

Ministère de l'Enseignement Supérieur,
et de la Recherche Scientifique

-----=0=-----

REPUBLIQUE DU MALI

Un Peuple- Un But- Une Foi



UNIVERSITE DE BAMAKO

Faculté de Médecine de Pharmacie et d'Odonto-Stomatologie

Année Universitaire : 2009-2010

N°-----/

Thèse

**ETUDE DE LA PARTICIPATION DES RELAIS
COMMUNAUTAIRES DANS LES ACTIVITES DU
PROGRAMME ELARGI DE VACCINATION DE ROUTINE
DANS LE DISTRICT SANITAIRE DE DIOÏLA**

Présentée et soutenue publiquement le ____/____/_ 2010

Devant la Faculté de Médecine de Pharmacie
et d'Odontostomatologie

Par Mr Dramane NIARE

Pour Obtenir le Grade de Docteur en Médecine

(DIPLOME D'ETAT)

Jury:

Président : Professeur Tiéman COULIBALY

Membre : Docteur Nouhoum KONE

Docteur Mahamadou N'Tji SAMAKE

Co-directeur Docteur Moussa BAGAYOKO

Directeur de Thèse: Docteur Hamadoun SANGHO



DEDICACES

Je dédie ce travail à :

A notre seigneur **ALLAH, le Tout Puissant, le Clément et le Miséricordieux.**

Au **prophète ; Mohamed**, (paix et salut sur lui) Amen !

A mon père Feu **Mamadou NIARE** : j'ai pu tenir à ta promesse malgré les énormes difficultés, que **Dieu** t'accepte parmi les élus du paradis.

A ma mère **Kadiatou KEITA « Tatou »**: merci pour ce que tu as fait pour moi. Par la grâce de **Dieu** et avec tes bénédictions j'ai pu réaliser l'objectif que je m'étais fixé. Que **Dieu le Tout Puissant** te donne une longue vie et une bonne santé. Amen !

REMERCIEMENTS

Mes remerciements s'adressent :

A tous ceux qui de près ou de loin ont contribué à la réalisation de ce travail.

Au corps professoral de la FMPOS :

Pour la qualité de l'enseignement dispensé et votre entière disponibilité. Trouvez ici l'expression de notre sincère reconnaissance.

A ma très chère épouse Tata TRAORE : Merci de tes conseils, tu m'as toujours assisté surtout pendant les moments les plus difficiles

A la famille NIARE de Nangola, Konobougou, Fana et Bamako

A mon grand frère Amidou NIARE et sa famille:

Je ne saurai te remercier assez. Ton soutien et tes conseils ont été d'un grand apport pour la réussite de ce travail. Je n'ai jamais eu de problème à tes côtés. Merci pour tout.

A mon logeur et « père » : Mamadou DOUMBIA

Vos sages conseils et vos soutiens n'ont jamais fait défaut. Je vous dis merci pour tout ce que vous avez fait pour moi.

A mon logeur Dr Tierno BAGAYOGO medecin chef du CSref de Baroueli :

Je n'ai pas de mot pour vous remercier. A la maison je n'ai jamais rencontré de problème. Votre manière de comprendre la vie m'a encore donné de l'espoir. Recevez ici l'expression de ma profonde gratitude.

Au médecin chef du CSRéf de Dioila :

Merci de m'avoir accueilli dans votre service et favorisé la réalisation de ce travail dans votre centre.

A tout le personnel du CSRéf de Dioila et de Baroueli : Toute ma reconnaissance. Vous m'avez rendu le séjour agréable.

A tout le personnel du CSCom de Banido : Merci pour votre bonne collaboration

A mes intimes amis :Amadou TANGARA et Sory Magané Merci de votre générosité

A mes frères et amis : Dr KAMISSOKO Moussa ; Dr DAOU Oumar ;
Dr YARA M ; Dr TALL Mariam ; Dr DOUMBIA Adama ; Dr TRAORE
M. ; Dr TOGO M ; Dr KANTE Toumani ; Dr NIMAGA Baba:

Vos conseils et vos soutiens tant moraux que matériels n'ont jamais fait défaut. Recevez cette thèse en souvenir des nuits blanches passées ensemble au labeur, merci mes chers pour tous.

Aux relais du district sanitaire de Dioïla

A tous ceux qui de près ou de loin ont contribué à la réalisation de ce travail.

HOMMAGES
AUX MEMBRES
DU JURY



A NOTRE MAÎTRE ET PRÉSIDENT DU JURY,

Professeur Tiéman COULIBALY,

- *Maître de conférences,*
- *Chef du service de traumatologie du CHU Gabriel TOURE*

Honorable maître, vous nous faites un insigne honneur en acceptant de présider ce jury malgré vos multiples occupations.

Votre rigueur, votre disponibilité votre souci du travail bien fait et votre faculté d'écoute ont forcé notre admiration. Vous nous avez reçus avec beaucoup d'amabilité ; nous en avons été touchés.



À NOTRE MAÎTRE ET JUGE,

DOCTEUR NOUHOUM KONÉ

- *Médecin de santé publique*
- *Directeur National Adjoint de la santé*

Cher maître, nous vous remercions pour l'honneur que vous nous faites en acceptant de juger ce travail malgré vos multiples occupations. Votre disponibilité, votre abord facile, vos qualités humaines forcent notre admiration.

Permettez nous de vous exprimer ici, cher Maître, le témoignage de notre profonde reconnaissance.



À NOTRE MAÎTRE ET JUGE,

DOCTEUR МАНМАДОУН Н'ТJI САМЯКЪ

- *Médecin Chef Adjoint du CSRF DE
BAROUELI*

Cher maître, nous vous remercions pour l'honneur que vous nous faites en acceptant de juger ce travail malgré vos multiples occupations. Votre disponibilité, votre abord facile, vos qualités humaines forcent notre admiration. Votre manière de comprendre la vie nous a donné beaucoup d'espoir.



*À NOTRE MAÎTRE ET CO-DIRECTEUR DE THÈSE,
DOCTEUR MOUSSA BAGAYOKO*

- *Médecin chef du CSRéf de Dioïla,*

Cher maître, vous avez su diriger des mains de «maitre» ce travail. Plus qu'un maitre vous été pour nous une source intarissable de savoir ; vous m'avez particulièrement impressionné par votre simplicité et votre humanisme qui ont forcé notre admiration. Nous vous remercions pour cette confiance que vous nous avez placée.

Croyez, cher maître, à ma très haute considération



A NOTRE MAÎTRE ET DIRECTEUR DE THÈSE,

PROFESSEUR HAMADOUN SANGHO

- 1. Médecin de santé publique*
- 2. Directeur du centre de recherche et de documentation sur la survie de l'enfant CREDOS*
- 3. Maître de conférence à la Faculté de Médecine de Pharmacie et d'Odontostomatologie (F.M.P.O.S),*

Cher maître, vous nous avez fait un grand honneur en nous acceptant dans votre prestigieux service. Vos immenses qualités de pédagogue, la qualité exceptionnelle de votre enseignement, votre raisonnement scientifique raffiné, votre simplicité, votre disponibilité, et votre lutte contre l'injustice sociale nous forcent l'estime et l'admiration. Nous avons bénéficié de votre savoir médical et de votre savoir être. Nous sommes très fiers d'être compté parmi vos disciples.

LISTE DES ABREVIATIONS

ASACO :	association de santé communautaire
AME :	allaitement maternel exclusif
BCG :	Bacille de Calmette et Guérin
BCG / VAR :	Taux d'abandon du BCG au VAR
CPM :	Chef de poste médical
CSRéf :	Centre de santé de référence
CSCOM :	Centre de santé communautaire
CSLP :	Cadre Stratégique de Lutte contre la Pauvreté
DTC3 :	Enfants complètement vaccinés contre la diphtérie, le tétanos et la coqueluche
DTCP3 :	Enfants complètement vaccinés contre la diphtérie, le tétanos, la coqueluche et la poliomyélite
EDS III :	Enquête démographique et de santé 3eme édition
EPIVAC :	Epidémiologie de la vaccination
GAVI:	Global alliance for vaccine and immunisation
IRA :	Insuffisance respiratoire aigue
MII :	Moustiquaire imprégnée d'insecticide
MTN :	Maladies tropicales négligées
OMS :	Organisation mondiale de la santé
ONG :	Organisation non gouvernementale
PCIME :	Prise en charge intégrée des maladies de l'enfant
PDSC :	Plan de développement sanitaire de cercle
PF :	Planification familiale
PEV :	Programme élargi de vaccination
PFE :	Pratique Familiale Essentielle
PMA :	Paquet minimum d'activité
PRODESS :	Programme de développement sanitaire et social
SASDE :	Stratégie d'accélération pour la survie et le développement de l'enfant

SIAN :	Semaine d'intensification des activités de nutrition
SNSE :	Stratégie nationale pour la survie de l'enfant
SP :	Sulfadoxine Pyrimethamine
TPI :	Traitement préventif intermittent du paludisme
UNICEF :	(United nations children fund) Fond des Nations Unies pour l'Enfance
VAR :	Vaccin anti rougeoleux
VAT :	Vaccin antitétanique
VAT1/VAT2 :	Taux d'abandon du VAT1 au VAT2

SOMMAIRE

I. INTRODUCTION	1
II. OBJECTIFS	4
III. GENERALITES	5
IV. METHODOLOGIE DE LA RECHERCHE	12
V. RESULTATS	19
VI. COMMENTAIRES ET DISCUSSION	35
VII. CONCLUSION	38
VIII. RECOMMANDATIONS	39
IX. REFERENCES	44
X. ANNEXES	45



I. INTRODUCTION

INTRODUCTION

La victoire de la santé publique sur l'éradication de la variole, la vaccination a été jugée comme un acte primordial de prévention.

Depuis la conférence d'Alma Alta, mettant l'accent sur les soins de santé primaires, les différents pays du monde en collaboration avec l'organisation mondiale de la santé ont fait de la vaccination contre les maladies évitables le maillon fort des systèmes de soins préventifs. .

Au Mali, il existe un Programme Elargi de Vaccination, dont le lancement a eu lieu en 1986. Il vise à atteindre une couverture vaccinale d'au moins 80% des enfants de moins de deux ans et des femmes en âge de procréer. Il s'agit d'immuniser les enfants contre huit maladies cibles : la poliomyélite, la rougeole, la diphtérie, la coqueluche, le tétanos et la tuberculose l'hépatite B les infections à *Haemophilus influenza* ().

L'Enquête Démographique de Santé EDS IV au Mali a montré que seuls 58 % des enfants de 12 à 23 mois seulement ont reçu correctement tous les antigènes et plus de 22% n'ont reçu aucun vaccin (1).

Pour améliorer les indicateurs du Programme Elargi de Vaccination, la Stratégie d'Accélération pour la Survie et le Développement de l'Enfant a été lancée dans le district sanitaire de Dioïla en 2004, c'est un processus qui nécessite une collaboration étroite et effective entre les membres des équipes de santé, les responsables politiques et administratifs, les partenaires au développement, les associations et les Organisations Non Gouvernementales locales et nationales œuvrant dans le secteur de la santé en vue d'atteindre des objectifs discutés et convenus. La mise en œuvre de ce processus au niveau village passe par l'utilisation des relais communautaires

La mortalité infanto-juvénile demeure un problème de santé publique. Plus de onze million meurent chaque année avant de fêter leur

cinquième anniversaire, et la quasi-totalité dans les pays en voie de développement [17]

Parmi les maladies en cause de cette forte mortalité, les maladies cibles du Programme Elargi de Vaccination occupent une place.

C'est dans ce contexte que l'UNICEF a initié en 2002 dans quatre pays d'Afrique de l'Ouest (Bénin, Ghana, Mali, et Sénégal) un programme pilote appelé Stratégie Accélérée de la Survie et de Développement de l'Enfant (SASDE). Il s'agit d'une approche intégrée de la survie de l'enfant conçue de manière à fournir un ensemble de services sanitaires d'importance vitale aux enfants des communautés qui ont des difficultés d'accès aux soins et où la mortalité infanto-juvénile est élevée.

Cette stratégie comporte trois paquets d'intervention :

- Le PEV-plus
- La PCIME-plus
- Les soins maternels et néonataux plus

Elle est centrée sur deux niveaux de soin : niveau centre de santé et niveau communautaire dans les ménages.

