



Listes de contenus disponibles sur: [Scholar](#)

**Facteurs Explicatifs De La Faible Couverture Vaccinale Chez Les Enfants De 0 à 11 Mois Dans La Zs De Luiza, Rdcongo : Risques Et Perception Des Mères.**

Journal homepage: [ijssass.com/index.php/ijssass](http://ijssass.com/index.php/ijssass)

**FACTEURS EXPLICATIFS DE LA FAIBLE COUVERTURE VACCINALE CHEZ LES ENFANTS DE 0 à 11 MOIS DANS LA ZS DE LUIZA, RDCONGO : Risques et perception des mères. ☆**

Albert KALEMBA NGALAMULUME <sup>a</sup>, Louise KAPINGA BANAYI <sup>b</sup>, Bob SENKER NDIMBA <sup>c</sup>, Mymy KALEMBA <sup>d</sup>, KALEMBA MUAMBA ZAMBI <sup>e\*</sup>

*A. Assistant à l'université de Kananga*

*B. Assistante à l'université de Kananga*

*C. Chercheur Doctorant, Unikin.*

*D. Professeur ISTM Ndekesha*

*E. Professeur, Université Pédagogique Nationale.*

Received 10 October 2022; Accepted 20 October 2022

Available online 25 October 2022

ARTICLE INFO

*Keywords:*

Associated factors

Non-compliance

Vaccination schedule

Mothers

Children

ABSTRACT

La vaccination des enfants est devenue une activité importante du programme élargi de vaccination ayant pour objectif principal d'assurer la couverture vaccinale de plus de 90% à tous les enfants de la RDC. Malgré les efforts effectués par le PEV ces dix dernières années, tous les indicateurs de couverture vaccinale indique une évolution en dents de scie. Plusieurs études ont tenté d'identifier les facteurs ou raisons qui sont à la base du refus et des résistances à la vaccination. Par la présente recherche : l'âge des femmes, la profession de la mère, la religion du chef de ménage, le niveau d'instruction des femmes, le niveau de vie des ménages ce sont révélés comme facteurs exclusifs de l'explication de la faible couverture vaccinale.

**Introduction**

La vaccination constitue une avancée dans la prévention des maladies infectieuses, les principes des vaccins sont d'induire une protection contre un agent pathogène donné en éduquant un système

immunitaire humain. Le vaccin permet de réduire le risque de complication et de mortalité en cas d'exposition ultérieure à l'agent infectieux. [BIKABA et al ,2005]. La perception des mères influencerait significativement le statut vaccinal des enfants et constituerait un facteur prédictif d'une

vaccination complète car cela ne dépend pas forcément de la situation économique de la mère. [Kabore, 2008], les difficultés d'accès à l'information y contribueraient. L'ignorance des mères vis-à-vis des maladies évitables par la vaccination aurait également un impact négatif sur la vaccination des enfants [Konang, G. 2003]. Une étude menée en Nouvelle Zélande montre que parmi les cas de refus de la vaccination 73,7% des mères enquêtées n'ont pas des motifs valables, 10,5% aussi refusent la vaccination pour des raisons religieuses, le 10,5% refusent la vaccination en accusant les effets secondaires tels que : la fièvre, et l'abcès après la vaccination et enfin 5,3% refusent pour des raisons de la finance [Konang, G.,2003]. Des études réalisées au Royaume-Uni relèvent que les attitudes et croyances des parents constituent un frein à la vaccination de leurs enfants et surtout que les mères ne comprennent pas les contre-indications du vaccin ni l'intérêt et l'objectif du vaccin, ce refus à la vaccination s'explique par une faible sensibilisation [Bicaba et al, 2005].

En RDC, depuis les années 80, la vaccination des enfants est devenue une activité très importante du programme élargi de vaccination (PEV) avec pour objectif principal d'assurer une couverture vaccinale de 90% à tous les enfants d'ici 2030. Malgré les efforts effectués par le PEV, ces dix dernières années, tous les indicateurs de couverture vaccinale indiquent une évolution en dent de scie, or les résultats seront bons que si la couverture de tous les antigènes atteint un taux de 90% tel que prévu par le PEV, malheureusement on enregistre un taux de

couverture vaccinale encore faible, 4,2% seulement des enfants de 0 à 11 mois ont reçu tous les vaccins avant l'âge de 12 mois, cette couverture est passée de 23% en 2020 et de 31% en 2021 pour les enfants de cette tranche d'âge [PEV-RDC,2021]. Une étude menée par l'institut national de santé et de recherche médicale en RDC auprès des médecins généralistes a révélé qu'ils présentaient eux aussi des doutes à l'égard des vaccins principalement sur la gravité des effets secondaires, les hésitations se traduisaient directement par une moindre recommandation de la vaccination auprès de leurs patients [OMS, 2015].

