

MINISTERE DE L'ENSEIGNEMENT
SUPERIEUR ET DE LA RECHERCHE
SCIENTIFIQUE

REPUBLIQUE DU MALI

Un Peuple - Un but - Une Foi



UNIVERSITE DES SCIENCES, DES TECHNIQUES ET DES
TECHNOLOGIES DE BAMAKO (USTTB)

FACULTE DE MEDECINE ET D'ODONTO-STOMATOLOGIE

Année Universitaire 2012-2013

Thèse N°/___/

TITRE :

**EVALUATION DU STATUT VACCINAL DES
ENFANTS DE 0 à 11 MOIS ET LES FEMMES
ENCEINTES DANS UN CSCOM DE DJICORONI
PARA (ASACODJIP) EN COMMUNE IV DU
DISTRICT DE BAMAKO EN 2012**

THESE

Présentée et soutenue publiquement le 20/03/2013 devant la Faculté de
Médecine et d'Odonto-Stomatologie

Par Mme SACKO Nana Kadidia HAIDARA

Pour obtenir le grade de Docteur en Médecine (Diplôme d'Etat)

JURY

Président : Professeur Adama DIAWARA

Membres : Docteur Bougou COULIBALY

: Docteur Oumar GUINDO

Directeur de thèse : Professeur Samba DIOP

DEDICACES

DEDICACES

Je dédie ce modeste travail :

A Dieu

Le Tout Puissant, de m'avoir donné la santé et le courage de venir à bout de ce travail. Que sa bénédiction et sa protection soient sur nous tous.

Amen !

REMERCIEMENTS

REMERCIEMENTS

Seigneur, je te rends grâce de m'avoir donné la faculté d'accomplir ce travail.

- A Mon père Ibrahim Khalil Haidara :

Ce travail est le fruit de ton éducation, tes conseils, tes bénédictions permanentes et ta rigueur du travail bien fait. Les mots me manquent pour te remercier car ton soutien spirituel, moral et matériel n'ont jamais fait défaut. Sois ici en remercié. Père Que Dieu t'accorde encore longue vie pour être auprès de nous tes enfants.

- A Ma mère Awa Haidara :

Chère mère, éducatrice exemplaire, tu ne t'es jamais fatiguée à accepter et aimer les autres avec leurs différences ; tu as cultivé en nous les vertus de la tolérance et de l'amour du prochain sur un fond de tendresse et d'affectivité. Battez-vous ! Soyez toujours unis ! A toujours été Tes revendications. Tes conseils, tes encouragements et ton affection n'ont jamais fait défaut. Mère Que Dieu t'accorde encore longue vie pour être auprès de nous tes enfants.

Chers parents pour nous vous êtes des modèles. Nous voici arrivées à ce jour tant attendu par vous tous, que ce modeste travail soit source de satisfaction et de réconfort pour vous, Puisse Dieu nous aide à conserver les valeurs que

vous nous avez inculquées, nous accorde d'être ensemble longtemps afin que vous profitiez des fruits de votre labeur.

A tous mes frères et sœurs : Feu Mahamoud B, ton absence n'a pas fait défaut puisque ton esprit a toujours été là présent dans mon cœur.

Djénéba S, Maimouna, Sidaty B, Hassane A, Housseyn A

Qu'Allah affermisse notre foi, nous guide vers le bonheur, J'espère avoir été une grande sœur digne de ce nom pour vous. N'oubliez jamais que la vie est "dure" mais que seul le travail peut la "ramollir".

Recevez ma reconnaissance et permettez –moi cette expression "Allah ka badenya to". La fraternité n'a pas de prix et reste pour nous un lien sacré.

Trouvez en ce modeste travail l'expression de mon amour et de mon profond attachement.

Une bonne fin(Amen).

A mon époux Karamoko Sacko

Toi qui m'as offert ton cœur et toute ta tendresse. Retrouves ici ma reconnaissance et ma profonde gratitude. Sache que ton soutien moral et affectif ont été inestimables pour la réalisation de ce travail. Trouves ici l'expression de mon amour profond et éternel.

A ma fille Nana Sacko

Toi qui est si spéciale, née au cour de la réalisation du document. Ta venue au monde a été une bénédiction, Je garde l'espoir que tu feras mieux que moi et que le tout puissant te donne une longue vie.

A mes Tantes

L'honneur de ce travail vous revient, vous avez toujours été un exemple pour moi, que Dieu vous donne longue vie et beaucoup de forces pour nous accompagner. Amen !

Vous avez été pour nous tous un secours et une hospitalité. Votre soutien et vos conseils n'ont jamais fait défaut. Soyez ici en remerciées.

A tous mes grands pères et grandes mères

Merci infiniment pour toute l'affection que vous m'avez donnée

A Mes oncles

Pour tout ce que nous avons partagé et partagerons encore. Puisse Dieu nous garder dans l'union. Amen !

A Ma belle famille

Merci pour votre soutien et votre encouragement qui n'ont jamais fait défaut.

A mes cousins et cousines

Pour vous exprimer toute ma reconnaissance

A mes neveux et nièces

Veillez croire à ma totale disponibilité et soyez assurés de mon indéfectible attachement. Je vous aime.

A Mes maîtres médecins

Soumana Oumar Traoré, Oumar Moussokoro Traoré, Mme Silimana Fanta Coulibaly, Mme Kamissoko Hawa Samaké, Hamidou Albachar, Hamady Sissoko, Dabé Florent Diarra, Saleck Doumbia, Ami Diarra, Gabriel Sangaré, Badian Dembélé, Bana Cissé, Karounga Camara, Aboudou Camara, Seydou Diabaté, Sory Keïta, Amir Maïga etc.

A tous les internes du centre de santé de référence de la commune V et particulièrement mon équipe de garde

- Mariam Diawara
- Madigata Doucara

A tous les externes du centre de santé de référence de la commune V et particulièrement mon équipe de garde

- Amadou Coulibaly
- Souleymane Diallo
- Aly Coulibaly
- Adama Traoré
- Daman Sylla

Mes remerciements à vous qui avez toujours été à mes côtés pour des échanges scientifiques et autres, pour vos soutiens et vos conseils. Soyez ici en remerciés.

A mes Amis

Mariam Diawara, Fatoumata Konaté, Djénébou Koné etc.

A la mémoire de tous ceux qui ont été arrachés à notre affection

Particulièrement Feu tante Mafanta et d'autres Puisse nos sacrifices vous apporter un bienfait. Nous vous garderons toujours dans nos mémoires. Reposez en paix.

A tout le personnel du C S Réf commune V du District de Bamako.

Je ne vous remercierai jamais assez pour toute l'expérience acquise à vos cotés et le soutien quasi constant dont j'ai fait l'objet. Mon admission au C S Réf m'a surtout permis de m'exprimer mais aussi de m'affirmer en découvrant le potentiel dont je dispose. Puisse Dieu nous appuyer dans notre vie de tous les jours dans le cadre du bien être de nos patients.

A tous ceux qui de près ou de loin m'ont aidé pour la réalisation de ce travail.

A tous mes Maîtres qui m'ont appris les principes de la vie

Merci pour tous les enseignements reçus.

A tout le personnel de l'ASACODJIP : particulièrement le médecin chef Docteur Ibrahim G Traoré

Merci pour le soutien moral et la franche collaboration. Je formule pour chacun de vous des vœux de santé et de succès dans toutes vos entreprises.

A mes collaborateurs du village du Point G

Merci pour le temps passé ensemble. Je vous souhaite beaucoup de courage pour vos entreprises.

A tous les enseignants des établissements d'enseignement de Kayes.

Pour la qualité de vos cours et votre rigueur.

Au corps professoral de la Faculté de Médecine et d'Odontostomatologie (FMOS) pour le sérieux et la qualité des cours dispensés

HOMMAGES AUX MEMBRES DU JURY

A notre Maître et Président du jury,

Professeur Adama DIAWARA

**Maître de conférences en santé publique à la Faculté de Médecine et
d'Odontostomatologie (FMOS), USTTB.**

Secrétaire général au Ministère de la Santé

Ancien Directeur de l'Agence Nationale d'Evaluation des Hôpitaux.

**Ancien chef de division Assurance Qualité et Economie du Médicament à la
Direction de la Pharmacie et du Médicament.**

Cher Maître,

Vous nous faites un grand honneur en acceptant de présider ce jury malgré vos multiples occupations.

Votre générosité, votre disponibilité, votre souci du travail bien fait, votre rigueur scientifique font de vous un modèle à suivre.

Recevez cher maître, nos sincères remerciements pour tout ce que vous avez fait pour rehausser le niveau de ce travail dans l'intérêt de la science.

