

# *Vécu Du Personnel De Sante Sur Le Refus De La Vaccination Contre La Maladie A Virus Ebola Au Nord Kivu Et En Ituri*

Charles Nday Mwadiavita<sup>1</sup>; Léon Shongo Onasaka<sup>2</sup>; Marie-Claire Omanyondo Ohambe<sup>3</sup>,  
Félicien Mukandu Basua Babintu<sup>4</sup>; Tony Amisi Nyakeru<sup>5</sup>; Omer KASEREKA KALAYI<sup>6</sup>

<sup>1</sup> Chef de travaux à l'Université de KAMINA, RDC ; charlesnday6@gmail.com

<sup>2</sup> Assistant à l'ISTM KARAWA, RDC ; shongoleon225@gmail.com

<sup>3;4</sup> Professeur à l'ISTM KINSHASA

<sup>5</sup> Assistant \_2 à l'UPN, RDC ; nyakerutony@gmail.com

<sup>6</sup> Assistant à l'ISTM LUKANGA/RDC ; kaskalayi@gmail.com



**Résumé –** : ce phénomène de refus de la vaccinale n'est pas nouveau, cette affaire a cependant entraîné une crise de la vaccination infantile majeure : une chute considérable de la couverture vaccinale des enfants dans plusieurs pays. Cette étude a opté pour une approche qualitative abordée dans une démarche empirico-inductive. Elle a été réalisée grâce à la méthode phénoménologique. L'échantillon a porté sur 16 agents sanitaires, tous de niveau national. Les résultats des entrevues et entretien approfondis avec les agents de santé ont démontré les raisons de refus de la vaccination contre la MVE suivantes ont été évoquées ils s'agissent : l'ignorance et la méconnaissance de la part de la population ; peur et méfiance ; la Faiblesse de la sensibilisation.

**Mots clés –** Vécu, personnel de santé, Refus, Vaccination, Maladie à virus EBOLA, Nord Kivu et Ituri.

**Abstract –** this phenomenon of refusal of the vaccine is not new, this case however led to a major childhood vaccination crisis: a considerable drop in the vaccination coverage of children in several countries. This study opted for a qualitative approach approached in an empirical-inductive approach. It was carried out using the phenomenological method. The sample covered 16 health workers, all at the national level. The results of in-depth interviews and interviews with health workers demonstrated the following reasons for refusal of vaccination against EVD were mentioned: ignorance and lack of knowledge on the part of the population; fear and mistrust; Weak awareness.

**Keywords –** Experience, health personnel, Refusal, Vaccination, EBOLA virus disease, North Kivu and Ituri.

## I. INTRODUCTION

Au monde, un enfant sur cinq dans le monde ne reçoit pas les vaccins considérés comme vitaux, et 1,5 million d'enfants meurent ainsi chaque année de maladies pouvant être prévenues par un vaccin ; cette situation résulte en partie d'un refus de la vaccination pour soi-même ou pour ses enfants. Cela, devient de plus en plus fréquent dans de nombreux pays [1].

De nombreuses enquêtes sur l'hésitation vaccinale ou le refus ont été mises en place et publiées dans le monde durant ces dernières années. Le phénomène est ancien, puisqu'en 1992 une enquête française avait été menée sur des mères, à l'occasion des campagnes de vaccination, en raison des mauvaises couvertures vaccinales de certains départements pour le vaccin, rougeole, rubéole et oreillons.

Les résultats étaient inattendus et étonnants, car on observait quatre types de mères : les « écologistes » qui recherchent une médecine alternative, les « consommateurs » qui revendiquent de choisir librement leur vaccin, les « empiristes » qui pèsent avec leur médecin le rapport risque bénéfice et les « dépendantes » qui font entièrement confiance au médecin mais demandent à être rassurées [2].

Depuis cette époque les enquêtes américaines ont fait le même constat. Trois d'entre elles, entre 2006 et 2012, retrouvent de la même façon cinq catégories des parents : les accepteurs sans question : 30–40%, les accepteurs prudents :25–35%, les hésitants : 20-30, les vaccinoteurs retardant les vaccins ou les sélectionnant :2–27% et ceux qui refusent tout vaccin, moins de 2%, [3].

Une récente enquête internationale, menée en 2015 dans 67 pays des six régions de l'OMS, a porté sur « les quatre questions – suivantes : « les vaccins sont importants pour les enfants », « je crois que les vaccins sont sûrs », « je crois que les vaccins sont efficaces », « les vaccins sont compatibles avec mes croyances religieuses ». Les 65819 personnes interrogées avaient à choisir cinq réponses » : fortement d'accord, plutôt d'accord, ne sait pas, plutôt en désaccord, fortement en désaccord » [4].

