

# *Sensibilisation Des Femmes En Age De Procréer Et Vaccination De Routine Contre La Poliomyélite Dans La Commune Rurale De Kasongo En RD Congo*

LUNGUMANGA LYONDO<sup>1</sup>, AMSINI BILA YAMBA<sup>2</sup>

<sup>1</sup>Institut Supérieur des Techniques Médicales (ISTM-Kasongo), BP. 108 Kasongo, RD Congo

<sup>2</sup>Institut Supérieur des Techniques Médicales (ISTM-Kasongo), BP. 108 Kasongo, RD Congo

Auteur Correspondant : LUNGUMANGA LYONDO, [lyondoamisi@gmail.com](mailto:lyondoamisi@gmail.com)



**Résumé :** En vue de contribuer à l'éradication de la poliomyélite chez les enfants de moins de cinq (5) ans dans la province du Maniema en générale et en particulier dans la commune rurale de Kasongo, nous avons mené une enquête auprès d'un échantillon stratifié pondéré constitué de 384 femmes en âge de procréer tirées dans ce milieu.

A l'issue de cette étude, les résultats observés issus de l'enquête ont révélé que les femmes en âge de procréer savent l'importance du vaccin contre la poliomyélite (40,4%), 29,4% ont une bonne connaissance sur le calendrier vaccinal et la radio locale est la source principale de transmission des messages (53,4%), ce qui indique que les femmes en âge de procréer ont une connaissance insuffisante sur la vaccination de routine contre la poliomyélite.

S'agissant de la sensibilisation des répondantes, le matériel didactique le plus utilisé est le mégaphone (51,3%) suivi des affiches (25,8%), l'adhésion des répondantes aux séances de sensibilisation est bonne (34,6%), les facteurs qui constituent les freins à l'adhésion des enquêtées aux séances de sensibilisation sur la vaccination de routine contre la poliomyélite sont plus les effets secondaires (68,5%), l'ignorance (54,6%) et la peur issue de la rumeur (40,3%) ; tandis que ceux qui constituent les leviers à l'adhésion sont principalement la protection contre la poliomyélite (92,3%) et l'octroi gratuit de la moustiquaire (63,7%).

Il ressort de cette étude selon le test de Chi-carré appliqué aux résultats, il y a une différence significative entre les variables (âge, niveau d'instruction, occupation principale, religion et niveau de vie) avec l'adhésion des femmes en âge de procréer aux séances de sensibilisation sur la vaccination de routine contre la poliomyélite.

**Mots clés :** Sensibilisation, femme en âge de procréer, vaccination de routine, poliomyélite.

**Abstract:** In order to contribute to the eradication of the poliomyelitis in children under five (5) years in the province of Maniema in general, and in particular in the rural commune of Kasongo, we conducted a survey of stratified sample, weighted and made up of 384 women of childbearing age drawn from the environment mentioned above.

At the end of this study, the results observed from the survey revealed that the women of childbearing age know the importance of the vaccine against poliomyelitis (40,4%), 29,4% have a good knowledge of the vaccination schedule and local radio remain source of the message transmission (53,4%), indicating that women of age have insufficient knowledge of routine polio vaccination.

With regard to raising awareness among respondents, the most used teaching material is the megaphone (51,3%) followed by posters (25,8%), respondents satisfaction with raising awareness is good (34,6%), the factors that limit adherence to vaccination are more often side effects (68,5%), ignorance (54,6%) and fear stemming from rumors (40,3%).

However, the factors that promote adherence are mainly protection against poliomyelitis (92,3%) and the free distribution of mosquito net (63,7%).

It appears from this study, according to the Chi-Square test applied to the results, there is a significant difference between the variables (age, level of education, main occupation, religion and standard of living) with the support of the women of childbearing age at the awareness sessions on routine vaccination against poliomyelitis.

**Keywords:** Sensibilisation, women in birthbearingage, vaccinationroutine, poliomyelitis.

## 0.0. INTRODUCTION

### 0.1. Enoncé du problème

À l'échelle mondiale, on estime que plus de 50% de la mortalité des enfants d'âge préscolaire est due à des maladies qui peuvent être évitées et traitées grâce à des interventions simples et abordables telles qu'un vaccin. En 2018, l'Organisation Mondiale de la Santé (OMS) a estimé que 5,6 millions d'enfants de moins de cinq ans sont morts, ce qui se traduit par 15 000 décès chaque jour (OMS, 2019).

