

1. Oui

☐


CONTINUER

2. Non

☐
REMERCEZ LA PERSONNE ET ENREGISTREZ LA RENCONTRE DANS LE
FORMULAIRE DE SUIVI

SECTION 1 : DONNÉES PERSONNELLES DE L'ENFANT

(SI PLUS D'UN ENFANT, CHOISISSEZ L'ENFANT LE PLUS JEUNE)

1. Date de naissance

Jour Mois Année

2. Sexe de l'enfant

1. Garçon ☐2. Fille ☐

3. Pourquoi amenez-vous aujourd'hui l'enfant dans cet établissement de santé ? (NE LISEZ PAS LES OPTIONS)

1. Pour une consultation médicale (l'enfant est malade)

☐

2. Pour une vaccination

☐

3. Visite d'un enfant en bonne santé ou vérification du développement /de la croissance

☐

4. L'enfant vous accompagne seulement (il n'est pas là pour un traitement, une vaccination)

☐

5. Hospitalisation (l'enfant a été admis ou est encore en admission)

☐

6. Autres

☐

Veuillez préciser : _____

SECTION 2 : DONNÉES RELATIVES AU PARENT/TUTEUR, RESPONSABLE DE L'ENFANT

5. Quelle est votre lien avec l'enfant ?

1. Mère

☐

2. Père

☐

Enquête de sortie de l'établissement de santé

3. Grand-parent
4. Oncle/tante
5. Frère/sœur
6. Autres

☐ ☐ ☐

☐ Veuillez préciser : _____

6. Pouvez-vous lire et écrire ?

1. Oui ☐
2. Non ☐

7. Niveau d'éducation formelle

1. Pas d'éducation formelle ☐
2. Vous n'avez pas terminé le cycle primaire (moins de 6 ans) ☐
3. Vous avez terminé le cycle primaire ☐
4. Vous avez terminé l'enseignement secondaire ☐
5. Au-delà du secondaire ☐

8. Quel est votre emploi ?

1. Femme au foyer (s'occuper de la maison) ☐
2. Employé ou ouvrier ☐
3. Agriculteur ☐
4. Travailleur indépendant ☐
5. Chef d'entreprise ☐
6. Professeur ☐
7. Étudiant ☐
6. Autres ☐ Veuillez préciser : _____

9. Par quel moyen de transport vous rendez-vous habituellement à cet établissement ?

1. À pied ☐
2. À bicyclette ☐
3. À moto ☐
4. En voiture ☐
5. En autobus ☐
6. Autres ☐ Veuillez préciser : _____

10. Combien de temps vous faut-il ?

_____ Heures _____ Minutes

11. Avez-vous entendu ou vu des messages sur la vaccination au cours du dernier mois ?

1. Oui ☐ ➡ **CONTINUEZ AVEC LA QUESTION 12**
2. Non ☐ ➡ **PASSEZ À LA QUESTION 13**

12. Où/comment avez-vous entendu ou vu le message ? **(NE LISEZ PAS LES OPTIONS. COCHEZ TOUT CE QUI S'APPLIQUE)**

1. Radio ☐
2. Télévision ☐
3. Journal ☐
4. Établissement de santé ☐
5. Message par téléphone ☐
6. Facebook ou internet ☐
7. École des enfants ☐
8. Lieu de culte ☐
9. Lors de visite à domicile par un agent de santé/des services de santé ☐
10. Réunions communautaires ☐
11. Autres ☐ Veuillez préciser : _____

13. Pensez-vous connaître les vaccins dont votre enfant a besoin et le moment où ils doivent être réalisés ?

1. Oui ☐
2. Non ☐
3. Pas sûr ☐

Si OUI ➡

13b. Pensez-vous connaître le moment où ils doivent être réalisés ?