Ayant des parents et amis au Kasai central, nous y rendant régulièrement, nous avons constaté l'abandon de service de vaccination ou un taux élevé de non-respect du calendrier vaccinal par les mères avant le premier anniversaire de leurs enfants, c'est-à-dire, nous avons enregistré un taux de mortalité infantile le plus élevé, 45% des enfants meurent chaque année, en janvier et février 2018, on a constaté une baisse de la couverture vaccinale par rapport à la même période en 2019 [DPS-KASAI CENTRAL,2019], la couverture vaccinale contre toutes les maladies de la petite enfance (hépatite B, diphtérie, tétanos, coqueluche et Hib) a diminué de 10% à 2%, tandis que les taux de la couverture vaccinale contre le poliovirus ont baissé de 8,4% et de 5,4% pour le VPO3, la couverture des autres vaccins contre la variole, la rougeole, la fièvre jaune, les maladies à pneumocoques et les rota virus a diminué de 4,5% à 1,5% les chiffres sont alarmants : 86905 enfants n'ont pas reçu le vaccin oral contre la polio, 74860 enfants n'ont pas reçu le

vaccin oral contre le tétanos, la diphtérie, la coqueluche, et l'hépatite b-*hib3*, 107010 enfants n'ont pas reçu le vaccin contre la fièvre jaune, 84676 enfants n'ont pas été vaccinés contre la rougeole. La cause de cette baisse de la couverture vaccinale est dite par le phénomène Kamuina NSAPU, [DPS Kasai central, 2019, Op. Cit]. Or, Le respect du calendrier vaccinal des enfants par leurs mères permet de renforcer l'immunisation des enfants pour faire face au risque des maladies dans les jours à venir, mais le non-respect occasionne les conséquences dont quelques risques des maladies mortelles, et qui peuvent handicaper certains enfants. En effet pour éviter toutes ces conséquences, il faut une prise de conscience et une bonne perception au préalable des mères pour la vaccination complète de leurs enfants.

Au vu de ce qui précède, nous nous sommes posé de question de savoir le niveau de perception des mères face au risque lié au non-respect du calendrier vaccinal pour leurs enfants de 0 à 11 mois ? Nous sommes partis d'une hypothèse selon laquelle la perception des mères serait négative, et nous pensons que ces mères auraient de connaissances moins suffisantes sur les risques liés à la non vaccination des enfants. Le but de notre étude était d'évaluer la perception des mères sur les risques liés au non-respect du calendrier vaccinal des enfants de 0 à 11 mois dans la zone de santé de LUIZA, cas de l'aire de santé KAMAYI. Pour y parvenir, nous nous sommes fixés les objectifs ci-après : Décrire le profil des participants dans l'étude, Identifier les risques liés au non-respect du calendrier vaccinal, Déterminer les avantages qui découlent du bon

respect du calendrier vaccinal. Cette étude revêt plusieurs intérêts dont nous pouvons citer : Approfondir et renforcer notre bagage intellectuel dans le domaine de vaccination, Permettre aux chercheurs d'enrichir leurs travaux et nous compléter, Informer la population, la communauté ainsi que les familles sur le bien fondée de la vaccination des enfants, Produire des fortes informations aux mères sur les risques du non-respect de calendrier vaccinal par la communication pour le changement des comportement qui appuient efficacement la promotion de la santé et la prévention des maladies.

## **II. MATERIELS ET METHODES**

### **II.1.terrain de l'étude**

La présente étude s'est déroulée au Kasai Central, précisent dans la zone de santé de luiza et particulièrement dans l'aire de santé de Kamayi.

### **A. Situation Socio-économique de la Province du Kasai Central**

#### **1°) Situation sociale**

Il est impérieux de préciser que la province du Kasai central a vu jour le 18 juillet 2015 à la suite du démembrement de l'ancienne province du Kasai occidental. Elle est l'une des 26 nouvelles provinces de la République démocratique du Congo se trouvant dans les limites de l'ancien district administratif de la Lulua, sa superficie est de 58.368Km<sup>2</sup>. Elle est située au centre de la

République Démocratique du Congo entre les parallèles 2° et 8° de la latitude Sud et entre les méridiens 21° et 30° et 24° de longitude Est. La province du Kasai central est bornée au Nord par la province de Sankuru à travers la rivière Sankuru et la forêt de Lusambo, au Sud par la province Angolaise de Lunda North et la province de la Lualaba à travers la savane de Tshibanda Mulala et Safeni, à l'Est par la province du Kasai oriental à travers les rivières Lubi et Bushimaie et à l'Ouest par la province du Kasai.

Elle est accessible par voie aérienne, par route et par voie ferrée. A partir de Kinshasa, la capitale de la RDC, Kananga chef-lieu de la province du Kasai Central est environ à 1100 Km à vol d'oiseau. L'accès à Kananga peut se faire aussi par route à partir de Kinshasa via la province de Kwilu et celle du Kasai, sur une route en état de délabrement avancé. Kananga est également relié à la ville de Lubumbashi dans la province du Haut Katanga et à la ville d'Ilebo dans la province du Kasai par la voie ferrée qui est aussi en état de délabrement avancé. En ce qui concerne sa démographie, la province du Kasai Central, à l'instar des autres provinces de la RDC, est confrontée au problème de maîtrise des statistiques démographiques étant donné que le dernier recensement scientifique organisé dans le pays remonte à l'année 1984. Cependant, au mois de janvier 2015, l'Institut National des Statistiques a estimé la population du Kasai Central à plus ou moins 3.987.018 habitants.

Signalons que la grande majorité de la population n'a pas accès à l'eau potable, à l'électricité malgré la présence de la Régideso et la Société Nationale de l'Electricité (SNEL) dans cette province. Le taux de chômage dans les milieux des jeunes semble être grandissant, ce qui est à la base du banditisme urbain et du phénomène Kulunas. Le niveau de vie de la population centre Kasaienne traduit la misère, seule une poignée de main des gens mène une vie descente. Quant à la situation sanitaire, la province du Kasai Central enregistre le progrès grâce aux interventions synergiques menées dans le cadre de la mise en œuvre du plan provincial de développement sanitaire. Cependant, sa situation sanitaire reste préoccupante au regard de son profil épidémiologique et de certains de ses indicateurs sanitaires. Dans ce secteur, la province détient les structures sanitaires en nombre suffisant et le personnel de qualité pour s'occuper de la population [PNDS-RDC, 2019].