La vaccination s'est révélée être une intervention efficace pour la prévention et l'élimination des maladies infectieuses potentiellement mortelles et devrait prévenir environ 2,5 millions de décès par an. L'OMS a expliqué qu'avec des stratégies éprouvées, les vaccins peuvent être accessibles même aux populations les plus difficiles à atteindre et les plus vulnérables. Cependant, malgré les avantages sanitaires et économiques des vaccinations infantiles, les taux de vaccination dans les pays à faible revenu varient considérablement (OMS, 2019).

Malgré l'importance médicale des vaccins pour éliminer les maladies infectieuses potentiellement mortelles, 19,5 millions de nourrissons étaient vaccinés partiellement ou non selon l'OMS. Il est clairement indiqué que les enfants non ou partiellement vaccinés courent un risque élevé de développer des maladies, une condition qui pourrait se traduire par la réapparition de maladies mortelles presque éradiquées (OMS, 2018).

La survie des enfants, préoccupation majeure en santé publique, est constamment menacée par les maladies évitables, responsables de plus de deux millions de décès par an dans le monde (OMS, 2003). Et c'est la vaccination qui permet d'éviter chaque année 2,5 millions de décès d'enfants liés à la diphtérie, à la poliomyélite, au tétanos, à la coqueluche et à la rougeole dans le monde (OMS, 2009).

Dans le monde de manière générale et particulièrement en Afrique, des études ont été déjà réalisées pour identifier les facteurs ou raisons à la base des refus et des résistances contre la vaccination. Notons que les campagnes de prévention s'attachent à convaincre les individus de modifier leurs idées ou leurs comportements (Bryant et Zillman, 1994 cité par Girandola) et à adhérer à une opinion.

L'Initiative Mondiale pour l'Eradication de la Poliomyélite (IMEP) a été lancée en 1988 par l'Assemblée Mondiale de la Santé afin d'interrompre la transmission du Poliovirus Sauvage (PVS). De 1988 à 2002, l'ensemble des pays développés a réussi à éradiquer la poliomyélite et de nombreux pays en développement ont été déclarés indemnes de poliomyélite. Toutefois, malgré ces avancées, les efforts d'éradication de la poliomyélite se sont heurtés à des difficultés notamment l'importation de PVS et/ou de souches vaccinales (PVDVc2), des pays endémiques (Afghanistan, Pakistan et Nigéria) vers les pays exempts de poliomyélite entraînant un recul de la date attendue d'éradication mondiale de 2012 à 2018.

En République Démocratique du Congo, le taux de vaccination pour toutes les maladies infantiles a diminué de 2% à 10%, tandis que le taux de vaccination contre le poliovirus a diminué de 8,4% pour le VPI et de 5,4% pour le VPO. Si une faible couverture vaccinale persiste, cela affectera les progrès réalisés au cours des deux dernières années dans la prévention de maladies mortelles évitables à base de vaccins telles que la rougeole. Plus le nombre d'enfants non vaccinés ou insuffisamment vaccinés est élevé, plus le risque d'épidémie est grand, ce qui ne fera qu'exercer une pression sur le système de santé déjà lourdement chargé.

La poliomyélite est une maladie touchant particulièrement les enfants et son éradication est tenace dans les pays en voie de développement comme le Pakistan, Afghanistan et le Nigeria. Ces trois pays étaient les seuls où le virus de poliomyélite faisait encore des ravages mais selon l'OMS un cas de poliomyélite sauvage avait été détecté en 2011 (date d'apparition de la paralysie) en république démocratique de Congo (RDC) et plusieurs cas de poliovirus dérivés d'une souche vaccinale (PVDV) entre 2004 et 2017 (OMS, 2017). Ce résultat stipule également que le virus n'est pas présent dans toutes les provinces de la RDC mais est présent majoritairement dans les trois provinces suivantes : la province de Tanganyika (17 cas de PVDV ont été confirmés en 2017), suivie de la province de Maniema avec 12 cas (10 en 2010 et 2 en 2017) et enfin la province du Haut Lomani avec 63 cas de 2005 à 2017. En 2018, d'autres provinces s'ajoutent à la liste : la province d'Ituri, à proximité de la frontière avec l'Ouganda,

la province du Haut-Katanga et la province de Mongala dont une souche de PVDV-2 est isolée dans les selles d'un cas de paralysie flasque aigue (début des symptômes 26 avril 2018).

La circulation de cette souche est confirmée fin juin 2018 par son isolement dans les selles de 2 contacts du cas index. « Entre le 1<sup>er</sup> janvier 2018 et le 12 Juillet 2018, un total de sept cas associés à la PVDV-2 a été rapporté ». L'apparition de ces nouveaux cas a amené la RDC en Février 2018 à déclarer les infections à PVDV-2 comme une urgence de santé publique nationale (RÉGION DE BRUXELLES et AI, 2018).

