



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

MESURES D'APPLICATIONS POUR LA REUSSITE DE LA COUVERTURE VACCINALE DE ROUTINE DES ENFANTS DE 0 À 59 MOIS DANS LA ZONE DE SANTE DE KIKIMI, DIVISION PROVINCIALE DE KINSHASA EN REPUBLIQUE DEMOCRATIQUE DU CONGO

Journal homepage: ijssass.com/index.php/ijssass

MESURES D'APPLICATIONS POUR LA REUSSITE DE LA COUVERTURE VACCINALE DE ROUTINE DES ENFANTS DE 0 À 59 MOIS DANS LA ZONE DE SANTE DE KIKIMI, DIVISION PROVINCIALE DE KINSHASA EN REPUBLIQUE DEMOCRATIQUE DU CONGO ☆

ILAKA NAKAMUKWIKILA Jules ^a, NGOLO KIKATA Thierry ^b, MAYAYA NGANSINI Nestor ^c, MANIANGA NKENE Cele ^d, YIMBI MATANGILA Sophie ^e, MBINGA MBOMA Maitre ^f, FETI KISIATA Chimaine ^g, MAVUDILA KONGO Romain ^{h*}

A.Chef de travaux ISTM/Kinshasa.

B.Assistant, ISP-Belemiese

C.Assistant, ISTM-Mwanza

D.Professeur, Université de Kinshasa

E.Assistant, ISTM-Kikwit

F.Assistant, ISTM-Kikwit

G.Assistant, ISTM-Bulungu

H.Professeur, ISTM-Kinshasa.

Received 15 November 2022; Accepted 20 January 2023

Available online 01 February 2023

ARTICLE INFO

Keywords:

Mesures d'applications

Couverture vaccinale

Enfants

ABSTRACT

La connaissance du calendrier vaccinal par les mères ou gardiennes d'enfants est indispensable pour le suivi correct des rendez-vous de vaccination. Il en est de même pour les maladies cibles du PEV. Ainsi pour améliorer ces connaissances et amener les mères ou gardiennes d'enfants à adhérer au PEV, il faut renforcer les activités de communication de masse et de proximité, le renforcement des dynamiques communautaires au niveau de la zone en partenariat avec les ONG et les Organisations Communautaires de Base (OCB), alors que pour améliorer les couvertures vaccinales de routine au niveau des points de prestation de service l'amélioration de l'offre de service et prendre en compte les facteurs sociaux tels que l'éducation, l'économie et la gouvernance.

1. 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].

Dans leur étude, (KALEMBA et Al, 2022), 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 exclusif de l'explication de la faible couverture vaccinale.

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 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 révélée 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 à la zone de santé KIKIMI, 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 cinquième anniversaire de leurs enfants. La zone de santé de kasai central a 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-KASAY CENTRAL, 2019].

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.

A la question d'identifier les mesures d'applications pour la réussite de la couverture vaccinale de routine des enfants de 0 à 59 mois dans la zone de sante_de KIKIMI, 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. A cet effet, la mise en pratique des mesures d'applications, contribuerait à relever le niveau de perception et d'accessibilité de ces mères des enfants de 0à 59 mois à la couverture vaccinale de routine. 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 59 mois dans la zone de santé de

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 59 mois dans la zone de santé de KIMBANSEKE cas de l'aire de santé KIKIMI. 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.

2. MATERIELS ET METHODES

2.1. Cadre d'étude

Notre étude s'est déroulée dans la zone de sante de KIKIMI , division provinciale de Kinshasa, dans la commune administrative de Kimbanseke , en République Démocratique du Congo , cette ZS de sante remonte depuis 1979, avec 8 aires de sante et une population générale de 49, 738 habitants , dont 12% soit 9259 de la population féminine en âge de procréation et 10256 soit 20, 6% des enfants 0-59 mois , afin avec superficie de 36km² et une densité de 9,726 habitants par km² .

