



social development

Department:
Social Development
REPUBLIC OF SOUTH AFRICA



DIVIDENDE DÉMOGRAPHIQUE EN AFRIQUE:
PERSPECTIVES, OPPORTUNITÉS ET DÉFIS
7ème Conférence Africaine sur la Population
30 Novembre - 4 Décembre 2015
Gauteng, Afrique du Sud



AMELIORATION DE LA PRATIQUE VACCINALE ANTITETANIQUE NEONATALE AU BENIN ENTRE 2001 et 2011: PAR QUI ET PAR QUOI?

KOUCHORO Chabi Olaoumi Georges

Démographe, jeune volontaire d'expertise professionnelle à la Primature
Cotonou, BENIN



TABLE DES MATIERES

Table des matières	ii
Introduction	1
1. Revue de la littérature	2
2. Méthodologie	3
2.1.1 Source de données	3
2.1.2 Spécification des variables	3
2.1.3 Méthodes d'analyse	4
3. Sources de l'amélioration de la pratique vaccinale antitétanique néonatale	4
bibliographie	f

INTRODUCTION

Le Dividende Démographique est un défi majeur pour les Pays de l'Afrique et il passe par la réduction du taux de mortalité à sa deuxième phase. La vaccination antitétanique pendant la grossesse fait partie des interventions essentielles, recommandées par les programmes de santé maternelle et infantile, afin d'améliorer les chances de survie des femmes et de leurs nouveau-nés. Dans la plupart des pays en développement, le tétanos est l'une des causes du décès néonatal dû à des facteurs tels que : l'accouchement à domicile dans un environnement insalubre et de l'utilisation d'instruments non appropriés pour couper le cordon ombilical. Fatal dans 70 à 90 % des cas, le tétanos survient dans la première ou deuxième semaine après la naissance. Cinq possibilités de vaccination peuvent permettre d'éviter cette maladie: (i) deux injections de vaccin antitétanique au cours de la grossesse, la deuxième au moins 15 jours avant la naissance pour les primipares ou (ii) au moins, deux injections la dernière ayant été effectuée au cours des trois années ayant précédé la naissance de l'enfant ou, (iii) au moins, trois injections la dernière ayant été effectuée au cours des cinq années ayant précédé la naissance de l'enfant ou, (iv) au moins, quatre injections la dernière ayant été effectuée au cours des dix années ayant précédé la naissance de l'enfant ou, (v) au moins, cinq injections avant la naissance de l'enfant.

Au Bénin, la quatrième Enquête Démographique et de Santé (EDSB-IV 2011) révèle que parmi les femmes de 15-49 ans ayant eu une naissance vivante au cours des cinq années ayant précédé l'enquête, Six mères sur dix (60 %) ont reçu deux injections ou plus durant la dernière grossesse; Dans 70 % des cas, la dernière naissance a été protégée contre le tétanos néonatal, soit du fait des vaccinations reçues au cours de cette grossesse, soit du fait de vaccinations reçues avant cette grossesse. La comparaison avec les données des enquêtes précédentes montre que la proportion de femmes ayant reçu, au moins, deux injections de vaccin antitétanique au cours de leur dernière grossesse a augmenté, passant de 50 % en 2001 à 56 % en 2006 et à 60 % en 2011-2012, et la proportion de dernières naissances qui ont été protégées contre le tétanos néonatal est passée de 59 % en 2006 à 70 % en 2011-2012. Cependant, cette évolution varie de manière importante selon les caractéristiques sociodémographiques. C'est parmi les mères âgées de 20-34 ans (71 %), les naissances de rang 1 (74 %), les mères du milieu urbain (73 %), les mères ayant un niveau d'instruction secondaire 2nd cycle ou plus (86 %) et celles dont le ménage est classé dans le quintile le plus élevé (78 %) que l'on constate les proportions les plus élevées de celles dont la dernière

naissance a été protégée contre le tétanos. Les résultats selon le département font aussi apparaître des écarts. En effet, si dans l'Ouémé, 81 % des mères ont eu leur dernière naissance protégée contre le tétanos, cette proportion n'est que de 49 % dans l'Alibori.

Cette étude cherche à déceler les sources du changement constaté entre les deux périodes d'observation. De façon spécifiques, il s'agit de:

- voir dans quelle mesure ce changement historique résulte d'un effet de composition ou d'un effet comportement;
- voir les groupes dont la taille relative a changé s'il s'agit d'un changement de composition;
- s'il, s'agit d'un changement de comportement, identifier les groupes porteurs de ce changement.

