

Étude des obstacles à la vaccination antitétanique chez les femmes en gestation au centre de référence de la commune V du District de Bamako.

Study of the obstacles to tetanus vaccination in pregnant women at the reference center of commune V of the Bamako District.

SANGARE Amadou Tiéman

Enseignant – Chercheur

Institut des Sciences Appliquées (ISA), Département : Chimie Appliquée
Université des Sciences Techniques et Technologiques de Bamako (USTTB)-Mali

Laboratoire FST/ISA-USTTB

sanats06@yahoo.fr

Date de soumission : 18/08/2021

Date d'acceptation : 27/09/2021

Pour citer cet article :

SANGARE.A. (2021) « Étude des obstacles à la vaccination antitétanique chez les femmes en gestation au centre de référence de la commune V du District de Bamako », Revue Française d'économie et de Gestion « volume 2: Numéro 10 » pp : 39-56.

Author(s) agree that this article remain permanently open access under the terms of the Creative Commons Attribution License 4.0 International License



Résumé :

Les maladies infectieuses telles que la rougeole, la poliomyélite, la tuberculose, la coqueluche, la diphtérie et le tétanos ..., la liste ne saurait être exhaustive, font de nombreuses victimes à travers le monde tant dans les pays développés que dans le tiers-monde.

Ainsi, le groupe le plus vulnérable composé des femmes enceintes et des enfants, à cause de leur faible résistance est fortement menacé. Mis au point dans les pays du tiers-monde en 1974, le programme élargi de vaccination en abrégé PEV a pour but de prévenir ces maladies.

Au Mali malgré l'existence d'une politique nationale de vaccination, la couverture vaccinale du tétanos néonatal reste faible. Selon l'enquête Démographique et de santé (EDS) IV du Mali, le taux de naissances protégées contre le tétanos néonatal est de 56%.

Il apparaît malheureusement que, pour diverses raisons, notre population –cible composée de femmes gestantes d'au moins 8 mois respecte très peu ou pas du tout le calendrier de vaccination contre le tétanos. Il est à noter que notre échantillon se compose de 77 Femmes enceintes.

Mots clés : Tétanos ; Vaccin ; Femmes en Gestation ; CSREF ; Commune V.

Abstract

Infectious diseases such as measles, polio, tuberculosis, whooping cough, diphtheria and tetanus..., the list cannot be exhaustive, claim many victims throughout the world, both in developed countries and in the third world.

Thus, the most vulnerable group composed of pregnant women and children, because of their low resistance is strongly threatened.

Developed in third world countries in 1974, the expanded program of immunization in abbreviated form PEV aims to prevent these diseases.

In Mali, despite the existence of a national vaccination policy, vaccination coverage for neonatal tetanus remains low. According to Mali's Demographic and Health Survey (DHS) IV, the rate of births protected against neonatal tetanus is 56%.

Unfortunately, it appears that, for various reasons, our target population, made up of pregnant women of at least 8 months of age, respects the tetanus vaccination schedule very little or not at all. It should be noted that our sample consists of 77 pregnant women.

Keywords: Tetanus; Vaccin; Pregnant women; CSREF; Municipality V.

Introduction :

LAROUSSE (1987) définit la vaccination comme étant : l'introduction dans l'organisme d'un vaccin, soit en vue de créer l'immunité à l'égard de l'infection correspondante (vaccin préventif) soit en vue de développer les défenses de l'organisme contre une infection déjà installée (vaccinothérapie).

Ainsi la première vaccination fut celle contre la variole, réalisée par (JENNER, 1796), puis successivement furent mis au point les vaccins contre :

- La rage par (Pasteur, 1884)
- La peste (Yersin & Haffikine, 1895)
- Le choléra, la fièvre typhoïde pendant la première guerre mondiale ;
- La poliomyélite perfectionnée par (Lepine, 1957).

Le bacille tétanique a été découvert par (Nicolaiier, 1885). Plus tard, après la découverte de la toxine (Faber & Nocard, 1890) ont mis au point la sérothérapie. Il a fallu attendre (RAMON, 1926) mettre en évidence l'anatoxine tétanique contre le tétanos.

Chaque année, la vaccination sauve deux à trois millions d'enfants de maladies infantiles mortelles (rougeole, diarrhée, pneumonie....) soit plus de cinq (5) vies sauvées par minute.

Au Mali le taux annuel de tétanos néonatal est estimé à 24 000 cas (Direction nationale de la santé).Malgré l'existence d'une politique nationale de vaccination, la couverture vaccinale du tétanos néonatal reste faible.

A cet effet, nous nous sommes posé la question de recherche suivante à savoir : Quels sont effectivement les obstacles à la vaccination systématique des femmes ?

Pour atteindre ce but, nous nous sommes fixé des objectifs spécifiques qui consistent à :

- ✓ Recenser les femmes enceintes à plus de 8 mois de grossesse, non vaccinées, fréquentant ce centre ainsi que leurs caractéristiques personnelles.
- ✓ Identifier les obstacles qui empêchent les femmes enceintes de se faire vacciner.
- ✓ Etablir des relations entre les obstacles identifiés et les caractéristiques des femmes concernées.