2.2. METHODES

Cette étude était transversale à visée

descriptive et analytique au niveau des 8 aires sanitaires de la zone de sante. La population d'étude était constituée des mères ou gardiennes d'enfants âgés de 0-59 mois de la zone de sante. Étaient incluses dans cette étude, toutes les mères ou gardiennes d'enfants âgés de 0 à 59 mois habitant dans la zone de sante de Kikimi depuis un an au moins. N'étaient pas incluses dans cette étude, toutes les mères ou gardiennes d'enfants répondant aux critères d'inclusion mais refusant de participer à l'enquête ou étant absentes le jour de l'enquête.

Pour cette étude, La méthode du sondage en grappes adaptée de celle du PEV/OMS a été choisie. Trente (30) grappes ont été tirées au sort pour chaque aire de sante, selon la technique de l'effectif cumulé. Le nombre de sujets nécessaires N est donné par la formule de Schwartz ou Fisher, $N = \epsilon^2 \times p \times q / i^2$ (ϵ est l'écart réduit correspondant au risque d'erreur α de 5% et $\epsilon = 1,96$; p est la prévalence estimée = 50%; q est le pourcentage complémentaire = 1-p et i est la précision souhaitée = 0,1). N est égal à 96. En prenant en compte l'effet de grappe, N est multiplié par 2. Ce qui donne 192. Le nombre d'enfants à sélectionner par grappe est obtenu en divisant 192 par 30. Ce qui va donner 6,4 enfants par grappe. Ce chiffre est arrondi à 7.

Donc le nombre d'enfants à sélectionner devient $(7 \times 30) 210$ par AS. Pour l'ensemble des 8 AS de la Zone de sante de KIKIMI la taille de l'échantillon (N) trouvée était de 1680 qui ne seront considérée dans notre étude. Mais étant donné que notre population mère est supérieure ou égale à 10.000, nous avons retenu notre taille de l'échantillon à 384.

Un sondage en grappe a été effectué. Dans chaque AS, 30 grappes ont été tirées au sort selon la méthode de l'effectif cumulé, soit un total de 120 grappes. Au niveau de chaque grappe, les enquêteurs avaient choisi comme repère la place Publique du quartier. À partir de ce repère, il tirait au sort l'axe de la première parcelle en faisant tourner une bouteille.

La direction de la première parcelle était celle indiquée par le goulot de la bouteille. Ensuite, ils numérotaient toutes les parcelles le long de cet axe, depuis le point central jusqu'à la périphérie de l'axe. Ensuite les enquêteurs choisissaient au hasard, sur la table de nombre aléatoire, un nombre compris entre 1 et le nombre total de parcelle située le long de cet axe. Le nombre tiré était celui de la parcelle de départ pour commencer l'enquête, la deuxième parcelle à visiter était celle dont la porte d'entrée était plus proche de la première. La parcelle suivante était celle dont la porte

d'entrée se trouvait le plus près de la porte d'entrée de la parcelle précédemment visitée et les enquêteurs procédaient ainsi jusqu'à enquêter au moins sept mères ou gardiennes d'enfants âgés de 0 à 59 mois dans chaque grappe.

Au niveau de chaque parcelle, les enquêteurs recensaient tous les enfants âgés de 0-59 mois habitant la parcelle et qui possédaient une carte de vaccination.

Les mères ou gardiennes de ces derniers n'étaient enquêtées que si elles répondaient aux critères d'inclusion.

Le questionnaire a été confectionné et pré-test par une équipe de 20 enquêteurs et de 5 superviseurs formés au niveau de la zone de sante de KIKIMI. Lors du pré-test, un quartier et une aire sanitaire non tirés dans les grappes à enquêter étaient les zones test. Au cours de l'enquête, chaque aire de sante avait deux équipes composées chacune d'un binôme et dirigée par un superviseur. Un consentement libre et éclairé des mères ou gardiennes d'enfants était obligatoire avant l'administration du questionnaire par interview directe. Les questions portaient sur les caractéristiques sociodémographiques (âge, statut matrimonial, lieu de résidence, instruction, nombre d'enfants, activités génératrices de revenus), les connaissances

(calendrier vaccinal ; maladies cibles du PEV : tuberculose, poliomyélite, diphtérie, tétanos, coqueluche, hépatite B, méningite, infections à pneumocoque, rougeole, rubéole et fièvre jaune ; les MAPI : douleur, fièvre, œdème au point d'injection, cris persistants, ostéite, malaise et perte de connaissance ; sources d'information), les attitudes (respect du calendrier vaccinal, signalement des MAPI) et les pratiques (conduites à tenir en cas de Rendez-vous manqué et en cas de MAPI).