A notre Maître et juge
Docteur Bougou COULIBALY

Expert en population et santé,

Analyste des politiques et système de santé

**Assistant de Recherche au Département de Recherche en Santé Publique de
la FMOS.**

Cher Maître,

Nous vous remercions de l'honneur que vous nous faites en acceptant de juger ce travail malgré vos multiples occupations.

Votre disponibilité, votre humanisme et votre modestie forcent respect et l'admiration.

Veillez trouvez ici le témoignage de notre profonde gratitude.

A notre maître et juge

Docteur Oumar Guindo

- . Diplômé de Médecine générale**
- . Diplômé de la 3^{ème} promotion EPIVAC (vaccinologie et Management).**
- . Ancien Médecin chef adjoint du centre de santé de référence de la commune IV du district de Bamako.**

Cher Maître,

Vous nous faites un grand honneur en acceptant d'être membre de ce jury.

Votre simplicité, votre sagesse, votre disponibilité, votre rigueur dans le travail et votre croyance religieuse ont forcé l'admiration de tous.

Cher maître acceptez nos sentiments de reconnaissance et de respect.

A notre maitre et Directeur de Thèse

Professeur Samba DIOP

Maître de conférences en anthropologie médicale

Enseignant-chercheur en écologie humaine, anthropologie et éthique en santé au DER de santé publique de la FMOS.

Responsable de l'unité de recherche formative en sciences humaines, sociales et éthique de SEREFO /VIH/SIDA/FMOS.

Responsable du cours « Anthropologie de la lutte contre la cécité : aspects sociaux et éthique », Centre hospitalier universitaire de l'institut d'ophtalmologie tropicale d'Afrique.

Responsable du cours « Sciences et éthique » du DEA d'anthropologie, Institut supérieur pour la formation à la recherche appliquée (ISFRA), Université de Bamako.

Responsable du cours « Culture et éthique » du centre d'enseignement virtuel en Afrique, Ecole nationale des ingénieurs (ENI), Université de Bamako.

Cher Maître,

L'occasion nous est offerte de vous remercier de votre spontanéité, votre générosité, votre modestie, et votre rigueur dans un désir permanent de perfectionnement en tout travail scientifique que nous devons accomplir, car vous êtes vous-même un exemple qui fait de vous un professeur émérite.

Nous sommes reconnaissants pour la spontanéité avec laquelle vous avez accepté de diriger ce travail. Plus qu'un honneur, cela à été pour nous un plaisir de vous côtoyer.

Votre immense savoir multidisciplinaire nous impose beaucoup de respect et une profonde admiration au vu de vos qualités humaines et d'enseignant.

Merci pour toutes les entrevues chaleureuses, merci pour toutes vos critiques, merci pour votre sincérité.

SIGLES & ABREVIATIONS

SIGLES ET ABREVIATIONS

ASACODJIP : Association de Santé Communautaire de Djicoroni para

BCG : Bacille de Calmette et Guérin

CSCom : Centre de Santé Communautaire

CSREF : Centre Santé de Référence

DTC : Diphtérie Tétanos Coqueluche

DNS : Direction Nationale de la Santé

DPLM : Division de la Prévention de la Lutte contre la Maladie.

EDSM : Enquête Démographique et de Santé Mali

IEC : Information Education Communication

IgA : Immunoglobuline A

IgG : Immunoglobuline G

IgM : Immunoglobuline M

OMS : Organisation Mondiale de la Santé

PEV : Programme Elargi de Vaccination

PENTAVALENT: Diphtérie Tétanos Coqueluche Hépatite B Méningite

PNEUMO : Pneumocoque

UNICEF : Fond des Nations Unies pour l'Enfance

ROR: Rougeole Oreillon Rubéole

VAA: Vaccin anti amaril

VAT: Vaccin Anti Tétanique

VIH: Virus de l'Immunodéficience Humaine

VAR: Vaccin anti rougeoleux

SOMMAIRE

SOMMAIRE

I.	INTRODUCTION -----	1
II.	CADRE THEORIQUE -----	3
III.	DEMARCHE METHODOLOGIQUE -----	13
IV.	RESULTATS -----	16
V.	COMMENTAIRES ET DISCUSSION -----	33
VI.	CONCLUSION -----	37
VII.	RECOMMANDATIONS -----	38
VIII.	REFERENCES -----	39
IX.	ANNEXES -----	41

I-INTRODUCTION

Plus de la moitié des décès néonataux et infantiles sont enregistrés dans les pays en voie de développement et les principales causes en sont : les infections parasitaires (paludisme), bactériennes (diphtérie, tétanos, coqueluche, tuberculose, gastro-entérites), virales (poliomyélite, fièvre jaune, hépatite virale B, rougeole), et celles respiratoires aiguës [1].

Devant l'insuffisance notoire et la répartition fortement inégale des moyens (personnel, équipement) mise à la disposition de la médecine curative, il nous semble essentiel de promouvoir dans nos pays à pénurie chronique des ressources pour prendre en charge une médecine quadridimensionnelle, curative, préventive, éducative et sociale. A cet effet, la vaccination a révolutionné la santé de l'enfant dans le monde entier en évitant chaque année des millions de décès et en réduisant les risques d'handicaps que causent certaines maladies infectieuses [2].

Pour lutter contre les maladies cibles de l'enfance, le Programme élargi de vaccination (PEV), adopté en 1973 par l'assemblée mondiale de la santé, a été lancé dans la région africaine, s'est progressivement installé dans les quarante cinq états membres au cours de la première moitié de l'année 1980 et fut inscrit parmi leurs priorités. C'est ainsi que le Mali a lancé ce programme officiellement le 11 Décembre 1986. Ses objectifs étaient de réduire la morbidité et la mortalité due aux maladies sévissant à l'état endémo-épidémique dans des pays. Il s'agit de la diphtérie, de la coqueluche, du tétanos, de la poliomyélite, de la tuberculose de la rougeole, de la fièvre jaune et récemment de l'hépatite B.

La deuxième revue du PEV effectuée en fin 1998 début 1999, après celle de 1990 nous a permis de situer la couverture vaccinale pour le Mali à 31,5% avec carte de vaccination et à 46% avec carte plus histoire. En 2007, la couverture vaccinale administrative pour la commune IV du district de Bamako est de 149,14% pour le Penta3 et de 124,86% pour le VAR [3].

Selon l'EDS IV [4] la couverture vaccinale en 2007 est de 48% pour les enfants âgés de 0 à 23 mois et 48% pour la deuxième dose de VAT chez les femmes enceintes au Mali et 59% pour le district de Bamako.

Le succès global des programmes de vaccination n'est plus à démontrer ; le développement rapide des connaissances scientifiques en immunologie, en microbiologie et en épidémiologie a fait progresser considérablement le domaine des vaccinations ces dernières années au point que l'on peut parler de l'émergence d'une nouvelle discipline la vaccinologie [5].

Cette forte couverture administrative permet de poser plusieurs problèmes :

- ✓ Les tranches d'âge (ou enfants cibles) sont-elles bien respectées ?
- ✓ Les enfants hors aire sont-ils recrutés pendant les séances de vaccination ?
- ✓ Le rapportage des données est-il correct ?

Ces différentes questions sont entre autres les raisons qui justifient notre étude afin de déterminer la couverture vaccinale réelle.

Une autre raison est de savoir à quel niveau est la couverture après l'introduction du pentavalent et du pneumocoque qui a fait son entrée dans la vaccination de routine.

II-Cadre théorique

1-Enoncé du problème

La vaccination est un acte médical qui consiste à introduire dans un organisme sain une substance spécifique qui détermine la résistance à une maladie. C'est un des moyens de lutte les plus efficaces contre le péril infectieux. Elle permet de réduire la morbidité et la mortalité liées aux maladies infectieuses à haut potentiel épidémique. Par ailleurs cette vaccination revient moins chère que la prise en charge diagnostique et thérapeutique de ces maladies infectieuses [4].

Le vaccin est un produit qui, administré à un receveur sain le protège contre une infection ultérieure en induisant une immunité humorale (anticorps neutralisant) ou cellulaire (lymphocytes) spécifique [4].

L'immunité est obtenue par une ou plusieurs injections initiales puis des rappels d'autant plus espacés que le vaccin est immunogène. Les anticorps maternels spécifiques (IgG) sont transmis au fœtus par voie placentaire et persistent jusqu'au 6ème voire au 8ème mois après la naissance. Durant cette période, ils assurent une protection passive [4].

Du fait de l'absence de transfert transplacentaire de l'immunité contre la tuberculose, le nouveau-né peut être vacciné dès la naissance.

Par contre les vaccins viraux atténués comme (le vaccin contre la poliomyélite, la fièvre jaune, la rougeole) ainsi que le BCG sont contre indiqués chez les enfants immunodéprimés par le Sida et en cas d'hémopathies malignes. Mais l'OMS recommande de continuer à vacciner au BCG les enfants immunodéprimés par VIH [4].