Les interventions au niveau communautaire / ménages sont complémentaires à celles développées au niveau du centre de santé et se résument essentiellement à la promotion des pratiques familiales essentielles (PFE) relatives à la prise en charge des maladies de l'enfant au niveau des ménages (paludisme, IRA, diarrhée, malnutrition), à la vaccination des enfants contre les maladies cibles du PEV couplée avec la supplémentation des enfants en vitamine A, aux soins maternels et néonataux la disponibilité des services de PF au niveau village, ainsi qu'au respect des mesures d'hygiène et d'assainissement dans les ménages. La mise en œuvre des PFE au niveau des ménages nécessite l'implication des relais communautaires qui devront apporter l'accompagnement de proximité nécessaire auprès des ménages à travers des activités de communication.

Dans le cadre du PEV, le relais est sensé jouer un rôle prépondérant dans les activités mobilisation sociale en faveur de la vaccination en centre fixe, en stratégie avancée, en stratégie mobile et dans les campagnes de masse. Ces activités vont de la recherche active des perdus de vue, à la gestion des réticences à la vaccination, à la communication pour un changement de comportement en faveur de la vaccination.

Le district de Dioïla a commencé la mise en œuvre des activités des relais en 2004 date à laquelle 184 d'entre eux ont été formés, équipés (de vélos et Kit IEC), dans 6 aires de santé sur 18 et mis en activité. En 2006, 324 autres relais ont été formés, équipés et mis en activités. En 2007, les activités de la SASDE, devenues SNSE (stratégie nationale pour la survie de l'enfant) ont été étendues à tout le district. Notre étude, une recherche opérationnelle, vise à évaluer la participation de ces relais dans les activités de vaccination parmi l'ensemble des paquets de la SASDE. Elle permettra d'apporter des recommandations en vue d'améliorer la prise en charge des enfants d'âge vaccinal mais aussi pour mieux apprécier l'espoir placé dans les relais surtout en matière de communication pour le changement de comportement dans les ménages.

II. OBJECTIFS

OBJECTIFS

1. OBJECTIF GENERAL

Evaluer la participation des relais communautaires dans les activités du Programme Elargi de Vaccination de routine dans le district de Dioila en 2008

2. OBJECTIFS SPECIFIQUES

- Décrire la nature des activités menées par les relais dans le cadre du PEV
- Décrire les couvertures administratives en pentavalent 3 et VAT2+r (chez les femmes enceintes) avant et après la formation des relais,
- Décrire les taux d'abandon BCG-VAR avant et après la formation des relais,
- Décrire les autres activités menées par les relais en vue de l'amélioration des indicateurs de santé,
- identifier les difficultés rencontrées par les relais dans leurs activités,
- Analyser le point de vue des parties prenantes sur l'amélioration et la pérennisation de l'activité des relais (les mères d'enfant de 0 à 23 mois les agents de santé, et la communauté dans laquelle il est issu).
- Comparer les résultats obtenus dans les aires de santé avec relais à ceux obtenus dans certaines aires non couvertes par l'activité relais.



III. GENERALITES

GENERALITES

1. APERCU SUR LA SASDE [14] [15]

Les taux de mortalité maternelle et de morbidité néonatale décrite au Mali par les trois enquêtes démographiques et de santé (EDS) restent les plus élevés en Afrique sub saharienne soit 464 décès maternels pour 100000 naissances vivantes et 57 décès néonataux pour 1000 naissances vivantes (EDS IV).Face à ce constat le gouvernement du Mali et ses partenaires ont mis en place plusieurs stratégies novatrices pouvant avoir un impact positif sur les taux élevés de mortalité et morbidité maternel et néonatal notamment

- L'organisation de la référence évacuation,
- L'approche des besoins obstétricaux non couverts et des soins obstétricaux et néonataux d'urgence d'urgences (SONU),
- La stratégie d'accélération pour la survie et le développement de l'enfant : SASDE.

Lancé en 2004 au niveau du district sanitaire de Dioïla et grâce à l'appui technique et financier de l'UNICEF et le programme santé Usaid-Keneya Ciwara ; la SASDE s'inscrit en droite ligne dans l'application d'une des recommandations des Objectifs du Millénaire à savoir réduire la mortalité infantile et améliorer la santé maternelle.

La SASDE est une approche basée sur les résultats. Elle est soutenue par l'exécution d'un contrat qui lie plusieurs acteurs à savoir les services techniques, l'ASACO, la collectivité, et les partenaires technique et financier. En 2007, à l'issue de plusieurs concertations entre le Ministère de la Santé, l'Unicef et les autres partenaires, la SASDE a subi une mutation pour devenir Stratégie Nationale de la Survie de l'enfant (SNSE). Cette stratégie est aujourd'hui la colonne vertébrale de la deuxième phase du Programme de Développement Sanitaire et Social (PRODESS II) qui est même est une composante du Cadre Stratégique de Réduction de la Pauvreté et la Croissance. (CSR).

Les axes d'interventions de la SNSE sont:

- le PEV+
- la SMNN+
- la PCIME +

a) PEV+

En plus du PEV de la vaccination des enfants de 0 à 11 mois, Il associe :

- La distribution de la vitamine A, et de Moustiquaires Imprégnées d'Insecticide (MII), aux enfants ayant terminé leur série de vaccination
- Le déparasitage périodique des enfants.

La mise en œuvre de cette activité est régie par un contrat de performance établi à différents niveaux (région/cercle, cercle/ASACO/commune, ASACO/personnels et ASACO/relais communautaire).

b) PCIME +

IL comprend 2 niveaux:

- le niveau CSCOM qui s'adresse à la prévention et au traitement de cinq maladies meurtrières de l'enfant (les maladies du PEV, le paludisme, l'IRA, la diarrhée et la malnutrition) : PCIME-clinique ;
- le niveau communautaire (ménages) pour la promotion des pratiques familiales dites essentielles en faveur de la santé, la nutrition, l'hygiène et l'éducation : PCIME-communautaire.

Au niveau des ménages des médicaments comme le Zinc, le paracétamol et le Cotrimoxazole sont fournis aux enfants de 0-5ans pour la gestion pré transfert en cas de diarrhées, fièvres ou toux. Il s'agit d'une dotation initiale gratuite remise aux ménages à travers l'ASACO dans le cadre du contrat de performance. Les ménages devront ensuite assurer le renouvellement des stocks au niveau du CSCOM qui lui-même doit assurer la disponibilité des produits et sa

vente. Le suivi de l'utilisation des kits ménages est assuré par les relais (mensuellement) et le chef du poste médical (trimestriellement).

c) SOINS MATERNELS ET NEONATALS PLUS

Ils comprennent

- La promotion de l'accouchement propre et assisté par un personnel qualifié,
- La CPN au cours de laquelle est distribué du fer / acide folique et la sulfadoxine-Pyrimethamine aux femmes enceintes,
- La vaccination des femmes en âge de procréer contre le tétanos.
- La distribution des moustiquaires imprégnées aux femmes enceintes dès le premier contact.
- La promotion des soins obstétricaux et néonataux d'urgence : soins essentiels aux nouveau-nés...

Par ailleurs il faut ajouter que l'institutionnalisation de la SASDE passe par une approche contractuelle mettant en parallèle la performance, les moyens et les résultats attendus

2 – FONCTIONS ET MODE DE RECRUTEMENT DES RELAIS

a) Fonctions du relais :

Dans le cadre des interventions communautaires, le ménage constitue la première unité de soins et la mère ou la gardienne d'enfant le premier prestataire. L'opérationnalisation des acteurs au niveau de cette unité nécessite un suivi rapproché que fera le relais communautaire à travers les visites à domicile (VAD). Le relais communautaire devra informer, éduquer, inciter au changement de comportement et vérifier le respect des pratiques familiales essentielles (PFE) de la PCIME Communautaire dans les ménages dont il a la charge de l'encadrement.

Les relais communautaires ont plusieurs attributions qui concourent toutes à assurer la liaison entre le centre de santé et les villages / ménages, à faciliter les interventions en stratégie avancée et mobile et à accompagner les ménages à travers des visites à domicile pour

renforcer l'adoption des pratiques familiales essentielles. Les relais communautaires constituent ainsi des maillons indispensables dans la mise en œuvre de la composante communautaire de la PCIME et dans les interventions de communication pour le changement de comportements (CCC).

b) critères de sélection : [7]

Le relais est choisi selon des critères contenus dans le guide national de formation des relais communautaires. Il s'agit de :

- être résident du village et parler la langue locale
- être alphabétisé ou scolarisé de préférence
- être actif
- être disponible et volontaire
- accepter de signer un contrat de performance avec soit l'ASACO, soit le village
- être stable et avoir une occupation dans le village
- être crédible (honnête, respectueux, sociable, discret, tolérant)
- avoir de préférence une expérience en mobilisation sociale (anciens relais, organisateurs, leaders, etc....)

Une fois ces conditions remplies le relais est désigné par le chef de village avec l'orientation d'avoir une même chance de représentativité équilibrée des femmes et des hommes.

Un relais doit s'occuper de 35 ménages environ et il doit être complété par un autre dans tous les hameaux qui sont à plus de 5 kms du village.

c) Collaboration des relais avec les agents de sante

A cet effet les relais sur lesquels porte cette étude constituent l'une des pierres angulaires dans la mise en œuvre de la SNSE, dans sa composante PCIME communautaire. Les relais au niveau village et du ménage sont impliqués dans toutes les activités de paquet minimum d'activité. Dans le cadre de la vaccination, ils sont chargés de : informer les parents d'enfants concernés par la vaccination la veille de

l'activité (i), présenter, les enfants au vaccinateur (ii), rechercher les perdus de vue (iii) et animer au niveau des ménages et des villages des causeries sur la vaccination et tous les thèmes y afférant (calendrier vaccinal, maladies sous surveillance épidémiologique...). Le relais constitue l'interface entre les populations et les agents de santé.

Les agents de santé sont chargés de sa formation, son encadrement, sa supervision et le monitoring semestriel des pratiques familiales essentielles.

d) La motivation du relais

Le contrat précise qu'il n'y a pas de rémunération pour le relais. Il mène toutes ses activités à titre bénévole. Toute fois, un vélo de fonction lui est donné à la fin de sa formation de même qu'un kit IEC et un cahier de pointage de ses activités (destiné à la collecte des données pour le monitoring des PFE). Le contrat de performance ASACO-Relais, précise qu'à terme, si les résultats sont pleinement atteints, le relais peut bénéficier des cadeaux d'encouragement.

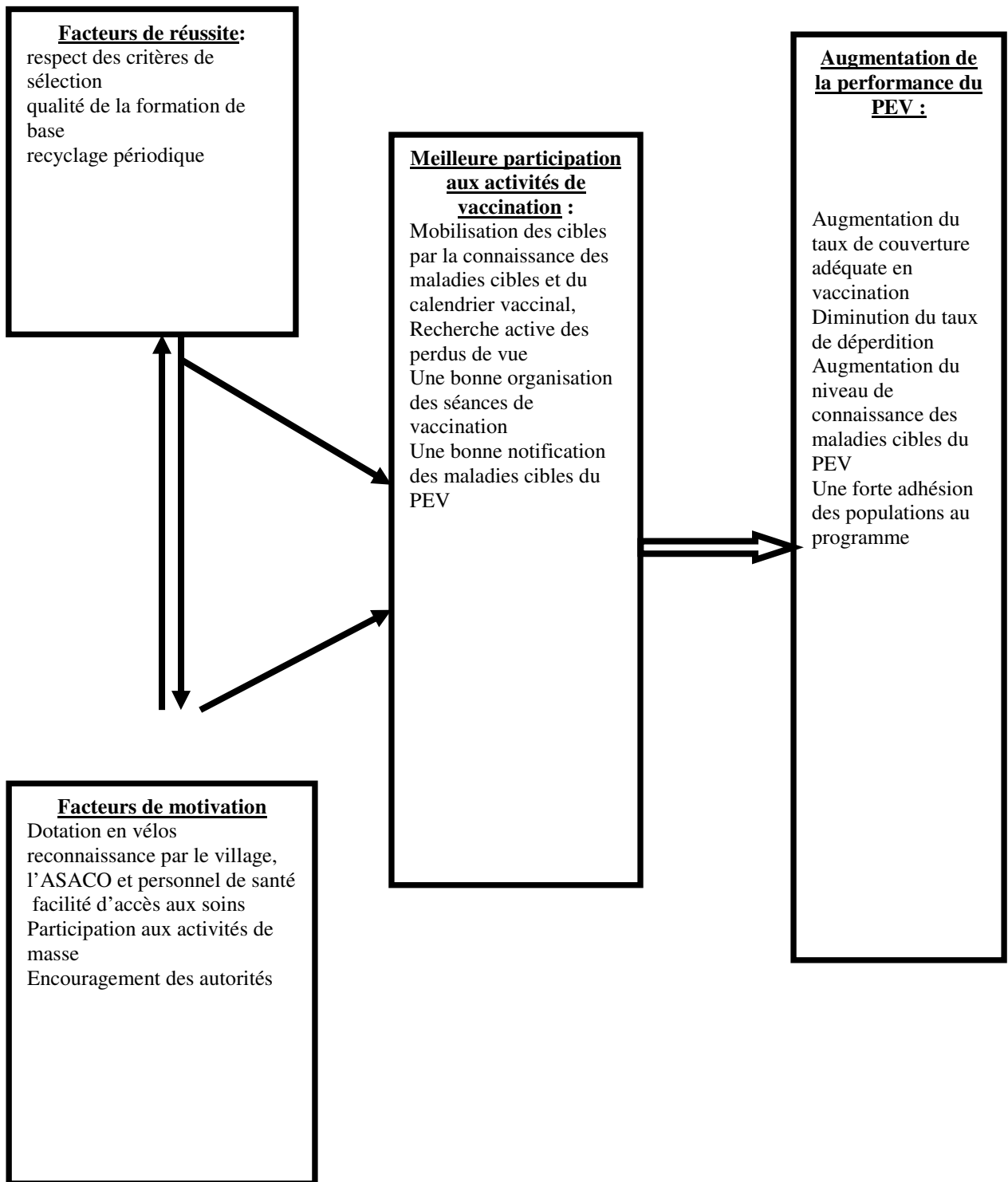
Un atelier national de réflexion sur la gestion des relais et leur motivation s'est tenu en 2009, face au fait qu'après leur formation d'entre eux beaucoup ont démissionné.