Les variables dépendantes étudiées étaient : connaissances, attitudes et pratiques de mères ou gardiennes d'enfants en matière de vaccination de routine ; et les variables indépendantes ou explicatives étaient les facteurs sociaux : caractéristiques socioprofessionnelles des mères ou gardiennes d'enfants, leur éducation, leur revenu économique, leur milieu de résidence et leurs sources d'information. Les données recueillies ont été contrôlées puis saisies et analysées avec le logiciel Spss, version 16. L'analyse a comporté une étude descriptive par le calcul des fréquences pour les variables qualitatives ; des moyennes et de leur intervalle de confiance (IC 95 %) pour les variables quantitatives. L'analyse a permis de comparer les proportions avec des tests du Khi2 (χ^2) ou de Fisher selon leurs conditions statistiques

d'application.

Le seuil de significativité a été fixé à 0,05 résultats.

3. RESULTATS

3.1. Résultats descriptifs ou mono variée

3.1.1 Caractéristiques sociodémographiques

L'enquête a porté sur 384 mères ou gardiennes d'enfants 0 à 59 mois.

L'âge moyen des mères ou gardiennes d'enfants était de 28,5 ans (6,9).

Elles étaient mariées dans 86,5% des cas et 99,5% habitaient en milieu urbain.

Les mères ou gardiennes d'enfants alphabétisées représentaient 60,5 %.

Elles avaient au moins cinq enfants dans 77,2 % des cas et seules 25,8% avaient une activité génératrice de revenus.

Connaissances du calendrier vaccinal

Parmi les mères ou gardiennes d'enfants, 26,3 % connaissaient le calendrier vaccinal et 65,3% connaissaient les maladies cibles du PEV. Seulement 34,5% d'entre elles pouvaient en citer 10. Elles pouvaient citer au moins une manifestation adverse post injection (MAPI) dans 54,6% des cas. Les mères ou gardiennes d'enfants qui connaissaient le calendrier vaccinal étaient plus dans l'aire de sante marshalle soit 47.2% et les sept aires de sante ont une faible proportion.

Sources d'information des mères ou gardiennes d'enfants sur le calendrier vaccinal

Les sources d'information qui ont permis aux mères ou gardiennes d'enfants de connaître le calendrier vaccinal étaient les relais (50,1 %), les agents de santé (30,5 %), les voisins (5,7%), les chefs de quartiers (2,9%), les radios/télévisions (10 %) et les autres sources dans 1,8

% des cas, par contre les facteurs sociaux est de 57, 2% parlent de la responsabilité du gouvernement, suivi de 24,4% de l'éducation est faible et afin de 18,2% de l'économie soit un niveau de revenu très faible.

Couverture vaccinale

La proportion des enfants de 0 à 59 mois complètement vaccinés était de 85,9% (IC : 85,8 – 90,3).