Le système immunitaire est le mécanisme de défense que l'on retrouve chez chaque individu et qui aide l'organisme à lutter contre la maladie infectieuse. Lorsque des agents infectieux (bactéries, virus...) pénètrent dans l'organisme, le corps lutte contre l'infection, notamment en produisant des anticorps qui

attaquent ces microbes. Ce phénomène s'appelle l'immunisation. Le système immunitaire fonctionne ainsi constamment pour nous protéger contre des bactéries et des virus qui sont dans notre environnement [6].

L'objectif principal du programme élargi de vaccination du Mali était de réduire la morbidité et la mortalité due aux maladies sévissant à l'état endémo-épidémique par la vaccination contre six maladies cibles que sont : la diphtérie, tuberculose, coqueluche, tétanos, poliomyélite, rougeole. Cependant un moyen d'évaluer les changements intervenus dans la couverture vaccinale consiste à comparer les résultats de l'enquête actuelle à ceux des enquêtes précédentes.

2- Historique

La découverte des vaccins est liée aux progrès accomplis dans la méthodologie et la technologie micro biologique et immunologique. Cette découverte remonte à la préhistoire ; même s'il n'existait pas de vaccins proprement dits, le principe de la vaccination était connu et appliqué.

Les « pastoriens » continuent l'œuvre du maître et mettent notamment au point le vaccin BCG contre la tuberculose (1921), le vaccin contre la diphtérie et le tétanos (1923-1924), un vaccin contre la fièvre jaune (1927) et un vaccin contre la poliomyélite (1954). Certains pays appliquant une politique de vaccination systématique, le débat entre partisans de la liberté vaccinale et tenants d'une protection vaccinale maximale de la population est lancé. Il reste toujours d'actualité. En 1958, l'Organisation Mondiale de la Santé (OMS) décide de vacciner contre la variole toutes les populations vivant en pays d'endémie. Dans les années qui suivent, le programme est renforcé et favorise la production locale des vaccins. L'OMS annonce l'éradication mondiale de la variole en 1976.

Depuis le milieu des années 90, des progrès immenses ont été accomplis dans le domaine de la vaccination dans le monde, notamment l'éradication presque totale de la poliomyélite (l'OMS prévoit dans les prochaines années l'éradication mondiale de la poliomyélite ainsi qu'une réduction considérable de l'incidence de la rougeole et du tétanos maternel et néonatal dans certains pays à très faible revenu) [6].

3- Classification :

Les vaccins sont classés selon les caractéristiques suivantes [7].

- **Origine** : virale ou bactérienne
- **Etat** : vivant ou inactivés
- **Nature** : germes entiers ou extraits de germes

3-1- Vaccins viraux :

- Les vaccins viraux vivants sont essentiellement : le vaccin anti - variolique.
- Les vaccins viraux vivants atténués contre

La fièvre jaune,

La poliomyélite,

La rougeole, la rubéole, les oreillons. (ROR)

- Les vaccins viraux inactivés contre :

La rage,

La grippe,

La poliomyélite

3- 2-Vaccins bactériens :

- Les vaccins bactériens vivants sont essentiellement :

Le BCG

- Les vaccins bactériens inactivés dont les vaccins bactériens entiers contre

Le choléra,

La fièvre typhoïde (TAB),

La coqueluche,

Les anatoxines (Diphthérique et tétanique),

Les polysaccharides capsulaires : le Pneumocoque et le méningocoque

3-3- Mode d'action des vaccins :

Le vaccin administré à un sujet va provoquer l'élaboration des protéines, les Anticorps qui vont le protéger contre l'action des germes bactériens, viraux ou des toxines [6].

3-3-1- Réponses immunitaires induites par les vaccins inactives:

L'immunité acquise est recherchée exclusivement par une sollicitation antigénique sans passer par un processus infectieux. C'est ainsi que la réponse immunitaire induite par un antigène de nature protéique (type anatoxine) est caractérisée par une réponse primaire après la première inoculation d'intensité faible avec un temps de latence d'environ une semaine ; constitué en grande partie par des IgM. La réinoculation provoque une réponse secondaire qui fait intervenir la mémoire immunitaire. Cette réponse est plus rapide, plus forte et plus durable. Elle apporte donc une protection plus sûre.

3-3-2- Réponses immunitaires induites par les vaccins vivants :

L'inoculation doit être suivie nécessairement d'une multiplication des germes dans l'organisme après un délai d'incubation de quelques jours (une semaine environ).

Dans les meilleurs cas l'infection est cliniquement inapparente, dans certains cas elle se manifeste par une réaction clinique locale ou générale. L'immunité fait suite à l'infection. Elle s'établit après un certain délai (environ 2 semaines pour les vaccins viraux et 2 mois pour le BCG).

L'avantage incontestable des vaccins vivants est la simplicité du processus d'immunisation, réduit en principe à une seule inoculation sauf dans certains cas particulier (polio oral). Cela n'exclut pas la nécessité d'entretenir l'immunité par la réinoculation (rappels).

L'immunité peut être contrôlée par la mesure des anticorps (IgM transitoires ; IgG et éventuellement IgA plus durables)

3-4- Les contre indications des vaccins :

Les contre indications de la vaccination sont bien connues et peu nombreuses. Nous pouvons citer ces situations suivantes [8]:

- Les vaccins vivants sont formellement contre indiqués chez la femme enceinte en raison du risque tératogène ainsi que les sujets atteints d'un déficit immunitaire congénital ou acquis.

- Parmi les vaccins tués, seul le vaccin contre la coqueluche est contre indiqué chez les enfants atteints d'affection neurologique évolutive ou qui ont manifesté une réaction neurologique (convulsion ou cris persistants) lors d'une précédente administration.

Si un enfant doit être hospitalisé, la décision de vacciner incombe au personnel hospitalier responsable [5].

3-5- Effets indésirables dus aux vaccinations :

Malgré la recherche sur des vaccins toujours plus sûrs et efficaces des effets secondaires continuent de survenir à la suite de leur utilisation [5]. La grande majorité des effets secondaires est bénigne [9].

3-6- Les incidents post vaccinaux

Ils restent bénins et peuvent s'agir de :

- Fièvre
- Erythème au niveau du point d'injection

- Nodule au point d'injection
- Douleur au point d'injection
- Cris incessants après vaccin coquelucheux
- Allergie
- Adénite post BCG

3-7-Les accidents

Sont rares et peuvent s'agir de

- Accidents neurologiques survenant essentiellement au décours d'une vaccination contre la coqueluche [8]. Il s'agit surtout des convulsions hyperpyrétiques du nourrisson.
- Accidents vasculaires : de rares observations ont été publiées après vaccination [5] ; cependant, la possibilité de survenue de purpura thrombopénique a été observée après vaccination rougeoleuse [10,11].et après vaccination rubéolique [8].Les purpuras thrombopéniques sont en effet observés dans 3 cas pour 100 000 après vaccin ROR [12]

3-8- le programme élargi de vaccination (PEV)

Le Programme Elargi de Vaccination (PEV), créé en **1973** par l'assemblée mondiale de la santé et soutenu par l'Unicef a pour objectif de protéger le maximum d'enfants contre les maladies transmissibles évitables par la vaccination à un coût réduit. Il s'échelonne dans le temps et s'exprime à court et moyen terme, l'aboutissement étant la réduction de la morbidité et de la mortalité dues aux maladies cibles [13].

A court terme, il vise à atteindre une couverture vaccinale maximum et à moyen terme entretenir l'immunité collective en intégrant les activités de vaccination aux soins de santé primaires.

Six maladies évitables par la vaccination ont été incluses depuis le début dans le PEV. Il s'agit de la **diphtérie**, de la **rougeole**, de la **coqueluche**, de la **poliomyélite**, du **tétanos**, de la **tuberculose**.

Ces maladies sévissent à l'état endémo-épidémique dans notre pays et constituent un problème de santé publique majeure.

La population cible se composait, pour les 3 premières années d'activité de :

- tous les enfants de moins de 6 ans à vacciner contre les 6 maladies ;
- toutes les femmes enceintes qui, elles, seront vaccinées contre le tétanos.

Après les trois premières années, la vaccination ne portera que sur les nouveau-nés et les nourrissons.

En cas d'épidémie pouvant être enrayée par la vaccination, des équipes spéciales interviennent dans de meilleurs délais.

La population cible des femmes s'est élargie aux femmes en âge de procréer [13].

L'introduction de la fièvre jaune en janvier 1991, de l'hépatite virale B en 2000 et du pneumocoque en 2012 a porté le nombre des maladies cibles à neuf.

L'une des règles fondamentales est le respect du calendrier vaccinal.