Dans le domaine de l'éducation, signalons que la concrétisation de la gratuité de l'enseignement de base a donné accès à l'école à un nombre important d'enfants qui sont des familles démunies. Il se pose cependant le problème lié aux infrastructures scolaires, à l'amélioration de la qualité d'enseignement ainsi que la prise en charge des enseignants nouvelles unités, [MINIEPST, 2021]. En ce qui concerne l'enseignement supérieur et universitaire, la province du Kasai central est inondée des établissements tant privés que publics dont la qualité de l'enseignement semble ne pas être efficace et compétitive sur le marché d'emploi, la

négligence du pouvoir central fait conduire les membres des comités de gestion à la recherche des effectifs importants des étudiants pour des raisons financières plutôt que de tabler sur la qualité de l'apprenant. Les problèmes relatifs aux infrastructures de ces institutions et la prise en charge des nouvelles unités (N.U.) et les non-payés (NP) sont les grands maux pour ce secteur de la vie sociale dans cette province, [PUKAN, 2022].

## 2) Situation économique

Il est question dans ce paragraphe d'étaler la santé économique de la province du Kasai Central. Dans le cas sous-examen, nous observons que la mauvaise situation économique de la province entraîne la mauvaise situation sociale dans la mesure où nous avons affaire à une grande population improductive, c'est-à-dire vivant dans le chômage et est prise en charge par un petit pourcentage de la population qui travail. Pour soutenir ces affirmations, nous nous joignons à Adam SMITH qui avait déjà compris que la richesse est le produit du travail et la richesse d'une nation dépend de la proportion de sa population qui travaille et de la nature du travail. Eu égard à ce qui précède, l'économie du Kasai central est prédominée par les activités ci-après :

- L'agriculture de substance avec comme principales productions agricoles les maïs, les ananas, le café, le manioc, l'arachide, l'huile de palme, le riz et le haricot.
- L'élevage extensif des gros bétails (bovins),

petit bétail et la basse-cour.

- L'exploitation artisanale de l'or dans le territoire de Luiza ;
- L'exploitation artisanale de diamant dans le territoire de Demba, Dimbelenge et Kazumba.
- Le commerce des produits de champs et les produits manufacturés.

Il est observé une quasi inexistence d'industries extractives agro-alimentaires et de transformation dans la province. Les voies de transport particulièrement les routes et le chemin de fer sont délabrées et l'évacuation des produits agricoles des lieux de production vers les centres de consommation est difficile. Dans le secteur formel, l'emploi des salariés est assuré essentiellement par l'administration publique à travers ses entreprises et établissements publics et par les sociétés privées à savoir : Congo Futur, Arauphar, Vodacom, Airtel, Orange, etc. Les autres services qu'on trouve dans la province sur le plan économique sont entre autres la Banque Centrale du Congo, la Banque Commerciale Du Congo (BCDC), la Trust Merchant Bank (TMB), la Direction Générale des Impôts (DGI), la Direction Générale Recettes Administratives Domaniales (DGRAD), la Société Nationale d'Assurance (SONAS), la Direction Générale de Douane et Assise (DGDA), et l'Office Congolais de Contrôle (OCC).

## II.2. Méthodes, techniques et instruments de collecte des données.

Nous avons mené une étude descriptive transversale. Deux méthodes ont été utilisées : la méthode qualitative (prospective) et celle quantitative (Statistiques). Pour collecter les données, nous nous sommes servis de la technique d'interview : qui nous a permis de communiquer directement avec les mères des enfants de 0 à 11 mois sur le niveau de perception du risque lié au non-respect du calendrier vaccinal et la technique documentaire : laquelle nous a permis de recenser les différentes théories. Pour l'analyse, les données collectées ont été codées et analysées à l'aide de logiciel Epi-info 2000 version 3.5.4. Les logiciels Excel et Word 2010 nous ont aidés à réaliser la saisie de texte et la représentation des données sous formes des tableaux.

## II.3. Population et échantillon.

La population de notre d'étude est constituée de toutes les mères de l'aire de santé KAMAYI ayant des enfants de 0 à 11 mois résidant dans notre sphère de recherche durant la période de notre étude. Au regard de cette étude, notre échantillonnage est probabiliste du type systématique, et dans chaque quartier le tirage des ménages a été réalisé après

avoir élaboré un relevé parcellaire de chaque quartier ayant au moins les mères d'enfants de 0 à 11 mois de l'aire de santé, le sondage était fonction de la taille des ménages attendus.

### a. Taille de l'échantillon

Pour notre étude, la taille de l'échantillon a été déterminée par la formule de **Fisher** ci-après :

$$n = \frac{Z^2 \cdot P \cdot Q}{d^2}$$

n = taille de l'échantillon

z = Coefficient de confiance de 95% (alpha = 0,05) = 1,96

p = proportion de la population cible d = degré de précision (0,05%) ou de certitude

$$q = 1 - p$$

Pour notre étude P = 50% = 0,5

$$q = 1 - 0,5 = 0,5$$

$$n = 3.84 \times 0.5 \times 0.5 : 0.0025 = 384$$

Notre échantillon est de 384 sujets. En ajoutant une marge d'erreur :  $384 + 38 = 422$  sujets ; la taille d'échantillon effective de notre étude est donc de 422 participants.