Tableau I a IX: Répartition des enquêtées selon les caractéristiques démographiques et les variables d'intérêt de l'étude des mères ou gardiennes d'enfants dans la zone de sante kikimi, octobre 2020

Caractéristiques Fréquence absolue (N = 384)

	Fréquence absolue	Fréquence relative (%)
Mariées		
Oui	300	78,1
Non	84	21,8
Lieu de résidence		
Urbain	256	66,6
Urbano-rural	128	33,3
Instruites en français		
Oui	120	31,2
Non	264	68,7
Nombre d'enfants		
≤5	270	70,3
>5	114	29,6

Activités génératrices de revenus		
Oui	156	40,6
Non	228	59,3
Accessibilité géographique		
Oui	320	83,3
Non	64	16,6
Connaissance du calendrier vaccinal		
Oui	101	26,3
Non	283	73,6
Connaissance au moins d'une MAPI		
Oui	210	54,6
Non	174	45,3
Facteurs sociaux à la couverture vaccinale des enfants de 0-59 mois		
Education		
	94	24,4
Economie		
	70	18,2
Gouvernance		
	220	57,2
Source. Notre enquête menée sur le terrain ZS/kikimi, octobre, 2020.		

Attitudes et Pratiques

Les mères ou gardiennes d'enfants respectaient les rendez-vous du calendrier vaccinal dans 91,3% des cas. En cas de

rendez-vous manqué, 52,3 % des mères ou gardiennes d'enfants se rendaient à la structure sanitaire, la proportion des mères ou gardiennes d'enfants qui signalaient les MAPI dans les services de vaccination étaient de 39,1 %. Par contre, en cas de MAPI, seulement 29,8% se rendaient dans les structures sanitaires et 59,7% faisaient des soins à domicile.

3.2. Résultats analytiques ou inferentiel (BIVARIEES)

Facteurs sociaux liés à la connaissance du calendrier vaccinal

Parmi les déterminants étudiés, le milieu de résidence et l'activité économique des mères ou gardiennes d'enfants avaient un lien avec la connaissance du calendrier vaccinal ($p < 0,05$). Nous n'avons pas retrouvé de différence statistiquement

Significative en ce qui concerne le statut matrimonial, la grande multiparité, le niveau d'instruction, et l'accessibilité géographique à la structure sanitaire.

Facteurs sociaux liés aux signalements des MAPI

Parmi les facteurs sociaux analysés, seul le niveau d'instruction des mères ou gardiennes

d'enfants avait une association statistiquement très significative avec le signalement des MAPI ($p < 0,05$) soit $\chi^2 = 3,079E2^a$, ddl = 2 et $p=0,000$

Il y avait aussi une différence statistiquement très significative en ce qui concerne l'accessibilité géographique avec un Chi-deux = $3,515E2^a$, ddl = 2 et $p=0,000$, et afin l'état civil ou les mariées avait un $\chi^2= 80,151^a$, ddl = 2 et $p=0,000$, le niveau d'instruction, l'activité économique et l'accessibilité géographique à la structure de santé.

Facteurs sociaux liés à la couverture vaccinale des enfants de 0-59 mois

Le niveau d'instruction, l'accessibilité géographique et l'état civil des mères ou gardiennes, sont des facteurs sociaux pour lesquels on a constaté un lien

Avec la couverture vaccinale des enfants de 0-59 mois ($p < 0,05$).

Il n'y avait pas de différence statistiquement significative en ce qui concernait le statut matrimonial, la grande multiparité.

4. DISCUSSION

Cette étude a concerné seulement les enfants dont les mères détenaient une carte de vaccination. Une étude étiologique avec un complément qualitatif (socio anthropologique) aurait permis d'identifier les facteurs du faible niveau de connaissance des mères ou gardiennes d'enfants en matière

de vaccination de routine dans la zone de sante de KIKIMI. Malgré ces limites, les résultats

Obtenus nous ont permis de faire les discussions suivantes :

Facteurs sociaux liés à la connaissance du calendrier vaccinal

Concernant la connaissance des mères ou gardiennes d'enfants, le niveau de connaissance du calendrier vaccinal reste faible (26,3 %). Une étude faite au Bénin par Ouedraogo LSLW avait montré un niveau de connaissance bas sur le calendrier vaccinal (56 %).