4- Calendrier vaccinal pour le PEV Mali

Cible : enfants âgés de 0 à 11 mois

Antigènes	Age
BCG + Polio 0	Dès la naissance
Polio1+Penta1+Pneumo1	6 semaines
Polio2+Penta2+Pneumo2	10 semaines
Polio3+Penta3+Pneumo3	14 semaines
Rougeole	9 mois
Fièvre jaune	9 mois

Cible : femmes enceintes

Antigènes	
VAT 1	Dès le 1er contact ou la 1ère CPN
VAT 2	30 jours après VAT1
VAT 3	6 mois après VAT2
VAT 4	1 an après VAT3
VAT 5	1an après VAT4

5-Hypothèses

- Les séances de vaccination de routine dans les CSCOM permettent d'améliorer le statut vaccinal des cibles (enfants de 0 à 11 mois et femmes enceintes).
- La vaccination systématique des femmes enceintes contre le tétanos leur permet d'obtenir une meilleure couverture vaccinale.

6-Objectifs

6-1-Objectif général

Evaluer le statut vaccinal des enfants âgés de 0 à 11 mois pour les antigènes du PEV et le nombre de doses de VAT reçues chez les femmes enceintes.

6-2-Objectifs spécifiques

- ✓ Déterminer le pourcentage des enfants complètement vaccinés.
- ✓ Déterminer les raisons de non vaccination chez les enfants âgés de 0 à 11 mois.
- ✓ Déterminer le statut vaccinal des femmes enceintes.

III –DEMARCHE METHODOLOGIQUE

1-Cadre et lieu d'étude

Situé sur la rive gauche dans le centre ville de Bamako accès très facile, le Quartier de Djikoroni Para fait partie de la commune IV du district de Bamako. Il s'étend sur un plateau peu vaste et est limité à l'est par les Bases A et B, à l'ouest par Sébenikoro, au nord par Hamdalaye et Lafiabougou au sud limité par le fleuve Niger et Badalabougou. L'ASACODJIP où s'est déroulée notre étude est l'association de santé communautaire de Djikoroni para couvrant cinq secteur (Troukabougou, Flabougou, Abdoulayebougou, Mariambougou et Tinikoumba) avec une population totale de 32139 habitants en 2012, les femmes représentent 5% et les enfants âgé de 0-11 mois représentent 4% de la population.

1-1 Organisation structurale du CSCom

Le CSCom, est composé de :

- Une guichet pour vente de ticket.
- Une salle de consultation curative
- Une salle de soins (pansement et injection).
- Une salle de consultation prénatale.
- Une salle d'accouchement
- Une salle suite de couche,
- Une salle PTME (prévention transmission de VIH mère enfant) et PF (planning familial)
- Un dépôt de vente des médicaments essentiels génériques
- Une salle d'observation.
- Une salle de réunion pour l'ASACO.

1-2 Le personnel:

ASACODJIP:

- Un médecin
- *Trois sages femmes*
- Cinq techniciens de santé
- Un technicien de laboratoire
- Deux infirmières obstétriciennes
- Trois matrones
- Un gardien de manœuvre
- Un comptable
- Une gérante du dépôt de médicament

2-Type d'étude :

Il s'agit d'une étude transversale et descriptive pour évaluer le statut vaccinal des enfants âgés de 0 à 11 mois et les femmes enceintes à l'ASACODJIP.

3- Période d'étude :

L'étude s'est déroulée du 15 janvier au 15 février 2012.

4- Population d'étude

Notre étude a concerné les femmes enceintes et les enfants faisant leurs vaccins dans l'ASACODJIP pendant la période d'étude.

5-Critères d'inclusion

Ont été inclus dans notre étude

- Les femmes enceintes pour le VAT
- Les enfants âgés 0 à 11 mois pour les autres vaccins du PEV

6- Critères de non inclusion :

N'ont pas fait partie de notre étude :

- Les femmes non enceintes pour le VAT
- Les enfants de plus de 11 mois pour les autres vaccins du PEV.

- Les cas de Refus

7- Technique et déroulement du recrutement :

- Il s'agit d'un recrutement systématique de toutes les mères d'enfant âgés de 0-11 mois et des femmes enceintes se présentant pour la vaccination au cours de la période d'enquête et qui ont acceptés de se soumettre à des questionnaires qui se trouvent avec l'enquêteur en place.

8- Collecte des données

- Elle a été faite selon des questionnaires individuels:
- Un questionnaire pour les mères des enfants âgés de 00-11 mois
- Un questionnaire pour les femmes enceintes
- La technique de collecte des données a été faite par une interview et une lecture des documents tels que les carnets et ou les registres.

9-Plan d'analyse des données:

- Les données ont été saisies sur Microsoft World 2007, analysées sur le logiciel Epi info 3-5-3 version française et traitées sur Microsoft office Excel 2007.

10-Aspect éthique :

Les femmes enceintes et les mères d'enfants de 0 à11 mois ont été informées et sensibilisés sur l'objet de notre étude qui a un but purement scientifique. Nous avons obtenu le consentement de tous les participants à cette étude.

IV- RESULTATS

Au terme de notre étude nous avons enrôlé 211 enfants âgés de 0 à 11 mois et 189 femmes enceintes. Aucune rupture de vaccin n'a été observée. Tous les enfants recrutés ont été vaccinés, certains étaient en retard sur le calendrier vaccinal.

Les tableaux ci-dessous donnent la répartition des résultats.

1- Couvertures vaccinales chez les enfants âgés de 0-11 mois

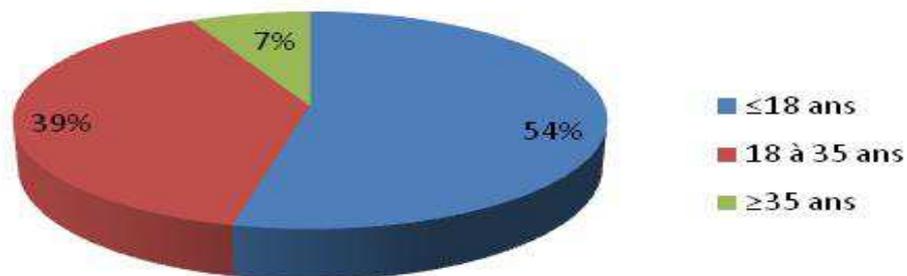


Figure 1: Répartition des mères selon la tranche d'âge

L'âge des mères était compris entre 18-35 ans dans 82%

Tableau I : Répartition des mères en fonction du statut matrimonial

Statut matrimonial	Effectif	Pourcentage
Mariée	173	82,0
Célibataire	37	17,5
Veuve	1	0,5
Divorcée	0	0,0
Total	211	100

Les femmes mariées étaient les plus représentées avec 82%.

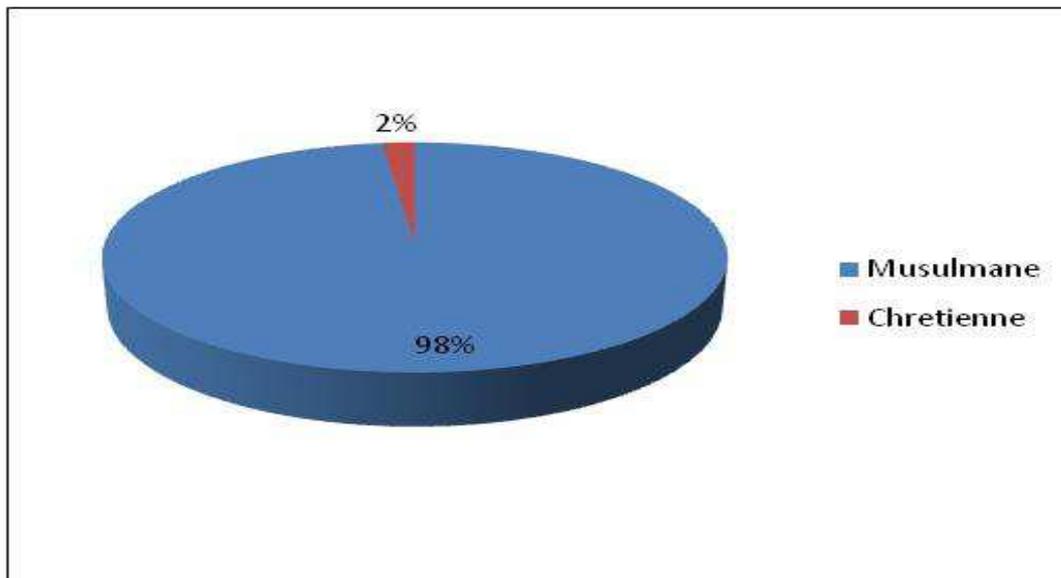


Figure 2 : Répartition des mères selon la religion

Les musulmanes étaient les plus représentées avec 98% des cas.