Le poliovirus ayant un vaccin capable d'éliminer la maladie dans l'enfance, il ne devrait plus y avoir de problèmes de paralysies flasques chez les enfants à cause de cette pathologie. Quel serait alors le problème ? Est-ce un problème de stratégie concernant les activités vaccinales ? Ou des problèmes sociodémographiques et économiques ? En se basant sur les données et les propos de l'OMS (2017) et de l'Unicef (des activités de vaccination supplémentaire (AVS) ont été menées de juin à décembre 2017 en riposte aux flambées. Compte tenu des capacités limitées de surveillance et de la qualité sous-optimale et de l'étendue géographique des AVS, il est probable que des PVDVc2 continueront de circuler en 2018, nécessitant de nouvelles AVS. Les responsables de la santé de la RDC et les partenaires de l'Initiative mondiale pour l'éradication de la poliomyélite (IMEP) ont entrepris d'accroître les moyens humains et financiers alloués à la riposte pour en améliorer tous les aspects (OMS, 2017).

La région africaine est certifiée exempte du poliovirus sauvage depuis le 25 août 2020. Néanmoins, l'épidémie de poliovirus dérivé de la souche vaccinale type 2 sévit encore dans plusieurs pays africains dont la RDC. Concernant la RDC, cette épidémie a débuté le 08 mai 2017 et se poursuit jusqu'à ce jour avec un recensement de 267 cas confirmés, dont 263 issus de cas PFA et 04 d'échantillons environnementaux.

En 2021, 31 cas de cVDPV2 dont 28 issus de cas PFA et 03 d'échantillons environnementaux ont été confirmés dans les zones de santé de Pimu (02) et Lisala (02), dans la Province de la Mongala, de Bangabola (02), de Kungu (02), Budjala (01) dans la Province du Sud-Ubangi, Bosobolo (01) dans la Province du Nord-Ubangi et province du Maniema précisément : Kailo (03), Kibombo (05), Punia (01), Alunguli (01), Tunda (01), Kunda (01), Kampene (01), Kasongo (02), Samba (01) et Kindu (02 issus de cas PFA et 03 issus d'échantillons de la surveillance environnementale toujours dans la province du Maniema.

En 2022 (au premier semestre), 25 cas de cVDPV2 sont confirmés dans les zones de santé de Lubutu (01), Kindu (04), Kibombo (04), Kampene (02), Ferekeni (01), Punia (01), Kasongo (02), Kailo (02), Kunda (02) et Samba (02), Alunguli (01) dans la province du Maniema, Walikale (01) dans la province du Nord Kivu, Shabunda centre (01) dans la province du Sud Kivu. La date de début de la paralysie du dernier cas remonte au 07 Mars 2022 dans la zone de santé de Kailo (Minisanté RDC, 2022).

En 2025, 18 poliovirus variants dont 1 cVDPV1 de la ZS Wanie-Rukula (Tshopo), 1 cVDPV2 de la ZS Muanda (Kongo central), 3 VDPV2, ZS de Kabondo Diada (Haut Lomami) et des ZS Boma Bungu et Kwilu-Ngongo (Kongo Central), 1 VDPV2 de la ZS Lotumbe (Equateur), 6 cVDPV2 des ZS Kabambare, Kunda, Samba (2) & Salamabila (2) pour la province du Maniema, 3 cVDPV2 Boende et Befale (Tshuapa) et 1 aVDPV2 ENV de la ZS Limete (Kinshasa) (Minisanté RDC, 2025).

En effet, faire vacciner l'enfant c'est bien, mais respecter le calendrier vaccinal c'est encore mieux. La réalité n'est généralement pas simple, en RDC comme dans d'autres pays en développement où tous les enfants ne bénéficient pas de la même couverture vaccinale, surtout lorsque la mère et l'enfant résident dans des milieux où l'accès aux services de santé n'est pas aisé.

Ainsi, certains enfants ne reçoivent aucune dose du vaccin polio, d'autres ne reçoivent qu'une dose ou deux doses orales, ou parfois la troisième dose sans qu'ils reçoivent la dose injectable de VPI, et pourtant il est recommandé que le vaccin soit administré en trois ou quatre doses orales avec deux injections à la 14<sup>ème</sup> semaine et au neuvième mois de la naissance.

## 0.2. Question de recherche

### 0.2.1. Question générale

Quel est le niveau de la sensibilisation des femmes en âge de procréer sur la vaccination de routine contre la poliomyélite dans la commune rurale de Kasongo ?