La quasi-totalité des pays qui ont participé à l'enquête ont une opinion positive sur l'importance des vaccins pour les enfants sauf : la Russie 17%, l'Italie 15% et certains pays d'Europe de l'Est (la France, la Bosnie...).

La France est actuellement le pays le plus touché par le scepticisme sur la sécurité vaccinale, avec 41% des personnes en fort désaccord, suivie par la Bosnie (36%) et le Japon (31%). D'une façon générale, on note la prédominance des désaccords pour les questions posées pour la Russie et une majorité de pays de l'ex-URSS ; l'incompatibilité religieuse surtout pour les pays d'Asie : Mongolie (50%) Thaïlande (44%), Vietnam (31%). On conclut que la question de la confiance vaccinale atteint de nombreux pays dans le monde, mais de façon très variable [5].

Ce phénomène de « l'hésitation vaccinale » n'est pas réellement nouveau, il s'est développé depuis près de 20 ans aux Etats-Unis, l'exemption vaccinale pour des raisons philosophique ou religieuses est monnaie courante dans de nombreux Etats. Si l'on consulte la base bibliographique de « Pub. Med » à la rubrique « vaccine refusal » on démontre, en février 2017, 844 publications dont 777 entre les années 2000–2017 contre 67 entre 1969–1999. Ces chiffres témoignent de la progression du phénomène et du souci actuel qu'il génère pour la prévention vaccinale [6].

On a vu émerger les thèses ces derniers temps avec le soutien très actifs de la vaccination via la fondation Bill et Melinda Gates, commence un récit très bien construit, sur le fait que les vaccins pourraient être des armes biologiques de destruction massive, utilisées pour mener un véritable génocide sur une partie de la population mondiale.

La tendance à la politisation de la question vaccinale a été observée depuis 10ans aux Etats unis et a été clairement exposée sous la présidence de Donald Trump, [7].

Le groupe de travail SAGE de l'OMS décrit le champ de l'hésitation vaccinale comme un « continuum » : il s'agit de partir d'une extrême, où la vaccination est acceptée complètement, à l'autre où l'on observe un refus catégorique. Entre ces deux positions, on retrouve une population intermédiaire, acceptant certains vaccins mais en refusant d'autres, ou le retardant. On note également deux sous-groupes où les populations peuvent accepter ou refuser la vaccination, mais exprimer des doutes.

Le continuum n'est pas simplement linéaire. Les populations qui ne sont ni pour ni contre n'ont pas un avis intermédiaire, mais dépendent entre autres du vaccin ou du contexte [8].

Il existe donc aujourd'hui des difficultés inquiétantes pour assurer la prévention vaccinale et des solutions novatrices doivent être proposées pour y faire face.

Alors qu'il apparaît important de réduire l'impact de ce phénomène, l'OMS remarque qu'il n'y a pas de « recette miracle » ou de stratégie unique applicable à tous les cas. Les situations sont différentes selon le milieu et il est nécessaire de les analyser et de les comprendre pour apporter des réponses adaptées.

La République Démocratique du Congo (RDC) fait face à la dixième flambée de l'épidémie de la MVE, depuis la découverte de cette maladie en 1976 à Yambuku à l'Equateur [9].

Le 1<sup>er</sup> août 2018, le ministère de la santé de la RDC a déclaré une nouvelle flambée de MVE dans la cité de Mangina (zone de santé de Mabalako), situé à 30 km de la ville de Beni, au nord Kivu, à l'Est de la RDC ([www.usaid.gov](http://www.usaid.gov)). C'est pour la première fois que cette partie du pays enregistre les cas confirmés de la MVE. Il s'agit de la plus grande épidémie que le pays

n'ait jamais connue, elle est devenue la 2<sup>e</sup> plus meurtrière de l'histoire, après celle qui s'est propagée dans plusieurs pays d'Afrique de l'Ouest.

Les provinces du Nord Kivu et de l'Ituri sont les plus peuplées du pays. Elles sont frontalières de l'Ouganda et du Rwanda et connaissent des situations des conflits et d'insécurité, avec plus d'un million des personnes déplacées et la migration de réfugiées vers les pays voisins [10]. La situation sociopolitique précaire et l'insécurité ont entraîné plusieurs controverses et rumeurs générant ainsi une attitude de méfiance et d'hésitation de la population à l'égard du personnel de santé engagé dans la riposte contre la MVE.

Lors d'un passage dans le cadre professionnel au Nord-Kivu et en Ituri, pendant la riposte contre la MVE, nous avons observé une forte résistance communautaire, un refus à la vaccination et un retard à l'acceptation vaccinale par la population locale. Nous nous sommes rendu compte que la vaccination était source de questionnement pour les communautés locales.