- ✓ Suggérer des stratégies susceptibles de convaincre les femmes à se faire vacciner systématiquement selon le calendrier de vaccination antitétanique.

La première partie de cet article est consacrée à la revue de littérature et la justification des choix méthodologiques. Dans la deuxième partie, les résultats seront présentés et discutés.

1. Revue de la littérature :

Les maladies infectieuses sont historiquement bien connues par toutes les populations du monde. Pour nos pays aux moyens limités, la prévention à long terme coûte moins chère que les soins curatifs et la plupart des auteurs sont unanimes là-dessus ; le cas le plus évocateur est celui de la vaccination qui demeure l'arme la plus efficace contre la tuberculose, la diphtérie, la poliomyélite, le tétanos...

Pour réaliser cette littérature et compte tenu des documents consultés les éléments suivants ont été retenus et seront présentés comme suit :

1.1. Historique et Importance de la vaccination

Toutes les statistiques mondiales sont unanimes pour confirmer le caractère meurtrier des maladies transmissibles. C'est ainsi que les chercheurs ne ménagent aucun effort depuis le temps de PASTEUR pour essayer d'améliorer la situation qui prévaut particulièrement dans les pays en voie de développement.

(Ajjan, 1984) retrace l'historique et la chronologie de la découverte des vaccins humains ainsi qu'il suit :

(Edward, 1796) réalisa le premier vaccin contre la variole, (Wright, 1886) découvre l'anti typhoïdique, (Calmette & Guerin, 1921) mettent au point le vaccin antituberculeux (BCG). Plus tard (Ramon, 1927) préconise la V.A.T des femmes enceintes afin de prévenir le tétanos du nouveau-né. Ainsi (Katitch, 1927) a vacciné 6 femmes à partir du 7^{ème} mois de la grossesse et a trouvé un taux suffisant pour prévenir un tétanos néo-natal.

L'OMS insiste sur l'intérêt de la vaccination des femmes en âge de procréer et des femmes enceintes dans le cadre du PEV.

Selon l'UNICEF, la vaccination constitue le succès de santé publique le plus retentissant de la décennie écoulée et grâce aux efforts déployés dans le domaine de la vaccination, plus de 3 millions de personnes sont sauvés chaque année.

Le cout du traitement d'un tétanique est égal à celui de la vaccination de 200 personnes (Mazer & Sankale, 1988). Le problème se pose très peu dans les pays industrialisés qui ont compris l'importance de la vaccination. Un vaccin est une préparation destinée à induire chez l'individu vacciné une réponse immunitaire afin de le protéger contre une maladie et ou d'atténuer les conséquences de cette maladie. Le principe actif d'un vaccin est un antigène. Le but principal des vaccins est d'induire la production d'anticorps par l'organisme, agents biologiques naturels ciblés à la défense d'un corps vis-à-vis d'éléments pathogènes identifiés. Les vaccins sont habituellement administrés par voie injectable ou par voie orale. Selon GAVI il existe quatre types de vaccins en fonction de leur préparation : les vaccins vivants atténués, les vaccins à germes entiers inactivés, les vaccins sous-unitaires et les vaccins à base d'anatoxine. Les vaccins vivants atténués sont faits d'agents pathogènes (virus ou bactérie) modifiés en laboratoire dans le but de réduire leur pouvoir infectieux (virulence) et conserver leur capacité à induire une protection chez l'individu vacciné. Ils sont très efficaces, mais contre-indiqués chez les femmes enceintes et les personnes immunodéprimées (antituberculeux, antipoliomyélitique oral (VPO), anti rougeoleux, anti rota virus et anti amaril). Les vaccins à germes entiers inactivés sont faits de microorganismes (virus, bactéries, autres) tués par des processus physiques ou chimiques. Ce type de vaccin inclut les vaccins contre la coqueluche et la poliomyélite. Les vaccins sous-unitaires ou conjugués sont faits de fragments antigéniques d'un agent pathogène. Ils peuvent être classés en vaccins sous unitaires à bases de protéines (vaccin anti hépatite B), en vaccins polysaccharidiques (vaccin anti méningocoque) et en vaccins sous-unitaires conjugués (vaccin anti Haemophilus influenzae de type B) Les vaccins à base d'anatoxine sont faits de toxines, produites par certaines bactéries (le tétanos ou la diphtérie), qui ont été inactivées. Il s'agit des vaccins le vaccin antitétanique et le vaccin antidiphtérique. Le vaccin peut être monovalent qui contient un seul antigène comme le vaccin antitétanique qui prévient contre le tétanos. Depuis 2016, le nombre mondial de décès lié au tétanos est passé sous la barre des 20 000, ce qui représente une réduction de 94 % en 20 ans grâce à la vaccination (source GAVI). Une revue systématique des études menées dans les pays à revenu faible et intermédiaire a permis de constater que les agents vaccinateurs n'ont pas la confiance totale des populations à cause du

