

## CONNAISSANCE ET ATTITUDE PRATIQUE DES MERES VIS-A-VIS DE LA VACCINATION DE ROUTINE, ETUDE COMPARATIVE.

### *Knowledge And Practice Attitude Of Mothers Regarding Routine Immunization, Comparative Study.*

Traoré BM<sup>1</sup>, Goïta IS<sup>2</sup>, Traoré M<sup>3</sup>, Cissé L<sup>4</sup>, Sanogo K<sup>5</sup>, Boly A<sup>6</sup>.

<sup>1</sup>Dr Bakary Moro TRAORE, Direction régionale de la santé Bamako, unité Programme Elargi de Vaccination. Email : bmorotraore@gmail.com Tel : 66 51 42 84 ; <sup>2</sup>Dr Issa Souleymane GOITA, Faculté de médecine et de Pharmacie de Bamako, DER, Médecine de famille/médecine communautaire. Email : dr.goita@gmail.com, Tel : 76 28 35 86 ; <sup>3</sup>Dr Mamadou TRAORÉ, Centre de santé communautaire de Sébénikoro, Directeur Technique Tél : 77 04 26 72 ; <sup>4</sup>Lassina CISSE, Centre de santé communautaire de Samayana, Directeur Technique Tél : 71 45 61 49 ; <sup>5</sup>Koniba SANOGO, Consultant National MAS/UNICEF, cold Chain logistics officer Email : konibasano@gmail.com Tél : 63 06 48 81 ; <sup>6</sup>Dr Ahmadou BOLY, Institut National de Santé Publique Bamako Email : ahmadouboly@hotmail.fr Tél : 60 23 42 30

**Auteur Correspondant** : Dr Bakary Moro TRAORE, Tél : 66514284 ; Email : bmorotraore@gmail.com

### RESUME

**Introduction** : La vaccination de routine est une stratégie clé dans la prévention des maladies évitables par la vaccination. L'objectif de l'étude est d'apprécier les connaissances, attitudes des mères vis-à-vis de la pratique de la vaccination en milieu rural et urbain. **Méthodes** : Il s'agit d'une étude transversale descriptive comparative qui a eu lieu dans deux aires de santé (urbaine et rurale) sur une période de trois (3) mois d'octobre à décembre 2022. Elle a concerné les mères ou gardiennes d'enfants venus pour la vaccination de routine. **Résultats** : La moyenne d'âge des femmes était de 28, 76±6,85 ans en milieu urbain et 26,51±7,37 ans en milieu rural. Environ 72, 00% et 43,00% des femmes respectivement en milieu urbain et rural avaient donné une bonne définition de la vaccination. 88,00% des femmes en milieu urbain connaissaient au moins une maladie cible du PEV contre 55,00% en milieu rural. Le calendrier vaccinal n'était connu que par 31,00% des femmes en milieu urbain contre 12,00% en milieu rural. La majorité des femmes en milieu urbain (97,00%) et rural (67,00%) trouvaient nécessaire de rattraper un rendez-vous de vaccination manqué les séances prochaines. Elles jugeaient majoritairement d'envoyer les enfants au centre de santé en cas de manifestations post-vaccinale (urbain : 80,00%, rural : 53,00%). **Conclusion** : Une bonne connaissance et pratique de la vaccination permettrait ainsi de protéger les enfants contre les maladies évitables par la vaccination. **Mots clés** : Vaccination ; Connaissances, Attitudes et Pratiques ; Femmes.