### 0.2.2. Questions spécifiques

D'une manière spécifique :

- ✓ Quel est le niveau de connaissance de femmes en âge de procréer sur la vaccination de routine contre la poliomyélite ?
- ✓ Quels sont les raisons qui constituent les leviers ou les freins à l'adhésion des enquêtées aux séances de sensibilisation sur la vaccination de routine contre la poliomyélite dans la commune rurale de Kasongo ?
- ✓ Quels sont les caractéristiques sociodémographiques qui favorisent ou limitent l'adhésion des enquêtées aux séances de sensibilisation sur la vaccination de routine contre la poliomyélite ?

## 0.3. Hypothèses de recherche

Pour répondre aux questions de recherche, nous avons émis les hypothèses suivantes :

- ✓ Les femmes en âge de procréer de la commune rurale de Kasongo ont des connaissances insuffisantes en matière de la vaccination de routine contre la poliomyélite ;
- ✓ Les effets secondaires du vaccin, la faible sensibilisation, la peur liée aux rumeurs, l'ignorance et la croyance religieuse sont les raisons qui constituent les freins à l'adhésion des enquêtées aux séances de sensibilisation sur la vaccination de routine contre la poliomyélite, tandis que, l'avantage du vaccin et l'intervention d'autres activités gratuites en santé publique (octroi de la moustiquaire et dotation des vermifuges), sont les leviers ;
- ✓ L'âge, le niveau d'instruction, l'occupation principale, la religion et le niveau de vie sont les facteurs qui favorisent ou limitent l'adhésion des enquêtées aux séances de sensibilisation sur la vaccination de routine contre la poliomyélite dans la commune rurale de Kasongo

## 0.4. Objectifs de la recherche

### 0.4.1. Objectif général

D'une manière générale, ce travail vise à améliorer l'utilisation de service de la vaccination de routine contre la poliomyélite dans la commune rurale de Kasongo.

### 0.4.2. Objectifs spécifiques

- Déterminer le niveau des connaissances des femmes en âge de procréer de la commune rurale de Kasongo en matière de la vaccination de routine contre la poliomyélite ;
- Identifier les raisons qui constituent les leviers ou les freins à l'adhésion des enquêtées aux séances de sensibilisation sur la vaccination de routine contre la poliomyélite dans la commune rurale de Kasongo ;
- Déterminer les facteurs sociodémographiques qui favorisent ou limitent l'adhésion des enquêtées aux séances de sensibilisation sur la vaccination de routine contre la poliomyélite.

## 0.2. METHODE ET MATERIELS

### 0.1.1. Population cible et Echantillon d'étude

#### 0.1.1.1 Population cible

Pour sa part, GRAWITZ M. (1974) définit la population comme un ensemble dont les éléments sont choisis parce qu'ils possèdent tous, priorité et qu'ils sont de même nature qu'il s'agisse d'un ensemble de personnes ou d'objets classés suivant un critère.

Dans le cadre de notre étude, la population d'étude est constituée de l'ensemble de femmes en âge de procréer attendues dans la commune rurale de Kasongo en 2022, il s'agit de 37296 femmes. Cette population d'étude a été obtenue à partir de la formule suivante :

$$\text{Femmes en âge de procréer attendues} = \frac{\text{Population totale} \times 21}{100}$$

### 0.1.1.2 Echantillon d'étude

#### 0.1.1.2.1 Détermination de la taille de l'échantillon

Pour constituer l'échantillon d'étude, il a été utile d'abord de déterminer sa taille par la formule proposée par A. FISHER (2000), selon laquelle :

$$n \geq \frac{Z^2 pq}{d^2} \quad \text{où :}$$

n : la taille de l'échantillon ;

z : 1,96 qui représente le coefficient correspondant à la précision de 95% (degré de confiance) ;

p : la proportion de la population cible ayant une caractéristique étudiée. Autrement dit, c'est la proportion des individus qui ont la caractéristique qui fait l'objet de l'étude. Dans cette étude, la proportion de la population cible (femmes en âge de procréer) est de 0,5 ;

q: complémentaire de p, soit 1-p ;

d: degré de précision ou marge d'erreur qui est en général de 0,05 ou 5%.

En appliquant cette formule, nous avons trouvé un échantillon égal à 384 femmes en âge de procréer. La commune rurale de Kasongo est constituée de quatre quartiers. Considérant ceux-ci comme ses strates de la population, nous avons ainsi recouru à technique appropriée d'échantillonnage aléatoire stratifiée pondéré ? dont les résultats y afférents sont présentés dans le tableau suivant :

Tableau 2.2: Proportion des femmes en âge de procréer à enquêter dans la Commune Rurale de Kasongo.