déficit que ces agents ont dans la prise en charge des effets indésirables qui font suite à l'injection des vaccins. Aussi, parmi les raisons liées à l'abandon de la vaccination, les déplacements des populations (voyages,) et les raisons socio culturelles représentent respectivement 22 et 24 % de causes de non vaccination. Selon des études menées dans les pays à revenu faible et intermédiaire ont permis de constater que l'inégalité entre les sexes et les caractéristiques du ménage et de l'enfant peuvent être des aspects sous-jacents de la faible demande en vaccin. Les chercheurs ont observé que le statut social inférieur attribué aux femmes ou le statut de femmes non mariés affecte négativement l'accès aux vaccins en raison de la faiblesse de leur pouvoir de décision sur les ressources et de leur manque d'autonomie (Maguiraga, 2000) et EDSM-IV. Dans les pays en développement, le manque d'accès à la vaccination et les caractéristiques familiales telles que le faible niveau d'instruction, l'alphabétisation et le statut socio-économique constituent la majorité des raisons pour lesquelles les individus ne sont pas vaccinés(étude sociodémographique au Mali). De nombreuses études dans ce domaine sont guidées par une théorie explicite du changement de comportement, identifient les facteurs qui peuvent prédire le mauvais comportement vaccinal ainsi que l'oubli.

1.2. Calendrier de vaccination

Dans la plupart des pays, le calendrier de vaccinations de routine comporte des vaccins contre six maladies : la rougeole, la diphtérie, la coqueluche, le tétanos, la poliomyélite et la tuberculose. En outre, les femmes en âge de procréer doivent être vaccinées contre le tétanos, pour éviter un tétanos néonatal (voir Tableau 1). Les mères et leurs futurs enfants seront totalement protégés contre le tétanos après avoir reçu tous les vaccins AT prévus dans le calendrier.

Tableau 1 : Calendrier de vaccination pour l'administration d'anatoxine tétanique

Dose	Moment de l'administration	Durée de la protection
AT1	Au premier contact	Aucune
AT2	4 semaines après AT1	Trois ans
AT3	Au moins 6 mois après AT2	Cinq ans
AT4	Au moins 1 an après AT3	Dix ans
ATS	Au moins 1 an après AT4	Pendant trente ans

Source : OMS et EDSM-VI/Mali 2018

2. Méthodologie :

L'étude a été menée au Mali dans le centre de santé de référence de la commune V du District de Bamako. A cet effet, nous avons sélectionné toutes les femmes enceintes de 8 mois non encore vaccinées contre le tétanos, se présentant au CSREF de la commune V, quel que soit le motif de consultation pendant la période mentionnée.

Cette étude de cas est motivée par l'absence d'études détaillées sur les obstacles à la vaccination antitétanique dans l'une des communes les plus peuplées du district de Bamako qu'est la commune V dont la population totale est estimée à 414 668 habitants, dont 49,8% de femmes et 50,2% d'hommes selon le recensement général de la population et de l'habitat (RGPH,2009) . Il est à noter que le CSRF de la commune V est situé en plein cœur de Bamako, donc facilement accessible aux femmes. L'étude de type transversal a été réalisée pendant une durée de 27 jours (du 1^{er} au 27 février 2021) de 7h30mn à 14H 30mn.

2.1.Taille de l'échantillon :

Nous avons réussi à sélectionner un échantillon de 77 femmes enceintes dont la grossesse a 8 mois : ceci parce que nous supposons que ces femmes peuvent encore avoir leurs deux (2) doses d'Anatoxine avant l'accouchement. De ce fait, nous avons opté pour la méthode statistique probabiliste dans la mesure où ces femmes enceintes sont sélectionnées de manière aléatoire.

2.2.Collecte des Données :

Nous avons eu une entrevue structurée avec chacune des femmes de notre échantillon dont les questions ont porté sur :

- L'identification de la femme :

Cette identification porte sur les caractéristiques personnelles de la femme :

- l'âge,
- l'état matrimonial,
- l'occupation,
- L'identification des obstacles à la V.A.T :

Elle comporte six (6) parties structurées au tour des questions suivantes :

- Pour identifier les obstacles socio-culturels ;
- Pour tester les connaissances des femmes sur les vaccins ;
- Pour voir l'accessibilité du centre par la population ;
- En vue d'identifier les obstacles économiques (prix du carnet, frais de transport pour arriver au CSREF)
- Pour vérifier le type d'accueil dont bénéficient ces femmes et surtout les conditions dans lesquelles, elles reçoivent les soins ;
- Ayant trait à l'identification des obstacles liés à la vaccination elle-même.

Les données collectées sont rassemblées et classées à la fin de chaque journée de travail.