### ABSTRACT

**Background**: Routine immunization is a key strategy in the prevention of vaccine-preventable diseases. The objective of the study was to assess the knowledge and attitudes of mothers regarding the practice of vaccination in rural and urban areas. **Methods**: This is a comparative descriptive cross-sectional study that took place in two health areas (urban and rural) over a period of three (3) months from October to December 2022. It involved mothers or guardians of children who came for routine vaccination. **Results**: The mean age of the women was 28.76±6.85 years in urban areas and 26.51±7.37 years in rural areas. About 72.00% and 43.00% of the women in urban and rural areas, respectively, had given a good definition of vaccination. 88.00% of women in urban areas knew at least one EPI target disease, compared to 55.00% in rural areas. Only 31.00% of women in urban areas knew the vaccination schedule, compared to 12.00% in urban areas. Majority of women in urban (97.00%) and rural (67.00%) areas found it necessary to make up for missed immunization appointments in next sessions. Majority of them considered it necessary to send their children to the health center in the event of post-immunization symptoms (urban: 80.00%, rural: 53.00%). **Conclusion**: A good knowledge and practice of vaccination would allow to protect children against vaccine preventable diseases. **Key words**: Immunization; Knowledge, Attitudes and Practices; Women.

### INTRODUCTION

La vaccination reste l'une des interventions de santé publique les plus importantes et une des Stratégies d'élimination de la poliomyélite dans les Amériques et de l'éradication de la variole dans le monde entier [1,2]. Outre la protection directe des personnes vaccinées, les taux élevés de couverture vaccinale induisent une protection indirecte pour l'ensemble de la communauté, ou une immunité collective, en ralentissant la transmission des maladies évitables par la vaccination (MEV), ce qui

diminue le risque d'infection chez les personnes qui restent sensibles dans la communauté [3]. Plus de deux millions de décès sont retardés par la vaccination chaque année dans le monde [4]. Malgré cela, les maladies évitables par la vaccination restent la cause la plus fréquente de mortalité infantile, avec environ trois millions de décès chaque année [5]. Au Mali, en 2018, selon l'enquête démographique de santé (EDSM VI), seulement 45% des enfants de 12-23 mois avaient reçu

tous les vaccins de base, par contre 14 % des enfants n'avaient reçu aucun vaccin [6].

L'utilisation des services de vaccination dépend non seulement de l'offre de ces services mais aussi d'autres facteurs tels que les connaissances et l'attitude des mères, la qualification du personnel de santé, l'accessibilité aux centres de vaccination et la disponibilité des vaccins [7-8].

Le niveau de connaissance des mères influencerait significativement le statut vaccinal des enfants et constituerait un facteur prédictif d'une vaccination complète, plus que ne l'est la situation économique de la mère [9,10]. Les difficultés d'accès à l'information [11,12] et l'ignorance des mères vis-à-vis des maladies évitables par la vaccination auraient un impact négatif sur la vaccination des enfants [13].

C'est dans ce cadre que nous avons initié cette étude comparative dans le but d'apprécier les connaissances, attitudes des mères vis-à-vis de la pratique de la vaccination en milieu rural et urbain.

## METHODES

**Type, lieu et période d'étude :** Il s'agit d'une étude de type transversale descriptive comparative qui a été réalisée dans deux aires de santé : une rurale (centre de santé communautaire de Samayana) dans la commune rurale du Mandé, district sanitaire de Kati et une urbaine (centre de santé communautaire de Sébénikoro) dans le district sanitaire de la commune IV de Bamako. L'enquête a été faite sur une période de trois (3) mois, d'octobre à décembre 2022.

**Population d'étude :** Elle a concerné les mères ou accompagnantes venues avec les enfants au niveau des dits centres pour la vaccination de routine. La récolte des données était exhaustive. Les informations ont été recueillies à l'aide d'un questionnaire standardisé lors des séances de vaccination en centre fixe pour le milieu urbain, et en centre fixe et stratégie avancée pour le milieu rural. Il s'agissait des données sur les caractéristiques sociodémographiques des mères, les connaissances et attitudes des mères sur la vaccination et la pratique de la vaccination par les mères ou accompagnantes.

**Analyse statistique :** L'analyse statistique a été faite à l'aide du logiciel SPSS version 20.0. L'analyse a consisté à faire essentiellement une description de notre population d'étude. Les variables qualitatives ont été exprimées par les proportions et les variables quantitatives par la moyenne et l'écart type.