Tableau II: répartition des mères selon la profession

Profession	Effectif	Pourcentage
Ménagère	113	53,6
Vendeuse	43	20,3
Elèves et étudiantes	31	14,7
Cadre moyen	7	3,4
Cadre supérieur	5	2,3
Autres	12	5,7
Total	211	100

Autres : Aide ménagère : 3 Coiffeuse : 3 Artiste : 2 Hôtelière : 2 Technicienne de surface : 2

Les ménagères étaient les plus représentés avec 53,6% des cas.

Tableau III : Répartition des mères selon l'éthnie

Ethnie	Effectif	Pourcentage
Bambara	64	30,3
Malinké	53	25,1
Peulh	31	14,7
Sarakolé	21	10
Kassongué	4	1,8
Sonrhäi	5	2,4
Bobo	7	3,3
Senoufo	6	2,9
Minianka	5	2,4
Autres	15	7,1
Total	211	100

Autres : Maure : 2 Haoussa : 2 Mossi : 3 Kakolo : 2 Chemou : 1 Wolof : 2
Dogon : 2 Somono : 1

Les Bambara étaient les plus représentés avec 27,9% des cas.

Tableau IV: Répartition des mères selon le niveau d’instruction

Niveau d’instruction	Effectif	Pourcentage
Instruction primaire	58	27,5
Instruction secondaire	28	13,3
Instruction supérieure	18	8,5
Non scolarisée	61	28,9
Alphabétisée	24	11,4
Non alphabétisée	22	10,4
Total	211	100

Les non scolarisés étaient les plus représentés 28,9% des cas.

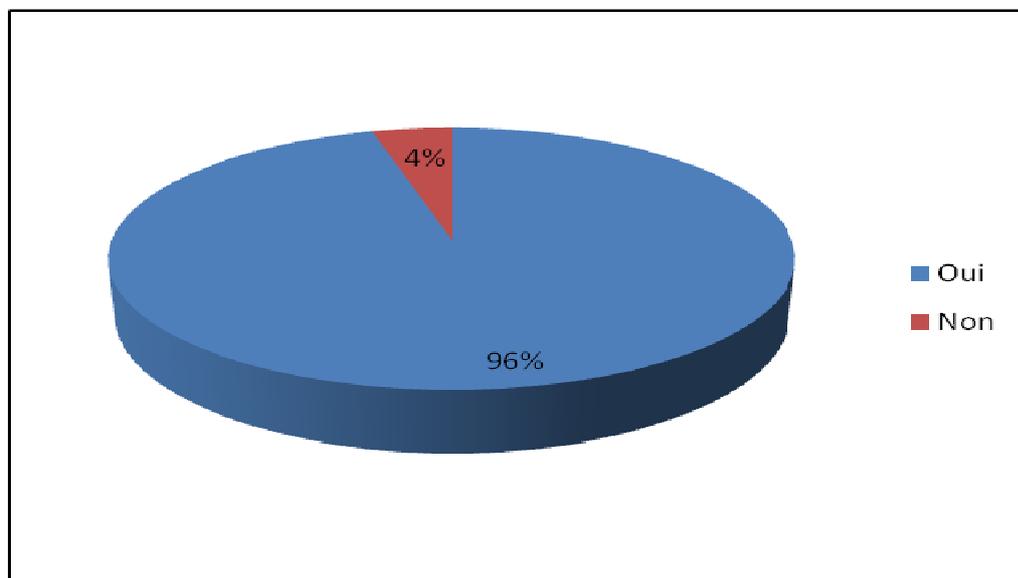


Figure 3 : Répartition des mères selon la connaissance de la vaccination

Les mères d’enfants connaissent la vaccination dans 96% des cas.

Tableau V : Répartition des mères selon le lieu de vaccination des enfants âgés de 0-11 mois

Lieu de vaccination	Effectifs	Pourcentage
CSCOM	205	97,1
CS Réf	6	2,9
Total	211	100

La vaccination reçue dans le cscm était le plus représentés dans 97,1% des cas.

Tableau VI : répartition des mères selon la compréhension de la vaccination

Qu'est ce que la vaccination ?	Effectif	Pourcentage
Protection des enfants contre les maladies	179	85,2
Traitement des maladies	21	10,0
Ne sais pas	10	4,8
Total	211	100

La protection des enfants contre les maladies est connue par les mères dans 85,2% des cas

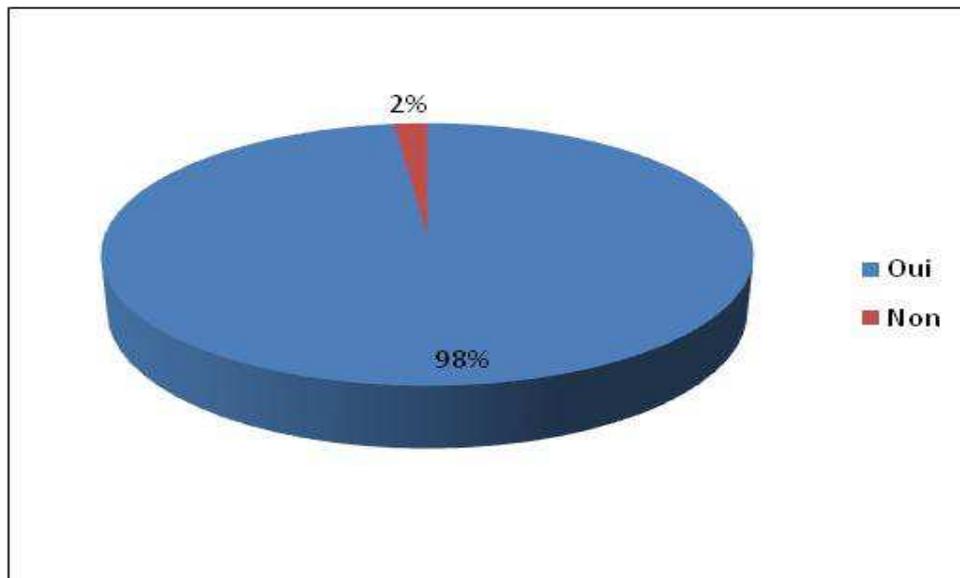


Figure 4 : Répartition des mères selon l'information reçues sur la vaccination
Les mères informées sur la vaccination étaient les plus représentées avec 98% des cas

Tableau VII: Répartition des mères selon les canaux d'information

Par quels canaux	Effectif	Pourcentage
Agent de santé	119	56,4
Relais de communication	81	38.4
Animateur de projet	0	0
Emission radio ou télé	6	2.9
Les amies	5	2.3
Total	211	100

L'information transmise par les agents de santé a été la plus représentée avec 56,4%

Tableau VIII: Répartition des mères selon le type d'antigène connu

Antigène anti polio	Effectifs	Pourcentage
Oui	112	53,1
Non	99	46,9
Total	211	100

L'antigène anti polio est connu par 53,1% des mères

Tableau IX : Répartition des mères selon le type d'antigène connu

Antigène anti tuberculeux	Effectifs	Pourcentage
Oui	180	85,3
Non	31	14,7
Total	211	100

L'antigène anti tuberculeux est connu par 85,3% des mères

Tableau X : Répartition des mères selon le type d'antigène connu

Penta+Pneumo	Effectifs	Pourcentage
Oui	8	3,8
Non	203	96,2
Total	211	100

L'Antigène contre le Penta+Pneumo n'est pas connu par 96,2% des mères

Tableau XI : Répartition des mères selon le type d'Antigène connu

Fièvre jaune	Effectifs	Pourcentage
OUI	15	7,1
Non	196	92,9
Total	211	100

La fièvre jaune n'est pas connue par 92,9% des mères

Tableau XII : Répartition des mères selon le type d'antigène connu

Méningite	Effectifs	Pourcentage
Oui	187	86,6
Non	24	11,4
Total	211	100

La méningite est connue par 86,6% des mères

Tableau XIII : Répartition des mères selon le type d'antigène connu

Rougeole	Effectifs	Pourcentage
Oui	179	84,9
Non	32	15,1
Total	211	100

La rougeole est connue par 84,9% des mères

Tableau XIV : Répartition des enfants âgés de 0-11mois selon le type d'Antigène administré.

Antigène anti polio	Effectifs	Pourcentage
Reçu	207	98,1
Non reçu	4	1,9
Total	211	100

98,1% des enfants âgées de 0-11 mois ont reçue l'Antigène anti polio

Tableau XV : Répartition des enfants âgés de 0-11mois selon le type d'Antigène administré

Antigène anti tuberculeux	Effectifs	Pourcentage
Reçu	211	100
Non reçu	0	0
Total	211	100

100% des enfants âgés de 0-11 mois ont reçue le BCG

Tableau XVI : Répartition des enfants âgés de 0-11mois selon le type d'Antigène administré

Penta+Pneumo	Effectifs	Pourcentage
Reçu	133	63,0
Non reçu	78	37,0
Total	211	100

63% des enfants âgés de 0-11 mois ont reçue le vaccin contre le Penta+Pneumo.