Plusieurs personnes considéraient que la vaccination était source des décès observés dans la région, un probable complot d'extermination de la population de la région. Pour eux, malgré, les moyens mobilisés pour parvenir en aide à la population victime de l'épidémie, les équipes de santé nationales, locales et les partenaires internationaux ont fait face à une forte résistance (refus du vaccin et doute persistante), de la part de la communauté locale. De ce fait, les experts de l'OMS, font remarquer qu'il est essentiel de collaborer avec les communautés et de persuader les individus de changer d'habitudes et des comportements, pour remporter des succès.

Nous observons de plus en plus des initiatives créées par l'UNICEF et autres organisations internationales et locales qui organisent la formation des mobilisateurs et sensibilisateurs locaux et des psychologues. Ces organisations font des dons des vivres et non vivres, dans le but de promouvoir et soutenir la vaccination contre la MVE, encourage les populations à suivre les recommandations de l'OMS et du ministère de la santé à propos de la lutte contre la MVE [11].

Dans ce cas, certains évitent en général par « ignorance » de se faire vacciner simplement ou de se faire vacciner en public et le font loin de leur quartier, ville ou village, afin d'échapper aux attaques et injures des jeunes suivies des condamnations pour trahison.

La vaccination, reconnue par l'OMS comme une réussite majeure de santé publique est pourtant confrontée aujourd'hui à une crise de confiance.

Ce constat nous amène à nous intéresser au vécu du personnel de santé dans la riposte contre la MVE, face au refus vaccinal en posant quelques questions :

- Pourquoi la population du Nord-Kivu et Ituri refuse de se faire vacciner contre la MVE ?

## **II. MÉTHODOLOGIE**

Cette étude est une approche qualitative du type phénoménologique, la présente recherche a optée pour une étude descriptive en vue de comprendre les raisons de refus du vaccin contre la MVE pour mieux contribuer à améliorer l'acceptation de la vaccination par conséquent, la réduction de la prévalence de la maladie à virus Ebola et/ ou la mortalité due à cette maladie dans les populations.

Cette étude intitulée, vécu du personnel de santé sur la vaccination : hésitation, refus et acceptation tardive du vaccin contre la MVE a fait appel à la triangulation de plusieurs techniques des collectes des données, l'entrevue semi-structurée, individuelle en face à face avec le personnel de santé qui avait vécu l'expérience sur la vaccination pendant la période de la lutte contre la dixième épidémie d'Ebola au Nord-Kivu et en Ituri.

Dans le contexte, cet univers d'étude est constitué des agents de santé internationaux, nationaux et locaux qui ont vécus l'expérience sur terrain pendant le moment de la lutte contre la 10<sup>e</sup> épidémie de la maladie à virus Ebola au Nord-Kivu et Ituri.

Dans le cadre de cette étude, la population cible est constituée des agents de santé nationaux qui ont vécus l'hésitation, le refus et l'acceptation tardive de la vaccination contre la MVE, pendant le moment de la riposte contre la 10<sup>e</sup> épidémie de la maladie à virus Ebola, au total 86 agents nationaux ont été engagé par le ministère de la santé pour appuyer les activités de la riposte au Nord-Kivu et Ituri.

Notre population échantillonnée est constituée des agents de santé nationaux qui ont vécus l'expérience sur terrain pendant le moment de la riposte contre la 10<sup>e</sup> épidémie de la maladie à virus Ebola au Nord-Kivu et Ituri, ayant accepté de répondre de manière volontaire à notre interview.

Pour cette étude, nous avons interviewé les participants jusqu'à ce qu'il n'y eût plus formation des nouveaux thèmes et catégories, il n'y avait plus des nouvelles données par rapport à notre étude.

Suite à cette redondance nous avons ainsi déterminé notre échantillon qui était de 16 sujets. Déjà à partir de 14 sujets nous avons observé que les nouveaux éléments étaient devenus rare. C'est avec 16 sujets que nous avons eu les informations nécessaires en rapport avec les vécus des agents de santé sur la vaccination contre Ebola au Nord-Kivu et Ituri.

Pour la collecte des données de cette étude, nous allons faire une enquête sur terrain auprès des agents de santé ayant vécu la situation pendant la riposte contre la maladie à virus Ebola au Nord Kivu et en Ituri.

A cet effet, la méthode phénoménologique a été mise en œuvre pour comprendre le phénomène étudié selon le sujet de notre étude. Ainsi cette méthode vise deux aspects :

1. Une élucidation de la signification principale et une identification des raisons de la résistance à la vaccination
2. Une description soignée et systématique de l'hésitation, refus et acceptation tardive face à la vaccination contre la MVE, faite par des agents sanitaires qui l'ont vécu.

Cette étude s'est déroulée dans un milieu purement naturel.