**Considérations éthiques :** La réalisation de l'étude a reçu l'approbation des autorités sanitaires des deux aires de santé. La participation à l'étude s'est faite de façon volontaire après un consentement éclairé et verbal. L'anonymat du questionnaire a garanti sa confidentialité.

## RESULTATS

**Caractéristiques sociodémographiques :** Les données sociodémographiques des femmes dans les deux zones sont représentées dans le tableau I.

**Tableau I :** Caractéristiques sociodémographiques des mères ou accompagnantes

Variables (n=100)	Urbain (%)	Rural (%)
<b>Age moyen ± Ecart type (ans)</b>	28,76 ± 6,85	26,51±7,37
<b>Statut matrimonial</b>		
Mariée	82,00	96,00
Célibataire/Divorcée	18,00	14,00
<b>Niveau scolaire</b>		
Non scolarisée	35,00	59,00
Primaire	37,00	28,00
Secondaire	21,00	11,00
Supérieur	07,00	02,00
<b>Profession</b>		
Ménagère	65,00	83,00
Autres fonctions*	35,00	17,00
<b>Parité</b>		
Primipare	41,00	27,00
Multipare	59,00	73,00

\*Autres fonctions : fonctionnaires, vendeuses/commerçantes, élèves/étudiantes

**Connaissances et attitudes des mères sur la vaccination :** Les connaissances et attitudes des mères ou accompagnantes des enfants sur la vaccination sont décrites dans le **Tableau II**.

**Tableau II :** Connaissances des mères ou accompagnantes sur la vaccination.

Variables (n=100)	Urbain (%)	Rural (%)
<b>Connaissance de la définition de la vaccination</b>		
Oui	72,00	43,00
Non	28,00	57,00
<b>Connaissance des maladies cibles du PEV</b>		
Zéro maladie	12,00	45,00
Une seule maladie	34,00	35,00
Deux maladies et plus	54,00	20,00
<b>Connaissance du calendrier vaccinal</b>		
Oui	31,00	12,00
Non	69,00	88,00
<b>Nécessité de vacciner les enfants en bonne santé</b>		
Oui	96,00	78,00
Non	01,00	03,00
Ne sait pas	03,00	19,00
<b>Connaissance de l'âge de début de la vaccination</b>		
Oui	77,00	41,00
Non	23,00	59,00
<b>Connaissance de l'âge de fin de la vaccination</b>		
Oui	18,00	06,00
Non	82,00	94,00
<b>Enfant n'ayant pas reçu tous les vaccins est-il protégé ?</b>		

Oui	19,00	39,00
Non	81,00	61,00

**Conseils reçus sur la vaccination lors des CPN\* ou accouchement**

Oui	92,00	29,00
Non	08,00	71,00

**Sources d'information sur la vaccination**

Personnel de santé	72,00	49,00
Parents/Amies/Voisins	20,00	47,00
Médias	08,00	04,00

CPN\* : Consultation prénatale

**Attitudes et pratiques des mères face à la vaccination des enfants :** Les mères en milieu urbain trouvaient l'éloignement comme un obstacle à la vaccination contrairement en milieu rural. Plus de la moitié dans les deux zones pensaient qu'il faut envoyer l'enfant au centre de santé en cas de manifestation post-vaccinale. La majorité des femmes dans les deux zones ne trouvaient nécessaire d'envoyer l'enfant malade à la vaccination mais jugeaient nécessaire de faire un rattrapage les jours suivant en cas de rendez-vous manqué (Tableau III).