Notre travail est structuré en quatre parties. La première partie passe en revue les travaux existants sur la question, la deuxième porte sur la méthodologie de l'étude, la troisième partie présentera les résultats.

1. Revue de la littérature

Les indicateurs qui font souvent l'objet des facteurs socioculturels de la vaccination en générale sont : l'ethnie et la religion de la mère; la scolarisation et le niveau d'instruction des parents; le milieu de socialisation et de résidence de la mère et les rapports de genre et la culture sanitaire.

A travers les tabous alimentaires et les croyances relatives à la vaccination entre autres, l'ethnie influence la qualité de soins préventifs que les mères accordent à leurs enfants. De nombreuses études réalisées dans divers pays ont montré que la faible acceptabilité de la vaccination est fortement liée à la perception que les gens ont d'elle et des maladies concernées (Cantrelle et Locoh, 1990 ; Zoungrana, 1993).

La religion peut renseigner sur les pratiques, les attitudes et les croyances des individus dans le domaine des soins. En ce sens les perceptions et les comportements des hommes et des femmes en général et en matière de soins préventifs en particulier varient suivant les religions auxquelles ils adhèrent et partant, favorisent le recours ou non aux soins préventifs accordés à leurs enfants.

Définie comme l'acquisition des connaissances du savoir et du savoir-faire réalisés au sein d'un système d'enseignement structuré et organisé selon les normes occidentales Akoto

(1993), l'instruction prédispose l'individu à saisir des connaissances dans un domaine. En effet, il ressort de la littérature que l'instruction de la mère exerce une influence très positive sur sa propension à recourir aux services de santé, en particulier à la vaccination. Plusieurs auteurs (Cleland et Van Ginneken, (1988) ; Elo, (1992) ; Konaté et al. (1993) cité par Rakotondrabe (2001) ont démontré que les mères instruites ont, plus que celles qui ne le sont pas, tendance à utiliser les services de médecine moderne aussi bien pour la prévention que pour les soins curatifs en cas de maladie.

Selon la socialisation dont il est question, l'individu va se conformer ou non à sa culture d'origine. Pour (Béninguisse, 2001), le degré d'urbanisation ou encore le degré de socialisation urbaine de la femme, qui n'est rien d'autre que l'intensité de son contact avec la ville, est susceptible de modifier ses comportements en matière de soins, ce en favorisant l'adoption de comportements nouveaux dits modernes et l'abandon relatif des comportements traditionnels.

Les rapports de genre désignent l'ensemble des statuts conférés, selon certaines prescriptions sociales et/ou culturelles, aux hommes et aux femmes. Ils déterminent ainsi leurs rôles dans la société ou dans la famille. Djemna (2005) montre que, même les relations de pouvoirs existants entre les époux au sein du ménage ou entre les membres de la même famille ne permettent pas toujours à la femme de décider à sa guise du type de recours aux soins de santé préventif ou curatif en cas de maladie de l'enfant.

L'instruction sanitaire est un lieu de séparation ; Elle sépare non seulement les usagers du personnel de santé, mais aussi les patients selon la catégorie socioéconomique et le statut social. Certaines études ont montré que l'accueil et le traitement accordés aux usagers des services de santé dépendent de leur statut social. Le personnel médical situe l'utilisateur par rapport à ses attentes culturelles. Les mères instruites, se conformant mieux aux attentes culturelles du corps médical, bénéficient ainsi de soins adéquats pour elles mêmes et pour leurs enfants alors que pour les femmes analphabètes, la consultation se présente comme un processus de refoulement et d'humiliation.

2. Méthodologie

2.2.1 *Source de données*

Les données utilisées dans cette étude proviennent des 2^{ème} et 4^{ème} Enquêtes Démographiques et de Santé organisées en 2001 et 2011 au Bénin (EDSB-II & IV).

2.2.2 *Spécification des variables*

Variable substantive: Dernière naissance protégée contre le tétanos néonatal (oui, non)

Variable de classification : Niveau d'instruction de la mère (Aucun, primaire, secondaire & plus)

2.2.3 Méthodes d'analyse

La méthode d'analyse utilisée ici est la décomposition démographique simple. Cette méthode permet la détermination des sources proches (« par qui » ou « par quoi ») du changement historique de la vaccination antitétanique néonatale observée au Bénin entre 2001 et 2011.