## III. RESULTATS

En ajoutant une marge d'erreur :  $384 + 38 = 422$ . Considérée comme la taille d'échantillon effective

### I. Répartition des enquêtées selon l'âge de la mère

Tranche d'âge	ni	%
18 à 23ans	104	24,6

24 à 29ans	92	21,8
30 à 35 ans	111	26,3
36 à 41 ans	94	22,2
≥42an	21	5
Total	422	100%

Le tableau I nous montre que La tranche d'âge de 30 à 35 ans représente 111 enquêtées soit 26,3 % de notre échantillon contre celle dont l'âge compris entre 42 ans et plus qui est peu représentées avec 21 enquêtées soit 5%.

## II. Répartition des enquêtées selon la taille de ménage

Ménage	ni	%
Moins de 5 personnes	128	30,3
Plus de 5 personnes	294	69,7
Total	422	100%

Il convient dans ce tableau que la taille du ménage supérieure à 5 personnes prédomine avec 294 enquêtées soit 69,6% de notre échantillon contre 128 enquêtées soit 30,3% dont la taille du ménage est inférieure à 5.

## III. Répartition des enquêtées selon le niveau d'études

Niveau d'étude	ni	%
Primaire	138	32,7
Secondaire	83	19,6
Universitaire	9	2,1
Sans niveau	192	45,5
Total	422	100%

Sur un total de 422 enquêtées, 192 soit 45,5% n'ont pas de niveau contre 9 enquêtées soit 2,1% qui possèdent un diplôme d'étude supérieur ou universitaire.

## IV. Répartition des enquêtées selon la profession

Profession	ni	%
------------	----	---

Fonctionnaire de l'état	93	22
Sans emploi	57	13,5
Commerçante	49	11,6
Cultivatrice	149	35,3
Autres à préciser	74	17,5
Total	422	100%

Ce tableau montre que les cultivatrices sont plus élevées avec 149 enquêtées soit 35,3% contre les commerçantes avec 49 enquêtées soit 11,6%.

#### V. Répartition des enquêtées selon leur Etat civil

Etat Civil	ni	%
Mariées	262	62
Célibataires	98	23,2
Veuves	32	7,5
Divorcées	12	3
Union libre	18	4,2
Total	422	100%

Eu égard à l'Etat civil, nous constatons dans ce tableau que 262 enquêtées soit 62% de l'échantillon sont mariées contre 18 enquêtées des femmes vivants en union libre soit 4,2%

#### VI. Répartition des enquêtées selon l'information sur la vaccination

Avis d'enquêtées	ni	%
Oui	403	95,4
Non	19	4,6
Total	422	100%

Nous constatons dans ce tableau que 403 enquêtées soit 95,4% ont une information sur la vaccination contre 19 enquêtées soit 4,6% qui n'ont pas d'information sur la vaccination

#### VII. Répartition des enquêtés selon la confession religieuses

Confession religieuse	ni	%
-----------------------	----	---

Catholique	132	31,2
Protestante	79	19
Kimbanguiste	73	17,6
Musulmane	34	8
Eglise de réveil	104	24,6
Total	422	100%

Sur un total de 422 enquêtées, 132 soit 31% fréquentent l'église catholique contre 34 enquêtées soit 8% qui sont des croyants musulmans

#### VIII. Répartition des enquêtées selon le niveau de vie mensuel de ménage

Niveau de vie de ménage	ni	%
Pauvre	318	75,3
Intermédiaire	95	22,5
Riches	9	2,1
Total	422	100

Il se dégage dans ce tableau que 318 enquêtées soit 75,3% sont pauvres (revenu mensuel inférieur à 200000 FC) contre 9 enquêtées soit 2,1% qui sont riches (revenu mensuel supérieur à 400000FC)

#### IX. Canal d'information

Canal d'information	ni	%
Medias	139	34,4
Amies	62	15,3
CPS/CS	109	27
Eglise	54	13,3
Ecole	39	10
Total	422	100%

Le tableau IX, explique que la majorité des enquêtées, 139 soit 34,4% ont suivi l'information sur la vaccination par le media contre 39 enquêtées soit 10% qui ont suivi l'information sur la vaccination par l'école.

## X. Connaissance sur le calendrier vaccinal

Connaissance sur le C.V.	ni	%
Oui	40	10
Non	363	90
Total	403	100%

Il ressort de ce tableau que 363 enquêtées soit 90% n'ont pas la connaissance sur le calendrier vaccinal des enfants contre 40 enquêtées soit 10% qui ont la connaissance sur le calendrier vaccinal.

## XI. Vaccination de l'enfant

Vaccination de l'enfant	ni	%
Oui	313	77,6
Non	90	22,3
Total	403	100%

Il ressort de ce tableau que 313 enquêtées soit 77,6% de notre échantillon déclarent avoir vaccinée leurs enfants contre 90 enquêtées soit 22,3% qui n'ont pas vaccinés leurs enfants en raison de leurs coutumes et confessions religieuses.

## XII. Les raisons de non vaccination complète de l'enfant

Raisons	ni	%
Effets secondaires	53	33,5
La distance	41	26
Rupture de stock	13	8,2
Occupation /Travail	32	20,2
Mauvais accueil	19	12
Total	158	100

Partant de ce tableau, 53 enquêtées soit 33,5% disent n'avoir pas complètement vacciné leurs enfants en raison des effets secondaires contre 13 enquêtées soit 8,2% qui n'ont pas complètement fait vacciner leurs enfants pour de raison de rupture de stock.