3. Résultats :

3.1. Identification de la femme enceinte

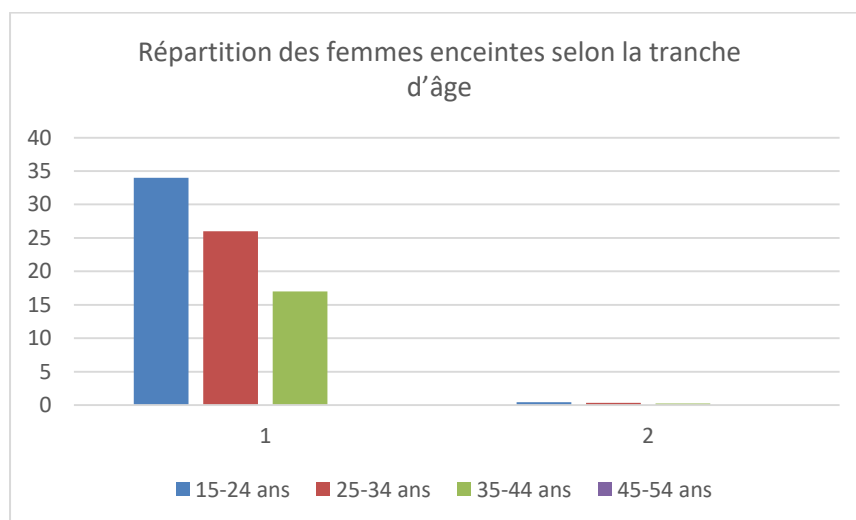
- Réponse des femmes enquêtées à la question relative à la tranche d'âge :

Tableau 2 : Répartition des femmes enceintes selon la tranche d'âge

Tranche d'âge	Effectif	Pourcentage %
15-24 ans	34	44,15%
25-34 ans	26	33,75%
35-44 ans	17	22,08%
45-54 ans	-	-
Total	77	100,00

Source : Calcul de l'auteur à partir des données de l'enquête

Graphique 1 : Répartition des femmes enceintes selon la tranche d'âge



Source : auteur

Il ressort que :

- 34 femmes soit 44,15 % sont âgées de 15 à 24 ans ;
- 26 femmes soit 33,76 % âgées de 25 à 34 ans ;
- 17 femmes soit 22,08 % sont âgées de 35 à 44 ans.

D'une façon générale, nous pouvons dire que notre échantillon est composé de femmes jeunes dont l'âge varie entre 15 et 35 ans, soit 77,92 %.

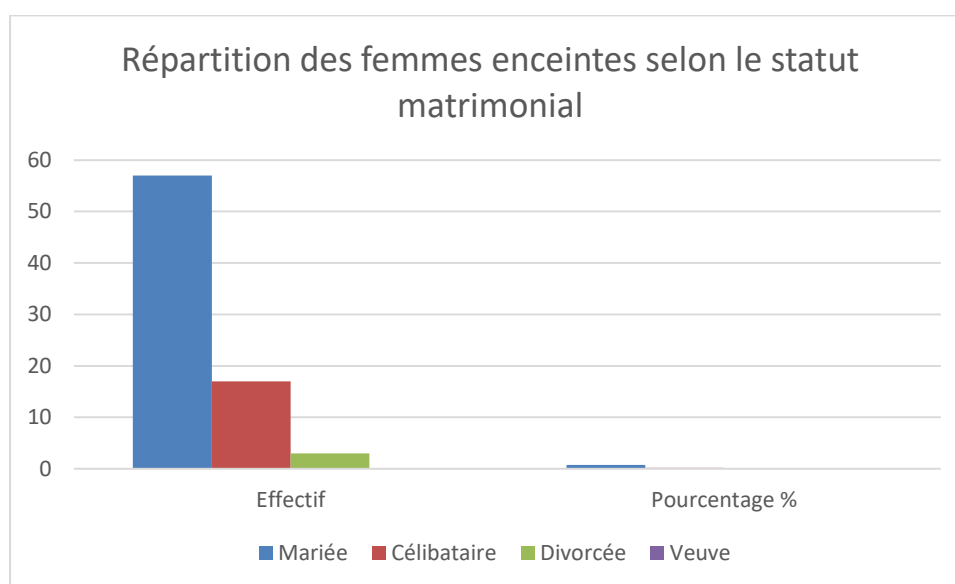
- Répartition des femmes enquêtées en fonction de leur Etat Matrimonial

Tableau 3 : Répartition des femmes enceintes selon le statut matrimonial

Statut matrimonial	Effectif	Pourcentage %
Mariée	57	74,02%
Célibataire	17	22,08%
Divorcée	3	3,90%
Veuve	-	-
Total	77	100,00

Source : Calcul de l'auteur à partir des données de l'enquête

Graphique 2 : Répartition des femmes enceintes selon le statut matrimonial



Source : Auteur

En ce qui concerne l'état matrimonial, nous constatons que :

- 57 femmes soit 74,02 % sont mariées ;
- 17 femmes soit 22,08 % sont célibataires ; et
- 3 femmes soit 3,90 % sont divorcées.

Ce pourcentage élevé de femmes mariées pourrait s'expliquer par le fait que le pays est islamisé à 90 %, l'islam n'encourageant pas le célibat.

