Titre de l'étude: Effet de la possession des carnets de vaccination pour les enfants de 12 à 23 mois, sur le comportement en matière de vaccination Date: 10 Oct 2016

Merci beaucoup pour votre participation.

L'objectif de cette étude est d'explorer l'association entre les cartes de vaccination, la demande de vaccination et les services obtenus. Dans cette étude, nous aimerions vous poser des questions et de photographier la carte de vaccination de votre enfant. Nous pourrions avoir besoin de vérifier le registre CSI pour la vaccination de votre enfant si vous ne disposez pas de carte de vaccination de votre enfant.

Ce que nous apprenons à travers cette étude va nous aider à comprendre comment nous pouvons mieux protéger vos enfants contre les maladies infectieuses.

Cette étude est soutenue par les fonds de l'Université de Tokyo et approuvé par le comité d'éthique de l'Université de Tokyo et le comité d'éthique national du Niger. Votre participation à cette étude est entièrement volontaire. Vous pouvez refuser de répondre à toute question ou si vous choisissez vous pourrez retirer votre consentement à participer à tout moment sans pénalité. L'entrevue prendra environ 30 minutes. Toutes les informations que nous recueillons resteront strictement confidentielles et votre réponse ne sera jamais identifiée.

Vous pouvez poser des questions sur l'étude à ce moment ou plus tard sur cette étude; S'il vous plaît ne pas hésiter à contacter :

Dr. Mahamane Laouali Manzo , Ministère de la Santé Publique, Tel: +227-90211266 , E-mail:manzolic@yahoo.fr

Mme. Mika Kunieda, Université de Tokyo, Tel : +227-91354413, E-mail:mika.kunieda@gmail.com

Après avoir lu et/ou ayant reçu les explications sur le contenu de cette étude, je comprends ce qu'on attend de moi en tant que participant à l'étude.Je comprends:

1. Le but et la procédure de l'étude;
2. Le consentement du questionnaire ;
3. Que je ne vais pas être placé(e) dans une mauvaise situation (sous aucun dommage) ni d'inconfort;
4. Je peux refuser de répondre à toute question si je ne veux pas répondre;
5. Que je peux me retirer de l'étude à tout moment sans donner de raison, sans aucun dommage ou sans affecter les services de santé que je dois recevoir;
6. Je ne peux pas me retirer de l'étude après la collecte des données;
7. Que toute information que je fournisse sera strictement traitée de façon confidentielle et que je ne vais pas être identifié(e) dans le rapport du résultat;

	Numéro de l'enfant dans la grappe										
Signature ou une empreinte digitale de la personne qui a donné son consentement	**1**	**2**	**3**	**4**	**5**	**6**	**7**	**8**	**9**	**10**	**11**
Date											

Formulaire 1: Vaccination de routine des enfants de 12-23 mois

Grappe n°_____ Zone de dénombrement _____

Commune/District Sanitaire_____Quartier_____

Enfant né entre le 11 Oct 2014 et le 10 Oct 2015? *(Oui=1, Non=0)*	**Si non, terminez l'enquête. Critères d'exclusion- les gens qui ne donnent pas leur accord d'être interviewer;Un des jumeaux (qui habitent dans le même foyer)**										
Question	**Prénom et Numéro de l'enfant dans la grappe**										
	1	**2**	**3**	**4**	**5**	**6**	**7**	**8**	**9**	**10**	**11**
1. Disponibilité de la carte de vaccination (*Oui (il faut voir la carte)=1***, *Non=0*)**											
2. Si non, indiquer les raisons de non disponibilité (*inaccessible=1, jamais reçu=2, on m'a demandé de payer=3, perdu=4, détruite=5, ne sais pas=6, autres=7)*											
3. Date de naissance de l'enfant *(JJ/MM/AA) Si le jour du mois est une estimation, écrire « E » après la date ; Si le mois est inconnu, écrire« 99 » pour le jour et le mois*											
4. Sexe de l'enfant *(masculin=1, féminin=2)*											
5. Est-ce que l'enfant a dormi ici (à Niamey) hier? *(Oui=1, Non=0)*											
6. Lieu d'accouchement*(Domicile par personnel formé=1, Domicile par personnel non formé=2, Structure de santé=3)*											

Les Signatures…..ne signez pas avant d'avoir vérifié la fiche pour la complétude et la précision !!