## XIII. Répartition des enquêtés selon la vaccination complète de l'enfant

Vaccination complète de l'enfant	ni	%
Oui	155	49,5
Non	158	50,4
Total	313	100%

Le tableau XIII explique que 158 enquêtées soit 50,4% n'ont pas complètement fait vacciner leurs enfants contre 155 enquêtées soit 49,5% qui ont déjà complètement fait vacciner leurs enfants.

## XIV. Connaissance des avantages chez l'enfant complètement vaccinés

Connaissance des avantages	ni	%
Oui	324	80,3
Non	79	19,6
Total	403	100%

Il ressort de ce tableau que 324 enquêtées soit 80% ont la connaissance sur les avantages qui découlent d'un enfant complètement vacciné contre 79 enquêtées soit 19,6% n'ayant pas connaissance sur les avantages qui découlent d'un enfant complètement vacciné.

## XV. le nombre de fois que l'enfant doit être vacciné

Nombre de fois	ni	%
Je ne sais pas	54	13,3
Une fois	77	19,1
Cinq fois	99	24,5
Plusieurs fois	173	43
Total	403	100

Au regard des résultats présentés par ce tableau, le constat dégage que 173 enquêtées soit 43% déclarent que l'enfant doit être vacciné plusieurs fois contre 54 enquêtées soit 13,3% qui ne savent pas le nombre de fois que l'enfant doit être vacciné.

## XVI. La période que l'enfant doit recevoir sa première dose de vaccin

Période	ni	%
Je ne sais pas	61	15,1
A la naissance	301	74,6
A 9 mois	26	6,4
Plus tard	15	3,7
TOTAL	403	100

Au vu de ce tableau, 301 enquêtées soit 74,6% disent que l'enfant doit recevoir sa première dose de vaccin dès la naissance contre 15 enquêtées soit 3,7% qui disent que l'enfant devrait recevoir sa première dose plus tard.

#### XVI. La période que l'enfant doit recevoir sa dernière dose de vaccin

Période que l'enfant doit recevoir sa dernière dose de vaccin	ni	%
Je ne sais pas	92	23
14 semaines	16	3,9
9 mois	82	20,3
Plus tard	213	52,5
Total	403	100

Pour ce qui concerne ce tableau, la plupart des enquêtées, 213 soit 52,8% confirment que l'enfant doit recevoir sa dernière dose de vaccin plus tard contre 16 enquêtées soit 3,9% qui disent que l'enfant doit recevoir sa dernière dose de vaccin à 14 semaines.

#### XVIII. Les avantages chez l'enfant complètement vacciné

Avantages	ni	%
L'enfant sera protégé contre le nouvel épisode	123	37,9
L'enfant aura une capacité cognitive	23	8
Le système immunitaire de l'enfant devient fort	84	25,9
L'enfant aura une bonne masse staturo-pondérale	91	28
Total	324	100

Partant de ce tableau, 123 enquêtées soit 37,9% déclarent que lorsque l'enfant est complètement vacciné, il sera protégé contre les nouvelles épisodes contre 23 enquêtées soit 8% qui disent l'enfant aura une bonne capacité cognitive.

#### XIX. Connaissance de l'inconvénient chez l'enfant non complètement vacciné

Connaissance de l'inconvénient	ni	%
Oui	305	75,6
Non	98	24,3
Total	403	100%

Il convient dans ce tableau que, 305 enquêtées soit 75,6% connaissent les inconvénients qui découlent d'un enfant qui ne pas complètement vacciné contre 98 enquêtées soit 24,3% qui ne connaissent pas les inconvénients chez l'enfant non complètement vacciné

#### XVIII. Les inconvénients chez l'enfant non complètement vacciné

Inconvénients	ni	%
L'enfant ne sera pas protégé contre le nouvel épisode	117	38,4
L'enfant est exposé aux risques	153	50,2
L'enfant n'aura pas une bonne masse staturo-pondérale	35	11,4
Total	305	100

Pour ce tableau 153 enquêtés soit 50,2% disent que lorsque l'enfant n'est pas complètement vacciné, il est exposé aux différents risques contre 35 enquêtées soit 11,4% qui déclarent que l'enfant n'aura pas une bonne masse staturo-pondérale.

#### XIX. les risques auxquels sont exposés l'enfant non complètement vacciné

Risques	ni	%
Risque de contamination	23	15
Handicap	41	26,7
Retard de croissance	89	58,2
Total	153	100

Le tableau ci-dessus montre que 89 enquêtées soit 58,2% confirment que le risque que court l'enfant non complètement vacciné est le retard de croissance contre 23 enquêtées soit 15% qui parlent du risque de contamination.

#### XX. Leur perception au cas où l'enfant court le risque lié au non-respect du calendrier vaccinal

Perception	Ni	%
Rien	37	9,2
Fardeau social et familial	312	77,4

Source des dépenses	54	13,3
Total	403	100

Il ressort de ce tableau que 312 enquêtées soit 77,4% perçoivent que l'enfant devient un fardeau pour la famille et pour la société suite au non-respect du calendrier vaccinal contre 37 enquêtées soit 9,2% qui ne perçoivent rien.