Au Sénégal, une étude menée par Faye A dans les communautés rurales de Ndoulo et Patar avait montré un niveau de connaissance sur le calendrier vaccinal de 38,1%, le niveau de connaissance bas du calendrier vaccinal pourrait s'expliquer par l'insuffisance de la communication notée dans le PEV. En effet, la dernière revue externe du PEV avait révélé certains problèmes de communication relatifs à l'absence de Plan National de Communication du PEV, la faiblesse de la communication interpersonnelle (CIP) de la part des prestataires et relais lors des séances de vaccination, l'utilisation des télévisions et radios au détriment de la communication de proximité, l'absence d'évaluation des activités de communication du PEV, l'insuffisance des supports et autres matériels de communication pour le PEV de routine .

Par ailleurs, les résultats de l'étude ont montré que les mères ou gardiennes d'enfants résidant en milieu urbain connaissaient mieux le calendrier vaccinal que celles résidant en milieu urbano-rural. En effet, les Organisations Non Gouvernementales (ONG) intervenant dans la zone de sante de KIKIMI appuient plus les aires de sante à forte composante urbano-rural. Au niveau de la zone de sante, intervient au niveau communautaire en organisant les mères ou gardiennes d'enfants en groupements des « mamans » où un paquet d'activités de communication est délivré.

Au niveau de la zone de sante de KIKIMI, les associations des relais polyvalents s'organisent autour des postes de santé pour délivrer un paquet d'activités de sensibilisation : visites à domicile intégrées (VADI), causeries, mobilisations communautaires. Par contre, pour les aires de sante à forte composante urbaine Mareshal et Mfumunkento, les activités de sensibilisation sont assurées par les agents de santé communautaire.

Aussi l'étude a montré que les mères ou gardiennes d'enfants avec une activité génératrice de revenus connaissaient mieux le calendrier vaccinal soit 40,6% que celles sans activité génératrice de revenus soit 59,3%.

Gwatkin avait mis en évidence l'influence du revenu économique dans l'utilisation des services de santé maternelle et infantile de

base. L'utilisation des services de vaccination était de 63,5% dans le groupe du quintile économique supérieur contre 38,8% dans le groupe du quintile économique inférieur.

Parmi les facteurs sociaux analysés, seul le niveau d'instruction des mères ou gardiennes d'enfants avait une association statistiquement très significative avec le signalement des MAPI ($p < 0,05$) soit $x^2 = 3,079E2^a$, ddl = 2 et $p = 0,000$

. Il y avait aussi une différence statistiquement très significative en ce qui concerne l'accessibilité géographique avec un Chi-deux = $3,515E2^a$, ddl = 2 et $p = 0,000$, et afin l'état civil ou les mariées avait un $x^2 = 80,151^a$, ddl = 2 et $p = 0,000$, le niveau d'instruction, l'activité économique et l'accessibilité géographique à la structure de santé.

Facteurs sociaux liés au signalement des MAPI

La proportion des mères ou gardiennes d'enfants connaissant au moins une MAPI était de 54,6 % et 45,3% qui ne connaissent pas selon notre étude.

Dans l'étude de Faye A, cette proportion était de 86,5%, seulement 1,2% pouvaient énumérer les quatre principales MAPI.

Dans notre étude, la première source d'information était les relais communautaires.

Les mères ou gardiennes d'enfants qui résidaient en milieu urbano-rural (33,3 %)

étaient plus enclines à signaler les MAPI que celles résidant en milieu urbain (66,6 %) avec un p égal à 0,001. Ceci pourrait être expliqué par l'existence de la dynamique communautaire encadrée par les ONG qui interviennent au niveau de la zone de santé de KIKIMI d'une part.

D'autre part, les mères ou gardiennes d'enfants en milieu urbain ont plus recours à l'automédication pour prendre en charge à domicile les MAPI. Elles ne signalent que les MAPI majeures qui restent très rares.

Facteurs sociaux liés à la couverture vaccinale des enfants de 0-59 mois

La couverture vaccinale au niveau de la zone de santé KIKIMI est de 87,8 %. Ce résultat est en deca de l'objectif fixé par le PEV qui est de 90 %. Les données de l'Enquête Démographique et Sanitaire (EDS) continue de 2012/2013 ont montré pour la zone ouest, zone à laquelle appartient la zone de santé kikimi, une couverture vaccinale de 72,8%.