Tableau XVII : Répartition des enfants âgés de 0-11mois selon le type d'Antigène administré

Fièvre jaune, Rougeole	Effectifs	Pourcentage
Reçu	172	81,5
Non reçu	39	18,5
Total	211	100

Les enfants Agés de 0-11 mois ont reçu le vaccin contre la fièvre jaune dans 81,5% des cas.

Tableau XVIII: répartition des mères selon la raison de la nécessité de la vaccination

La vaccination est elle nécessaire?	Effectif	Pourcentage
Protection des enfants contre les maladies	163	77,2
Bonne santé de l'enfant	34	16,1
Ne sais pas	14	6,7
Total	211	100

Selon les mères elle est nécessaire pour la protection des enfants contre les maladies dans 77,2% des cas.

Tableau XIX: Répartition selon la raison du retard sur le calendrier vaccinale des enfants âgés de 0 à 11 mois.

Raison du retard sur le calendrier vaccinale	Effectif	Pourcentage
Occupation ménagère	8	53,3
Manque de moyen	2	13,3
Attente trop longue	5	33,4
Longue distance	0	0
Considération religieuse	0	0
Considération culturelle	0	0
Malaise fréquente après vaccination	0	0
Total	15	100

L'occupation ménagère influence le retard de la vaccination des enfants âgés de 0-11 mois dans 53,3% des cas.

Tableau XX : suggestion des mères pour la vaccination

Que suggérez pour la vaccination	Effectif	Pourcentage
Faire au quartier	75	35,5
Faire gratuitement	42	20,0
Prime de déplacement	5	2,4
Augmentation des bureaux de vaccination	89	42,1
Total	211	100

Les mères qui suggèrent une augmentation des bureaux de vaccination sont les plus représentés avec 42,1% des cas.

2- Couverture vaccinale de la femme enceinte

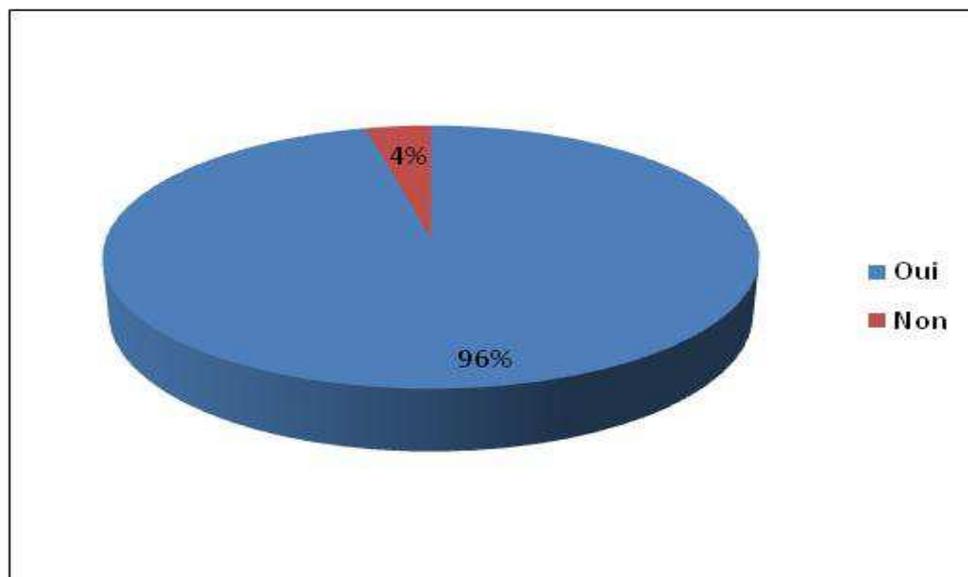


Figure 5 : Répartition des femmes enceintes selon la vaccination reçue

Les femmes enceintes ont reçu au moins deux doses de VAT dans 96% des cas.

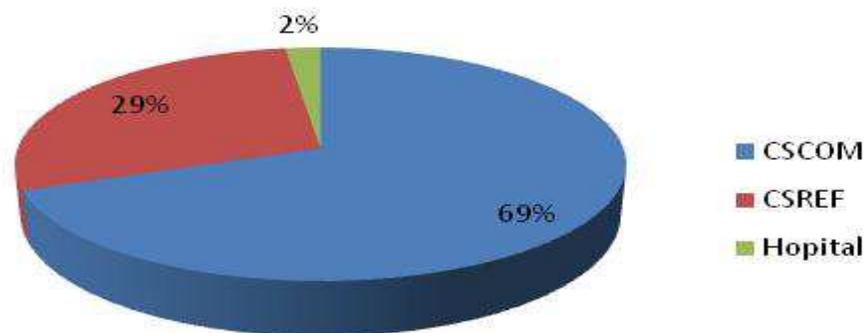


Figure 6 : Répartition des femmes enceintes selon le Lieu de CPN

Les femmes enceintes ayant fait leurs CPN dans le CSCOM étaient les plus représentés.

Tableau XXI : répartition des femmes enceintes selon la profession

Profession	Effectif	Pourcentage
Ménagère	135	71,4
Vendeuse	22	11,6
Elèves et étudiants	15	8
Cadre moyen	6	3,1
Cadre supérieur	4	2,1
Autres	7	3,8
Total	189	100

Autres : Aide-ménagères : 2, Coiffeuses : 2, Couturières : 2, Hôtelières :1

Les ménagères étaient les plus représentées avec 71, 4%

Tableau XXII: répartition des femmes enceintes selon le statut matrimonial

Statut matrimonial	Effectif	Pourcentage
Marié	145	76,7
Célibataire	37	19,7
Veuve	2	1,0
Divorcé	5	2,6
Total	189	100

Les mariées étaient les plus représentés avec 76,7% des cas.

Tableau XXIII : Répartition des femmes selon le nombre de grossesse

Nombre de grossesse	Effectif	Pourcentage
Primigeste	105	55,6
2 ^{ème} geste	33	16,7
3 ^{ème} geste	10	5,2
4 ^{ème} geste	15	8
5 ^{ème} geste	19	10,0
6 ^{ème} geste	7	3,8
Total	189	100

Les primigestes étaient les plus représentés avec 55% des cas.

Tableau XXIV : Répartition des femmes enceintes selon le nombre de VAT reçue

Nombre de VAT reçue	Fréquence	Pourcentage
Vat 1	28	14,8%
Vat 2	105	55,6%
Vat 3	25	13,2%
Vat 4	21	11,1%
Vat 5	10	5,2%
Total	189	100%

Les femmes enceintes qui avaient reçues deux doses de VAT étaient les plus représentées.

Tableau XXV : Répartition des femmes enceintes selon les raisons de non vaccination

Raisons de non vaccination	Effectif	Pourcentage
Occupation ménagère	3	42,9
Attente trop longue	2	28,5
Manque de moyens	2	28,6
Rupture au centre	0	0
Ne sais pas	0	0
Total	7	100

L'occupation ménagère influence la raison de non vaccination chez la femme enceinte dans 42,9% des cas.

Tableau XXVI : Répartition des femmes enceintes selon la tranche d'âge

Age	Effectif	Pourcentage
16 à 26 ans	54	27
27 à 37 ans	121	64,0
38 à 45	14	7,4
Total	189	100

La tranche d'âge la plus représentés était celle situé entre 27-37 ans.

Tableau XXVII : Répartition des femmes enceintes selon l'éthnie.

Ethnies	Effectif	Pourcentage
Bambara	56	29,6
Malinké	23	12,1
Peulh	17	9
Sarakolé	20	10,6
Dogon	13	7
Sonrhaï	16	8,4
Bobo	1	0,5
Somono	15	8
Senoufo	6	3,1
Bozo	22	11,7
Total	189	100

Les Bambara étaient les plus représentés avec 29,6%

V-COMMENTAIRES ET DISCUSSION

1-Méthodologie :

Il s'agissait d'une étude transversale et descriptive couvrant la période allant du 15 Janvier 2012 au 15 Février 2012 dont l'objectif principal est d'évaluer le statut vaccinal des enfants âgés de 0 à 11 mois pour les antigènes du PEV et le nombre de doses de VAT reçues chez les femmes enceintes Dans l'ASACODJIP. Les difficultés rencontrées ont été d'une part le manque de collaboration chez certaines mères mais aussi les carnets déchirés d'autres part l'horaire de l'enquête ne coïncidait pas avec celui des mères trop pressées pour aller à leur occupation. Nous avons recensé durant la période d'étude 400 cas, répondant aux critères d'inclusion.