La méthode de décomposition est basée sur le principe que la vaccination antitétanique (F_t) est une moyenne pondérée (par la proportion de femmes (w_{jt}) dans chaque catégorie j au moment t) les vaccinations des groupes (f_{jt}). Dès lors, le changement de la vaccination peut être décomposé comme suit :

$$\Delta F = \sum \bar{f}_i * \Delta w_i + \sum \bar{w}_i * \Delta y_i$$



Changement total = effet de composition + effet de comportement

L'effet de composition représente la part du changement due à la variation dans la taille des différents groupes de la variable explicative. L'effet de comportement représente la portion de la variation imputable au changement des comportements en matière de vaccination antitétanique néonatale.

3. Sources de l'amélioration de la pratique vaccinale antitétanique néonatale

Il ressort de la décomposition simple que la vaccination antitétanique néonatale selon le niveau d'instruction de la mère a augmentée de 20,7 points entre 2001 et 2011.

Tableau 3.1 : Décomposition des changements dans la vaccination antitétanique néonatale selon le niveau d'instruction

Niveau d'instruction	Effet de composition	Effet de performance	Contributions des groupes	
			Ensemble	en %
Aucun	-1,14	14,06	12,91	62%
Primaire	-1,81	3,88	2,06	10%
Secondaire & plus	3,60	2,14	5,74	28%
Total	0,64	20,08		
Changement	20,72			
Contribution	3%	97%		

Source : Traitement des données des EDSB-II & EDSB-IV.

L'étude du changement de la vaccination antitétanique néonatale selon le niveau d'instruction de la mère montre que la hausse enregistrée entre 2001 et 2011 est de 20,72 point. Le changement est essentiellement dû à l'effet de performance (97%) contre 3% d'effet de composition. L'effet de performance réalisé par les femmes du niveau secondaire (20,08), pourrait se justifier par le comportement réel des femmes (plus elles sont instruites, plus elles font les vaccinations antitétaniques). La contribution (62%) des femmes sans instruction trouve son explication dans le fait qu'entre 2001 et 2011, la proportion des femmes n'ayant aucun niveau a considérablement diminué (passant de 72,25% en 2001 à 70,38% en 2011 selon les EDSB II & IV).

Ce changement pourrait s'expliquer par la sensibilisation ou la performance du système sanitaire béninois. En effet, les politiques en direction de la vaccination antitétanique ont entraîné une augmentation de la proportion des naissances protégées contre le tétanos néonatal. Cependant, il est nécessaire de renforcer la sensibilisation à l'endroit de la population afin de maintenir et d'accroître les bons comportements de vaccination antitétanique.

BIBLIOGRAPHIE

AKOTO Eliwo (1993), « *Déterminants socioculturels de la mortalité des enfants en Afrique Noire. Hypothèses et recherche d'explication.* », Académia, Louvain – la – Neuve, pp 269 299.

BENINGUISSE (2001), *Entre tradition et modernisme : fondements sociaux et démographiques de la prise en charge de la grossesse et de l'accouchement au Cameroun*, Louvain-la-Neuve, UCL, Département des sciences de la population et du développement, Institut de démographie, 297p.

CANTRELLE et LOCOH (1990), *Facteurs culturels et sociaux de la santé en Afrique de l'Ouest*, Dossiers du CEPED n°10, 29p.

DJEMNA KAMGA (2005), *La connaissance de la vaccination contre le tétanos maternel et néonatal au Cameroun : Evaluation et recherche des facteurs*, Mémoire de D.E.S.S.D. IFORD, Yaoundé. 100p.

INSAE, PNLS et Macro (2001), *Enquête Démographique et de Santé au Bénin 2001*, Ministère Chargé de la Coordination de l'Action Gouvernementale, de la Prospection et du Développement, Calverton, Maryland, USA, 389p.

INSAE, PNLS et Macro (2013), *Enquête Démographique et de Santé au Bénin 2011-2012*, Ministère Chargé de la Coordination de l'Action Gouvernementale, de la Prospection et du Développement, Calverton, Maryland, USA, 551p.

RAKOTONDRABE Patricia Faraniaina (2001), « *Contribution du genre à l'explication de la santé des enfants : cas de Madagascar* ». In *Colloque international Genre, population et développement en Afrique, Session VII : Santé et système de genre*, EPA/INED/ENSEA/IFORD, Abidjan 16-21 juillet 2001.12p.

ZOUNGRANA. (1993), *Déterminants socio-économiques de l'utilisation des services de santé maternelle et infantile à Bamako (Mali)*, Collection thèses et mémoires n°36, Université de Montréal, 214p.