Enquête de sortie de l'établissement de santé

- 1. Oui ☐
- 2. Non ☐
- 3. Pas sûr ☐

14. Est-ce que l'enfant a déjà été vacciné ?

- 1. Oui ☐
- 2. Non ☐

Si NON ➡

14. Si non, pourquoi pas ?

- 1. Les vaccins et ou les matériaux nécessaires n'étaient pas disponibles ☐
- 2. Je ne crois pas à la vaccination ☐
- 3. Mon mari / le décideur ne croit pas à la vaccination ☐
- 4. Je n'ai pas visité l'établissement de santé une journée de vaccination ☐
- 5. Je ne savais pas que l'enfant était admissible à la vaccination ☐
- 6. Autre ☐ _____

15. Avez-vous déjà demandé un service de vaccination pour cet enfant et a-t-il été refusé ?

- 1. Oui ☐
- 2. Non ☐



PASSEZ À LA QUESTION 17

16. Si oui, pourquoi l'enfant n'a-t-il pas été vacciné ?

- 1. Le médecin ou l'infirmier/ère a dit que l'enfant ne pouvait pas être vacciné car il était malade ☐
- 2. Il n'y avait pas de vaccins, ou pas de seringues ou autres matériels nécessaires à la vaccination ☐
- 3. Il ne s'agissait pas d'un jour de vaccination ☐
- 4. La zone de vaccination était fermée ☐
- 5. La personne en charge de la vaccination était absente ☐
- 6. Nous n'avions pas le passeport/la carte de vaccination ☐
- 7. Les heures de vaccination sont limitées ☐
- 8. Autres ☐ Veuillez préciser : _____

17. Dans votre foyer, qui prend la décision de vacciner les enfants ?

- 1. Père ☐
- 2. Mère ☐
- 3. Autres parents ☐
- 4. Consensus du père et de la mère ☐
- 5. Autres ☐ Veuillez préciser : _____

SECTION 3 : UTILISATION DE LA CARTE DE VACCINATION/DU PASSEPORT DE SANTÉ ET INFORMATIONS SUR LES VACCINS ADMINISTRÉS

18. Est-ce que votre enfant possède une carte de vaccination/un passeport de santé ?

- 1. Oui, et je l'ai avec moi ☐ ➡
- 2. Oui, mais je ne l'ai pas avec moi ☐ ➡
- 3. Non ☐ ➡

PASSEZ À LA QUESTION 20

ALLEZ À LA QUESTION 19a à l'Annexe 2B

ALLEZ À LA QUESTION 19b à l'Annexe 2B

19a. Pouvez-vous nous dire pourquoi vous n'avez pas la carte de vaccination/le passeport de santé avec vous aujourd'hui ?

- 1. Il est à l'école maternelle/la garderie ☐
- 2. Je l'ai laissé à la maison (j'ai oublié de le prendre) ☐
- 3. Je l'ai laissé à la maison (je ne savais pas qu'il était important de venir avec) ☐
- 4. Je l'ai perdu ☐ ➡ **PASSEZ À LA QUESTION 22**
- 5. La carte/le passeport de santé a été abîmé ☐
- 6. Je n'en ai jamais eu ☐ ➡ **PASSEZ À LA QUESTION 23**
- 7. Car la vaccination n'était pas la raison de cette visite ☐
- 8. Autres ☐ Veuillez préciser : _____

19b. Pourquoi n'avez-vous pas de passeport de vaccination ?

1. Je l'ai perdu
2. Je n'en ai jamais eu
3. Je ne sais pas
4. Autres

☐
☐
☐
☐


PASSEZ À LA QUESTION 22

PASSEZ À LA QUESTION 23

Veillez préciser : _____

Si la personne prenant soin de l'enfant n'a pas aujourd'hui de carte de vaccination ou de passeport de santé, demandez-lui de remplir les informations à l'Annexe 2B (Formulaire de suivi du registre de l'établissement de santé). Assurez-lui que ces informations ne seront utilisées que pour relier les dossiers au registre de l'établissement de santé.

A la fin de tous les entretiens, utilisez les informations de l'Annexe 2B pour remplir le tableau ci-dessous.

Souvenez-vous EGALEMENT de prendre une photo des pages/lignes pertinentes du registre.



ALLEZ À LA QUESTION 21

20. Demandez et examinez la carte de vaccination/le passeport de santé ou le document de vaccination temporaire de l'enfant pour remplir le tableau suivant.