**Tableau III :** Attitudes et pratiques des mères face à la vaccination des enfants.

Variables (100)	Urbain (%)	Rural (%)
<b>L'éloignement est-il un obstacle à la vaccination ?</b>		
Oui	75,00	16,00
Non	25,00	84,00
<b>Nécessité d'envoyer l'enfant malade à la vaccination ?</b>		
Oui	43,00	22,00
Non	57,00	78,00
<b>Attitudes en cas de manifestation post-vaccinale ?</b>		
Ne rien donner	04,00	15,00
Donner un médicament	16,00	31,00
Envoyer l'enfant au centre de santé	80,00	53,00
Ne plus jamais vacciner l'enfant	00,00	01,00
<b>Attitudes en cas de rendez-vous manqué ?</b>		
Rattrapage les jours suivants	97,00	67,00
Ne fais rien	03,00	33,00

## DISCUSSIONS

Cette étude nous a permis de faire une comparaison sur les niveaux de connaissances, les attitudes et pratiques des mères ou accompagnants sur la vaccination dans deux zones distinctes (rurale et urbaine).

Il ressort de notre travail que les femmes dans les deux zones étaient majoritairement jeunes avec un âge moyen de 28,76±6,85 ans et 26,51±7,37 ans respectivement en milieu urbain et rural et étaient pour la plupart mariées (82,00% urbain et 96,00% rural) et ménagères (65,00% urbain et 83,00% rural). Ce

jeune âge des femmes s'expliquerait par le fait que les filles se marient très tôt dans nos sociétés et n'exerçaient pour la plupart aucune activité professionnelle. Ces résultats concordent avec celui des auteurs [14] qui ont trouvé un âge moyen de 27,90±6,1 ans, 94,1% de femmes mariées. Par contre la profession de commerçante avec 43,60% était la plus grande la proportion de profession exercée par les mères chez certains auteurs [14,15]. Cela serait dû au fait que les femmes sont plus actives dans ces localités que chez nous. Plus de la moitié des femmes dans notre travail étaient des multipares dans les deux zones avec respectivement 59,00% et 73,00% en milieu urbain et rural. Ces résultats sont conformes à celui des auteurs [15] qui ont rapporté une proportion de multiparité de 77,00%. Environ 65% des femmes en milieu urbain avaient au moins le niveau primaire alors qu'en milieu rural la majorité des femmes (59,00%) était non scolarisée. Cette différence s'expliquerait par le fait qu'en milieu rural, les filles sont destinées à être des femmes au foyer. Des études similaires réalisées en milieu rural ont montré des taux de scolarité supérieurs à 95% [14,15]. Le faible niveau d'éducation a été identifié dans des études réalisées au Nigéria [16] et en chine [17]. Le niveau de connaissance des femmes sur la vaccination varie selon que les femmes vivent en milieu urbain ou rural. En effet, 72,00% des femmes en milieu urbain avaient donné une bonne définition de la vaccination contre 43,00% en milieu rural. Une étude réalisée au CHU de Yaoundé au Cameroun a rapporté un taux de bonne définition de 99,2% [18]. Aussi 88,00% des femmes connaissaient au moins une maladie cible du PEV contre 55,00% en milieu rural. Seulement 31,00% des femmes avaient une bonne connaissance du calendrier vaccinal en milieu urbain pour 12,00% en milieu rural. La connaissance des âges de début et fin de la vaccination différait entre les milieux urbains et ruraux. Ainsi 77,00% et 18,00% des femmes en milieu urbain connaissaient respectivement la date de début et de fin de la vaccination contre 41,00% et 06,00% en milieu rural. Environ 40,00% des femmes en milieu rural avaient dit que l'enfant n'ayant pas reçu tous les vaccins était protégé contre les maladies cibles du PEV contre 19,00% des femmes en milieu urbain. Cette différence de niveau de connaissance pourrait s'expliquer par plusieurs facteurs tels que le faible niveau scolaire des femmes surtout en milieu rural, le manque de personnel qualifié pour les activités de vaccination spécifiquement dans les CSCOM ruraux, la non ou faible pratique des activités de causeries éducatives lors des séances de vaccination. Des efforts restent à fournir par les populations et les autorités par rapport à la scolarisation des filles dans nos communautés notamment en milieu rural, au recrutement et la formation du personnel qualifié pour les

activités de vaccination, la bonne programmation, le bon choix des thèmes de causerie éducative, la pratique correcte et le suivi régulier des activités d'IEC liées à la vaccination dans les structures de santé en centre fixe et en stratégie avancée.