Quartier	Nombre	Femme en âge de procréer	proportion	Echantillon
Limanga	44338	9311	0,28	109
Kauta	30641	6435	0,20	76
Kms 18	27967	5873	0,18	69
Tachatchacha	52815	11091	0,34	130
Total Commune	155762	32710	1	384

Au regard de ce tableau, nous constatons que l'échantillon de cette étude couvre 384 femmes en âge de procréer pour la période allant du 1<sup>er</sup> janvier au 30 juin 2025.

#### 0.1.1.2.2 Critères de sélection :

Pour faire partie de l'étude, les femmes enquêtées devront répondre aux critères suivants :

##### a) Critères d'inclusion

- Etre femme en âge de procréer (21% de la population totale) résidant dans la Commune rurale de Kasongo et avoir attendu parler de la poliomyélite ;

- Avoir la chance d'être sélectionné par l'échantillonnage stratifié pondéré ;
- Accepter de participer volontairement et bénévolement à cette étude ;
- Être à l'aise pour s'exprimer dans la langue parlée pendant les discussions (français ou swahili).

**b) Critères de non inclusion**

Toute personne ne remplissant pas les critères d'inclusion susmentionnés n'est pas membre de l'étude.

**0.1.2. Type d'étude**

Cette étude est descriptive transversale. Elle porte sur les données quantitatives issues d'une enquête qui a été menée aux femmes en âge de procréer de la commune rurale de Kasongo.

Ces données ont été collectées essentiellement à l'aide d'un questionnaire structuré et préalablement codé qui a été administré à notre échantillon.

**0.1.3. Techniques de récolte des données**

La collecte des données est une étape essentielle pour tout travail scientifique où le chercheur doit se servir de certains outils en vue de recueillir les informations nécessaires à la réalisation de l'étude.

Cette étude a utilisé un instrument (guide d'interview) préparé en français mais traduit en swahili pour une bonne compréhension des enquêteurs et des enquêtées. L'instrument de recherche a deux parties dont la première s'intéresse des connaissances des femmes en âge de procréer sur la vaccination de routine contre la poliomyélite ainsi que le niveau de sensibilisation qui est une dimension cognitive et la seconde des facteurs (raisons) qui constituent les leviers ou freins à leur adhésion qui est une dimension affective.

Avant de commencer l'interview une brève présentation auprès de l'interlocuteur a été effectuée pour mettre à l'aise l'enquêtée, ce qui a contribué à la réussite du présent travail.

**0.1.4. Instrument de collecte des données**

Eu égard à la problématique de l'étude telle que définie dans la partie introductive du travail, l'interview structurée permettrait de fournir à l'enquête des informations riches et variées. Aussi avons-nous, élaboré un guide d'interview pour la saisie des avis de nos répondantes sur leurs connaissances à la vaccination de routine contre la poliomyélite ainsi que le niveau de sensibilisation et les facteurs (raisons) qui constituent les leviers ou freins à leur adhésion. En effet, nous avons consulté la littérature médicale sur la poliomyélite, la sensibilisation comme outil de la composante des SSP qui est l'éducation pour la santé et les facteurs (raisons) qui constituent les leviers ou freins à l'adhésion pour l'élaboration du dit instrument de récolte des données. Ainsi, notre instrument de recherche a-t-il comporté les questions ouvertes et fermées.

Pour approuver le fond et la forme de l'instrument ainsi construit, nous avons soumis à l'examen de 3 juges considérés comme experts en la matière, de se prononcer sur la validité des questions posées. Leur apport nous a permis d'avoir un questionnaire fiable et valide.

**0.1.5. Description des Variables**

L'étude utilise la variable indépendante qui est celle du niveau de la sensibilisation des femmes en âge de procréer sur la vaccination de routine contre la poliomyélite.

Par contre, cette étude utilise les variables dépendantes suivantes :

- Le niveau de connaissance des femmes en âge de procréer sur la vaccination de routine contre la poliomyélite ;
- Les facteurs (raisons) qui constituent les freins ou les leviers à l'adhésion des femmes en âge de procréer aux séances de sensibilisation sur la vaccination de routine contre la poliomyélite dans la commune rurale de Kasongo ;

- Les facteurs sociodémographiques qui favorisent ou limitent l'adhésion des enquêtées aux séances de sensibilisation sur la vaccination de routine contre la poliomyélite

## 2.6. Technique de dépouillement et d'élaboration des données

Pour accéder aux résultats de la recherche, il nous a fallu adopter une technique adaptée de dépouillement et analyse. Etant donné que les données que nous avons collectées sont de la communication, mieux encore des informations relatives aux différents aspects de la personnalité sur la vaccination de routine contre la poliomyélite dans la commune rurale de Kasongo, la technique de dépouillement adaptée est l'analyse de contenu. Celle-ci nous a permis de dépouiller les informations recueillies auprès des répondantes (enquêtées) et les quantifier en termes de fréquence, c'est-à-dire saisie arithmétique et non statistique.