Souvenez-vous de prendre des photos de toutes les pages complétées sur la carte/le passeport de santé

Vaccins	Date Administrée, comme mentionnée sur la carte de vaccination ou le passeport de santé			
	Dose 0	Dose 1	Dose 2	Dose 3
BCG		__/__/__		
Antipoliomyélique oral	__/__/__	__/__/__	__/__/__	__/__/__
VPI		__/__/__		
DCT-HepB-Hib		__/__/__	__/__/__	__/__/__
Antirrotavirus		__/__/__	__/__/__	__/__/__
Antipneumococcique (VPC)		__/__/__	__/__/__	__/__/__
Rougeole ou RR		__/__/__	__/__/__	
Fièvre jaune		__/__/__		

20b. Veuillez examiner le carnet de santé complet de l'enfant et de la mère et indiquez les zones d'enregistrement disponibles et lesquelles ont été remplies. Une zone d'enregistrement est considérée comme remplie ou marquée si TOUTE marque délibérée ou information est incluse. En cas d'incertitude sur les marquages délibérés ou les informations enregistrées, peut-être en raison d'un document endommagé, indiquez alors que vous êtes incertain(e). **COCHEZ TOUT CE QUI S'APPLIQUE**

	Zone d'enregistrement		➔	Zone d'enregistrement		
	Non	Oui		Non	Oui	Incertain(e)
a) Informations générales sur l'enfant	☐	☐		☐	☐	☐
b) Antécédents de vaccination	☐	☐		☐	☐	☐
c) Vitamine A	☐	☐		☐	☐	☐
d) Tableau de bord de la croissance	☐	☐		☐	☐	☐
e) Problèmes de vision ou oculaires précoces	☐	☐		☐	☐	☐
f) Naissance d'un nouveau-né	☐	☐		☐	☐	☐
g) Non applicable (Le document n'est pas un carnet officiel délivré par le pays)	☐					

21. Avez-vous déjà perdu une carte de vaccination/un passeport de santé pour cet enfant ?

1. Oui ☐
2. Non ☐



PASSEZ À LA QUESTION 23

22. Avez-vous eu des difficultés pour le remplacer ?

1. Oui ☐
2. Non ☐

23. Pouvez-vous me dire à quoi sert la carte de vaccination/le passeport de santé ?

(Veuillez NE PAS lire les options. Choisissez tout ce qui s'applique.)

1. À savoir quels vaccins l'enfant a reçu et ceux qui lui manquent

☐

2. Certificat de naissance et / ou identification

☐

3. Rapport de santé général et surveillance de la croissance

☐

4. Enregistrement et rappel pour la prochaine visite

☐

5. Autres

☐ Veuillez préciser : _____

6. Ne sait pas/Sans réponse

☐

SECTION 4 : VACCINATION D'AUJOURD'HUI

24. Lors de la visite d'aujourd'hui, est-ce que le personnel vous a demandé la carte de vaccination/le passeport de santé de l'enfant ?

1. Oui

☐


PASSEZ À LA QUESTION 27

2. Non

☐


PASSEZ À LA QUESTION 25

25. Si non, vous a-t-il demandé le statut vaccinal de l'enfant ?

1. Oui

☐

2. Non

☐

26. Est-ce que votre enfant a été vacciné ici aujourd'hui ?

1. Oui

☐


PASSEZ À LA QUESTION 29

2. Non

☐

27. Pourquoi l'enfant n'a-t-il pas été vacciné aujourd'hui ?

(Veuillez NE PAS lire les options)

ÉCOUTEZ D'ABORD LES RAISONS DONNÉES PAR LA PERSONNE PRENANT SOIN DE L'ENFANT ET ESSAYEZ ENSUITE DE CHOISIR LA BONNE RÉPONSE

OPTION DU BLOC A, B OU C CI-DESSOUS

BLOC A : RAISONS LIÉES À L'AGENT DE SANTÉ

1. Le médecin/l'infirmier(ère) a dit que l'enfant ne pouvait pas recevoir le vaccin aujourd'hui

☐

2. L'agent de santé que nous avons vu ne m'a pas dit de faire vacciner l'enfant aujourd'hui

☐

3. Le médecin/l'infirmier(ère) a dit que l'enfant ne pouvait pas être vacciné aujourd'hui car il était malade

☐

S'IL S'AGISSAIT DE MALADIE, QUEL TYPE DE MALADIE AVAIT VOTRE ENFANT OU QUEL TRAITEMENT A-T-IL REÇU AUJOURD'HUI ?