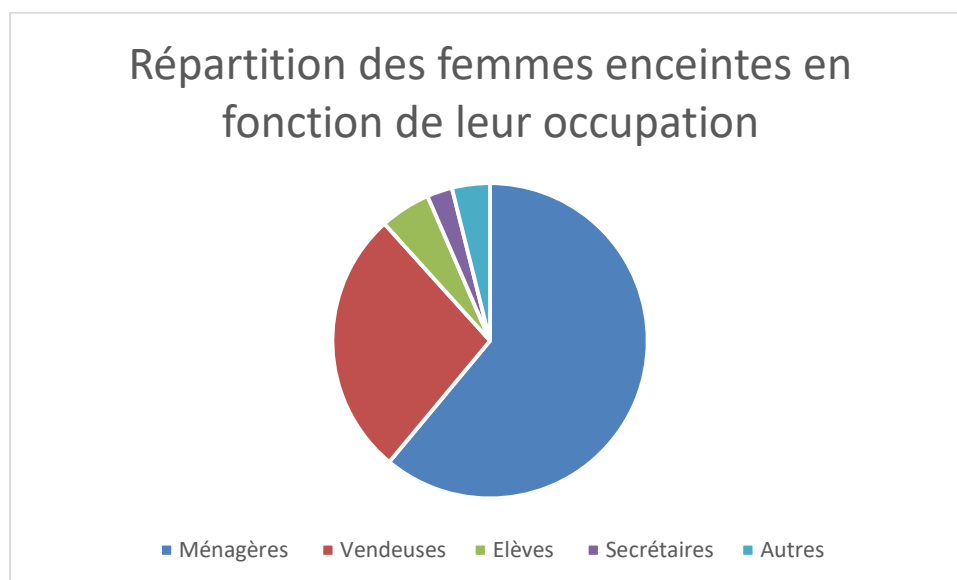
- Répartition des femmes en fonction de leur occupation :

Tableau 4 : Répartition des femmes enceintes en fonction de leur occupation

Occupation	Effectif	Pourcentage %
Ménagères	47	61,03%
Vendeuses	21	27,27%
Elèves	4	5,19%
Secrétaires	2	2,59%
Autres	3	3,89%
Total	77	100,00

Source : Calcul de l'auteur à partir des données de l'enquête

Graphique 3 : Répartition des femmes enceintes en fonction de leur occupation



Source : Auteur

En ce qui concerne l'occupation, nous constatons que pratiquement de nombreuses couches sociales sont représentées (ménagères, vendeuses, élèves, secrétaires et

autres) avec une prédominance des ménagères (61,03 %), suivis des vendeuses (27,27%), soit plus de la moitié de l'effectif total des femmes.

Est-ce le manque de revenu qui à amener ces femmes à venir en retard aux séances de V.A.T ? ou l'ignorance ?

3.2.L'identification des obstacles à la V.A.T :

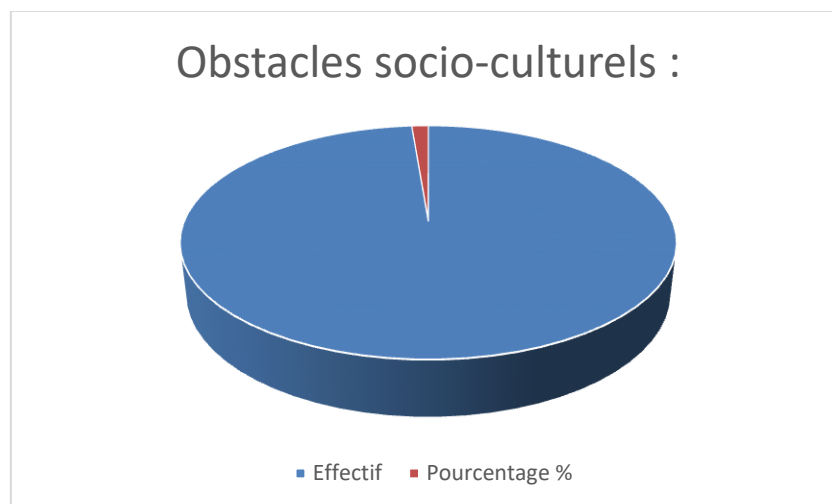
- Obstacles socio-culturels :

Tableau 5 : Obstacles socio-culturels :

Connaissance de la VAT	Effectif	Pourcentage %
Oui	70	90,91%
Non	7	9,09%
Total	77	100,00

Source : Calcul de l'auteur à partir des données de l'enquête

Graphique 4 : Obstacles socio-culturels



Source : Auteur

Lorsqu'on a posé la question de savoir si oui ou non les femmes avaient entendu parler de la vaccination, 70 femmes soit 90,91 % ont répondu par oui, tandis que 7 femmes soit 9,09 % ont répondu par non à savoir qu'elles n'ont jamais entendu parler de vaccination. Ce pourcentage bien que faible, mérite d'être pris en considération, car en ces moments où personne n'ignore l'importance de la vaccination, il n'est pas normal que de futures mères n'aient pas encore entendu parler de vaccination.