La majorité des femmes dans les deux zones avaient trouvé nécessaire de vacciner les enfants même en bonne santé. La quasi-totalité des femmes en milieu urbain (92,00%) avaient des conseils sur la vaccination lors des consultations prénatales ou lors de l'accouchement, par contre elles étaient seulement 29,00% en milieu rural à avoir reçu des conseils. Cette différence pourrait être due au fait qu'en milieu urbain la quasi-totalité du personnel exerçant au niveau de la maternité est qualifié et que la majorité des femmes ont au moins un contact avec les services de maternité lors des consultations prénatales et accouchent pratiquement toutes dans un centre de santé, alors qu'en milieu rural la maternité est le plus souvent occupé par des matrones qui ont un faible niveau d'éducation en santé et que les femmes fréquentent moins ces services. Des études réalisées au Nigéria ont montré que la fréquentation des services de consultation prénatales et l'accouchement dans un centre de santé étaient fortement associés aux connaissances des mères sur la vaccination de routine [14].

La majorité des mères avaient reçu les informations sur la vaccination essentiellement par le biais du personnel de santé (urbain :72,00% rural :49,00%) et des proches (urbain :20,00% rural :47,00%) dans les deux zones. Une étude réalisée au Cameroun a montré également que le personnel de santé était la principale source d'information sur la vaccination avec 68,3% [18]. Par contre une autre étude faite en Ethiopie révélait que les femmes recevaient les informations sur la vaccination principalement par l'intermédiaire des médias soit 61% [19].

L'éloignement constituait un obstacle à la vaccination chez 75,00% des femmes en milieu urbain par contre en milieu rural ce n'était pas le cas seulement 16,00%. Ceci s'expliquerait par le fait qu'en milieu rural les séances de vaccination sont organisées en centre fixe pour les populations situées dans un rayon de 5 kilomètres du village abritant le centre de santé communautaire et en stratégie avancée pour les villages situés dans un rayon de 5 à 15 kilomètres. Alors qu'en milieu urbain les activités de vaccination sont organisées essentiellement en centre fixe, donc les populations sont obligées de chercher les moyens pour rejoindre les centres de vaccination. Seulement 43,00% des femmes en milieu urbain et 22,00% en milieu rural ont jugé nécessaire d'envoyer leur enfant malade pour la vaccination. La majorité des femmes dans les deux zones pensaient qu'il faut emmener

l'enfant au centre de santé en cas de manifestation post-vaccinale (urbain : 80,00% rural : 53,00%). En effet en cas de manifestations adverses post injection (MAPI), il serait judicieux de contacter un personnel de santé pour comprendre le phénomène et aussi être rassuré. La prise en charge de ces MAPI sans avis médical n'est pas conseillée. En cas de rendez-vous manqué pour la vaccination, la majorité des mères a jugé nécessaire de rattraper les jours suivants dans les deux zones (urbain : 97,00% rural : 67,00%).

## CONCLUSION

Au terme de cette étude, il est nécessaire de renforcer les connaissances des femmes que ce soit en milieu rural ou urbain par rapport à la vaccination pour qu'elles puissent avoir de bonnes attitudes et pratiques vis-à-vis de la vaccination de routine. Cela permettra ainsi de protéger les enfants contre les maladies évitables par la vaccination et aussi améliorer les indicateurs liés à cette activité.