## 2.7. Technique de traitement des données

Les données de notre étude ont été présentées sous forme des tableaux afin de bien les analyser. Nous nous sommes servi du logiciel Word pour effectuer la rédaction du texte et du logiciel SPSS 17.00 for Windows et Excel pour les tableaux.

Avant de traiter les données, nous avons procédé à leur dépouillement. La nature des données étant des communications, mieux encore des informations relatives au niveau de la sensibilisation des femmes en âge de procréer sur la vaccination de routine contre la poliomyélite dans la commune rurale de Kasongo et leur adhésion, ainsi nous avons recouru à la technique d'analyse de contenu pour leur dépouillement.

Pour atteindre les objectifs de l'étude, nous avons fait recours à une analyse descriptive pour mettre en exergue les tendances et le niveau de la sensibilisation des femmes en âge de procréer sur la vaccination de routine contre la poliomyélite dans la commune rurale Kasongo. Le test de chi carré a été utilisé pour mesurer les différences constatées.

Les formules utilisées sont les suivantes :

$$P = \frac{f \times 100}{N} \qquad M = \bar{X} = \frac{\sum n_i X}{n}$$

Avec : avec :

P : pourcentage ;

M ou  $\bar{X}$  : Moyenne arithmétique ;

f : fréquence ;

$n_i$  : représente l'effectif de la classe ;

N : total des fréquences observées.

n : représente le nombre total d'observations

ou de données de la série ;

$X_i$  : représente le point-milieu de la classe.

$$\chi^2 = \sum \frac{(f_o - f_a)}{f_a}$$

Avec :

$\chi^2$  : Chi carré ;

f<sub>a</sub> : fréquence attendue ;

f<sub>o</sub> : fréquence observée ;

Σ : somme.

Nous avons fixé un seuil significatif de 0,05 que nous avons comparé avec les probabilités calculées pour l'interprétation de chi-carré.

## 2.8. Approbation éthique

Un entretien préliminaire avec les chefs des quartiers et avenues/blocs a été nécessaire et déterminant pour la poursuite de la recherche, en leur expliquant largement et clairement les objectifs de l'étude après avoir eu le feu vert de la commission nationale d'éthique de santé de la RDC.

## 0.3. RESULTATS

### 3.1. Présentation des résultats

#### 3.1.1. Caractéristiques des femmes en âge de procréer enquêtées dans la Commune rurale de Kasongo

##### 3.1.1.1 Age des répondantes

Tableau 3.1. Répartition des répondantes selon l'âge

Tranche d'âge (année)	ni	%
15-35	237	61,7
36 ans et plus	147	38,3
Total	384	100

De ce tableau, nous remarquons que, la majorité des répondantes est constituée de jeunes femmes jusqu'à 35 ans, soit 61,7%, tandis que les femmes plus âgées sont minoritairement représentées, soit 38,3%. La moyenne d'âge est de 33 ans.

##### 3.1.1.2. Niveau d'instruction des répondantes

Tableau 3.2. Répartition des répondantes selon le niveau d'instruction

Niveau d'instruction	ni	%
Analphabète	31	8,1
Primaire	95	24,7
Secondaire	220	57,3
Supérieur/Universitaire	38	9,9
Total	384	100

Il ressort de ce tableau que, les femmes du niveau secondaire (57,3%) occupent la première position, viennent ensuite les femmes du niveau primaire (24,7%), suivies des femmes du niveau supérieur/universitaire (9,9) et enfin les femmes analphabètes avec 8,1%. Plus de la moitié des femmes enquêtées sont instruites.

##### 3.1.1.3. Etat matrimonial des répondantes

Tableau 3.3. Répartition des répondantes selon l'Etat matrimonial

Etat matrimonial	ni	%
Mariée	317	82,5
Célibataire	36	9,4
Veuve	26	6,8
Union des faits	5	1,3
Total	384	100

Les données de ce tableau indiquent que, la majorité des répondantes est constituée des femmes mariées (82,5%), suivie des célibataires (9,4%), des veuves (6,8%) et celles en union des faits (1,3%).