Dans le district sanitaire de Dioïla, en dehors de ce qui précède, les relais reçoivent comme motivations, des primes lors des activités de distribution et de vaccination de masse (SIAN, MTN, campagne contre la poliomyélite...), en plus il lui est accordé des facilités de soins pour lui et pour sa famille.

3 CADRE CONCEPTUEL DE L'ETUDE

Le fondement de notre raisonnement se fait autour du cadre conceptuel suivant :

- Les facteurs déterminants de l'activité bénévole du relais
- Le soutien et la collaboration avec les services de santé
- La compétence et la détermination du relais



IV. METHODOLOGIE

METHODOLOGIE

1. cadre et lieu d'étude :

1.1) Historique

Le cercle de Dioïla connu à travers l'appellation « Banico » nom bambara qui signifie « derrière le petit fleuve » est situé derrière le fleuve Baoulé et compris entre ce fleuve et le Bagoè. Selon la légende le chef lieu du cercle de Dioïla fut fondé vers le 15^e siècle par un chasseur nommé Sountiè MARICO qui serait venu de Kalako du cercle de Bougouni accompagné de deux de ses frères pour s'installer d'abord à Finiana à 6 Km à l'ouest puis à Dioïla ou Djeïla ou « la baie des phacochères ».

A ce jour Dioïla est le chef lieu du cercle et de la zone sanitaire de Dioïla.

1.2) Données générales

Situé dans le sud de la région de Koulikoro, le district sanitaire de Dioïla a une superficie totale de 7256 Km². IL est limité:

- Au nord et à l'est par le district sanitaire de Fana
- A l'ouest par le district sanitaire de Ouelessebougu
- Au Sud-est par le cercle de Sikasso
- Au Sud – ouest le cercle de Bougouni

Dioïla le chef lieu de cercle est situé à 160Km de Bamako en passant par Fana.

Son relief est très peu accidenté avec quelques élévations ça et là. Le Cercle est arrosé essentiellement par les fleuves baoulé, bagoé qui se réunissent pour donner le bani aux abords du cercle de Bla.

Sur le plan socio-administratif, le cercle est peuplé essentiellement de Bambaras, peulh, miniankas et de Sarakollés. Il est divisé en 23 communes administrées par des maires.

1.3. Données sanitaires :

a)- Situation épidémiologique:

- les principales maladies courantes rencontrées dans la zone sont: le paludisme, les affections respiratoires, les maladies diarrhéiques, les affections chirurgicales (hernies, hydrocèles, prolapsus etc.).
- La zone n'a pas connu d'épidémie ces deux dernières années. Les maladies à potentiel épidémique connues dans la zone demeurent la rougeole et la méningite
- En 2008, 6 cas suspects de rougeole, 1 cas suspect de fièvre jaune et 2 cas suspects de poliomyélite ont été détectés, mais aucun cas n'a été confirmé au laboratoire. Nous avons en outre détectés 19 cas de méningites avec 2 décès. Les germes retrouvés ont été le pneumocoque, le méningocoque A.

b) Système de santé :

- **Organisation du système de santé :**

Le District compte 16 aires de santé opérationnelles sur 20 prévues dans son plan quinquennal de développement social et sanitaire (PDSC); avec un taux d'accessibilité au paquet minimum d'activités à 89% dans un rayon de 15 km.

Un conseil de gestion présidé par le président du conseil de cercle assure la gestion des questions de santé dans le cercle.

Chaque centre de santé est géré par un conseil et un comité de gestion, avec une organisation fonctionnelle structurée sur la base des descriptions de tâches et de postes.

Sur le plan technique, le district est géré par une équipe cadre (cadres du centre de santé de référence) avec à sa tête un médecin chef. Cette équipe est élargie aux responsables des postes médicaux pour les réunions trimestrielles.

Quelques indicateurs de services de l'année 2008 :

- Le pourcentage d'enfant de moins d'un an complètement vaccinés (Penta 3) : 95%

- Le taux de prévalence contraceptive : 5 %
- Le taux de couverture VAT2+r des femmes enceintes : 58 %
- Le taux de consultation d'enfants sains: 32 %

2. Type et période de l'étude

Pour évaluer nos objectifs nous avons réalisé une étude transversale à visée descriptive et analytique portant sur la participation des relais communautaires dans les activités du PEV de routine au cours de 2008 dans le district de Dioila.

3. Population cible

Choix des aires de santé : Il sera basé sur l'existence ou non de relais formés à la PCIME-communautaire, le nombre sera le même pour les deux cas de figure.

Critères d'inclusion

La population étudiée était constituée par :

- Les relais communautaires formés sur la PCIME-communautaire (Promotion des pratiques familiales essentielles à la survie de l'enfant) des zones d'étude,
- Les mères des enfants de 0 à 11 mois des zones d'étude,
- Les enfants de 12 à 23 mois,
- Les agents de santé collaborant avec les relais communautaires des zones d'étude.

Critères de non inclusion

Les relais non formés en PCIME-communautaire et les autres personnes provenant d'autres zones.

4. Echantillonnage

4.1. Méthode et technique d'échantillonnage

Il s'agit d'un échantillonnage en grappe de deux degrés, pour l'enquête auprès des enfants de 12 à 23 mois, suivant la méthode OMS et un échantillonnage de type aléatoire pour les mères d'enfants de 0 à 11 mois, les relais et le personnel de santé.

4.2. Taille de l'échantillon

En adoptant les 30 grappes standardisées d'au moins sept (7) enfants recommandées par l'OMS, la taille de notre échantillon a été de 210 enfants de 12 à 23 mois.

Pour ce qui est des relais nous en avons interrogé 140. 26 agents de santé ont été aussi inclus dans notre étude.

5. Outils de collecte (voir annexes):

Nous avons élaboré trois questionnaires selon les cibles à interviewer

- Un questionnaire adressé aux relais avec 34 variables (cf annexes)
- Un questionnaire adressé aux mères des enfants de 12 à 23 mois avec 30 variables (cf annexes)
- Un questionnaire adressé aux agents de santé avec 35 variables (cf annexes)

Chacun des questionnaires comporte cinq parties

- Les variables socio démographiques
- Les attitudes et aptitudes
- Les activités des cibles
- Les difficultés rencontrées
- Les motivations

Ces questionnaires ont été élaborés, soumis à l'appréciation des encadreurs puis testés lors d'une journée d'orientation.

6. Organisation de la collecte des données

Nous avons informé, l'administration puis nous nous sommes rendus dans les villages. Mais auparavant nous avons testé nos questionnaires dans une aire située à douze kilomètres. Ce qui nous a permis d'améliorer les outils en y apportant les corrections nécessaires.

La supervision et la coordination de l'enquête étaient assurées par le Médecin chef.

La collecte des données a duré 20 jours.

7. Variables

- l'âge moyen des relais, des mères d'enfant de 0-23 mois, et des agents de santé
- le niveau d'instruction des relais, des mères d'enfant de 0-11 mois et des agents de santé
- les activités de mobilisation sociale des relais
- le niveau de connaissance des relais, des mères d'enfant de 0-23 mois, et des agents de santé sur le PEV
- le taux de couverture vaccinale par antigène
- la proportion des femmes en âge de procréer ayant reçu VAT1, VAT2
- le taux d'abandon entre BCG / VAR
- le niveau de connaissance des maladies cibles du PEV par les mères et les relais,
- le taux d'utilisation des supports d'IEC par les relais,
- le niveau de connaissance du calendrier vaccinal par les mères et les relais,
- Les mécanismes de motivation du relais

8. Définitions opératoires :

- La couverture vaccinale : C'est la proportion d'enfants vaccinés.
- L'abandon: Dans cette étude, il correspond au nombre d'enfants incomplètement vaccinés entre le BCG et le VAR.
- La couverture vaccinale pour le penta valent3 : c'est la proportion d'enfants de 0 à 11 mois ayant reçu les 3 doses de vaccin contre les maladies : la diphtérie, le tétanos, la coqueluche, l'hépatite « B » et le Haemophilus influenzae « b ».
- Le ménage : selon le contrat SASDE un ménage est constitué par une femme et ses enfants cela implique que dans les familles polygames il peut y avoir plusieurs ménages.

- Les mères à enquêter : C'est toute mère biologique présente ayant un enfant de 12 à 23 mois sélectionnée dans l'échantillon de l'enquête.
- Grappe : C'est un groupe de sept (7) individus ayant les mêmes caractéristiques. Elles sont constituées par les mères faisant partie des individus sélectionnés au hasard dans les ménages des localités échantillonnées.
- La mobilisation sociale: c'est le rôle assigné au relais. Elle consiste à organiser des causeries débats au niveau des ménages, à informer les mamans sur le passage du vaccinateur à la veille l'arrivée de celui-ci, à faire la recherche active des perdus de vue et à présenter les nouveau-nés à la vaccination
- La connaissance des antigènes PEV : C'est l'aptitude de la mère ou du relais à citer les différents antigènes pour lesquels l'enfant ou la mère sont vaccinés.
- La connaissance du calendrier vaccinal : il consiste à déterminer la périodicité d'administration des différents antigènes aux cibles du PEV.
- Le niveau d'instruction : Il s'agit de déterminer le niveau de scolarisation de la mère ou du relais.
- L'âge : On doit déterminer l'âge du relais et de la mère.
- Le sexe : Il indique la masculinité ou la féminité du relais.
- La profession : Nous informons sur la profession exercée par le relais.

9. Procédure de traitement et analyse des données

Nous avons fait la saisie et le traitement des données sur EPI INFO 3.3.2 après dépouillement. Les graphiques ont été élaborés sur EXCELL et transférés sur WORD.

Les tests statistiques utilisés sont le chi carré de Pearson avec un seuil de signification de 0.05% et un intervalle de confiance à 95%

Nous avons analysé les données par objectifs en nous attachant à faire ressortir les éléments suivants de l'étude :

- L'âge moyen des relais ;
- le niveau d'instruction des relais et des mères ;
- le niveau de connaissance du relais et des mères sur les cibles du PEV ;
- le taux de couverture vaccinale par antigène ;
- l'âge moyen des mères;
- la proportion des femmes en âge de procréer ayant reçu VAT1, VAT2 ;
- le taux d'abandon entre le BCG / VAR ;
- le taux d'abandon entre le VAT 1 / VAT2 ;
- le niveau de connaissance des maladies du PEV par les mères et par les relais ;
- le taux d'utilisation des supports d'activité par les relais ;
- le niveau de connaissance du calendrier vaccinal par les mères et par les relais ;
- le taux de mobilisation sociale du relais par les activités de sensibilisation et des recherches actives ;
- la source d'information de mères.