Cette contre-performance pourrait être due au fait que les mères ou gardiennes d'enfants n'adoptent pas les bonnes pratiques. En effet, en cas de rendez-vous manqué, 20,8% d'entre elles n'entreprennent pas d'actions.

La couverture vaccinale était plus élevée chez les femmes avec activités génératrices de revenus (40,6 %). Gwatkin avait mis en évidence l'influence du revenu économique dans l'utilisation des services de santé maternelle et infantile. En effet, il avait

montré que la couverture vaccinale était plus élevée dans le quintile le plus riche (66,9 %) que le quintile le plus pauvre (33,6 %) en Afrique Subsaharienne. La couverture vaccinale était plus élevée chez les femmes résidant en milieu urbain (92 %) confirmant l'influence du lieu de résidence sur la couverture vaccinale.

La couverture vaccinale était plus élevée chez les femmes instruites en français (92,8 %). En effet, le niveau d'instruction est un des facteurs sociaux de la santé. Parmi les facteurs sociaux analysés, seul le niveau d'instruction des mères ou gardiennes d'enfants avait une association statistiquement très significative avec le signalement des MAPI ($p < 0,05$) soit $\chi^2 = 3,079E2^a$, ddl = 2 et $p = 0,000$

Il y avait aussi une différence statistiquement très significative en ce qui concerne l'accessibilité géographique avec un Chi-deux = $3,515E2^a$, ddl = 2 et $p = 0,000$, et afin l'état civil ou les mariées avait un $\chi^2 = 80,151^a$, ddl = 2 et $p = 0,000$, le niveau d'instruction, l'activité économique et l'accessibilité géographique à la structure de santé.

5. CONCLUSION

La connaissance du calendrier vaccinal par les mères ou gardiennes d'enfants est indispensable pour le suivi correct des rendez-vous de vaccination. Il en est de même pour les maladies cibles du PEV. Ainsi pour

améliorer ces connaissances et amener les mères ou gardiennes d'enfants à adhérer au PEV, il faut la mise en pratique des mesures d'applications ci-après : les activités de communication de masse et de proximité, le renforcement des dynamiques communautaires au niveau de la zone en partenariat avec les ONG et les Organisations Communautaires de Base, pour améliorer les couvertures vaccinales de routine au niveau des points de prestation de service et , (iv) l'amélioration de l'offre de service par une intégration des activités promotionnelles, préventives, curatives et ré-adaptatives.

Avec les résultats d'analyse bi variées les suivantes, parmi les facteurs sociaux analysés, seul le niveau d'instruction des mères ou gardiennes d'enfants avait une association statistiquement très significative avec le signalement des MAPI ($p < 0,05$) soit $\chi^2 = 3,079E2^a$, ddl = 2 et $p = 0,000$

. Il y avait aussi une différence statistiquement très significative en ce qui concerne l'accessibilité géographique avec un Chi-deux = $3,515E2^a$, ddl = 2 et $p = 0,000$, et afin l'état civil ou les mariées avait un $\chi^2 = 80,151^a$, ddl = 2 et $p = 0,000$, le niveau d'instruction, l'activité économique et l'accessibilité géographique à la structure de santé.

Enfin, il est indispensable de prendre en compte les facteurs sociaux tels que l'éducation, l'économie et la gouvernance

pour améliorer la couverture vaccinale des enfants de 0-59 mois.