1. Maladies mineures comme fièvre légère, rhume, toux ou diarrhée

☐

2. Maladies majeures nécessitant une admission comme une pneumonie sévère ou un paludisme grave

☐

3. Autres maladies comme parasitose intestinale, malnutrition, anémie, déshydratation, infection urinaire

☐

4. L'enfant prend des médicaments : ☐ Ecrivez le nom générique _____

5. VIH ou SIDA

☐

6. Autres

☐

Veuillez préciser : _____

BLOC B : RAISONS LIÉES À LA PERSONNE PRENANT SOIN DE L'ENFANT

1. L'enfant a déjà reçu tous les vaccins pour son âge

☐

2. La dernière fois que l'enfant a été vacciné, il a été malade ou a fait une réaction.

☐

3. Ma religion ne m'autorise pas la vaccination ou je ne crois pas aux vaccins

☐

4. La vaccination n'était pas le but de cette visite

☐

5. Je ne fais pas confiance aux agents de santé/aux vaccins dans cet établissement de santé

☐

6. J'ai oublié d'amener mon enfant dans la zone de vaccination

☐

7. Je n'ai pas eu le temps aujourd'hui de patienter pour la vaccination

☐

8. Autres

☐

Veuillez préciser : _____

BLOC C : RAISONS LIÉES À L'ÉTABLISSEMENT DE SANTÉ (LOGISTIQUE ET ORGANISATION)

1. Il n'y avait pas de vaccins aujourd'hui dans l'établissement de santé

☐

2. Il n'y avait pas de seringues ou d'autres matériels de vaccination

☐

3. Aujourd'hui n'était pas un jour de vaccination dans cet établissement de santé

☐

4. La zone de vaccination était fermée

☐

5. La personne en charge des vaccinations était absente

☐

6. Il y avait beaucoup d'attente
 7. Le personnel nous traitait mal
 8. Autres ☐

Veuillez préciser : _____

☐
☐

28. Si votre enfant pouvait se faire vacciner mais n'a pas reçu de vaccin aujourd'hui, est-ce que l'agent de santé vous a dirigé ou vous a indiqué un lieu où vous pourriez recevoir les doses de vaccin manquantes ?

1. Oui ☐
 2. Non ☐



PASSEZ À LA QUESTION 39

SECTION 5 : QUALITÉ DU SERVICE DE VACCINATION

29. Combien de temps avez-vous attendu pour que votre enfant soit vacciné ?

Heures : _____ Minutes : _____

30. Vous a-t-on indiqué quels vaccins a reçus votre enfant aujourd'hui ?

1. Oui ☐
 2. Non ☐

31. Vous a-t-on indiqué aujourd'hui la date du prochain rendez-vous de vaccination ?

1. Oui ☐
 2. Non ☐

32. Vous a-t-on écrit aujourd'hui la date du prochain rendez-vous de vaccination ?

1. Oui ☐
 2. Non ☐

33. Avez-vous reçu aujourd'hui les informations sur les réactions ou les effets secondaires qui peuvent se produire suite à la vaccination ?

1. Oui ☐
 2. Non ☐

➡ **PASSEZ À LA QUESTION 36**

34. Si oui, que vous a-t-on mentionné ? (choisissez tout ce qui s'applique)

- ☐ Douleur au site d'injection
☐ Fièvre
☐ Éruption cutanée
☐ Diarrhée

- ☐ Vomissement
☐ Autres _____

35. Avez-vous reçu aujourd'hui les informations sur ce que vous devez faire si l'enfant a des réactions ou des effets secondaires liés aux vaccins ?

1. Oui ☐
 2. Non ☐

36. Êtes-vous satisfait(e) du service fourni aujourd'hui ?