A travers cette méthodologie, nous avons utilisé des techniques croisées des récoltes de données. En premier lieu nous avons réalisé une lecture de la littérature scientifique (multidisciplinaire) sur l'hésitation face à la vaccination, sur les vaccins contre la MVE et sur la maladie à virus Ebola elle-même et le contexte dans lequel elle est apparu. Ensuite nous avons fait une compilation des articles disponibles faisant référence à notre sujet de recherche.

Bien qu'il existe plusieurs techniques de collecte de données couramment utilisées, nous avons choisi les techniques suivantes : le témoignage personnel dit (self report) et l'entretien non directif actif unique. L'interview a été préférée par rapport à d'autres du fait qu'il permet d'entrer en profondeur avec le sujet. C'est une conversation entre le chercheur et un ou plusieurs participants. C'est une stratégie qui porte sur l'information verbale et vise à recueillir des données sur le thème poursuivi dans la recherche.

Les données ont été recueillies au moyen d'entretien non directif actif à passage unique réalisé auprès des agents sanitaires qui ont vécu la situation pendant la riposte contre la 10<sup>e</sup> épidémie de la MVE. Ils ont une expérience parfaite, sur l'hésitation, le refus et l'acceptation tardive de la vaccination contre la MVE. Ils ont vécu et sont capables de décrire leur expérience. La combinaison de toutes ces techniques a permis d'augmenter la qualité de cette étude.

Après la collecte de données, nous sommes passés à la transcription de tous les entretiens et chercher à comprendre le verbatim et d'en donner des significations.

Après cette transcription, nous avons fait l'identification des thèmes, l'émergence des catégories (stade explicatif ou une recherche des facteurs explicatifs et des critères des relations entre les catégories) et procédé au classement de données (stade d'évolution).

#### ✓ **Quelques limites de la recherche**

Cette étude relève plusieurs limites que nous allons synthétiser et proposer quelques pistes des solutions pour les minimisés :

- La petitesse et la représentativité de l'échantillon. Un échantillon de grande taille est à éviter en recherche qualitative car il génère une masse de données encombrantes, parfois accablantes et difficile à analyser. Nous l'avons minimisé en utilisant la sélection primaire et l'échantillon théorique. Cette sélection primaire est claire, efficace, parce qu'en gardant l'efficacité, la taille de l'échantillon est aussi petite que possible.
- Le manque de fiabilité des méthodes. Cette stratégie se rapproche de la double vérification « double check B » dans l'analyse du contenu. Ainsi, pour augmenter la fiabilité des résultats de cette étude, nous avons fait analyser une partie

des données brutes par des experts ayant une expérience en analyse qualitative pour s’assurer que la méthode aboutit aux mêmes résultats, et que les résultats obtenus sont arrivés aux mêmes conclusions.

- Le manque de validité des résultats. La validité des résultats en approche qualitative peut être assurée de diverses manières, en particulier par la « triangulation » de techniques de collecte de données (interview et focus groupe), la confirmation de l’interprétation des données par les participants à l’étude au fur et à mesure ou vers la fin de l’analyse. Quant à la validité des résultats, elle est assurée par la confrontation de l’interprétation des données par les participants à l’étude vers la fin de l’analyse. Ce qui est restitution-confirmation ou restitution validation. Enfin, nous avons vérifié la concordance des résultats des énoncés avec les interprétations de ces personnes expertes à chacune des phases de l’analyse. La crédibilité est assurée par les activités sur le terrain et l’observation répétée utilisant les sens nécessaires et à travers le focus groupe. Pour ce qui est de la transférabilité des résultats, en recherche qualitative, la généralisation est presque impossible à cause de la non-représentativité de l’échantillon et l’absence de la sélection aléatoire. C’est alors que les résultats de cette étude ne peuvent pas être généralisés à d’autres populations ou d’autres situations. Mais peuvent être transférés dans le même contexte que les participants à cette étude.

✓ **Considération d’ordre éthique.**

Tout ce qui concerne l’aspect éthique a été respecté, l’obtention d’un avis favorable par le comité d’éthique, le respect de la confidentialité et l’expression des participants ont été garanties. Les interviews se sont déroulées sans malaise ni gêne particulier du côté des participants.

Les participants ont été choisis en fonction des critères d’éligibilités définies par cette étude.

La participation était volontaire chaque participant avait le droit de refuser de participer sans aucun préjudice. Aussi bien que le droit et la liberté de se retirer à tout moment sans avoir à en expliquer la raison.

Les données personnelles fournies restent confidentielles et anonymes, il ne sera pas possible d’identifier personnellement un participant ni d’identifier le lieu où l’endroit où s’est déroulé l’entretien. Tous les détails d’identification sont codifiés afin que seul le code en chiffre du participant à l’étude soit mentionné à côté de son entrevue.