A la question suivante, celles qui ont entendu parler de vaccination ont été priées de citer les vaccins qu'elles connaissaient : parmi les vaccins cités par celles-ci, ceux du P.E.V. sont les

plus connus parce que plus cités. Une relation faite entre les réponses et le niveau d'instruction nous a amené à constater que plus le niveau d'instruction est élevé, plus grand est le nombre de vaccins cités.

Cette influence du niveau d'instruction peut s'expliquer par le fait que celle qui est instruite est capable de lire les journaux, les affiches et profiter en plus des autres informations données en français par la radio, la télévision, les réseaux -sociaux... d'où l'importance de redoubler d'efforts dans l'éducation des masses, surtout celles qui sont peu scolarisées.

A la question demandant aux femmes de donner la source d'information par laquelle elles ont entendu parler de vaccination pour la première fois, nous constatons que le centre de centre constitue la plus grande source d'information (51,43 %). Cela serait dû au fait que notre échantillon est constitué à 70 % des femmes qui ne savent ni lire, ni écrire et pour lesquelles le centre de santé devrait normalement constituer la principale source.

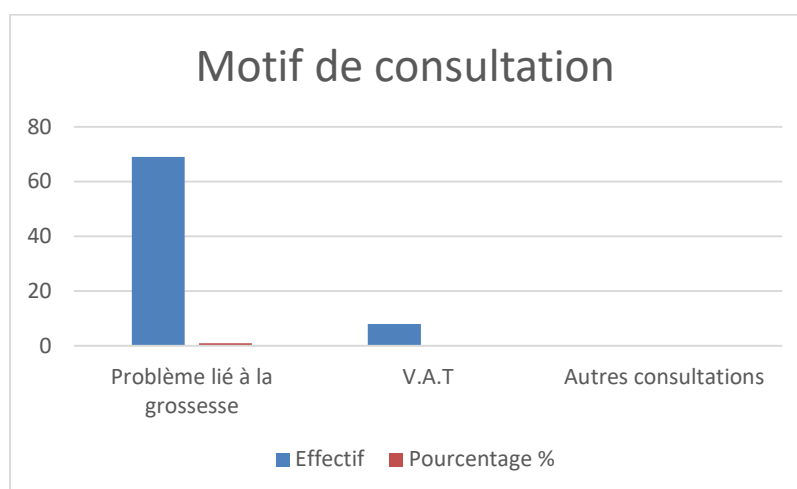
- Motif de consultation :

Tableau 6 : Motif de consultation

Motif de consultation	Effectif	Pourcentage %
Problème lié à la grossesse	69	89,61%
V.A.T	8	10,39%
Autres consultations	-	-
Total	77	100,00

Source : Calcul de l'auteur à partir des données de l'enquête

Graphique 5 : Motif de consultation



Source : Auteur

Concernant le motif de consultation, nous constatons que 69 femmes soit 89,61 % sont venues au centre de santé pour des problèmes liés à la grossesse, tandis que seulement 8 femmes soit 10,39 % sont venues pour la V.A.T.

Ceci reflète que les femmes enceintes consultent le CSRéf de la commune V plus pour les maladies liées à leur grossesse que pour se faire vacciner.

- Obstacles liés à l'insuffisance des connaissances des femmes :

S'agissant des connaissances des femmes sur le but de la vaccination, selon le niveau d'instruction, nous remarquons que 43 femmes soit 61,43 % tous niveaux confondus savent que la vaccination sert à prévenir la maladie. Mais si l'on considère les analphabètes, nous voyons que 51,02 % de celles-ci n'ont pas trouvé la bonne réponse ; on comprend ici qu'il se pose un problème de connaissances sur le but de la vaccination au niveau de ce groupe.

Concernant les maladies contre lesquelles une femme enceinte doit être vaccinée, la totalité des femmes du niveau primaire et secondaire ont cité correctement ces maladies. Cependant 43,18 % des analphabètes n'ont pas pu répondre de façon exacte à cette question ; parmi elles, 3 femmes ont même cité la fièvre jaune dont le vaccin ne s'administre pas pendant la grossesse.

En ce qui concerne le moment de la V.A.T. par rapport à l'âge de la grossesse, seulement 18 femmes soit 27,69 % ont donné la réponse idéale, à savoir qu'on doit vacciner la femme enceinte au 1^{er} contact quel que soit l'âge de la grossesse. Par ailleurs 47 femmes soit 72,30% tous niveaux confondus ont donné d'autres réponses toutes aussi acceptables.

S'agissant du nombre de V.A.T. qu'une femme enceinte doit recevoir, moins de la moitié des femmes (45,71 %) ont trouvé la bonne réponse dont 100 % des femmes du niveau secondaire, alors que 66,67 % des femmes du niveau primaire et 34 femmes soit 69,38 % des analphabètes n'ont pas trouvé la bonne réponse.

D'une manière générale nous pouvons retenir que les femmes enquêtées ont une connaissance insuffisante sur la vaccination des femmes enceintes contre le tétanos. Ces insuffisances sont encore plus accentuées chez les analphabètes qui constituent 70 % de l'échantillon. Pourtant les connaissances des femmes sur la vaccination contre le tétanos constituent un élément capital dans la systématisation de la vaccination contre le tétanos des femmes enceintes.