#### IV. DISCUSSION

En ce qui concerne l'éducation, les enquêtées sans niveau étaient 192 mères soit 45,5% suivi de celles du niveau primaire avec 138 enquêtées soit 32,7% ; 83 enquêtées soit 19,6% avaient un niveau secondaire contre 9 enquêtées soit 2,1% avaient un niveau d'étude supérieur et universitaire. Nous remarquons que lorsque le niveau d'instruction des parents est élevé, la probabilité de refuser et d'être réticent à la vaccination est très réduite. Dans une population instruite, la couverture vaccinale complète est susceptible d'être élevée. En ce sens [Bicaba et al, 2005] notent qu'au Burkina Faso, l'instruction de la mère est un prédicateur significatif de la couverture vaccinale quel que soit l'antigène considéré. De son côté, [Ndiaye et al. ,2009] montre qu'au Sénégal, dans une étude portant sur les facteurs d'abandon de la vaccination de l'enfant âgé de 10 à 23 mois à Ndoulo, 47% des mères non instruites avaient déclaré avoir abandonné la vaccination.

Parlant de la profession des enquêtées, les cultivatrices dominent avec 149 mères soit 35,3% contre 49 enquêtées commerçantes soit 11,6%, ces résultats s'expliquent par le fait que l'enquête a eu lieu dans une zone rurale où l'activité principale est le champ, voilà pourquoi la plupart des enquêtées

dans notre distribution étaient constituées des mères cultivatrices. De son côté [Konang, G.,2003] dans une étude sur la perception des mères sur la vaccination de routine dans le district sanitaire de Toumodi en Côte d'Ivoire pense que la profession des parents n'a pas un impact négatif sur la vaccination de leurs enfants, selon l'auteur sur 336 enquêtées, les fonctionnaires d'état dominaient la distribution avec 101 mères soit 30,3% suivi des autres catégories.

##### ➤ Etat civil des enquêtées

Les résultats de ce tableau nous renseignent que 262 enquêtées soit 62% sont mariées, 98 enquêtées soit 23,2% sont célibataires, 32 enquêtées soit 7,5% sont des veuves contre 18 enquêtées soit 4,2% vivant en union libre.

Ces résultats concordent avec ceux trouvés par Bicaba et al (2005) sur le profil des inégalités de couverture vaccinale au Burkina Faso. Selon l'auteur les femmes mariées étaient très actives à la vaccination de leurs enfants avec 89 enquêtées soit 32% dans une distribution de 278 enquêtées, l'auteur conclut en disant que les enfants des enquêtées mariées étaient mieux vaccinés que d'autres catégories.

##### ➤ L'information des enquêtées sur la vaccination

Ce tableau montre que 403 enquêtées soit 95,4% ont déjà entendu parler de la vaccination contre 19 enquêtées soit 4,5% qui n'ont jamais entendu. Ces résultats corroborent avec ceux trouvés par OUEDRAOGO, E. (2003) sur l'étude des déterminants de faible utilisation des services de vaccination au niveau du district sanitaire de PISSY, ils avaient trouvé 83,3% des parents qui connaissent et qui avaient déjà entendu parler de la vaccination, voilà pourquoi nous disons que l'information des mères sur la vaccination est un moyen important pour permettre à ces dernières d'acquérir des connaissances en matière de vaccination notamment, son importance, le calendrier vaccinal, les effets de la vaccination....

➤ la confession religieuse des responsables de ménage et la vaccination

Les résultats de ce tableau stipule que 132 enquêtées soit 31,2% de notre distribution étaient composées des mères catholiques contre d'autres confessions religieuses qui avaient toutes 69,7%.

Les croyants religieux peuvent être à la base de la faible couverture vaccinale suite au refus et à la réticence des parents à la vaccination, dans une étude réalisée au Bénin en 2005 sur les profils des inégalités de couverture vaccinale au Burkina Faso, Bicaba et al avaient identifié la religion des parents comme étant l'une des raisons du refus et de la résistance à la vaccination; pour ces auteurs, de toutes les raisons du refus de la vaccination citées par les mères, les croyances religieuses représentaient à

elles seules 7,5%.

➤ Niveau de vie mensuel de ménage

Les résultats de ce tableau montre que 318 enquêtées soit 75,3% étaient constituées des mères pauvres (vivaient avec moins de 20.000 FC par mois), contre 9 enquêtées soit 2,1% qui vivaient avec plus de 400.000 FC par mois.

D'après Ouédraogo, E. (2003), le niveau socioéconomique est l'une des causes de la faible utilisation des services de vaccination, l'auteur montre qu'au Burkina Faso, précisément dans le district de PISSY, il a été constaté que les raisons de non vaccination des enfants étaient le niveau socioéconomique des mères car 64% de celles de niveau socioéconomique bas habitent surtout le milieu rural.

➤ Le canal d'information en rapport avec la vaccination

Il ressort de ce tableau que 139 enquêtées soit 34,4% avaient comme principale source d'information le média contre 39 enquêtées soit 10% qui n'avaient bénéficié les informations y relatives à partir de l'école.

Selon Ndiaye, M. (2009), lors de la récente conférence internationale de Dakar sur la vaccination et la religion, il a été noté qu'une partie des raisons qui font que la résistance au vaccin reste encore inébranlable réside dans le fait qu'elle n'a pas été combattue de manière efficace, notamment à travers une diffusion de message permettant d'accroître le niveau de connaissance à ce sujet. En effet, les travaux de Bobossi- Serengbé G et al (2014) montrent qu'en

centre Afrique le manque d'information suffisantes sur la vaccination et les vaccins est un facteur important de non vaccination.