**III. RÉSULTATS**

**3.1. Présentation des données par thème, sous thème et catégorie.**

Les données recueillies ont été groupés par thème et représentés dans les tableaux, comprenant trois colonnes chacun.

La première colonne contient le sous-thème, la deuxième comprend les catégories et dans la troisième colonne on trouve les verbatim. Au total quatre thèmes et six sous-thèmes et trente-neuf catégories ont été ressortis des données recueillies auprès des répondants à notre enquête.

Les quatre thèmes sont les suivants :

- ❖ Représentation de la vaccination contre la MVE.
- ❖ Raisons évoquées pour justifier le refus du vaccin.
- ❖ Stratégies et suggestions issues de l’expérience des agents de santé.

**3.2. Caractéristiques sociodémographiques des participants**

Caractéristiques	Age (en année révolue)	Niveau d'étude	Etat matrimonial	Sexe	Profession
R1	45	Licence	Marié	Masculin	Médecin
R2	32	Licence	Célibataire	Féminin	Médecin
R3	37	Licence	Marié	Féminin	Communication
R4	40	A1	Marié	Féminin	Infirmière
R5	30	Licence	Célibataire	Féminin	Médecin

R6	34	Licence	Célibataire	Masculin	Médecin
R7	31	Licence	Célibataire	Féminin	Infirmière
R8	37	Licence	Célibataire	Masculin	Médecin
R9	36	Licence	Célibataire	Masculin	Gestionnaire
R10	27	Licence	Marie	Masculin	Santé publique
R11	25	Gradue	Célibataire	Féminin	Infirmière
R12	38	Licence	Célibataire	Masculin	Médecin
R13	50	Licence	Marie	Masculin	Infirmier
R14	43	Licence	Marie	Masculin	Santé publique
R15	42	Gradue	Marie	Masculin	Technicien de laboratoire
R16	41	Licence	Célibataire	Masculin	Médecin

A travers ce tableau, nous constatons ce qui suit :

- Age des répondants entre : 25 ans – 50 ans.
- Sexe : 10 Masculin et 6 Féminin.
- Etat matrimonial : 7 Mariés et 9 Célibataires.
- Profession : 7 Médecins, 2 Infirmiers Licencié sciences infirmières, 1 infirmière gradué sciences infirmières, 1 Licencié en gestion, 1 Licencié en informatique de gestion, 2 Licencié en santé publique, 1 Licencié en communication et 1 gradué en technique de laboratoire.

R1 : Homme de 45 ans, Médecin. L’entretien s’est déroulé dans son bureau de travail après les heures de travail aux environs de 16h et a duré 51 minutes et 7 secondes. Nous n’avons pas été dérangés durant l’entretien,

R2 : Femme de 32 ans, Médecin en attente de l’affectation, L’entretien s’est déroulé à la maison et a duré 47 minutes et 01 secondes, installer devant la maison aux vérandas nous n’avons pas été dérangés.

R 3 : Femme de 37 ans, Journaliste de profession. L’entretien s’est déroulé à la maison et a duré 53 minutes et 20 secondes. Quelques coups d’appel effectué par la répondante pendant l’entretien n’avait pas tellement perturbé notre entretien.

R4 : Femme de 40 ans, assistante médicale. L’entretien s’est déroulé dans son bureau de travail pendant les heures de repos, aucun dérangement n’a été observé jusqu’à la fin de l’entretien qui avait durée 43minutes et 5 secondes.

R5 : Femme de 30 ans, Médecin. L’entretien s’est déroulé après les heures de service, dans une salle de réunion a son lieu de travail et a duré 42 minutes et 4 secondes. Nous n’avons pas été dérangés lors de l’entretien.

R6: Homme de 34 ans, Médecin. L’entretien s’est déroulé dans un bureau au lieu de travail après les heures de travail et a duré 32 minutes et 56 secondes. Nous n’avons pas été dérangés lors de l’entretien.

R7: Femme de 31ans, infirmière en repos. L’entretien s’est déroulé à la maison et a duré 30 minutes et 50 secondes, nous étions installés au salon en présence de sa jeune sœur qui était occupée à regarder la télévision, sa présence n’a pas perturbée notre entretien.

R8: Homme de 37 ans, Médecin. L’entretien s’est déroulé au travail après les heures de travail et a duré 1h03 minutes seulement. Nous n’avons pas été dérangés lors de l’entretien.

R9 : Homme de 36 ans, gestionnaire. L’entretien s’est déroulé dans un restaurant à Gombe à côté de son service c’était pendant la pause et a duré 31 minutes et 2 secondes. L’entretien s’est déroulé dans une bonne ambiance à côté d’une bouteille de boissons énergisantes offertes à l’occasion.