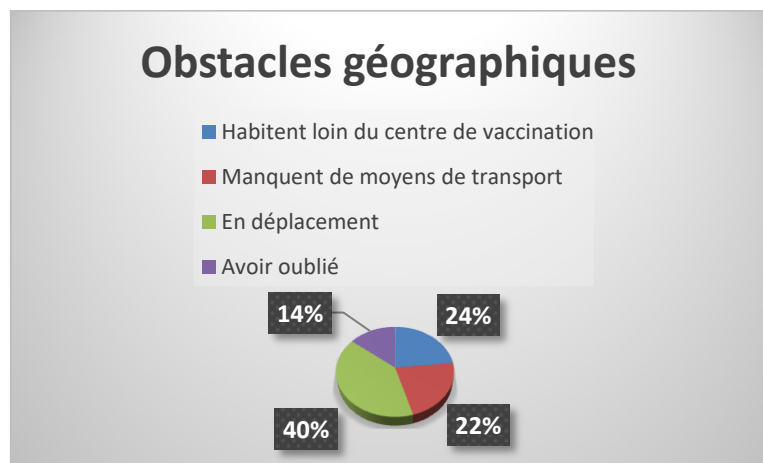
- Obstacles géographiques :

Tableau 7 : Obstacles géographiques

Obstacles géographiques	Effectif	Pourcentage %
Habitent loin du centre de vaccination	18	23,37%
Manquent de moyens de transport	17	22,08%
En déplacement	31	40,26%
Avoir oublié	11	14,29%
Total	77	100,00

Source : Calcul de l'auteur à partir des données de l'enquête

Graphique 6 : Obstacles géographiques



Source : Auteur de l'étude

Concernant les obstacles géographiques, nous constatons que 18 femmes de notre échantillon évoque l'éloignement (23,37 %), tandis que 17 femmes soit 22,08 % accusent le manque de moyens de transport. Ces deux raisons ont trait à l'accessibilité du service par rapport à leur logement.

Par contre 31 femmes soit 40,26 % ont dit être en déplacement pour des raisons de famille et 11 autres soit 14,29% disent avoir oublié le rendez-vous de la V.A.T.

Ces obstacles à la vaccination liés à l'accessibilité du service et aux multiples déplacements des femmes sont un frein à la vaccination systématique des femmes enceintes et méritent une très grande attention.

- Obstacles économiques :

D'une manière générale on peut dire que le manque d'argent ne constitue pas un motif d'absence à la vaccination pour la plupart des femmes. Cependant il n'en est pas moins un obstacle important dans la mesure où une minorité de femmes déclarent ne pas venir à la vaccination par manque d'argent.

- Obstacles liés au personnel de santé :

Il s'agit ici d'attitudes négatives telles que le mauvais accueil, le refus de servir, les longues attentes, lesquelles sont plus accentuées chez les couches sociales les plus démunies. A ces attitudes négatives s'ajoute une insuffisance d'informations alors que celle-ci est d'une importance capitale dans la réussite d'une campagne de vaccination.

- Obstacles liés à la vaccination elle-même :

D'après les réponses des femmes, la vaccination en elle-même ne semble pas être un obstacle. En effet les réactions vaccinales, qui ont longtemps effrayé les populations, ne leur font plus peur ; de surcroît elles déclarent même qu'après une vaccination, même si l'on développe la maladie, on la supporte mieux qu'une personne non vaccinée.

4. DISCUSSION :

4.1. Identification de la femme :

La tranche d'âge de 15-35 ans était la plus représentée avec 77,92%. Ce résultat se justifie par le fait que notre étude a essentiellement porté sur des femmes en âge de procréer (Katitch, 1927) a vacciné 6 femmes jeunes à partir du 7^{ème} mois de la grossesse et a trouvé un taux suffisant pour prévenir un tétanos néonatal. Par rapport au Statut matrimonial, notre étude a retrouvé que 74,02% des femmes enceintes enquêtées étaient mariées. Ceci peut s'expliquer par le fait que les femmes ont tendance à se marier avant de songer à concevoir au Mali. Ce résultat corrobore celui de la grande majorité des études sociodémographiques réalisées au Mali ainsi que l'EDSM-IV, puis la même tendance a été retrouvée chez (Maguiraga, 2000). Notre étude a trouvé que 61,03% des femmes enquêtées sont des ménagères avec un niveau primaire. Ceci s'explique par le fait que la plupart d'entre elles ont été mariées sans avoir terminé les études. Dans le contexte Malien de façon générale quand une femme est mariée, elle abandonne les études.