➤ La connaissance sur le calendrier vaccinal par les mères

Nous avons remarqué que la plupart des enquêtées 363 soit 90% n'ont pas la connaissance sur le calendrier vaccinal contre 40 enquêtées soit 10% qui connaissent le calendrier vaccinal, ceci est contraire aux résultats trouvés par Kabore, J (2008) sur une étude des déterminants du taux d'abandon élevé entre les vaccinations BCG et VAR chez les enfants de 0 à 11 mois, selon l'auteur 78% des mères d'enfants ne connaissent le calendrier vaccinal des enfants.

➤ La vaccination de l'enfant

Il ressort de ce tableau que 313 enquêtées soit 77,6% déclarent avoir fait vacciner leurs enfants contre 90 enquêtées soit 22,3% qui n'avaient pas fait vacciner leurs enfants. Ces résultats sont proches avec ceux trouvés dans une étude en 2003 sur la perception des mères sur la vaccination de routine dans le district sanitaire de Toumodi en Côte d'Ivoire ; connaissances, dans cette étude, 132 mères soit 82,5% avaient déjà fréquenté et fait vacciner leurs enfants contre 28 mères soit 17,5% qui n'avaient jamais fait vacciner leurs enfants en raison de leurs religions.

➤ La vaccination complète de l'enfant

Le tableau nous montre que 158 enquêtées soit 50,4% disent n'avoir pas fait complètement vacciné leurs enfants contre 115 enquêtées soit

49,5%. Ces résultats sont différents de ceux trouvés dans une étude sur le profil des inégalités de couverture vaccinale au Burkina Faso où 83,1% des enquêtées affirmaient n'avoir jamais manqué une occasion de vacciner leurs enfants contre 16,9% qui avaient manqué l'occasion de vacciner leurs enfants.

➤ Les raisons de non vaccination complète de l'enfant

Ce tableau renseigne que 53 enquêtées soit 33,3% disent n'avoir pas complètement vacciné leurs enfants à cause des effets secondaires contre 13 enquêtées soit 8,2% qui indiquent la rupture de stock. Ces résultats sont discordants avec ceux trouvés dans un article de recherche sur les déterminants du non-respect du calendrier vaccinal du PEV en 2006 où 32% des enquêtées indiquaient la rupture de stock de vaccin et 6% parlaient de mauvais accueil des vaccinateurs. (Ouedraogo)

Cette tendance a été aussi observée au Sénégal par Ndiaye, M. (2009) où parmi les raisons de non vaccination complète, le fait pour les parents de penser que le vaccin rend les enfants malades venait en tête avec 17,8%, suivi des effets secondaires 14,1%.

➤ Le nombre de fois que l'enfant doit être vacciné

Nous constatons dans ce tableau que 173 enquêtées soit 43% confirment que l'enfant doit être vacciné plusieurs fois contre 54 enquêtées soit 13,3% qui ne savent pas combien de fois l'enfant doit être vacciné. Ces résultats sont

contraires à ceux trouvés dans le même article de Ndiaye, M. (2006) ou l'on a constaté que 62,5% des mères savaient qu'il faut cinq contacts vaccinaux pour l'enfant de 0 à 11 mois.

- La période que l'enfant doit recevoir sa première dose de vaccin

Par rapport à la période que l'enfant doit recevoir sa première dose de vaccin, 301 mères soit 74,6% confirment que l'enfant doit recevoir sa première dose de vaccin à la naissance contre 61 enquêtées soit 15,1% qui n'ont aucune notion sur la période au cours de laquelle l'enfant doit recevoir sa première dose de vaccin. Ce pourcentage favorable nous indique que la plupart des mères ont la connaissance sur le premier contact vaccinal de l'enfant.

- La connaissance des inconvénients chez l'enfant non complètement vacciné

Nous remarquons dans ce tableau que 305 enquêtées soit 75,6% avaient la connaissance sur les inconvénients chez l'enfant non complètement vacciné dont parmi eux 153 enquêtées soit 50,2% confirment que si l'enfant n'est pas complètement vacciné, il sera exposé aux risques, 117 enquêtés soit 38,4% qui disent que si l'enfant n'est pas complètement vacciné, il ne sera pas protégé contre les nouvelles épisodes. Ces résultats obtenus sont comparables à ceux trouvés dans notre hypothèse qui indique que le non-respect du Calendrier vaccinal occasionne les conséquences dont quelques risques des maladies mortelles peuvent engendrer le handicap chez les enfants

- Les risques chez l'enfant non complètement vacciné

L'analyse de ce tableau renseigne que 89 enquêtées soit 58,2% disent que si l'enfant n'est pas complètement vacciné il sera exposé aux risques du retard de croissance contre 41 enquêtées soit 26,7% qui déclarent que l'enfant sera exposé au risque d'handicap. Ces résultats corroborent avec ceux trouvés dans notre problématique qui stipule que la détermination de risque auquel est exposé les enfants qui abandonnent précocement la vaccination est plus élevé, et à un certain âge comme l'âge de 37 à 47 mois, l'enfant sera exposé aux handicaps neurologiques et retard de croissance.

- La perception des mères des enfants

Concernant le niveau de perception des mères, nous remarquons que 312 enquêtées soit 77,4% perçoivent que les enfants dont les parents n'ont pas respecté le calendrier vaccinal devient un fardeau pour la famille et pour la société contre 37 enquêtées soit 9,2% qui n'en pense rien. Ceci s'expliquerait à notre avis par le fait que les mères perçoivent de manière positive que si elles ne respectent le calendrier vaccinal et que leurs enfants ne sont pas complètement vaccinés, ces enfants seront exposés au risque qui sera une lourde charge pour la famille en particulier et pour la communauté en général.