R10 : Homme de 27 ans, Agent de santé publique. L’entretien s’est déroulé au travail après les heures de travail et a duré 36 minutes et 57 secondes. Nous n’avons pas été dérangés.

R11 : Femme de 25 ans, Infirmière. L’entretien s’est déroulé au centre de santé lieu de son travail après le moment de travail et a duré 31 minutes et 44 secondes.

R12 : Homme de 38 ans, Médecin. L’entretien s’est déroulé à l’hôpital l’endroit où il travaille actuellement et a duré 51 minutes et 06 secondes, nous n’avons pas été dérangés.

R13 : Homme de 50 ans, infirmier. L’entretien a été réalisé dans son bureau de travail après les heures de service et a duré 49 minutes et 07 secondes. Nous n’avons pas été dérangés durant l’entretien.

R14 : Homme de 43 ans, Santé publique. L’entretien s’est déroulé dans une salle de réunion à côté de son bureau de travail qui était occupé c’était pendant les heures des après-midis et le mouvement de ces collègues de service était faible et cela a duré 40minutes et 00 secondes. Nous n’avons pas été dérangés durant l’entretien.

R15 : Homme de 42 ans, Technicien de laboratoire. J’étais reçu dans une salle de réunion VIP, L’entretien avait commencé quelque minute après avoir fini son rapport journalier et a duré 1h7 minutes et 10 secondes. Nous n’avons pas été dérangés.

R16 : Homme de 41ans, Médecin, L’entretien a été fait dans son bureau après les heures de travail à l’environ de 16h00 et a duré 39 minutes et 07 secondes. Nous n’avons pas été dérangés.

**3.3. Encadré 1 : Représentation de la vaccination contre la Maladie à Virus Ebola.**

Sous-thème	Catégorie	Verbatim
<b>Compréhension de la vaccination contre la MVE</b>	Source d’infection	<p><b>R1,.....</b> « <i>Ebola n’existe pas chez nous ; c’est plutôt votre vaccin qui est arrivé avec Ebola dans notre milieu.</i> »</p> <p><b>R2 .....</b> « <i>C’est le vaccin qui transmet la maladie dans la population</i> »</p> <p><b>R3.....</b>« <i>C’est vous qui amène Ebola avec votre soi-disant vaccin là</i> »</p> <p><b>R13....</b>« <i>Je crains d’être piquer car je risque d’être contaminer d’Ebola</i> »</p> <p><b>R10 ...</b>« <i>Ebola n’existe pas ici chez nous, c’est vous qui l’avez amené avec le vaccin, moi je refuse de me faire vacciner pour éviter d’être contaminer</i> »</p>
	Vaccin contient les virus qui tuent	<p><b>R6...</b> « <i>On nous dit que le vaccin contient les virus, c’est pendant le moment de l’injection du vaccin que les virus sont introduits dans le corps, directement la personne tombe malade</i> ».</p> <p><b>R11...</b>un homme nous a dit... « <i>je ne veux pas me faire vacciner car mon frère a été vacciné, une semaine après, il est tombé malade et il est décédé</i> »</p> <p><b>R16...</b>La famille victime d’un cas de décès par Ebola refusait la décontamination et la vaccination en disant que « <i>nous ne voulons pas de vous et de votre vaccin. C’est vous, qui amène Ebola dans les maisons des gens</i> » a dit un membre d’une famille victime.</p>
	Vaccin expirer qui contamine la population	<p><b>R7...</b> « <i>ce vaccin n’est pas efficace, il ne fait que contribué à la propagation d’Ebola, il est expiré</i> », affirme un membre.</p>

Les sous-thèmes relatifs, la compréhension de la vaccination contre la MVE, les conséquences de la vaccination contre la MVE et les catégories suivantes :

- Source d’infection.
- Le vaccin contient le virus qui tue
- Le vaccin expirer qui contamine la population

➤ **Raisons évoquées pour justifier le refus et l'acceptation tardive du vaccin.**

La lecture de ce deuxième encadré qui a pour thème ; raisons évoquées pour justifier l'hésitation, le refus et l'acceptation tardive du vaccin. A ressorti comme sous-thème, les raisons de l'hésitation, refus et acceptation tardive et les catégories sont les suivantes : - Ignorance et méconnaissance.

- Peur et méfiance.
- Doute de se faire vacciner
- Peur d'effets secondaires
- Faible sensibilisation par rapport à la vaccination et à la MVE.
- Rumeurs et croyances.
- Jalousie et égoïsme.
- Source d'enrichissement.