#### 3.1.1.4. Occupation principale des répondantes

Tableau 3.4. Répartition des répondantes selon l'occupation principale

Occupation principale	ni	%
Cultivatrice	140	36,5
Ménagère	114	29,7
Fonctionnaire de l'état	68	17,7
Vendeuse	62	16,1
Total	384	100

De ce tableau, il ressort que la majorité des sujets enquêtés est cultivatrice (36,5%), suivie des femmes ménagères (29,7%), puis des fonctionnaires de l'état (17,7%) et vendeuses (16,1%).

#### 3.1.1.5. Religion des répondantes

Tableau 3.5. Répartition des répondantes selon la religion

Religion	ni	%
Musulmane	147	38,3
Catholique	122	31,8
Protestante	52	13,5
Eglise de réveil	37	9,6
Kimbanguiste	26	6,8
Total	384	100

L'analyse des données de ce tableau montre que, les répondantes musulmanes et catholiques sont majoritaires, soit respectivement 38,3% et 31,8%, suivies des protestantes (13,5%), puis celles des Eglises de réveil et de Kimbanguiste respectivement 9,6% et 6,8%.

#### 3.1.1.6. Niveau de vie des répondantes

Tableau 3.6. Répartition des répondantes selon le niveau de vie

Niveau de vie	ni	%
Bas	44	11,5
Moyen	298	77,6
Elevé	42	10,9
Total	384	100

L'examen des données de ce tableau indique que, la plus grande majorité des enquêtées a un niveau de vie moyen (77,6%), 11,5% ont un niveau de vie bas et 10,9% ont un niveau de vie élevé.

### 3.2. Connaissances des répondantes sur la poliomyélite

#### 3.2.1. Source d'information des répondantes

Tableau 3.7. Répartition des répondantes selon la source d'information

Source d'information	ni (n=384)	%
Radio	207	53,9
FOSA/personnel de santé	155	40,4
RECO/Mobilisateurs	68	17,7
Eglise/Mosquée	36	9,4
Membre de la famille/Ami	18	4,7

De ce tableau, les données nous montrent que la majorité des répondantes témoigne que la radio et la formation sanitaire/personnel de santé représentent successivement 53,4% et 40,4%, les Relais Communautaires/mobilisateurs 17,7%, les Eglises/mosquée (9,4%) et les membres de la famille (4,7%).

#### 3.2.2. Importance du vaccin antipoliomyélitique chez les répondantes

Tableau 3.8. Répartition des répondantes selon l'importance du vaccin antipoliomyélitique

Importance du vaccin antipoliomyélitique	ni (n=384)	%
Protéger la maladie	155	40,4
Bien faire grandir l'enfant	120	31,3
Nuire l'enfant	87	22,7
Rendre l'enfant fort	68	17,7

Il ressort de ce tableau ci-dessus que, la majorité des répondantes 40,4% et 31,3% a témoigné successivement que le vaccin antipoliomyélitique protège contre la poliomyélite et fait grandir l'enfant, par contre 22,7% et 17,7% ont dit successivement que ce vaccin nuit l'enfant et le rend fort.

#### 3.2.3. Connaissance des répondantes sur le calendrier vaccinal de la poliomyélite

Tableau 3.9. Répartition des répondantes selon la connaissance du calendrier vaccinal de la poliomyélite

Connaissance du calendrier vaccinal de la poliomyélite	ni	%
Bonne connaissance	113	29,4
Mauvaise connaissance	271	70,6
Total	384	100

Le tableau ci-haut montre que, la majorité des répondantes (70,6%) ont une mauvaise connaissance sur le calendrier vaccinal contre 29,4% qui ont une bonne connaissance.

### 3.2.4. Connaissance des répondantes sur les effets secondaires du vaccin contre la poliomyélite

Tableau 3.10. Répartition des répondantes selon les effets secondaires du vaccin

Effets secondaires de la poliomyélite	ni (n=384)	%
Fièvre	302	78,6
Diarrhée	95	24,7
Anémie	39	10,2
Maladie mentale	13	3,4

Il ressort de ce tableau que, de ces répondantes qui maîtrisent les effets secondaires, la plus grande majorité dit que c'est la fièvre (78,6%), suivie de la diarrhée (24,7%), l'anémie (10,2%) et la maladie mentale (3,4%).