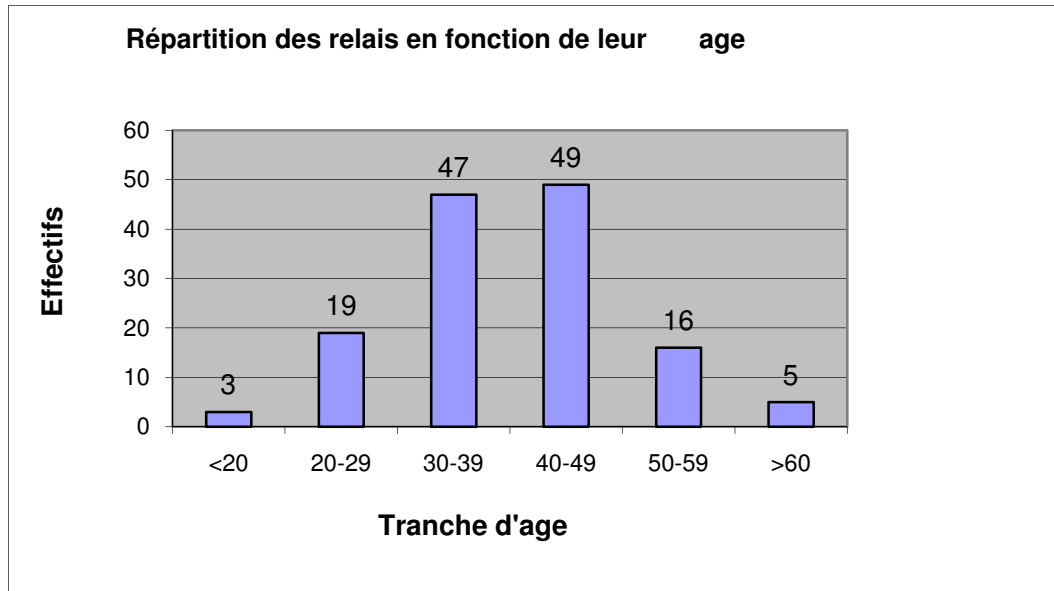


V. RESULTATS

RESULTATS

5-1 Enquête auprès des relais.

Graphique 1 : Répartition des relais en fonction de leur âge



Moyenne : 39 ans ; écart type : 9 ; minimum : 19 ans ; médiane : 38 ans ; maximum : 68 ans.

La tranche d'âge de 40 à 49 ans a été la classe modale de notre étude

La prédominance des hommes relais a été fortement constatée dans notre série avec 76% de l'effectif.

50 % des relais étaient des Bambara un seul était bobo.

Les célibataires étaient les moins représentés soient 4%.

56% des relais étaient alphabétisés, 22% avec reçus des instructions primaires.

La majorité des relais soient 74,8 % sont cultivateurs et exercent d'autres activités lucratives leurs permettant de supporter les charges familiales.

Tableau 1 : Répartition des relais en fonction de leur connaissance des maladies cibles du PEV,

Nombre de maladies connues	Nombre	%
8 maladies	48	34,5
6 maladies	61	43,9
3 maladies	29	20,9
Aucune	1	0,7
Total	139	100

34,5% connaissaient les 8 maladies du PEV et 43,9% connaissaient 6 maladies de la PEV. Un seul des 139 relais ne connaissait aucune maladie du PEV.

Tableau 2 : Répartition des relais en fonction de leur connaissance des cibles de la vaccination

Tranche d'âge	Nombre	%
0-11mois	124	89
12-23mois	15	11
4-5ans	0	0
Total	139	100

89 % affirmaient que la tranche d'âge de 0 à 11 mois est la cible concernée par le PEV de routine pour les enfants ; mais tous savaient que les enfants de plus de 23 mois ne faisaient pas partie de la vaccination de routine.

Tableau 3 : Répartition des relais en fonction de leur connaissance du calendrier vaccinal

Réponse	Nombre	%
Correcte	73	52,5
Incorrecte	66	47,5
Total	139	100

Le calendrier vaccinal était bien maîtrisé par 52,5 % des relais, quoiqu'un grand nombre d'entre eux n'avait pas une connaissance parfaite du calendrier.

Tableau 4 : Répartition des relais en fonction de la nature de la motivation souhaitée.

Nature de la motivation	Nombre	%
Félicitation	22	16
Entretien du champ	4	3
Salaire	71	51
Réparation de vélos	3	2
Nouveau vélos	26	19
Radio cassette	3	2
Vidéo	4	3
Kit de démonstration	6	4
Total	139	100

51 % des relais demandaient une rémunération comme motivation et 19 % un nouveau vélo. La reconnaissance du bon travail était la motivation de 16% des relais. Il faut noter que 96% des relais,

affirment être satisfaits parce qu'ils contribuent à l'amélioration de la santé de la population

Tableau 5: Répartition des relais en fonction des thèmes de sensibilisation

Thèmes	Nombre	%
Importance de la vaccination	105	76
Calendrier vaccinal	25	18
Autres	9	6
Total	139	100

76 % des relais affirmaient mener des sensibilisations sur l'importance de la vaccination et 18 % le calendrier vaccinal. Les autres 6% d'activités étaient constitués par les visites à domicile, la recherche actives des retardataires et des perdu de vue, la gestion des réticences à la vaccination...

Le rythme de passage d'une fois par mois au niveau des ménages était retenu et affirmé par 100% des relais, ce qui permet de ne pas trop surcharger le relais, eu égard au caractère bénévole de l'activité.

Tableau 6 : Répartition des relais en fonction des causes de recherche active des enfants

Causes	Nombre	%
Refus des parents,	6	8
voyage de la mère	54	71
Enfants malades	2	3
Echéance de vaccination	1	1
dépassée	13	17
Autres	76	100
Total		

76 relais des 139 menaient intensément la recherche active des perdus de vue.

Dans 71% des cas retrouvés la maman avait voyagé avec l'enfant et dans 8% des cas les parents refusaient la vaccination en raison de leurs occupations.

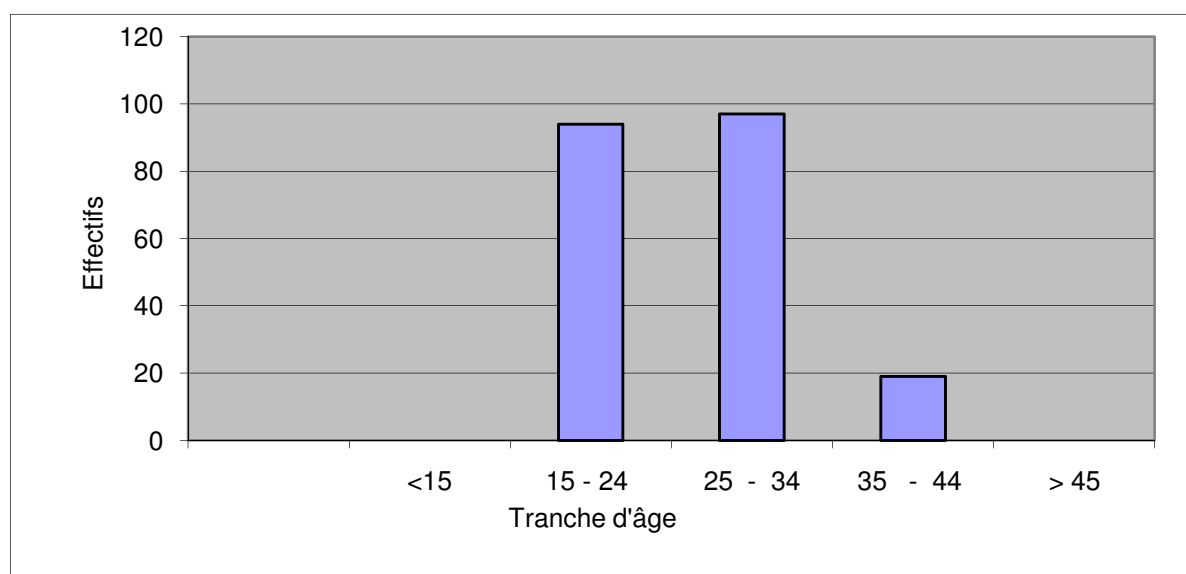
Tableau 7 : Répartition des relais en fonction des difficultés rencontrées au cours des activités.

Nature	Nombre	%
Agent de santé pas courtois	1	5,9
Autres raisons internes	12	70,6
Les villageois ne sont pas d'accord avec mon choix comme relais	3	17,6
Non respect du jour de vaccination	17	100
Total		

17 de nos relais avaient des difficultés dans leur activité de relais. Le problème du choix des relais, le non respect du calendrier par l'agent de santé, les problèmes internes entre les villageois et la non courtoisie de l'agent de santé constituaient les principales difficultés rencontrées par les relais dans leurs activités.

5-2 Enquête auprès des mères d'enfants de 0-11mois

Graphique 2 : Répartition des mères en fonction de leur âge



Minimum : 15 ans Moyenne : 25 ans ; écart type : 6, maximum : 45 ans

La tranche d'âge 25 à 34 ans était la plus représentative.

L'ethnie majoritaire était le bambara ; 54%

La totalité des mères d'enfant étaient mariées.

99% des mères d'enfant étaient des ménagères

72% des mères étaient illettrées et seules 4% avaient fréquenté jusqu'au niveau primaire.

Tableau 8 : Répartition des mères en fonction de leur connaissance des effets secondaires des vaccins.

Effets	nombre	%
Petite plaie	5	2,7
Fièvre	165	88,7
Douleurs locales	9	4,8
Abcès au point d'injection	7	3,8
Total	186	100

Les effets secondaires les plus cités étaient la fièvre, la petite plaie de BCGite et la douleur.

Tableau 9 : Répartition des mères en fonction de leur connaissance des maladies cibles du PEV

Maladies	Nombre	%
Connaît moins de 3 maladies	21	10
Connaît au moins 3 maladies du PEV	90	42,9
Connaît au moins 6 maladies du PEV	28	13,3
Connaît les 8 maladies du PEV	4	1,9
NSP	67	31,9
Total	210	100

Les maladies les plus citées étaient la rougeole, la coqueluche, le tétanos car elles sont soit les plus épidémiques soit couramment rencontrées.

32 % des mères savaient qu'il faut 5 séances pour qu'un enfant soit complètement et correctement vacciné. Les 68% autres arrêtent de fréquenter la vaccination quand l'agent vaccinateur affirme la fin des séries de vaccination. Ce qui est cause de taux d'abandon souvent élevé.

Tableau 10 : Répartition des mères en fonction de leurs sources d'information sur le passage des agents vaccinateurs

Sources	nombre	%
Crieur public	10	5
Chef de village	34	16
Délégué ASACO	2	1
Association et groupements féminins	1	1
Chefs religieux	17	8
Relais villageois	53	25
Agent de santé	80	38
Autres (rendez vous)	13	6
Les voisins	210	100
Total		

59% des mères sont informées de la vaccination par l'agent de santé et le relais.

Tableau 11: Répartition des mères en fonction de leur connaissance du rythme de passage de l'équipe de vaccination au niveau du village

Rythme de passage	Nombre	%
1 fois par mois	175	83
Plus d'une fois/mois	12	6
Ne sait pas	23	11
Total	210	100

83 % des mères affirmaient que l'équipe de vaccination passe 1 fois par mois au niveau du village.

Tableau 12 : Répartition des mères en fonction des difficultés pour amener l'enfant à la vaccination.

Difficultés	Nombre	%
Méconnaissance des avantages	3	1,4
Réticence du mari	6	2,8
Coût carte de vaccination	5	2,3
Ignorance des jours de vaccination	1	4
Temps d'attente trop long	2	0,9
Peurs des rumeurs	2	0,9
Enfants malades	2	0,9
Moment de vaccination non convenable	2	0,9
Aucune difficulté	187	89
Total	210	100

La réticence du mari et le coût de la carte de vaccination étaient les principales difficultés qui empêchaient les mamans de présenter les enfants aux séances de vaccination

Tableau 13 : Répartition des mères en fonction de leur avis sur le travail des relais

Appréciation	Nombre	%
Très utile	179	85
Assez bon	10	5
Ne sert à rien	21	10
Total	210	100

84 % des mères appréciaient positivement le travail des relais

Tableau 14 : Répartition des mères en fonction des récompenses qu'elles préconisent pour les relais

Nature	Nombre	%
Félicitation	60	27
Entretien de son champ	17	8
Réparation vélos	62	28
Salaires	81	37
Ne sait pas	0	0
Total	210	100

La question de motivation du relais reste une réalité évidente.