2-Caractéristiques sociodémographiques :

Au total nous avons interrogé 211 mères de famille dans l'ASACODJIP dont 173 étaient mariées soit 82% des cas et 37 étaient célibataires soit 17,5% des cas et une veuve soit 0,5% des cas et 189 femmes enceintes dont 145 étaient mariées soit 76,7% des cas et 37 étaient célibataire soit 19,7 % des cas et 2 veuves soit 1,0 % des cas et 5 étaient divorcés soit 2,6 % des cas. Cela pourrait s'expliquer par le fait qu'en général dans nos sociétés, les jeunes filles se marient très tôt. Bana Cissé dans son étude au point g avait trouvé la même prédominance. Dans notre société une jeune fille mère est jugée non seulement par sa famille mais aussi par l'entourage sur ceux les célibataires ne sont pas trop actifs dans notre étude.

Il s'est révélé par rapport à la connaissance de la nécessité de la vaccination pour la mère et pour la femme enceinte dans 100% des cas. Cet état de fait, confirme la place de la mère dans la gestion du bien être de la famille dans la société malienne. Une étude menée au Mali en 2006, atteste que la femme intervient, pour sa propre santé, celle de ses enfants et i dans la prise en charge

des dépenses de santé [14]. Du point de vue profession, les ménagères étaient les plus représentées dans notre étude avec 53,6% des cas contre 46,4% des femmes ayant d'autres occupations. Cela pourrait s'expliquer par le fait que les enquêtes ont eu lieu dans la matinée, certaines se disaient être en retard pour leur occupation donc n'ayant pas été incluses dans l'étude.

3-Statut vaccinal des enfants âgés de 0 à 11 mois :

Les informations recueillies sur les carnets de vaccination et des déclarations des mères indiquent que 100% des enfants âgés de 0-11 mois sont vaccinés contre les maladies cibles du PEV. Ainsi 100% des enfants ont reçu le BCG ; 98,1% le vaccin contre la polio ; 81,5% le vaccin contre la rougeole et 81,5% pour celui de la fièvre jaune cela s'explique par le fait qu'au cours de l'enquête nous avons eu plus de 3 mois que 9 mois. L'enquête démographique et de santé Mali 2006 (EDSMIV) [15]. Trouvait des taux de couverture pour les mêmes vaccins avec respectivement 77% pour le BCG, 85% pour polio, 68% pour la rougeole.

L'UNICEF dans « Review of National Immunisation Coverage /Mali / 2005 » [1]. Trouvait des taux de couverture pour les mêmes vaccins avec respectivement 82%, 95%, 84%, 86% des cas.

Dans l'ensemble la plus part des enfants reçoivent leur vaccin dans un établissement public dont 99% des enfants âgés de 0-11 mois ont reçus le vaccin dans les centres de santé communautaire 1% dans les centres de santé de référence et seulement 0,35% des vaccins ont été reçu au quartier. Selon B-Totio Fotso 44% des enfants ont reçu leur vaccin dans les centres de santé de référence et 52% dans les centres de santé communautaire seulement 4% des enfants ont été reçus dans les structures privées non gouvernementales. L'étude fait en commune V au Mali par Mme Camara N'Toumbi-Sissoko avait souligné ce même constat. Ceci pourrait se justifier par le coût réduit et la

grande accessibilité aux structures publique et par le fait qu'après le BCG les CS Réf orientent vers les CSCOM.

4-Les raisons du retard sur le calendrier vaccinal des enfants âgés de 0-11 mois :

Les raisons du retard sur le calendrier vaccinal des enfants âgés de 0-11 mois sont les suivantes :

L'occupation ménagère avec 53,33% le manque moyen avec 13,3% et la longue attente avec 33,4% influence sur le taux de la couverture vaccinale à la différence de C-N'Toumbi Sissoko chez qui les enfants n'ont pas du tout été vacciné, les raisons de non vaccination chez lui sont dominés par les obstacles (longue attente des mères 23.8% et la non convenance de l'heure des séances de vaccination 21,9%). Ainsi selon Aminata Dembélé les raisons de non vaccination ont été le manque d'information sur l'importance de la vaccination et les occupations des mères. Egalement selon Moussa Touré les raisons de non vaccination qui ont été évoqué sont le manque de vaccin, l'absence des parents, absence de centre de vaccination, attente de passage de l'agent de santé.

D'autres causes non négligeables ont été citées par les mères : manque d'information, multiples occupations de la mère, carte perdue, temps de déplacements, l'horaire de la vaccination.

5-Les raisons de non vaccination des femmes enceintes :

Les raisons de non vaccination sont dominées par les obstacles suivant :

L'occupation ménagère : 42,9%, l'attente trop longue : 28,6 % et le manque de moyen : 28,5%

6-Statut vaccinal des femmes enceintes :

Il ressort, des informations relevées dans le carnet de vaccination et des déclarations des femmes enceintes que 96% sont vaccinés contre le tétanos

néonatal 105 étaient des primigestes ayant reçues la deuxième dose de vaccin anti tétanique avec 55,6%. T-Konaté trouvait en commune I 46,6% de femmes ayant reçu la deuxième dose du vaccin anti tétanique, en commune VI elle représentait juste 41%. ils s' est révélé qu'une femme commence son immunité à partir de la deuxième dose de VAT.

L'objectif d'élimination du tétanos néonatal est de vacciner 80% des femmes en âge de procréer au vaccin anti tétanique (VAT3) en 3 passages d'après le plan d'action de la 3eme édition de la campagne d'élimination du tétanos maternel et néonatal au Mali en 2004 [14]. Cet objectif n'est pas atteint dans notre étude car durant l'enquête la plus part des femmes enceintes étaient des primigestes.

Le nombre insuffisant de mère complètement protégé contre le tétanos néonatal pourrait s'expliquer par l'ignorance des populations sur l'importance et la nécessité de poursuivre les autres doses de vaccins anti- tétaniques.

VI-CONCLUSION

Les résultats obtenus suggèrent que le PEV a permis d'améliorer sensiblement la couverture vaccinale dans l'ASACODJIP. A savoir 100% des enfants ont reçu le BCG, 98,1% ont reçu le vaccin anti polio, 81,5% ont reçu le vaccin anti rougeoleux, 81,5% ont reçu le vaccin contre la fièvre jaune. Au cours de l'enquête nous n'avons pas observé de non vaccination mais plutôt un retard sur le carnet vaccinal causé par une occupation ménagère, un manque de moyen et une attente trop longue. Au regard des résultats obtenus nous pouvons dire que de plus en plus de femmes enceintes se font vacciner pendant leur grossesse dont 96% des femmes enceintes sont complètement vaccinées contre le tétanos lors des consultations prénatales et 55,6% des femmes enceintes avaient commencé leurs immunités.

VII- RECOMMANDATIONS

Aux autorités

- Organiser des campagnes d'IEC axées sur la nécessité de poursuivre régulièrement les autres doses de vaccins anti tétaniques chez les femmes enceintes.

Aux personnels de santé

- Expliquer les manifestations secondaires de chaque vaccin aux mères d'enfants et la conduite à tenir tout en insistant sur leur bénignité et les avantages à être vacciné correctement.

- Vacciner systématiquement toutes les femmes en âge de procréer contre le tétanos.

- Renforcer la communication sur les maladies cibles du PEV.

- Diminuer les temps d'attente des mères lors des séances de vaccinations.

Aux populations

- inciter les femmes à venir recevoir la VAT ainsi qu'à faire vacciner les enfants.

VIII REFERENCES:

1- Sissoko.C.T : Evaluation de la couverture vaccinale chez les enfants de 12-23 mois et les mères de 15-49 ans en commune V du District de Bamako, Thèse Med 2005, 72 pages.

2- Fosto.T.B : Evaluation de la couverture vaccinale chez les enfants de 12-23 mois et les mères d'enfants de 0-11 mois dans le village du point G.A propos de 100 cas ,Thèse Med 2007,65 pages.

3- Doumbia.S : Evaluation de la couverture vaccinale en commune IV du District de Bamako en 2008,83 pages, Thèse de Med 2009,83 pages.

4- <http://www.sante.cfwb.be> 15/03/2012

Histoire de la vaccination

5- Touré M : Les occasions manquées en vaccinologie dans le district de Bamako concernant les enfants de 0-12 mois, Thèse Med 2005,75 pages.

6- Dembélé A : Evaluation de la couverture vaccinale des enfants de 12-23 mois et des femmes en âge de procréer dans la commune VI du district de Bamako, Thèse Med 2005,70 pages.

7-Drucker J

Vaccinations

Rev prati(Paris) 1991, Vol 41, n°20 P 2001-2004.