1. Oui ☐
 2. Non ☐

➡ **PASSEZ À LA QUESTION 38**

37. Pourquoi êtes-vous satisfait(e) du service ? (Choisissez tout ce qui s'applique)

1. Prise en charge immédiate ☐
 2. Traitement convivial par le personnel ☐
 3. Pas de frais pour le service ☐
 4. Les vaccins et les matériaux nécessaires étaient disponibles ☐
 5. Autres ☐ Veuillez préciser : _____



PASSEZ À LA QUESTION 39



PASSEZ À LA QUESTION 39



PASSEZ À LA QUESTION 39



PASSEZ À LA QUESTION 39



PASSEZ À LA QUESTION 39

38. Pourquoi n'êtes-vous pas satisfait(e) ? (Choisissez tout ce qui s'applique)

1. Attente trop longue
 2. Le personnel était désobligeant

☐
☐

3. Le langage que les agents de santé utilisaient n'était pas clair ☐
4. Ils n'ont pas expliqué les vaccins que l'enfant a reçus ☐
5. Les vaccins et les matériaux nécessaires n'étaient pas disponibles ☐
6. Autres ☐ Veuillez préciser : _____

39a. Vous a-t-on déjà demandé de payer les vaccins qu'un enfant a reçus ?

1. Oui ☐
2. Non ☐

39b. Quel type d'établissement de santé vous a demandé de payer ?

1. Public ☐
2. Privé ☐
3. Je ne sais pas ☐

40a. Vous a-t-on déjà demandé de payer la carte/le passeport de santé pour un enfant ?

1. Oui ☐
2. Non ☐

40b. Quel type d'établissement de santé vous a demandé de payer ?

1. Public ☐
2. Privé ☐
3. Je ne sais pas ☐

SECTION 6 : RAISONS DE VACCINER LES ENFANTS

41. Pouvez-vous m'indiquer le but des vaccins ? **(COCHEZ TOUT CE QUI S'APPLIQUE - Veuillez NE PAS lire les options)**

1. Pour prévenir des maladies ☐
2. Pour que les enfants grandissent en bonne santé ☐
3. Pour guérir/soigner des maladies ☐
4. Ils ne font aucun bien ☐
5. Je ne sais pas vraiment à quoi ils servent ☐
6. Autres ☐ Veuillez préciser : _____ ☐ Veuillez préciser : _____

42. Pensez-vous que votre enfant puisse être malade si vous ne le faites pas vacciner ?

1. Oui ☐ 2. Non ☐

43. Quelles suggestions pouvez-vous faire pour améliorer les services de vaccination ? **(COCHEZ TOUT CE QUI S'APPLIQUE)**

1. Il devrait y avoir plus de personnel de vaccination ☐
2. Il devrait y avoir moins d'attente ☐
3. Les heures et les jours de les services de vaccination ne devraient pas être limités ☐
4. La vaccination devrait rester gratuite ☐
5. Le traitement des personnes et des enfants devant être vaccinés devrait être plus convivial ☐
6. Tous les vaccins doivent toujours être en stock ☐
7. Ils devraient fournir des informations sur les vaccins reçus, sur les maladies qu'ils préviennent, et sur les réactions qu'ils produisent. ☐
8. Plus des séances avancées ☐
9. Autres ☐ Veuillez préciser : _____ ☐
10. Aucune ☐
11. Je ne sais pas ☐

Enquêteur : Remerciez la personne interrogée et notez l'heure de fin de l'entretien. Lisez la déclaration suivante :

« Rappelez-vous que la vaccination est un droit pour tous. Réclamez ce droit et rappelez-vous d'amener la carte de vaccination de votre enfant à l'établissement de santé chaque fois que vous y rendez pour quelque raison que ce soit. »

Remarques de l'enquêteur : _____

Superviseur : Veuillez vérifier que le formulaire a été rempli intégralement et avec précision

1. Le formulaire est complet et précis (passez les modèles suffisamment observés)
2. Il n'y a aucune erreur ni incohérence dans le formulaire

☐
☐

Remarques du superviseur : _____

Nom complet du superviseur : _____

Signature du superviseur : _____