37% des mères affirment que l'on doit un salaire au relais.

Par contre les autres formes de motivation vont de la félicitation à l'entretien de son champ et à la réparation de son vélo.

5-3 Enquête auprès des agents de santé

Tableau 15 : Répartition des agents de santé en fonction de leur Fonction dans le CSCOM

Fonction	Nombre	%
Chef du poste médical	7	26,9
Responsable de maternité	7	26,9
Agent Vaccinateur	4	15,4
Gérant dépôt de vente	3	11,5
Autres	5	19,2
Total	26	100

Les fonctions de chefs de poste médicaux et responsables de maternité étaient les prédominantes soient 26,9 %.

61,5 % de nos agents santé avaient un niveau d'étude primaire au cours de l'étude.

Parmi les agents de santé interrogés 57,7 % étaient de sexe de masculin.

57,7 % de nos agents enquêtés avaient une qualification d'aide soignante ou de matrone contrairement au médecin qui était d'un seul.

Parmi tous les agents de santé interrogés seule 38,5 % avaient reçu une formation en PCIME communautaire notamment les chefs de poste et quelques agents vaccinateurs.

Tableau 16 : Répartition des agents de santé en fonction de la connaissance de l'activité de vaccination menée par les relais

Activités de vaccination menée par les relais	Nombre	%
Organisation des séances de Vaccination au village	7	26,9
La recherche active	7	26,9
L'administration du VPO et de la vitamine A lors des campagnes	7	26,9
VAD, Causerie éducative	5	19,3
Total	26	100

Les responsables des sept centres enquêtés savent les rôles dévolus aux relais dans la vaccination et les assimilent à l'organisation des séances de vaccination au village, la recherche, l'administration du VPO et de la vitamine A lors des campagnes, les VAD et causeries éducatives.

Tous les agents de santé avaient un cahier de supervision relais.

96 % des agents de santé menaient une supervision mensuelle de l'activité des relais.

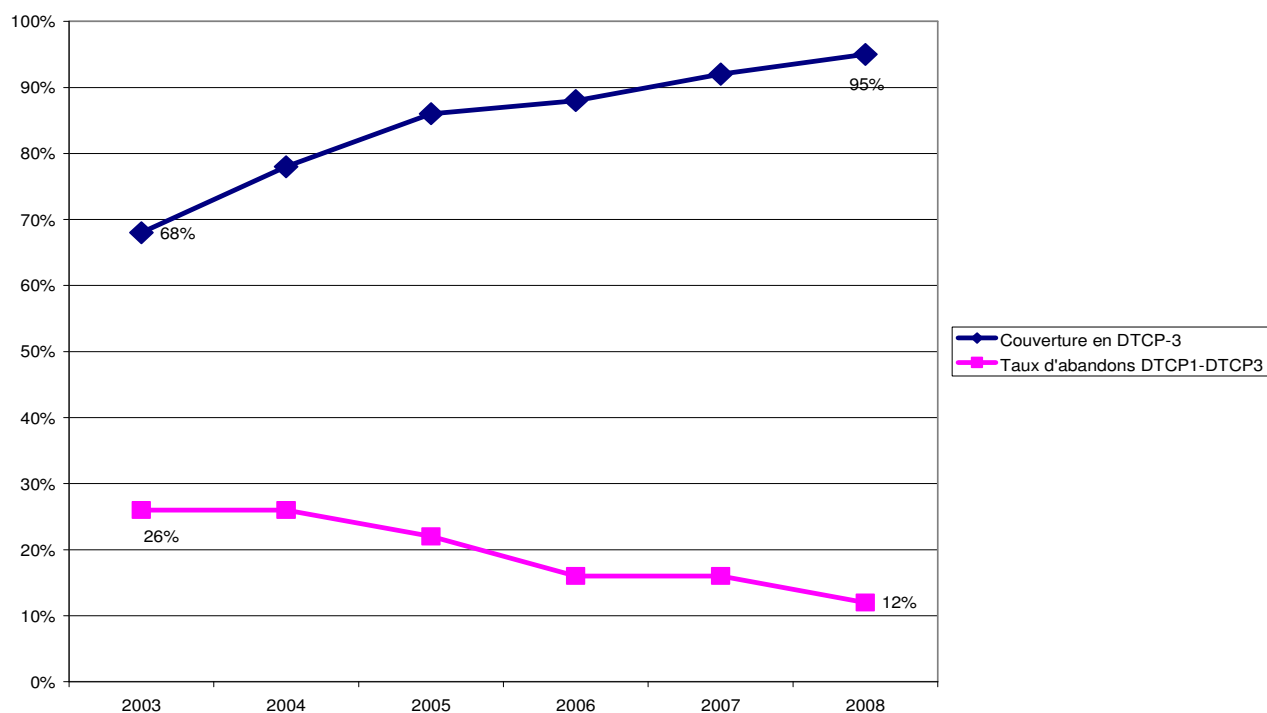
Aucun des 26 agents de santé interrogés n'avaient pas rencontré un problème avec les relais.

Parmi les suggestions des agents de santé pour l'augmentation des couvertures vaccinales dans les différentes aires de santé 26.9 % proposaient la sensibilisation des femmes à travers une intensification

des causeries éducatives et la recherche active des enfants non vaccinés.

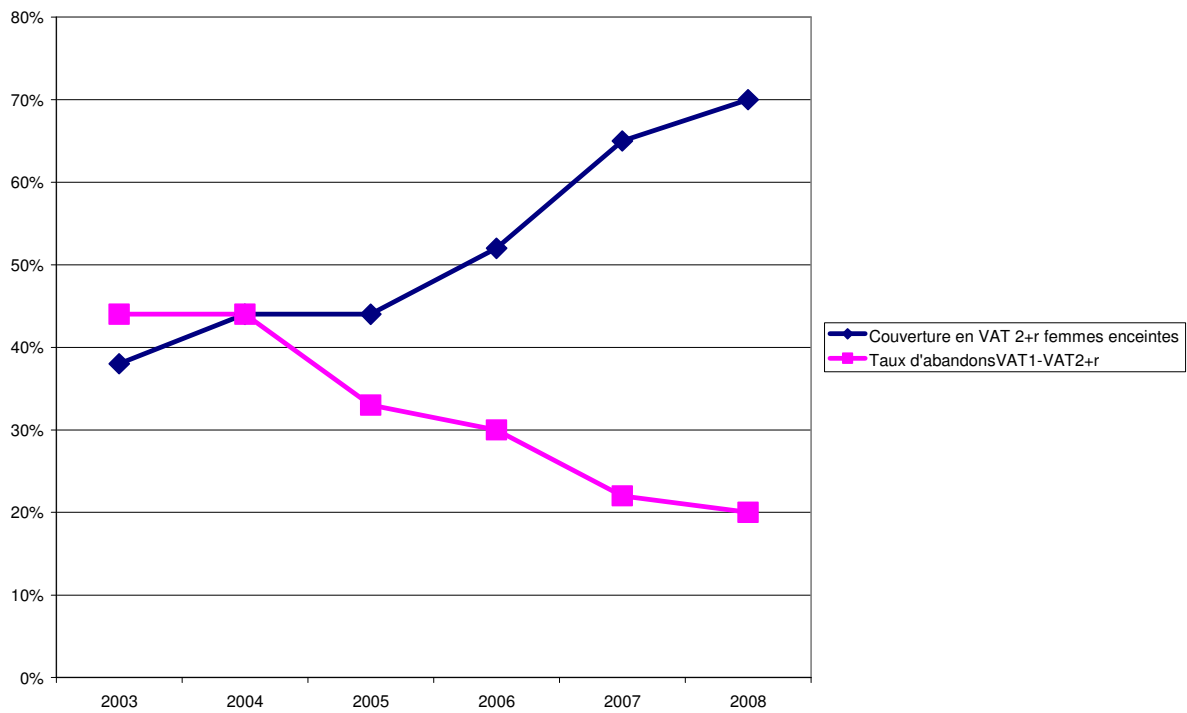
5.4. Dépouillement des rapports d'activités

Graphique 3 : évolution du taux de couverture administratives en DTCP-3 et des abandons de 2003 à 2008

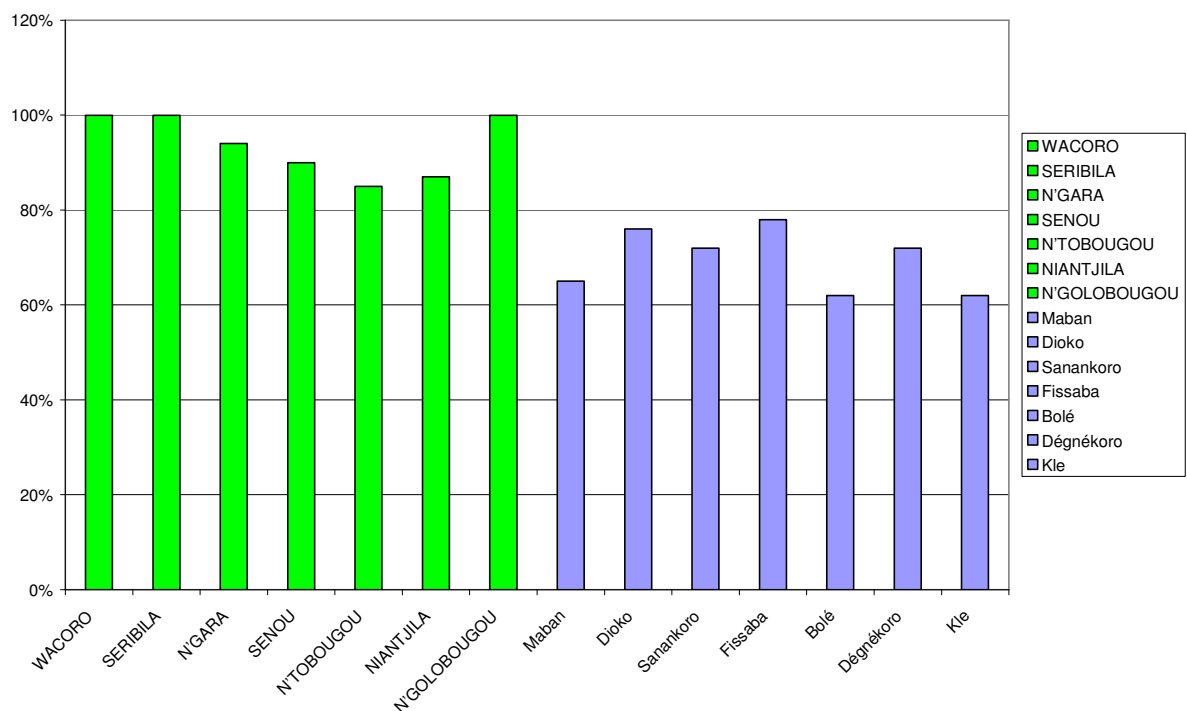


Nous constatons une évolution progressive des couvertures vaccinales et une réduction des taux d'abandons. En plus de l'apport il faut noter l'apport des stratégies novatrices telles : ACD...