## CONCLUSION

La présente étude a eu pour objectif de mettre en évidence le niveau de perception des mères des enfants de 0 à 11 ans.

Ce niveau de perception est issu des caractéristiques liées aux femmes, caractéristiques liées aux femmes, caractéristiques socioculturelles et socioéconomiques des ménages. La vaccination complète des enfants demeure un défi majeur pour la RDC et ses systèmes de santé. En effet, malgré les multiples efforts des acteurs nationaux et internationaux, la couverture vaccinale actuelle reste encore en deçà des objectifs du PEV et ceux de l'OMD4. Plusieurs facteurs peuvent expliquer ce ralentissement, notamment la religion du chef de ménage, le niveau de vie de ménage et l'éducation de la mère. Les résultats obtenus devraient servir de base à l'élaboration des politiques et des stratégies pour l'augmentation rapide des indicateurs liés à la vaccination des enfants.

Cette étude aura contribué à l'identification de la source de la faible couverture vaccinale.

Deux recommandations sont suggérées par rapport aux résultats obtenus :

- De manière générale, il faut intégrer une politique de réduction des inégalités de couverture vaccinale dans le processus de prise de décision à différents niveaux du système de vaccination. Une telle approche exigerait une plus grande surveillance de la vaccination des enfants des mères de plus de 40 ans, non instruites, des autres religions chrétiennes, des ménages pauvres. Elle devrait s'étendre dans toutes les provinces sans exception car nous pensons qu'aucune

province n'a encore atteint 90% de couverture vaccinale.

- Il importe de prendre des mesures de sensibilisation, voire coercitives pour améliorer la couverture vaccinale dans certaines couches sociales. Et, associer dans la mesure du possible les autorités politico-administratives et coutumières, les leaders religieux et d'opinion dans toutes les stratégies de sensibilisation des ménages

### Références

1. BICABA et al. (2005), profil des inégalités vaccinales au Burkina Faso. Partenariat de recherche Canada-Burkina Faso-Benin-Mali.
2. BOA, A. (2006). Perception du PEV et de ses dysfonctionnements dans le district sanitaire de Bouna. *Bull Soc pathos exot*, 99 ; (5). Pages 386-390. F.
3. 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.
4. Dictionnaire de langue française, (2008) ; Larousse 2009, grand format, Paris, 1812p. EMINA et al. (2011). Maternal education and Child nutritional status in the democratic republic of Congo. *Journal of public Health and Epidemiology*. Vol 3(12). Pp. 576-592.
5. E. Can ouï et O. Launay 2019. Histoire et principe de la vaccination. In : *Revue des maladies respiratoires*. Vol.36. Issue1. Elsevier, pages 74-81).

6. Guiso N. Impact de la vaccination sur l'épidémiologie des maladies infectieuses : exemple de la coqueluche. MS Rev. 2007.
7. KABORE, J. (2008). Etudes des déterminants du taux d'abandon élevé entre les vaccinations BCG et VAR chez les enfants de 0 à 11 mois dans le district sanitaire de Ouahigouya en 2007. Mémoire de fin d'études Epidémiologie, ENSP ouaga, 99p.
8. KONAN, G. (2003). Perception des mères sur la vaccination de routine dans le district sanitaire de Toumodi en côte d'ivoire. Mémoire de fin d'études. EPIVAC, IRSP. p37
9. NDIAYE, M. (2009). Facteurs d'abandon de la vaccination des enfants âgés de 10 à 23 mois à Ndoulo, Sénégal. Cahiers santé. 19 (1).
10. OMS (Septembre 2009). Progrès accomplis en matière de lutte anti-rougeoleuse dans la région africaine de l'OMS entre 2001 et 2008. Relevé épidémiologique hebdomadaire .N°.39. p397-404.
11. OMS (2003). Bulletin des maladies évitables par la vaccination. N°37. New York : OMS, AFRO.
12. OUEDRAOGO, E. (2003). Etude des déterminants de faible utilisation des services de vaccination au niveau du district sanitaire de PISSY. Mémoire de fin d'étude ; EPIVAC Paris, 50p.
13. OUEDRAOGO, L.T. et coll. (2006). Déterminant du non-respect du *calendrier* vaccinal au niveau du district sanitaire de Boussé, Burkina Faso. Médecine et maladies infectieuses vol.36, 138-143.
14. Rapport DPS, Kasaï Central 2018.
15. RDC (2008). Enquête démographique et de santé, rapport final. Calverton : Macron international
16. ROBERT, E. et SWENNEN, B. (2012). Enquête de couverture vaccinale des enfants de 18 à 24 mois en région de Bruxelles – capitale. ULB : Ecole de santé publique. 52p.
17. Russo G, Miglietta A, Pezzoti P, et al. Vaccine coverage and déterminants of incomplète vaccination in children aged 12 – 23 months in Dschang, West région, cameroon : a cross-sectional Survey during a polio out break. BMC public Heath. 2015 ; 15(1) : 630
18. SAVADOGO, M. (2009). Déterminants des abandons de la vaccination entre BCG et VAR chez les enfants de 0 à 11 mois dans le district sanitaire de Tenkodogo en 2009. Mémoire de fin d'études épidémiologie ; ENSP ouaga, 132p

---

**\* Facteurs Explicatifs De La Faible Couverture Vaccinale Chez Les Enfants De 0 à 11 Mois Dans La Zs De Luiza, Rdcongo : Risques Et Perception Des Mères.**

Received 10 October 2022; Accepted 20 October 2022

Available online 25 October 2022