Enquêteurs : _____Superviseur : _____

Question	Numéro de l'enfant dans la grappe										
	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11
7. **Langue maternelle/parlée dans le ménage** *(Hausa=1, Djerma=2, peulhs=3, Tamachek=4, Français=5, autres=6)*											
8. **Statut matrimonial de la mère de l'enfant***(Mariée=1, Divorcée=2, Célibataire=3,Veuve=4)*											
9. **L'enquêté(e) est un parent biologique ?***(Oui=1, Non=0)*											
10. **Age de la mère***(nombre d'ans, si décédée =0)*											
11. **Niveau d'Education de la mère** *(Analphabète=1, Sait lire / écrire=2, Primaire Secondaire=3, Post secondaire=4, Education coranique=5, NSP=6)*											
12. **Occupation de la mère** *(Femme au foyer=1, Femme avec activité économique=2, fonctionnaire=3)*											
13. **Rang de l'enfant/Parité chez la mère** *(rang/nombre d'enfants nés)*											
14. **Age du père***(nombre d'ans) si décédé =0)*											
15. **Niveau d'Education du père** *(Analphabète=1, Sait lire / écrire=2, Primaire Secondaire=3, Post secondaire=4, Education coranique=5, NSP=6)*											
16. **Occupation du père** *(Sans emploi=0, activité économique informelle=1, activité formelle=2, fonctionnaire=3)*											

Les Signatures…..ne signez pas avant d'avoir vérifié la fiche pour la complétude et la précision !!

Enquêteurs : _____Superviseur : _____

Question	Numéro de l'enfant dans la grappe										
	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11
17. Le père de l'enfant a combien des femmes? *une seule (moi)=1, 2 femmes=2, 3 femmes=3, 4 femmes=4*											
18. La mère de l'enfant occupe-t-elle quel rang?*(rang)*											
19. Est-ce que les parents de l'enfant vivent ensemble?*(Vive ensemble=1, pas ensemble=0)*											
20. Est-ce que les épouses cohabitent? *(Oui=1, Non=0)*											
21. Statut socio-économique du ménage											
a. Electricité *(Oui=1, Non=0)*											
b. Source d'eau *(puis=1, borne fontaine publique=2, robinet au domicile=3)*											
c. Propriétaire maison *(Oui=1, Non=0)*											
d. Possède un moyen de déplacement *(Âne, vélo=1,Moto= 2, Voiture=3)*											
e. Possède des animaux ; vaches, chèvres, moutons ou chameaux?*(Oui=1, Non=0)*											
f. Télévision *(Oui=1, Non=0)*											
g. Réfrigérateur*(Oui=1, Non=0)*											
h. Climatisateur*(Oui=1, Non=0)*											
22. L'allaitement maternelle *(juste un mois=1, 2 mois=2, 3 mois=3, 4 mois=4, jusqu'au 6 mois=6, plus de 6 mois, précisez avec un chiffre)*											

Les Signatures…..ne signez pas avant d'avoir vérifié la fiche pour la complétude et la précision !!

Enquêteurs : _____Superviseur : _____

23. Les Vaccinations		Numéro de l'enfant dans la grappe										
		1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11
BCG	**Cicatrice:** *(Oui=1, Non=0)*											
	Date de vaccination											
	Lieu de Vaccination *Hôpital=1, Centre/poste de santé=2, Structure privée=3, Maison=4, Inconnu=5*											
Penta 1	**Date**											
	Lieu de Vaccination											
Penta 2	**Date**											
	Lieu de Vaccination											
Penta 3	**Date**											
	Lieu de Vaccination											
VPO 0	**Date**											
	Lieu de Vaccination											
VPO 1	**Date**											
	Lieu de Vaccination											

Les Signatures…..ne signez pas avant d'avoir vérifié la fiche pour la complétude et la précision !!

Enquêteurs : _____Superviseur : _____

		Numéro de l'enfant dans la grappe										
		1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11
VPO 2	Date											
	Lieu de Vaccination											
VPO 3	Date											
	Lieu de Vaccination											
Rougeole (Routine)	Date											
	Lieu de Vaccination											
Fièvre Jaune	Date											
	Lieu de Vaccination											
Rotavirus 1	Date											
Rotavirus 2	Date											
Pneumo 1	Date											
Pneumo 2	Date											
Pneumo 3	Date											
Vaccin Polio Injectable (VPI)	Date											

Les Signatures…..ne signez pas avant d'avoir vérifié la fiche pour la complétude et la précision !!