Graphique 4 : Evolution des taux de couvertures administratives en VAT2+r et les abandons VAT1-VAT2+r de 2003 à 2008

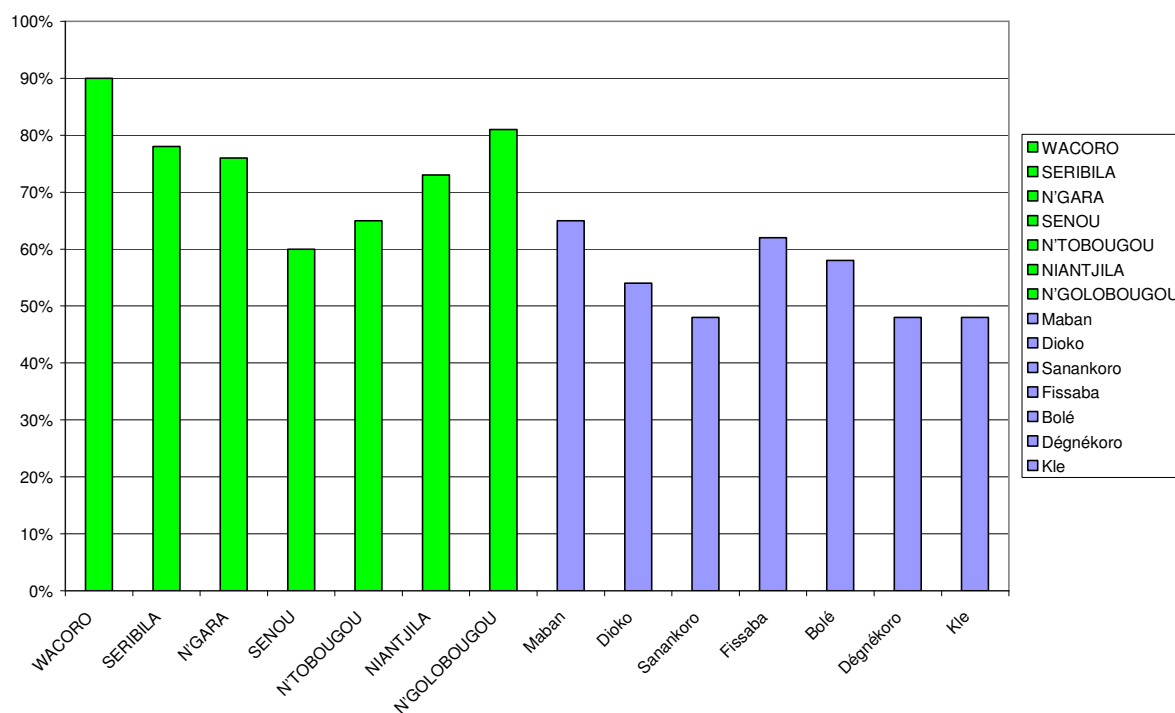


Graphique 5: Situation des couvertures administratives en DTCP-3 en 2008 des aires de santé

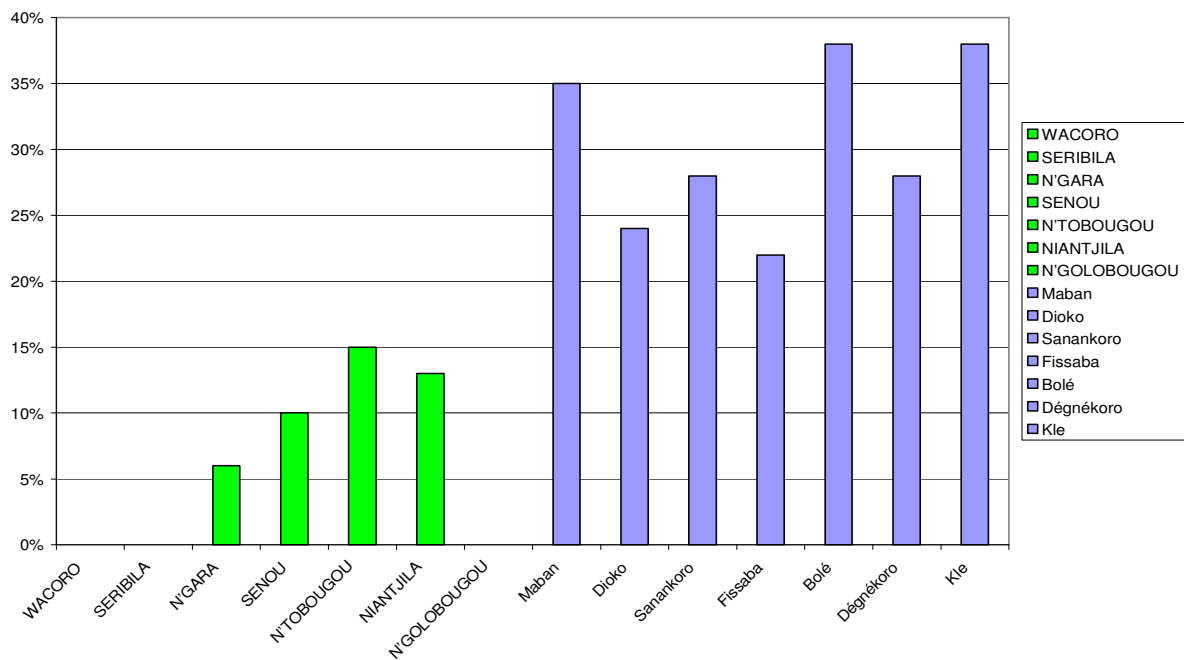


Globalement nous observons des taux de couverture satisfaisant dans les zones couvertes par l'activité des relais par rapport celles dépourvues en 2008.

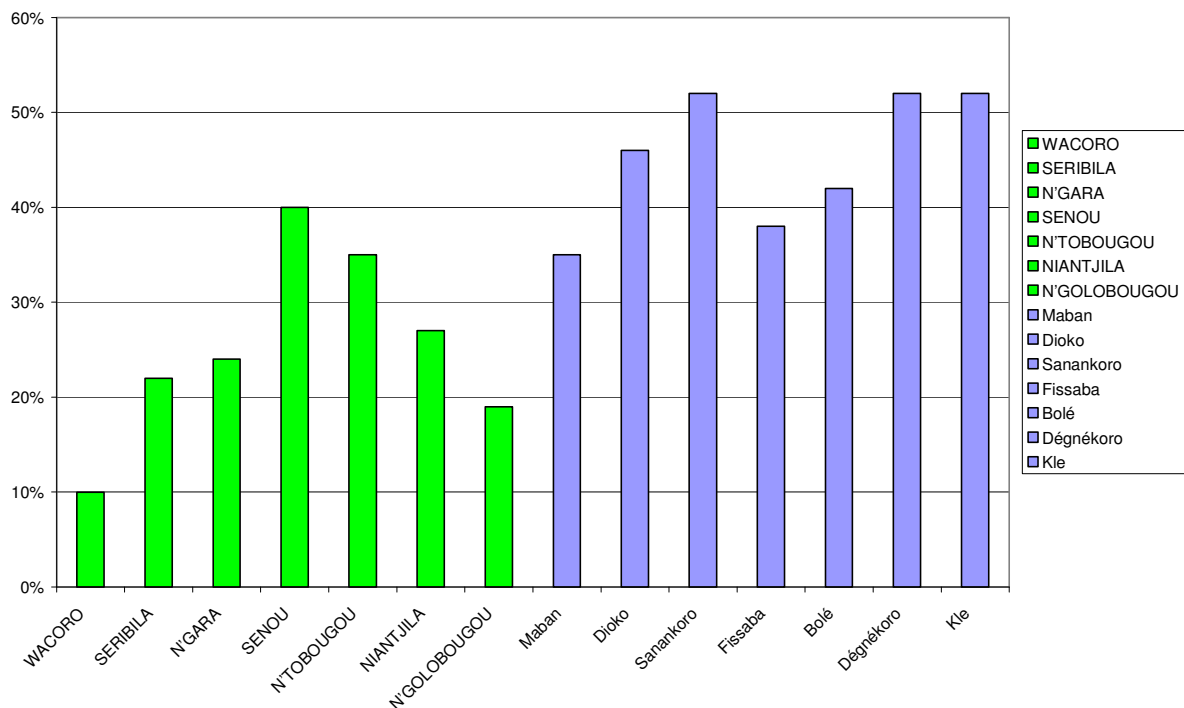
Graphique 6: Situation des couvertures en VAT2+r chez les femmes enceintes dans les 2 catégories d'aires de santé.



Graphique 7: comparaison entre les taux d'abandons dans les 2 catégories d'aires de santé.



Graphique 8 : comparaison entre les taux d'abandons VAT1-VAT2+r dans les 2 catégories d'aires de santé





VI. COMMENTAIRES ET DISCUSSIONS

COMMENTAIRES ET DISCUSSIONS

Limite de l'étude :

Cette étude essentiellement descriptive, ne nous a ni permis d'établir des relations entre les différentes variables, ni d'assister les relais à la tâche pour mieux évaluer leur appui à la vaccination (en dehors des campagnes contre la poliomyélite).

Aussi, l'effectif de la population, malgré les corrections apportées par le taux d'accroissement reste toujours sous-estimé au niveau village.

Il faut aussi noter que les activités de vaccination prennent aussi en charge des enfants et femmes vivant en dehors de l'aire de santé. Toutes les aires de santé du cercle n'ont pas été couvertes par notre étude à cause surtout des problèmes financiers. Le nombre limité d'études analogues au Mali et dans la sous région à limiter nos discussions.

- Par rapport aux activités menées par les relais en soutien au PEV :

Nous avons trouvé dans notre étude que 76% des relais menaient des activités de sensibilisation en soutien à la vaccination. Cette situation est surtout influencée par les directives de formation des relais qui mettent les pratiques familiales essentielles à la survie de l'enfant au centre des occupations du relais, la régularité des vaccinateurs dans les villages et la fréquence des campagnes de vaccination. Dans les campagnes, les relais sont sollicités pour faire soit de la mobilisation ou même l'administration du vaccin. Aussi 37% des femmes affirment être informées des vaccinations à travers les relais, PLEA et coll ont trouvé plus 43%.

La recherche active des perdus de vue est fait par les relais dans 55% des cas ceci pour contribuer à la diminution des abandons.

Malgré la forte proportion d'analphabètes parmi les relais, la plupart des activités qu'ils mènent sont notés dans un cahier pour faciliter le monitoring des pratiques familiales essentielles.

L'essentiel des activités de distribution telles que la Semaine d'intensification des activités de nutrition et le traitement des populations contre les maladies tropicales négligées (géo helminthiases, filarioses, le trachome), est fait par les relais.

- Par rapport à l'influence des activités des relais sur les indicateurs du PEV

En général, nous notons une augmentation des couvertures vaccinales depuis le démarrage des activités des relais concomitante de celui de la SASDE. Les résultats de services de vaccination sont bons en général dans les zones ayant des relais par rapport à celles qui n'en ont pas. Sidibé Y [10] et Bagayoko T [14] étaient parvenus aux mêmes constatations.

Il faut noter qu'en plus des activités de sensibilisation (causeries éducatives, visites à domicile..) les relais font le recherche active des perdus de vue. Dans les zones sans relais ces activités, ces activités sont à la charge des vaccinateurs qui n'ont pas souvent des les mener correctement en plus ils doivent couvrir un à deux sites par jour.

- Par rapport au point de vue des mères d'enfants et des agents de santé sur les activités des relais ;

100% des agents déclarent n'avoir pas eu de problèmes avec les relais. La motivation des relais est beaucoup liée à leur volonté d'offrir une meilleure condition de santé à leur communauté, ce qui est le contraire chez les agents de vaccination qui sont démobilisés pour le non perception de per diem (Bagayogo) [14]. En plus, nous avons relevé que 88% des mères apprécient le travail fait par le relais et réclament des encouragements à leur intention par exemple salaire ou achat de vélo.

De notre point de vue une grande partie des messages perçus par les populations le sont grâce aux efforts des relais.

Dans notre étude, nous avons trouvé que 98% affirment être formés au PEV ce qui explique leur bon niveau de connaissance des maladies cibles du PEV (76,5% ont cité plus de 6 maladies du PEV) et 90,4% savent que la vaccination concerne la tranche d'âge de 0-11 mois.

Les relais dans l'ensemble conduisent correctement leurs activités, 90% détiennent des cahiers d'activités ; 95% affirment faire la sensibilisation ; 82,5% passent dans les ménages au moins une fois par mois pour la sensibilisation et /ou la recherche active dans 71% de cas.

Par ailleurs, Sacko R. conclut que 70% des leaders communautaires connaissent le PEV et qu'ils y sont impliqués [12]

Pour ce qui est de la périodicité des services de vaccination nous avons trouvé que: 78% savent que la vaccination a lieu une fois par semaine en centre fixe et 77% une fois par mois en stratégie avancée. Cependant, Plea a trouvé dans son étude que 52% femmes connaissent la périodicité d'une fois par mois. Concernant les effets secondaires des vaccins, dans notre étude 46% ont cité la fièvre et 22% petite plaie au bras mais dans l'étude de Cissé les résultats sont différents, respectivement 95% et 1,5% [13]. Au cours de notre enquête 37% affirment qu'elles reçoivent l'information à travers les relais contrairement à l'étude de PLEA où 43% sont informées par les agents de santé. [11]

Au cours de l'enquête, la plupart des mères ont cité la poliomyélite, la rougeole, la tuberculose, la coqueluche, le tétanos et la diphtérie, ces mêmes maladies ont été citées par les mères dans l'étude de PLEA.