## REFERENCES

1. **OMS et UNICEF.** Vision et stratégie de vaccination dans le monde 2006-2015 Genève, OMS. 2005.
2. **Andre, FE, Booy, R, Bock, HL, Clemens, J, Datta, SK, John, TJ, and al.** Vaccination greatly reduces disease, disability, death and inequity worldwide. *Bulletin of the World Health Organization* **2008**; 86(2):140-146.
3. **Orenstein, WA and R Ahmed.** Simply put: Vaccination saves lives. *Proceedings of the National Academy of Sciences*, 2017. 114(16): p. 4031-4033.
4. **World Health Organization (WHO):** Immunization, vaccines and biologicals. [<http://www.who.int/immunization/en/>].
5. **Centre for Global Development:** Making Markets for vaccines: from ideas to actions. Centre for Global Development; Washington DC; 2005.
6. **Enquête démographique de santé Mali VI (EDSM VI) 2018:** Disponible sur <https://microdata-catalog.afdb.org/index.php/catalog/140/related-materials>.
7. **Manjunath U, Pareek RU.** Maternal knowledge and perceptions about the routine immunization programme- a study in a semi urban area in Rajasthan. *Indian J Med Sci.* 01 Apr 2003;57(4):158-163.
8. **Luman ET, McCauley MM, Shefer A, Chu SY.** Maternal characteristics associated with vaccination of young children. *Pediatrics.* 2003 May;111(5 Pt 2):1215-8.
9. **Waters HR, Dougherty L, Tegang SP.** Coverage and costs of childhood immunizations in Cameroon. *Bull World Health Organ* 2004;82(9):668-75. 2.
10. **Awadh AI, Hassali MA, Al-Iela OQ.** Immunization knowledge and practice among Malaysian parents: a questionnaire

development and pilot-testing. BMC Public Health 2014;14(1):1107.

11. **Bobossi-Serengbé G, Fioboy R, Ndoyo J, et al.** Les occasions manquées de vaccination chez les enfants de 0 à 11 mois à Bangui. J Pédiatrie Puériculture 2014;27(6):289-93.
12. **Rainey JJ, Watkins M, Ryman TK, et al.** Reasons related to nonvaccination and under-vaccination of children in low and middle income countries: Findings from a systematic review of the published literature, 1999–2009. Vaccine 2011;29(46):8215-21.
13. **Rahman M, Islam MA, Mahalanabis D.** Mothers' knowledge about vaccine preventable diseases and immunization coverage in a population with high rate of illiteracy. J Trop Pediatr 1995;41(6):376-8.
14. **Elizabeth B. Adedire, Olufemi Ajumobi, Omotayo Bolu, Patrick Nguku, Ikeoluwapo Ajayi.** Maternal knowledge, attitude, and perception about childhood routine immunization program in Atakumosa-west Local Government Area, Osun State, Southwestern Nigeria. The Pan African Medical Journal. 2021;40 (Supp 1):8.
15. **Olumuyiwa O Odusanya, Ewan F Alufohai, Francois P Meurice and Vincent I Ahonkhai.** Determinants of vaccination coverage in rural Nigeria. BMC Public Health 2008, 8:381.
16. **Antai, D.** Faith and child survival: the role of religion in childhood immunization in Nigeria. J Biosoc Sci, 2009. 41(1): p. 57-76. 227.
17. **Antai, D.** Gender inequities, relationship power, and childhood immunization uptake in Nigeria: a population-based cross-sectional study. International journal of infectious diseases: IJID: official publication of the International Society for Infectious Diseases, 2012. 16(2): p. e136-145.
18. **Nguefack, F.** Connaissances, attitudes et pratiques des mères travailleuses vis-à-vis de la vaccination des enfants : exemple des revendeuses de vivres des zones de faible performance vaccinale. Health sciences and disease, 2016. 17April-May-June 2016; 18-23.
19. **Etana B, Deressa W.** Factors associated with complete immunization coverage in children aged 12-23 months in Ambo Woreda, Central Ethiopia. BMC Public Health 2012;12:566