Enquêteurs : _____Superviseur : _____

Formulaire 2a : Enquête sur les raisons principales de non-vaccination des enfants de 12 à 23 mois

A administrer aux gardiens des enfants qui étaient non ou partiellement vaccinés

Grappe n°_____ Zone de dénombrement _____

Commune/District

Sanitaire_____Quartier_____

Ne poser qu'une seule question : **« Pourquoi l'enfant n'a-t-il pas été complètement vacciné ? »**

Marquer **1** pour **les raisons principales** évoquée par les mères

N° de l'enfant dans la grappe		1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11
Statut vaccinal de l'enfant	Non vacciné=*NV*											
	Partiellement vacciné=*PV*											
Insuffisance d'information des parents	1. Insuffisance d'information sur la nécessité de vaccination											
	2. Insuffisance d'information sur la nécessité de revenir											
	3. Insuffisance d'information sur le lieu de vaccination											
	4. Insuffisance des infos sur les horaires de vaccination											
	5. A peur des réactions secondaires											
	6. A des idées erronées sur contre-indications											
	7. Enfant malade non amené											
Insuffisance de Motivation	8. A reporté à une date ultérieure											
	9. Ne fait pas confiance à la vaccination											

Les Signatures…..ne signez pas avant d'avoir vérifié la fiche pour la complétude et la précision !!

Enquêteurs : _____Superviseur : _____

des parents	10. A cause des rumeurs/croyances sur la vaccination											
	11. Mère trop occupée											
	12. Père ou mère en voyage ou absent											
	13. Négligence de la mère ou du père											
Obstacles liés aux services de vaccination	14. Lieu de séance trop éloigné											
	15. Horaire de vaccination ne convient pas											
	16. Vaccinateur absent											
	17. Vaccinateur a dit de revenir											
	18. Vaccin non disponible											
	19. Enfant malade amené mais non vacciné											
	20. Attente trop longue											
	21. Coût élevé du transport											
	22. Vaccination payante											
	23. Mauvais accueil par les vaccinateurs											
Autres*	24.											

* Noter la raison en précisant le numéro de l'enfant dans la grappe

Les Signatures…..ne signez pas avant d'avoir vérifié la fiche pour la complétude et la précision !!

Enquêteurs : _____Superviseur : _____

Formulaire 2b:Les déterminants de vaccination complète ou incomplète

A administrer aux gardiens des enfants qui étaient partiellement ou complétement vaccinés

Grappe nº_____ Zone de dénombrement _____

Commune/District Sanitaire_____Quartier_____

	no	Question	Numéro de l'enfant dans la grappe										
			1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11
Statut vaccinal		Statut vaccinal *(complètement vacciné=CV, partiellement vacciné=PV*)											
Connaissance	1.	Combien de fois devez-vous amener l'enfant au poste de santé pour qu'il soit protégé complètement contre les maladies cités? *(5 fois=1, autres=2)*											
Acceptabilité	2.	En général, êtes-vous satisfait des services de vaccination offerts au poste de santé ? *(Oui=1, Non=0)*											
Efficacité	3.	Parlez-vous de votre expérience au poste de santé avec vos voisins et amis ? *(Oui=1, Non=0)*											
Accéssibilité	4.	Combien de temps (en min) faut-il mettre pour se rendre au poste de santé le plus prôche?											

Les Signatures…..ne signez pas avant d'avoir vérifié la fiche pour la complétude et la précision !!

Enquêteurs : _____Superviseur : _____

	No	Question	Numéro de l'enfant dans la grappe										
			1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11
Accéssibilité	5.	Etes-vous satisfaits de l'accessibilité des moyens de transport pour se rendre au CSI? *(Satisfait=1, Peu ou pas de tout satisfait=0)*											
Acceptabilité	6.	Comment trouvez-vous le temps d'attente?											
		Acceptable=1, Trop longue=2, Pas acceptable=3, Pas d'avis=9											
Accéssibilité et acceptabilité	7.	Est-ce que les horaires des séances de vaccination vous convient? *(Oui=1, Non=0)*											
	8.	Si non, quand est-ce que ces séances peuvent se tenir ?											
		très tôt le matin=1, dans l'après-midi entres les deux prières=2, autres =3 (précisez, quand ?)											
Acceptabilité	9.	En général, êtes-vous satisfait des services de vaccination offerts au CSI/CS? *(Oui=1, Non=0)*											
Accéptabilité	10.	Etes-vous satisfaits de l'accueil de la part du personnel de santé? *(Oui=1, Non=0)*											
Efficacité	11.	Parlez-vous de la vaccination en famille?*(Oui=1, Non=0)*											

Les Signatures…..ne signez pas avant d'avoir vérifié la fiche pour la complétude et la précision !!