#### IV. CADRE THEORIQUE

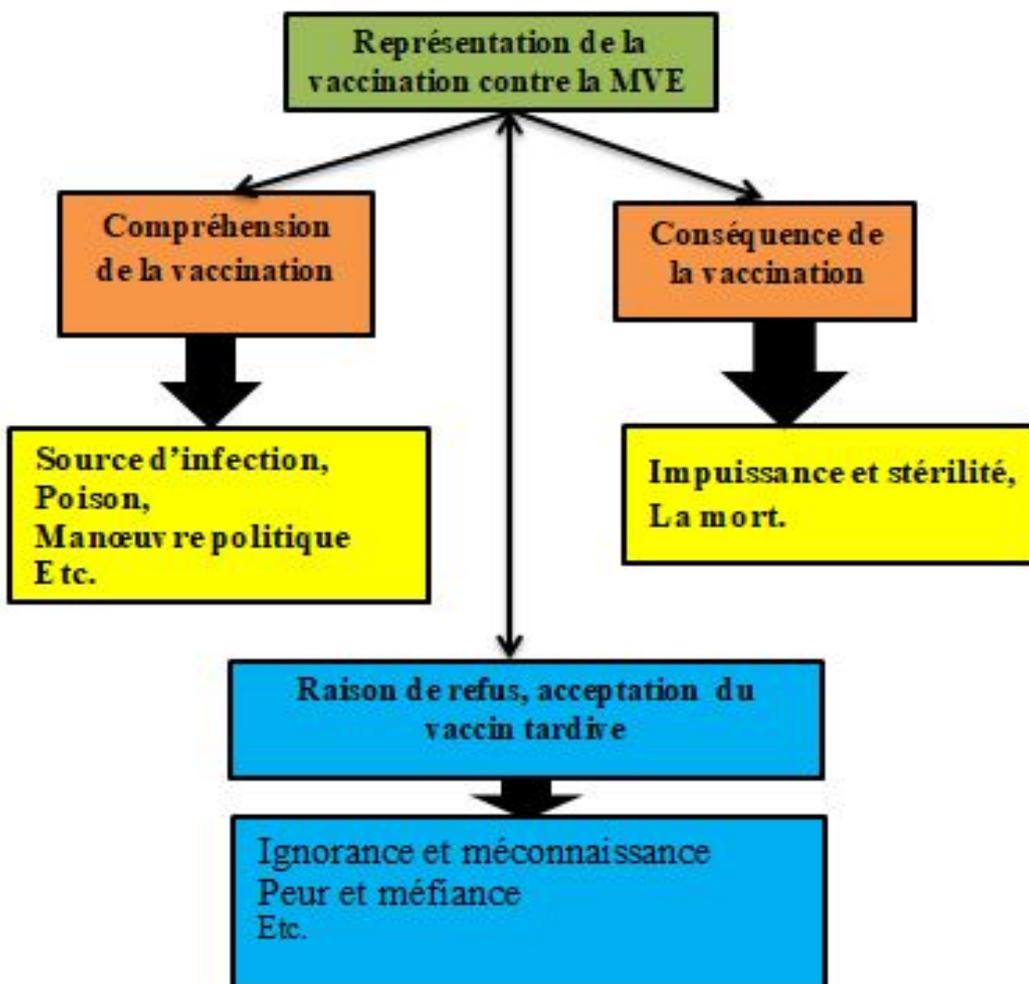
L'OMS a mis en place en 2012 un groupe d'expert dénommé (SAGE) qui définit l'hésitation vaccinale comme un retard à l'acceptation d'un vaccin ou son refus, malgré une facilité d'accès « l'hésitation se rapporte aux personnes ayant refusé le vaccin mais chez qui un doute persiste. Les déterminants de l'hésitation sont multiples, le SAGE a développé un modèle le catégorisant en 3 groupes (3C) : les influences contextuelles, les influences individuelles et les déterminants liés de façon spécifique à un vaccin donné ou au geste vaccinal.

Nous référant au modèle développé par le SAGE, nous avons développé notre propre modèle pour identifier les raisons de refus du vaccin contre Ebola dans la région du Nord-Kivu et de l'Ituri, une région infectée pour la première fois par le virus Ebola et en plus c'est une zone très complexe de suite du contexte socio-politique et sécuritaire instable. En suite proposer quelques stratégies pour l'amélioration de l'acceptation du vaccin.

Le modèle présenter dans ce travail, regroupe les facteurs qui ont influencé le refus et l'acceptation tardive du vaccin en deux grands thèmes:

- La perception de la population par rapport à la représentation du vaccin.
- Les raisons de refus du vaccin.

### Cadre conceptuel



Modèle développé par Charles Nday, 2022.

#### V. CONCLUSION ET RECOMMANDATIONS

De nombreuses enquêtes sur l'hésitation vaccinale ou le refus ont été mises en place et publiées dans le monde durant ces dernières années. Le phénomène est ancien et nous devons lutter pour améliorer.