Environ 55% de nos enquêtées savent qu'il faut faire vacciner l'enfant 5 fois pour être protégé contre les maladies cibles du PEV, nous tendons vers le résultat de Cissé M.O. (79%)

VII. CONCLUSIONS

VII. CONCLUSIONS

Notre étude qui s'est déroulée de janvier à décembre 2008 dans le district sanitaire de Dioila dans la région de Koulikoro, nous a permis de cerner les différents contours de la participation des relais aux activités de vaccination. Il en est ressorti que les relais jouent un rôle important dans la vaccination. Ceci en témoigne les résultats des aires de santé où l'activité relais est mise en œuvre. Pour l'avenir et la pérennisation de cet acquis, il serait souhaitable de songer à la problématique de la motivation des relais.

VIII. RECOMMANDATIONS

RECOMMANDATIONS

Au terme de notre étude, nous formulons les recommandations suivantes adressées à différents niveaux :

- **Aux aires de santé concernées par l'enquête :**
 - impliquer d'avantage les relais aux activités de santé,
 - prévoir un système de motivation des relais,
- **Au district sanitaire:**
 - Programmer dans le plan opérationnel le recyclage des relais déjà formés,
 - Formuler des requêtes pour la formation des relais supplémentaires,
 - Aider les aires de santé à mettre en place des pistes de réflexion sur la motivation des relais de façon locale,
- **A la direction régionale de Koulikoro :**
 - Appuyer les districts dans la formation de relais supplémentaires,
 - Adresser une requête aux différents partenaires pour le renouvellement des vélos,

IX. REFERENCES BIBLIOGRAPHIQUES

REFERENCES BIBLIOGRAPHIQUES

- 1- DNS, CNI. Guide à l'usage des agents charges de la vaccination. Module de formation PEV Bamako. : 2000 :48p
- 2- DNS, DPLM, CNI. Info Pev MALI.Document technique PEV 2004 ; No 2 : 8p
- 3- MSPAS, CNI, Projet BASICS. Fiches techniques PEV à l' intention des agents socio sanitaires des cercles, CSA, CSCOM
- 4- CPS. Enquête Démographique de santé (EDS). 3eme édition. BAMAKO. : 2001 : 17p
- 5- UNICEF. Communication SASDE. Document UNICEF BAMAKO.2002 : 7p
- 6- DICKO. A LE monitoring Micro planification un outil pour améliorer la couverture vaccinale dans le district sanitaire de Bla 2000 MRO, DIU, EPIVAC, 2004
- 7- UNICEF. Suivi des pratiques familiales essentielles dans les ménages. Cahier du relais communautaire.
- 8- DNS. Guide monitoring / micro planification pour le niveau CSCOM. Document technique DNS. Document technique UNICEF. Bamako :2002 : 48p
- 9 - UNICEF (MALI), HKI (MALI). Module de formation des relais communautaires- SASDE .Ségou :2002 : 45p
- 10- SIDIBE Y. La mise en œuvre des contrats de performance : facteur d'amélioration du PEV ? Cas du district sanitaire de Kolokani au Mali de Juillet 2002 à Juin 2004, MRO, DIU, EPIVAC, 2005 : 48p
- 11- PLEA B. Etude de l'évolution des principaux indicateurs du PEV depuis la mise en œuvre des contrats de performance dans le district sanitaire de Mopti. MRO DIU EPIVAC. 2004 :49p
- 12- SACKO R. Evaluation de la couverture vaccinale et analyse des raisons de non vaccination dans le district de Gao / Mali en 2003, MRO, DIU, EPIVAC, 2003 : 40p

- 13- CISSE M.O. Etude des causes des abandons DTCP 1-DTCP3 et mesure de leur impact sur l'efficacité du PEV dans le cercle de Bandiagara en 2002, MRO, DIU, EPIVAC, 2003 : 47p
- 14- BAGAYOGO D. Etude sur les déterminants de la faible couverture vaccinale dans la commune urbaine de Kidal, MRO, DIU, EPIVAC, 2003 : 48p
- 15-Contrat de Performance ASACO –chef de village – relais communautaire / ATR. Document de contrat Banamba 2002 : 4p
- 16- COUMARE .M Evaluation de la performance des relais communautaires du secteur de la santé : Cas de la commune de POBE au Bénin, MRO MPH, IRSP ,2006 74 P
17. Enquête démographique et de Santé EDS III, Mali 2001
18. CISSE .B Evaluation de l'apport des relais communautaires sur l'amélioration de la couverture vaccinale dans le district sanitaire de Banamba, MRO, DIU, EPIVAC, 2006 ,44p
19. UNICEF, Stratégies accélérées de survie et développement du jeune enfant au Mali
UNICEF Mali Août 2005 ,104 P
20. ISPED Evaluation des interventions et de l'acceptabilité des relais communautaires dans le cadre de la stratégie accélérée de survie et du développement de l'enfant dans le district sanitaire de Djenné Région de Mopti, Mali, MRO ISPED / UNICEF Juillet 2006 103p
21. Mère et enfant en Milieu tropical, Médecine tropicale, 2003 ; vol 63, N° 4/5 ,541p
22. L'Etat des nouveau nés dans le Monde, Save the Children janvier 2003 ,139p (SUITE A AMELIORER)

LISTE DES TABLEAUX

Tableau I: Répartition des relais en fonction de la connaissance des maladies cibles du PEV

Tableau II : Répartition des relais en fonction de leur connaissance des cibles de la vaccination

Tableau III : Répartition des relais en fonction de leur connaissance du calendrier vaccinal

Tableau IV: Répartition des relais en fonction de la nature de la motivation à bénéficier

Tableau V: Répartition des relais en fonction des thèmes de sensibilisation

Tableau VI: Répartition des relais en fonction des causes de recherche active des enfants

Tableau VII: Répartition des relais en fonction des difficultés rencontrées au cours des activités

Tableau VIII: Répartition des mères en fonction de leur connaissance des effets secondaires des vaccins

Tableau IX: Répartition des mères en fonction de leur connaissance des maladies cibles du PEV

Tableau X: Répartition des mères en fonction de leurs sources d'information sur le passage des agents vaccinateurs

Tableau XI Répartition des mères en fonction de leur connaissance du rythme de passage par semaine de l'équipe de vaccination au niveau du village

Tableau XII: Répartition des mères en fonction des difficultés pour emmener l'enfant à la vaccination

Tableau XIII: Répartition des mères en fonction de leur avis sur le travail des relais

Tableau XIV: Répartition des mères en fonction des récompenses qu'elles préconisent pour les relais

Tableau XV: Répartition des agents de santé en fonction de leur Fonction dans le CSCOM

Tableau XVI: Répartition des agents de santé en fonction de la connaissance de l'activité de vaccination menée par les relais

LISTE DES GRAPHIQUES

Graphique 1 : Répartition des relais en fonction de leur âge

Graphique 2: Répartition des mères en fonction de leur âge

Graphique 3: Evolution du taux de couverture en DTCP et des abandons en 2003-2008

Graphique 4: Evolution du taux de couverture administrative en VAT2+r et les abandons VAT1-VAT2+r de 2003-2008

Graphique 5: Situation des couvertures administratives en DTCP-3 en 2008 des aires de santé

Graphique 6: Situation des couvertures administratives en VAT2+r chez les femmes enceintes dans les deux catégories d'aires de santé

Graphique 7 : Comparaison entre les taux d'abandon dans les deux catégories d'aires de santé

Graphique 8 : Comparaison entre les taux d'abandon en VAT1-VAT2+r dans les couvertures vaccinales DTCP3 de 2006 et du semestre 2007 des aires de santé (deux catégories d'aires de santé).



X. ANNEXES

ANNEXES

ETUDE DE LA PARTICIPATION DES RELAIS COMMUNAUTAIRES DANS LES ACTIVITES DU PEV DANS LE DISTRICT SANITAIRE DE DIOÏLA EN 2008 AU MALI

Questionnaire adressé aux mères d'enfants de 0 à 11 mois

I .IDENTIFICATION :

Q1. N° d'identification /...../...../...../

Q2. Date de l'enquête /..... /...../..... /

Q3. Cercle de :

Q4. Aire de santé de :

Q5. Village de :

Q6. Nom de la mère

Q7. Age de la mère /...../...../ ans

Q8. Ethnie : /...../

1. Bamanan 2. Sarakolé 3. Peulh 4. Sonrhäï 5. Mianka / Sénoufo

6. Bozo 7. Bobo 8. Autres.....

Q9. Niveau d'instruction : /...../

1. Lettrée 2. Illettrée 3. Alphabétisée 4. Autres.....

Q10. Profession : /...../

1. Ménagère 2. Commerçante 3. Teinturière 4. Aide ménagère
5. Fonctionnaire

6. Autres :

Q11. Statut matrimonial /...../

1. Marié 2. Célibataire 3. Veuve 4. Divorcé

II. CONNAISSANCES, ATTITUDES ET PRATIQUES

Q12. Qui vous informe sur le passage des agents vaccinateurs : /...../

1. Crieur public
2. Chef de village
3. Délégués ASACO
4. Associations ou groupements féminins
5. Les voisins
6. Chefs religieux
6. Relais villageois
7. Radio
8. Agents de santé
9. Autres (à préciser).....

Q13. Connaissez-vous les jours de vaccination dans votre village : /... /

1. Oui
2. Non
3. NSP

Q14. Combien de fois par semaine /...../

Q15. Combien de fois par mois ? /...../

Q16. Les jours de vaccination sont-ils respectés : /...../ 1. Oui 2. Non

Q17. Quelles sont les cibles de la vaccination dans le cadre du PEV : /...../

1. Les enfants de 0 à 11 mois
2. Les femmes enceintes
3. FAP
4. 1+2+3
5. NSP

Q18. Quelles sont les maladies contre lesquelles on vaccine : /...../

1. Rougeole
2. Coqueluche
3. Tuberculose
4. Tétanos
5. Diphtérie
6. Poliomyélite
7. Fièvre jaune
8. Hépatite B
9. Connaît les 8 maladies
10. Connaît au moins 6 maladies
11. Autres (à préciser).....
12. NSP

Q19. Avez-vous été informé sur les effets secondaires des vaccins : /...../

1. Oui
2. Non

Q20. Si oui citez en quelques uns : /...../

1. petite plaie au bras
2. fièvre
3. douleur locale
4. abcès au point d'injection
5. Autres (préciser)

Q21. Qui vous a informé : /...../

1. Relais
2. Agent Vaccinateur
3. Parents / voisins
4. Radio/ autres média
5. Rumeurs
6. Mes constats
7. Autres :.....

Q22. Combien de fois l'enfant doit-il être vacciné pour qu'il soit suffisamment

Protégé /..... /

1=5 fois 2=4 fois 3=Moins de 3 fois 4=NSP

Q23. Avez vous de difficultés pour amener l'enfant à la vaccination : /..... /

1= oui 2= non

Q24. Si oui lesquelles (cochez si cité)?

1. Méconnaissance des avantages de la vaccination
2. Réticence du mari
3. Méfiance aux agents de santé
4. Peur des rumeurs
5. Moment de la vaccination non convenable
6. Enfants malades
7. Coût carte de vaccination
8. Ignorance jour de la vaccination
9. Temps d'attente trop long
10. Ruptures de vaccins
11. Autres (préciser)

Q25. Savez- vous qu'il y a un relais dans votre village : /...../

1. Oui 2. Non

Q26 Si oui vient – il dans le ménage : /...../

1. Oui 2. Non

Q27. Quel est son rôle dans le village : /..... /

- 1. Information sur le passage du vaccinateur
- 2. Information sur le calendrier vaccinal
- 3. Information sur les maladies cibles du PEV
- 4. Gestion des réticences à la vaccination
- 5. L'organisation du lieu de vaccination

Q28. Quel est leur Rythme de passage dans les ménages: /...../

1=1 fois/ semaine 2=1 fois/mois 3=1fois/ trimestre 4=NSP

Q29 Quelle est votre appréciation sur le travail que fait le relais : /...../

1=Très utile 2= assez bon 3. Ne sert à rien

Q30– Pensez – vous qu'il faut récompenser le relais pour son travail : /...../

1 : OUI 2 : NON

Q31. Si oui de quelle nature : /...../

1 : Félicitation 2: Salaire mensuel 3 : Entretien de son champ 4 :
Réparation de son vélo 5 : autres (précisez)

Merci Madame pour votre contribution à l'étude

Nom Prénom de l'Enquêteur :

**ETUDE DE LA PARTICIPATION DES RELAIS COMMUNAUTAIRES DANS LES
ACTIVITES DU PEV DANS LE DISTRICT SANITAIRE DE DIOÏLA EN 2008 AU
MALI**

Questionnaire adressé aux relais

I. IDENTIFICATION

Q1. N° d'identification.....