Enquêteurs : _____Superviseur : _____

No		Question	Numéro de l'enfant dans la grappe										
			1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11
Accéptabilité-Connaissance	12.	Pensez-vous qu'il y ait des personnes plus indiquées pour parler de la vaccination? *(Oui=1, Non=0)*											
		Si oui, lesquelles ?											
	13.	*personnel de santé=1, mari ou chef de ménage=2, parents=3, grands-parents=4, autres parents=5, amis, collègues, voisins=6, pairs éducateurs/ relais communautaires=7, membres de comité de gestion=8, chef de quartier ou village=9, moi-même=10, autres=12*											
Normes	14.	Qui prend la décision par rapport à la vaccination de l'enfant dans votre famille ?											
		personnel de santé=1, mari ou chef de ménage=2, parents=3, grands-parents=4, autres parents=5, amis, collègues, voisins=6, chef de quartier ou village=7, moi-même=8, autres=10											
Accéssibilité	15.	Combien vous a couté la vaccination (la carte/le carnet)?											
		0 fcfa=1, 1-500=2, 501 à 1000=3, 1001 à 2000=4, 2001 à 5000=5, +5000=6											
Efficacité	16.	Parlez-vous de la vaccination en famille?*(Oui=1, Non=0)*											
Normes	17.	Qui prend la décision par rapport à la vaccination de l'enfant dans votre famille ?											
		personnel de santé=1, mari ou chef de ménage=2, parents=3, grands-parents=4, autres parents=5, amis, collègues, voisins=6, chef de quartier ou village=7, moi-même=8, autres=10											
No		**Question**	**Numéro de l'enfant dans la grappe**										

Les Signatures…..ne signez pas avant d'avoir vérifié la fiche pour la complétude et la précision !!

Enquêteurs : _____Superviseur : _____

			1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11
Carnet	18.	Est-ce que vous lisez le carnet de vaccination ou vous demandez quelqu'un de le lire pour vous? *(Oui=1, Non=0)*											
Carnet	19.	Avez vous combien des cartes/carnets/livrets pour cet enfant ? *(Juste le carnet de santé dont le carnet de vaccination=1,2 documents=2,3documents =3, précisez un chiffre*)											

Les maladies cibles du Programme et vaccins

Maladies	Vaccins
La Tuberculose	BCG
La Diphtérie Le Tétanos La Coqueluche Les Méningites à Hib L'Hépatite B	Pentavalent (DTC-HepB-Hib)
Les infections respiratoires dues aux pneumocoques	Pneumo 13 (PCV 13)
Les Diarrhées à Rota virus	ROTARIX
La Poliomyélite	VPO - VPI
La Rougeole	VAR
La Fièvre jaune	VAA
Le Cancer du col de l'utérus (HPV)	Gardasil
Les carences en Vitamine A	Vitamine A

Calendrier vaccinal du PEV systématique au Niger

Chez les enfants : 0-23 mois	Chez les femmes: 15-49 ans
1. A la naissance : BCG ; VPO 0	1. 1er contact : VAT1
2. 6 semaines : DTC-HepB-Hib1; VPO1; Pneumo1; Rota1	2. 4 semaines après : VAT2
3. 10 semaines : DTC-HepB-Hib2; VPO 2; Pneumo2; Rota2	3. 6 mois après : VAT3
4. 14 semaines : DTC-HepB-Hib3; VPI; Pneumo3;	4. 1 an après : VAT4
5. 6 mois : Vitamine A	5. 1 an après : VAT5
6. 9 mois : VAR1; VAA	6. Filles de 9 à 13 ans
7. 16 mois: VAR2	7. VPH1 au 1er contact
	8. VPH2 6 mois après VPH1

Les Signatures…..ne signez pas avant d'avoir vérifié la fiche pour la complétude et la précision !!

Enquêteurs : _____Superviseur : _____