Plusieurs propos ont été partagés avec nos répondants qui expliquent plusieurs sources de la résistance communautaire contre le vaccin. Pour résoudre cette difficulté, nous proposons des rencontres sur terrain avec des communautés, sensibiliser et persuader les communautés à accepter le vaccin afin de lutter contre la propagation de la maladie dans la communauté.

La perception de la population par rapport aux dons, en vivre et non vivre et autre soutien communautaire a été un frein à la vaccination. Pour certains, c'était une façon de reprendre les produits contenant du poison, d'après les données recueillies auprès de R1, lors de notre interview et cela était un obstacle à la vaccination dans la communauté.

En rapport avec nos résultats, nous pouvons formuler les recommandations suivantes. Nous basant sur l'expérience apprise auprès des agents sanitaires qui ont vécu la situation de la résistance à la vaccination lors de la 10<sup>e</sup> épidémie d'Ebola, nous recommandons ce qui suit :

**Au ministère de la santé et le comité national de lutte contre Ebola :**

- D'intensifier la formation du personnel de santé, première source d'information efficace dans le domaine de la surveillance, de la sensibilisation et la vaccination qui est encore à ce jour faible,

**Au gouvernement, aux partenaires locaux et internationaux, au et programme de vaccination**

- De Renforcer les rôles de l'autorité politique et sanitaire dans la communauté.
- De mettre des moyens conséquents pour la vaccination en ceinture, l'un de moyen important pour la réussite d'une action vaccinale.

**Au personnel de santé :**

- De s'inspirer de l'expérience passée pour améliorer les activités de la riposte dans les cas similaires, tout en sachant que les stratégies à prendre sont fonction des situations et du contexte, il n'y a pas des stratégies spécifiques pour mettre fin à l'hésitation.

**RÉFÉRENCES**

- [1] *2020-rapport-ELHRA.pdf*. (s. d.). Consulté 24 septembre 2022, à l'adresse <https://www.alnap.org/system/files/content/resource/files/main/2020-rapport-ELHRA.pdf>
- [2] Ana, M.-I. (2017). *ECOTOURISM, AGRO-TOURISM AND RURAL TOURISM IN THE EUROPEAN UNION*. 15(2), 9.
- [3] B. Dylan. (2009). Voltaire, Lettres philosophiques, Lettre X: Commentaire. *Publications Pimido*. <https://www.pimido.com/philosophie-et-litterature/litterature/fiche/lettre-x-voltaire-lettres-philosophiques-commentaire-415487.html>
- [4] Heppner.- (2017). Croissance et développement à l'international; Consulté à l'adresse <https://www.heppner-group.com/presse/croissance>
- [5] <https://www.nature.com/articles/35046108>
- [6] Dubé, E., Gagnon, D., & MacDonald, N. E. (2015). Strategies intended to address vaccine hesitancy : Review of published reviews. *Vaccine*, 33(34), 4191-4203. <https://doi.org/10.1016/j.vaccine.2015.04.041>
- [7] Dubé, E., & MacDonald, N. E. (2016). Addressing vaccine hesitancy and refusal in Canada. *CMAJ*, 188(1), E17-E18. <https://doi.org/10.1503/cmaj.150707>
- [8] *Ebola, Covid-19 : Jean-Jacques Muyembe-Tamfum, « le chasseur » de virus en RDC*. (2020, septembre 28). Franceinfo. [https://www.francetvinfo.fr/monde/afrique/republique-democratique-du-congo/ebola-covid-19-jean-jacques-muyembe-tamfum-le-chasseur-de-virus-en-rdc\\_4118385.html](https://www.francetvinfo.fr/monde/afrique/republique-democratique-du-congo/ebola-covid-19-jean-jacques-muyembe-tamfum-le-chasseur-de-virus-en-rdc_4118385.html)
- [9] Ejarque, A., Julià, R., Riera, S., Palet, J. M., Orengo, H. A., Miras, Y., & Gascón, C. (2009). Tracing the history of highland human management in the eastern Pre-Pyrenees : An interdisciplinary palaeoenvironmental study at the Pradell fen, Spain. *The Holocene*, 19(8), 1241-1255.
- [10] *Les 101 théories de la motivation*. (s. d.). Consulté 21 septembre 2022, à l'adresse <https://www.lesmotivations.net/spip.php?article122>
- [11] Marzi, A., Halfmann, P., Hill-Batorski, L., Feldmann, F., Shupert, W. L., Neumann, G., Feldmann, H., & Kawaoka, Y. (2015). An Ebola whole-virus vaccine is protective in nonhuman primates. *Science (New York, N.Y.)*, 348(6233), 439-442. <https://doi.org/10.1126/science.aaa4919>.