Q2. Date d'enquête /...../...../...../

Q3. Cercle de :

Q4. Aire de santé de :

Q5. Village de :.....

Q6. Nom du relais.....

Q7. Age du relais:/...../...../ ans.

Q8. Sexe /-----/ 1.M 2.F

Q9. Ethnie: /...../

1. Bamanan 2. Sarakolé 3. Peulh 4. Sonrhäï 5. Mianka / Sénoufo
6. Bozo 7. Bobo 8. Autres.....

Q10. Statut matrimonial : /...../ 1.marié(e) 2.célibataire 3.veuf 4.Divorcé

Q11. Niveau d'instruction : /...../

- 1 : Primaire 2.Secondaire 3.Supérieur 4.Alphabétisé 5.coran 6.Aucun

Q12. Profession : /...../

1. Cultivateur 2. Commerçant 3.Elève 4.Maitre coranique 6.Ménagère
7.Autres à préciser.....

Q13. Activités lucratives : /...../

1. Vente de bois ou Charbon 2. Forge 3.Vente des produits de Cueillette
4. Maraîchage 5.Le petit élevage 6.Autres à préciser.....

II .CONNAISSANCE, ATTITUDE ET PRATIQUE

Q14.Avez-vous eu une formation sur la vaccination dans le cadre de la PCIME :

/...../

1. oui 2.non

Q15. Connaissez-vous le calendrier vaccinal du PEV : /...../

1.oui

2.non

Préciser le

BCG : naissance à 15 jours

DTCP1 : à partir de 6 semaines

DTCP2 1 mois après DTCP1

DTCP3 : 1 mois après DTCP2

VAA/ VAR : à 9 mois

Q16. Connaissez vous les tranches d'âge concernées par la vaccination du PEV :

/..... /

1. oui

2.non

1.= 0-11mois 2=12 – 23 mois 3=4 à 5 ans 4=NSP

Q17. Connaissez vous les maladies pour lesquelles la vaccination se fait : /...../

1= Connaît les 8 maladies du PEV 2= Connaît 6 maladies

3= Connaît moins de 3 maladies 4=NSP

(1. Tuberculose 2.diphtherie 3.coqueluche 4.poliomyelite 5.tetanos

6.rougeole 7.FJ

8 . Hepatite B)

III ACTIVITES

Q18. Possédez-vous un cahier d'activité: /...../ 1. Oui 2. Non

Q19.Quelles informations figurent –elles dans ce cahier : /...../

1= Le nouveau né

2=Les enfants vaccinés

3=Les femmes

enceintes

4=Les maladies du PEV

5=Autres.....6= 1+2+3+4

9=

Indéterminé

Q20 .Faites – vous des sensibilisations au niveau du village /..... /

1= Oui

2= Non

Q21. Si oui quels sont les thèmes /...../

1= Importance de la vaccination 2= Calendrier de la vaccination 3=Les effets secondaires

4=Les rumeurs sur la vaccination 5= Autres..... 6=1+2+3+4 9= Indéterminé

Q22. Quelles activités faites vous avec les agents de santé dans le cadre du PEV /...../

1=L'organisation des séances de vaccination au village 2= La recherche active

3=La gestion des réticences à la vaccination 4= la gestion des déchets vaccinaux

5=La gestion des MAPI 6= L'administration du VPO et de la vitamine A lors des campagnes

7= VAD

8= Causerie éducative 9=

Autres..... 99= Indéterminé

Autres..... 99= Indéterminé

Q23. A quel rythme faites vous toutes ces activités /...../

1= Par Semaine 2=Par mois 3= 1 fois par trimestre 4= une fois Par an

Q24. Faites vous de la recherche active /...../

1= Oui 2= Non

Q25 .Si oui pourquoi /..... /

1= refus des parents 2= enfant malade 3= voyage de la mère 4= Echéance

de vaccination dépassée 5= Autres..... 9= Indéterminée

Q26. Combien d'enfants avez-vous recherché depuis le début de votre activité /...../.

Q27 .Quels suggestions faites vous pour augmenter la couverture vaccinale ?

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

VI DIFFICULTES ET CONTRAINTES

Q28. Avez-vous rencontré des difficultés dans vos activités /...../

1= oui

2= non

Q29 Si oui avec qui ? /...../

1=Parents 2= agents de santé 3= chef de village 4= les villageois

5= Autres à Précisez

Q30. Il s'agit des difficultés de quel genre ? /...../

1= l'agent ne nous informe pas de son arrivée au village 2= l'agent n'est pas courtois 3=Non Respect du calendrier 4=Le chef de village

s'oppose à nos activités 5=Les villageois ne sont pas d'accord avec mon choix comme relais du village

6= Autres à Précisez

V. MOTIVATIONS RECOMMANDATIONS

Q31 Etes –vous content d'être relais ? /...../

1=Oui

2=non

Q 32 . Si oui pourquoi ? /...../

1=Les Avantages perçus

2= L'amélioration de la santé de ma population

Q33. Voulez – vous être encouragé pour le travail que vous faites ? /...../

1= Oui

2= Non

Q34. Si oui de quel genre ? /...../

1= Félicitation pour bon résultat 2= entretien de vos champs par le village 3= salaire---

4= Réparation de vélos 5= Nouveau vélos 6= radio cassettes 7= vidéo 8= banderole tee-shirt 9=kit de démonstration

Q35 .Quelle est votre recommandation par rapport à l'activité des relais.

.....

Enquêteur-----

Superviseur-----

**ETUDE DE LA PARTICIPATION DES RELAIS COMMUNAUTAIRES DANS LES
ACTIVITES DU PEV DANS LE DISTRICT SANITAIRE DE DIOÏLA EN 2008 AU
MALI**

Questionnaire adressé aux agents de santé

I. IDENTIFICATION

Q1. N° d'identification.....

Q2. Date D'enquête /...../...../...../

Q3. Cercle de :

Q4. Aire de santé de :

Q5. CSCOM de :

Q6. Nom de l'agent.....

Q7. Qualification /...../

1= Médecin 2= IDE 3= IPC 4= AS/Matrone 6=Autres à

Préciser.....

Q8. Fonction de l'agent de santé.....

1=CPM 2= Responsable maternité 3= Agent vaccinateur 4 = Gérant / DV 5.

Autres à Préciser.....

Q9. Sexe /-----/ 1=.M 2 =.F

Q10. Statut matrimonial : /...../ 1.marié(e).....2.célibataire...3.veuf 4.Divorcé

Q11. Niveau d'instruction : /...../

1 : Primaire 2.Secondaire 3.Supérieur

II . CONNAISSANCE, ATTITUDE ET PRATIQUE

Q12. Avez-vous eu une formation en PCIME : /...../

1.= oui

2=.non

Q13. Connaissez-vous le calendrier vaccinal du PEV : /...../

1.=oui

2.=non **Q14.**

Préciser le

/...../

1= connaît tout

2=

partiellement 3= NSP

BCG : naissance à 15 jours

DTCP1 : à partir de 6 semaines

DTCP2 1 mois après DTCP1.....

DTCP3 : 1 mois après DTCP2.....

VAA/ VAR : à 9 mois

Q15. Connaissez vous les tranches d'âge concernées par la vaccination du PEV :

/..... /

1. oui

2.non

1.= 0-11mois

2=12 – 23 mois

3=4 à 5 ans

4=NSP

Q16. Connaissez vous les maladies pour lesquelles la vaccination se fait : /...../

1= Connaît les 8 maladies du PEV

2= Connaît 6

maladies

3= Connaît moins de 3 maladies

4=NSP

(1. Tuberculose 2.diphtherie 3.coqueluche 4.poliomyelite 5.tetanos

6.rougeole 7.FJ

8 . Hepatite B)

Q17. Connaissez- vous qu'est ce c'est qu'un relais ? /...../

1= agent de santé 2= agent communautaire 3= un volontaire/ bénévole 4=

1+2+3

5=2+3

Q18. Savez vous quelques activités de vaccination menées par les relais au niveau de votre aire ? /...../

1=L'organisation des séances de vaccination au village 2= La recherche active

3=La gestion des réticences à la vaccination

4= la gestion des déchets

vaccinaux 5=La gestion des MAPI

6=

L'administration du VPO et de la vitamine A lors des campagnes

7= VAD

8= Causerie éducative

9=

Autres.....

10. 1+2+6+7+8

99= Indéterminé

Q19 Sont –ils impliqués dans ces différentes activités ? /...../

1= Oui

2= Non

Q20 Si Oui /...../

1= Totalement

2=Partiellement

3=Ne s'impliquent pas

III ACTIVITES

Q21. Possédez-vous un cahier pour la supervision des activités des relais: /...../

1.= Oui

2=. Non

Q22 .Si oui faites vous la supervision à quel rythme ? /...../

1= Une fois par mois 2= Une fois par trimestre 3 = Pas du tout

Q23.Quelles informations figurent –elles dans ce cahier : /...../

1= Le nouveau né

2=Les enfants vaccinés

3=Les femmes

enceintes

4=Les maladies du PEV

5=Autres.....6.1+2+3+4.

9=

Indéterminé

Q24.Quelles activités Faites – vous avec les relais dans le cadre de la vaccination ?

/..... /

1=L'organisation des séances de vaccination au village 2= La recherche active

3=La gestion des réticences à la vaccination

4= la gestion des déchets

vaccinaux 5=La gestion des MAPI

6=

L'administration du VPO et de la vitamine A lors des campagnes

7= VAD

8= Causerie éducative

9=

Autres.....

99= Indéterminé

Q25. Sont- ils utilisés dans d'autres activités en général ? /...../

1= la surveillance épidémiologique

2= L'enregistrement des naissances et des

décès

3= l'enregistrement des décès maternels et néonataux 4= IEC trachome 5 =
contrôle de la consommation du sel iodé 6 = La DBC des contraceptifs 7=
1+2+3+4+5+6

8= Autres.....

Q26. A quel rythme faites vous toutes ces activités /...../

1= Par Semaine 2=Par mois 3= 1 fois par trimestre 4=
Par an fois

Q27. Faites vous de la recherche active /...../

1= Oui 2= Non

Q28 .Si oui pourquoi /..... /

1= refus des parents 2= enfant malade 3= voyage de la mère 4= Echéance
de vaccination dépassée 5= Autres..... 9= Indéterminée

Q29 Avec qui vous faites la recherche active ?

1= agent de santé 2= relais 3 = Autres personnes ressources au village 4=
animateurs radio ou villageois 5= Autres à préciser

.....

Q30. Combien d'enfants avez-vous recherché entre depuis la formation des
relais ?.....

Q31 .Quelles suggestions faites vous pour augmenter la couverture vaccinale ?

.....

.....

.....

IV DIFFICULTES ET CONTRAINTES

Q32. Avez-vous rencontré – vous des difficultés avec vos relais /...../

1= oui 2= non

Q33 Si oui Il s'agit des difficultés de quel genre ? /...../

1=Disponibilité du relais 2= Trop d'activité pour le relais 3= Absence fréquente du
relais

4=Les villageois ne sont pas d'accord du choix de l'intéressé comme relais du
village

5= Le relais ne sait ni lire ni écrire 4= Autres à Précisez.....

V. MOTIVATIONS RECOMMANDATIONS

Q34 Etes –vous content de vos relais ? /...../

1=Oui

2=non

Q35 . Si oui pourquoi ? /...../

1=relais dévoué et fait honnêtement sa tache
de travail sont diminuées par l'activités des relais
préciser.....

2= Nos charges

3= Autres à

Q36. Voulez – vous encouragé vos relais pour le travail qu'ils font ? /...../

1= Oui

2= Non

Q37. Si oui de quel genre ? /...../

1= Félicitation pour bon résultat 2= entretien de leur champs 3= Un salaire
4= La Réparation des vélos 5= Nouveau vélos 6= radio cassettes 7= vidéo 8=
banderole tee-shirt 9=kit de démonstration

Q38.Quelle est votre recommandation par rapport à l'activité des relais.

.....
.....

Enquêteur-----

Superviseur-----

XI. FICHE SIGNALÉTIQUE