REFERENCES BIBLIOGRAPHIQUES

1. Organisation Mondiale de la Sante,(2010) :Fonds des Nations Unis pour l'Enfance. La vaccination dans le monde : vision et stratégie.
2. Organisation Mondiale de la Sante.(2008) : Rapport sur la sante dans le monde 2008 : Les soins de santé primaires – maintenant plus que jamais. Genève: OMS; 125 p.
3. Henbest RJ. (1989):Patient-centred care: A review of the concept. South Africa Family Practice.;10(9):454-63.
4. Organisation Mondiale de la Sante (2009) :comble la fosse en une génération : instaurer l'équité en sante en agissant sur les facteurs sociaux de la sante : rapport final de la commission des facteurs sociaux sur la sante. Genève : OMS ; 260 p.
5. Ouedraogo LSLW.(2008) : Evaluation de la couverture vaccinale, de l'offre et de la demande de services de vaccination dans la commune rurale de Koubri dans le District Sanitaire de BOGODOGO. [Mémoire DIU Organisation et Management des Systèmes Publics de prévention vaccinale dans les Pays en Développement] Ouidah : EPIVAC/ Université Paris Dauphine ;53 p.
6. Faye A, Seck I, Dia AT. (2010): Facteurs d'abandon de la vaccination en milieu rural au Sénégal. Med. Afr. Noire;57(3):137-41.
7. Agence nationale de la statistique et de la démographie,(2011) : Service régional de la statistique et de la démographie de la zone sante de Kikimi. Situation économique et sociale de la zone de sante 2009. Kikimi (RDC) : ANSD ; 176 p.
8. Gwatkin D, Wagstaff A, Yazbeck A(2005): Reaching the poor with health, nutrition, and population services: what works, what doesn't, and why. Washington DC, World Bank; 2005.
9. Gwatkin D, Bhuiya A, Victoria C.(2004):Making health care systems more equitable. Lancet. ; 364:1272-80.
10. Gwatkin D, Deveshwar-Bahl.(2015):Immunization coverage inequalities: an overview of socio-economic and gender differentials in developing
11. Organisation Mondiale de la Sante,(2020): Plan d'action mondial pour les vaccins 2011-2020. Genève : OMS ; 2013. 148 p.
12. Murthy R. Accountability to citizens on gender and health. Paper commissioned by the Women and Gender Equity Knowledge 2006-2015. Genève : OMS ; 2006. 80 p.
13. Murphy M, Bobak M, Nicholson A, Rose R, Marmot M.(2006): The widening gap in mortality by educational level in the Russian Federation, 1980-2001. American Journal of Public Health. 2006;96(7):1293-9.
14. Organisation Mondiale de la Sante(2013):. Statistiques sanitaires mondiales: Genève: OMS ; 2014. 168 p.
15. Ministère de la santé et de la prévention

[Sénégal]. Plan national de

16. Agence Nationale de la Statistique et de la Démographie (ANSD)

17. Favin M, Steinglass R, Fields R, Banerjee K, Sawhney M. Why children

18. Ministère de la sante publique, Direction de la prévention médicale [RDC/Kinshasa]. Rapport de la revue externe du programme

19. Diop B. Plan d'action 2014-2015 d'amélioration de la couverture vaccinale des enfants de moins de deux ans de la région de Kaolack,

20. Are not vaccinated: a review of the grey literature. International

Cheikh Anta DIOP de Dakar ; 2014 ; N° 1787.20.1.05-14.

21. Plan Développement sanitaire 2009-2018. Dakar ; 2009. 86 p.

22. Programme Élargi de vaccination. Kinshasa; 2010. 250 p.

23. Geneva, World Health Organization; 2007.

24. Maryland, USA : ANSD et ICF International. 2014; 215.

Ministère de la santé et de l'action sociale, Direction de la Prévention [Sénégal].

25. Plan pluriannuel complet du Programme Elargi de Vaccination 2012-2016. Kinshasa ; 2011. 75 p.

26. Monde 2000 : Pour un système de sante plus performant. Genève: Network of the Commission on the Social Determinants of Health. OMS ; 2000. 237 p.

☆ MESURES D'APPLICATIONS POUR LA REUSSITE DE LA COUVERTURE
VACCINALE DE ROUTINE DES ENFANTS DE 0 À 59 MOIS DANS LA ZONE DE
SANTE DE KIKIMI, DIVISION PROVINCIALE DE KINSHASA EN REPUBLIQUE
DEMOCRATIQUE DU CONGO