8-Pichard E

Pathologie infectieuse, 2002

9-Institut Mérieux

Les vaccinations –Généralités

6eme édition, P 130

10-OMS

Halte à la baisse de la couverture vaccinale

Bulletin du PEV 1994 P 45

11-Ajjan Nizan

Vaccination (Institut Mérieux)

5ième édition 1990 ; p 296

12-DNS/DPLM/SI

Enquête nationale de couverture vaccinale, Décembre 1998

13-PEV : 25ans demain

Médecine Tropicale. 2001.61.2.

14- Cissé B : Etude de la couverture vaccinale chez les enfants de 12-23 mois et les mères enfants de 0-11 mois dans le village du point G en commune III du District de Bamako, Thèse Med 2010,64 pages.

15-Enquête démographique et de Santé IV Mali.

Rapport de synthèse : en 2006 p 128-129-130-130

16- Konaté T : Evaluation de la couverture vaccination des enfants de 12-23 mois et des femmes en âge de procréer dans la commune I du District de Bamako par la méthode LQAS, Thèse Med 2005,157 pages.

VIII. ANNEXES :

Evaluation du statut vaccinal des enfants de 0-11 mois et femmes enceintes dans un CSCOM de djikoroni para(Asacodjip) de la Commune IV du District de Bamako en 2012.

1-Fiche d'enquête N°/___/___/___...2-Concession N°/___/___/___...3-Ménage N°/___/___

I- DONNEES SOCIODEMOGRAPHIQUES

1-Prénoms :.....Nom :.....

2- Age de la mère (en années)...../___/___

3- Statut matrimonial...../___

1- mariée ; 2- célibataire ; 3- divorcée ;4- veuve

4- Nombre d'enfants :...../___

5- Principale occupation...../___

1- ménagère ; 2- fonctionnaire cadre sup. ; 3- fonctionnaire cadre moyen ; 4-vendeuse 5- élève/étudiante ; 6- autre (à préciser) : _____

6-Niveau d'instruction :...../___

1- primaire ; 2- secondaire ; 3- supérieur ; 4-non scolarisée ; 5- alphabétisée ; 6- non alphabétisée

7-Ethnie :...../___

1- bambara ; 2- malinké ; 3- dogon ; 4- sonrhäï ; 5- peuhl ; 6- bobo ; 7- senoufo ; 8- soninké ; 9-bozo ; 10- somono ; 11- autre (à préciser) : _____

8-Religion :...../___

1- musulman ; 2- chrétien ; 3- animiste ; 4- autre (à préciser) : _____

9-Nationalité :...../___/

1-Malienne ; 2 autre (à préciser)_____

II- CONNAISSANCE DE LA VACCINATION ET DU VACCIN

10-Connaissez- vous la vaccination ?..... 1- oui 2- non

11- Qu'est ce que la vaccination ?...../___/

1- protection contre les maladies ; 2- traitement des maladies 3- ne
sais pas 4- autre (à préciser) _____

12- Avez-vous reçu des informations sur la vaccination ?.....1-oui
2-non/

13- Par quels canaux ?/___/

1- agent de santé ; 2- relais communautaire ; 3- animateurs de projets ;
4- émission radio ou télé ; 5-les amies 6- autre (à
préciser) :_____

14- Quels types de vaccin connaissez- vous (guider par les
périodes) ?...../___/

1- vaccin anti tuberculeux ; 2-vaccin anti polio ; 3- DTC+ HepB+Hib(PENTA) ;
4- fièvre jaune (VAA)

III- ETAT VACCINAL DE L'ENFANT

15- Vos enfants sont ils vaccinés ?1- oui 2- non

16- Si oui où 1- CESCO ; 2- CSREF ; 3- au quartier ;
4- autre (à préciser)_____

17- Quels vaccins ont-ils reçus ?...../___/

1- vaccin anti tuberculeux ; 2-vaccin anti polio ; 3- DTC+
HepB+Hib(PENTA) ; 4- fièvre jaune (VAA)

Sont ils à jour pour la vaccination ?..... 1- oui / / 2- non

18- Si non pour quelles raisons ?.....
1-occupation ménagère ; 2- manque de moyen ; 3- attente trop
longue ; 4- longue distance ; 5- considération religieuse ; 6-
considération culturelle ; 7- malaise fréquente après vaccination ; 8-
autre (à préciser) _____

19- Ont-ils un carnet de vaccination 1- oui / 2- non /

20- Si non pourquoi.....
1- manque de moyen ; 2- rupture au centre ;
3- autres (à préciser) _____

IV- ETAT VACCINAL DE LA MERE

21- Quels nombres de vaccins avez-vous reçu lors de votre C.P.N?
.....

22- 1- oui / 2- non /

23- Si oui où 1- CESCO / ; 2- CSREF / / ; 3- au quartier / / ;
4- autre (à préciser) _____

24- Si non pour quelles raisons ?.....
1- occupation ménagère ; 2- manque de moyen ; 3- attente trop
longue ; 4- longue distance ; 5- considération religieuse ; 6- considération
culturelle ; 7- malaise fréquente après vaccination 8- déjà vaccinée ; 9-
autre (à préciser) _____

25- Quels vaccins avez-vous reçus ? 1- vaccin antitétanique / /
2- autre (à préciser) _____

26- Avez-vous un carnet de vaccination ?..... 1- oui / 2- non /

27- Si non pourquoi ?.....

1- manque de moyen ; 2- rupture au centre ; 3- autres (à préciser)_____

CONCLUSION

28- Selon vous la vaccination est elle nécessaire ?1- oui ;
2- non

29- Si oui pour quelles raisons ?.../
1- protection de l'enfant contre les maladies ; 2-bonne santé de l'enfant ;
3- ne sais pas ; 4- autre (à préciser)_____

30- Si non pour quelles raisons ?.../
1- Stérilité des femmes ; 2- espacement des naissances, 3- autre (à préciser)_____

31- Que suggérez-vous pour la vaccination...../
1- à faire au quartier ; 2- gratuitement ; 3-prime de déplacement ; 4-
augmentation des bureaux de vaccination dans le centre ; 5- autre (à préciser) ; 6- RAS

C'est la fin de l'entretien je vous remercie !

Avez-vous des questions à me poser ou avez-vous d'autres observations sur la vaccination

.....
.....
.....

1. FICHE SIGNALITIQUE

Localisation et résumé de la thèse :

Nom : Haidara

Prénom : Nana Kadidia

Titre de la thèse :

Evaluation du statut vaccinal des enfants âgés de 0-11 mois et les femmes enceintes dans un CSCOM de djikoroni para (ASACODJIP) de la Commune IV du District de Bamako en 2012.

L'année universitaire : 2011-2012

Pays d'origine : Mali

Lieu de dépôt : bibliothèque de la FMOS de l'Université de Bamako.

Résumé :

Notre étude de type transversale et descriptive, s'est déroulée du 15 janvier au 15 Février 2012 dans l'ASACODJIP en commune IV du District de Bamako.

L'objectif général de cette étude était d'évaluer le statut vaccinal des enfants âgés de 0 à 11 mois et le nombre de VAT reçu chez les femmes enceintes à l'ASACODJIP. Il ressort de cette étude que :

- ✓ les enfants complètement vaccinés étaient 100%
- ✓ Les femmes enceintes qui ont reçu la VAT étaient 95%
- ✓ Les mères qui connaissaient la nécessité de la vaccination étaient de 100%
- ✓ Les raisons du retard sur le calendrier vaccinal des enfants étaient surtout l'occupation ménagère des mères avec 50% et le manque de moyen avec 28,6%.

Mot clé : vaccination, mères, enfants.

SERMENT D'HIPPOCRATE

En présence des Maîtres de cette faculté, de mes chers condisciples, devant l'effigie d'Hippocrate, je promets et je jure, au nom de l'être suprême, d'être fidèle aux lois de l'honneur et de la probité dans l'exercice de la Médecine.

Je donnerai mes soins gratuits à l'indigent et n'exigerai jamais un salaire au dessus de mon travail, je ne participerai à aucun partage clandestin d'honoraires.

Admis à l'intérieur des maisons, mes yeux ne verront pas ce que s'y passe ma langue taira les secrets qui me seront confiés et mon état ne servira pas à compromettre les mœurs, ni à favoriser le crime.

Je ne permettrai pas que des considérations de religion, de nation, de race, de parti, ou de classe sociale viennent s'interposer entre mon devoir et mon patient.

Je garderai le respect absolu de la vie humaine dès la conception.

Même sous la menace, je n'admettrai pas de faire usage de mes connaissances médicales contre les lois de l'humanité.

Respectueuse et reconnaissante envers mes maîtres, je rendrai à leurs enfants l'instruction que j'ai reçue de leur père.

Que les hommes m'accordent leur estime si je suis fidèle à mes promesses.

Que je sois couverte d'opprobre et méprisée de mes confrères si j'y manque !

Je le jure !