4.2.L'identification des obstacles à la V.A.T :

Notre étude a aussi révélé que 90,91% des femmes enquêtées avaient connaissance de la V.A.T, ceci s'explique par la diffusion fréquente des campagnes de vaccinations à la télé et les radios mais aussi l'information est donnée aux femmes lors des consultations prénatales (PEV). Par rapport aux motifs de consultation, notre étude a relevé que 89,61% des femmes enquêtées se rendent au CSRF de la commune V pour des problèmes liés à la grossesse contre 10,39% qui venaient pour se faire vacciner (Maze & Sankale, 1988). Dans notre étude, nous avons trouvé que 23,37% de femmes enquêtées disent avoir habité loin du centre de vaccination contre 40,26% de femmes qui se disent en déplacement pendant la période de vaccination (EDSM IV). Toujours, Selon notre étude la plupart des femmes enceintes disent être habituée aux attitudes négatives des agents vaccinateurs et n'en font pas un problème compte-tenu de la période limitée de la grossesse.

D'une manière générale on peut dire que le manque d'argent ne constitue pas un motif d'absence à la vaccination pour la plupart des femmes quand on sait les conséquences de la non vaccination antitétanique pour les femmes enceintes ((Ramon, 1927).

CONCLUSION :

Cette étude avait pour but d'appréhender les obstacles à la vaccination antitétanique chez les femmes enceintes au centre de référence de la commune V du District de Bamako.

Notre étude sur le terrain s'est déroulée dans un contexte difficile à cause de la Covid19 et l'instabilité politique qui ont limité la durée de notre enquête à 27 jours avec un échantillon de 77 femmes enceintes considéré comme insuffisant pour une étude qualitative par rapport à la population totale de femmes qui fréquentent le CSRF de la commune V.

L'analyse des résultats recommande de futures recherches qui iront au-delà d'une étude de cas, compte –tenu du danger de la non-vaccination antitétanique des femmes en gestation, d'où il y'a lieu de généraliser cette étude.

Cette étude pourrait permettre aux décideurs, de réaliser rapidement une enquête de couverture vaccinale au Mali, s'assurant d'échantillons représentatifs dans chaque région et de données socio-économiques permettant d'analyser les facteurs d'iniquité de couverture vaccinale et leur évolution, afin de guider les ajustements à apporter au programme national

de vaccination et à sa mise en œuvre dans chacune des régions, district et aire de santé au Mali.

Pour pallier ces obstacles, il y'a lieu d'accentuer des campagnes mobiles de vaccination en vue d'atteindre les populations reculées, de fournir des efforts à travers l'information, la sensibilisation surtout à l'endroit des plus jeunes pour un changement de comportement.

REFERENCES BIBLIOGRAPHIQUES :

Agence Nationale de la Statistique et de la Démographie (ANSD) [Mali], et ICF International (2017). Enquête Démographique et de Santé Continue au Mali (EDS-Continue) 2017-2018. Calverton, Maryland, USA : ANSD et ICF International. 2018 pages (34)

Ajjan . N, (Avril 1985). La Vaccination, institut Mérieux, pages 31-41

Berrichi, A, Benmoumen, M. et Chama, K. (2021). Prévalence et facteurs de risque de burnout chez le corps infirmier : Cas du CHP de Nador. Revue Française d'Economie et de Gestion. 2, 9 (sept.2021).

Edward. J, (1796). Etude scientifique du vaccin contre la variole, collège royal de médecine, AIM25 /archives.

Enquête démographique et de santé du Mali-IV (EDSM-IV/2018)

Erguibi, H. and Sadik, A. (2021). Contribution à l'étude d'impact des coopératives féminines sur l'accumulation d'un capital social et le degré d'empowerment des femmes : cas du réseau de l'Association Régionale des coopératives productrices du couscous de la province de Guelmim- Revue Internationale du Chercheur. 2, 3 (Sep. 2021).

Immunisation et vaccin pentavalent. Article UNICEF 2016, Flammarion, page 66.

Maguiraga M, (2000). Etude de la mortalité maternelle au Mali : causes et facteurs de risque au CSRF/ CV du District de Bamako, thèse de médecine, pages 33-35)

Mise à jour de l'approvisionnement en vaccins contre la diphtérie tétanos et la coqueluche. UNICEF US Food and Drug Administration. 28 juin 2018, page (24-54)

Organisation Mondiale de la Santé. Produits biologiques, Département de l'immunisation, des vaccins de l'Organisation mondiale de la santé (2014). La vaccination en pratique: un guide pratique pour le personnel de santé. Organisation mondiale de la santé. 15 juillet 2018, page (12-34)

Organisation Mondiale de la Santé. Comblent le fossé en une génération : instaurer l'équité en santé en agissant sur les déterminants sociaux de la santé : rapport final de la commission des déterminants sociaux sur la santé. Genève : OMS ; 2017. Page 34

Ramon, (1926).Bull-acad.Roy.de Médecine de Belgique, série III, num 11/1963

Suárez E, Asturias EJ, Hilbert AK, Herzog C, Aeberhard U, Spyr C (février 2016). Un vaccin combiné DTP-HepB-Hib entièrement liquide pour la vaccination de rappel des tout-petits à HAITI page (18, 56,87).

UNICEF. Comblent les inégalités en éliminant le tétanos maternel et néonatal.

Vaccin 5-en-1 (également appelé Vaccin Pentavalent). Projet de connaissances sur les vaccins. 22 mars 2018. Page 102.