### 3.3. Sensibilisation des répondantes sur la vaccination de routine contre la poliomyélite

#### 3.3.1. Matériels didactiques utilisés lors de la sensibilisation de la vaccination de routine

Tableau 3.11. Répartition des répondantes selon les matériels didactiques utilisés lors de la sensibilisation

Matériels didactiques utilisés	ni (n=384)	%
Usage de mégaphone	197	51,3
Affiches	99	25,8
Calicot	49	12,8
Usage de la vidéo	45	11,7
Distribution des documents	41	10,7
Usage plancher/boite à images	32	8,3

Il ressort de ce tableau ci-dessus que, plus de la moitié des répondantes témoignent que la diffusion de l'information par mégaphone est le matériel de sensibilisation le plus utilisé (51,3%), suivie des affiches (25,8%) ; puis l'usage de calicot, de la vidéo et de la distribution des documents successivement 12,8%, 11,7% et 10,7% comme les autres matériels didactiques de la sensibilisation, par contre l'usage de plancher/boite à image représente 8,3%.

#### 3.3.2. Adhésion des répondantes aux séances de sensibilisation sur la vaccination de routine contre la poliomyélite

Tableau 3.12: Répartition des répondantes selon leur adhésion aux séances de sensibilisation sur la vaccination de routine contre la poliomyélite

Adhésion des répondantes aux séances de sensibilisation sur la vaccination de routine contre la poliomyélite	ni	%
Oui	168	43,8
Non	216	56,2
Total	384	100

Les données de ce tableau indiquent que, les répondantes qui n'ont pas adhéré aux séances de sensibilisation sur la vaccination de routine contre la poliomyélite représentent 56,2% contre 43,8% pour celles qui ont adhéré.

### 3.3.3. Raisons qui constituent les freins à l'adhésion des répondantes aux séances de sensibilisation sur la vaccination de routine contre la poliomyélite

Tableau 3.13. Répartition des enquêtées selon les raisons qui constituent les freins à l'adhésion des répondantes aux séances de sensibilisation sur la vaccination de routine contre la poliomyélite

Raisons qui expliquent les freins à l'adhésion des enquêtées aux séances de vaccination de routine contre la poliomyélite	ni (n=216)	%
Effets secondaires	148	68,5
Ignorance	121	54,6
Peur liée aux rumeurs	87	40,3
Multiples occupations	58	26,9
Distance	51	23,6
Tue l'enfant	41	18,9
Rupture en vaccin	38	17,6
Faible sensibilisation	35	16,2
Croyance religieuse	31	14,4

A la lumière de ce tableau, parmi les répondantes qui maîtrisent les facteurs (raisons) qui constituent les freins à l'adhésion aux séances de sensibilisation sur la vaccination de routine contre la poliomyélite, la majorité indique que ce sont les effets secondaires (68,5%), l'ignorance (54,6%), puis la peur liée aux rumeurs (40,3%), les multiples occupations et la distance avec successivement 26,9% et 23,6%, et enfin le vaccin antipoliomyélique tue les enfants, la rupture en vaccin, la faible sensibilisation et la croyance religieuse ont respectivement 18,9%, 17,6%, 16,2 % et 14,4%.

### 3.3.4. Raisons qui constituent les leviers à l'adhésion des répondantes aux séances de sensibilisation sur la vaccination de routine contre la poliomyélite

Tableau 3.14. Répartition des répondantes selon les facteurs qui constituent les leviers à l'adhésion aux séances de sensibilisation sur la vaccination de routine contre la poliomyélite

Raisons qui constituent les leviers à l'adhésion des enquêtées aux séances de sensibilisation sur la vaccination de routine contre la poliomyélite	ni (n=168)	%
Protection contre la poliomyélite	155	92,3
Octroi gratuit de la moustiquaire	107	63,7
Connaissance du poids de l'enfant	73	43,5
Bénéfice de l'éducation pour la santé	43	25,6
Dotation gratuite des vermifuges	29	17,3

Ce tableau stipule que, parmi les répondantes qui maîtrisent les facteurs (raisons) qui constituent les leviers à l'adhésion aux séances de sensibilisation sur la vaccination de routine contre la poliomyélite, 92,3% profitent de la protection des enfants contre la poliomyélite, 63,7% disent qu'elles bénéficient gratuitement la moustiquaire imprégnée d'insecticide, 43,5% de la connaissance du poids de l'enfant, 25,6% de l'éducation pour la santé et 17,3% d'une dotation gratuite des vermifuges.

### 3.4. Analyse bi variée sur les facteurs sociodémographiques qui favorisent ou limitent l'adhésion des enquêtées aux séances de sensibilisation sur la vaccination de routine contre la poliomyélite

#### 3.4.1. Age et adhésion des répondantes aux séances de sensibilisation sur la vaccination de routine contre la poliomyélite

Tableau 3.15. Age et adhésion des répondantes aux séances de sensibilisation sur la vaccination de routine contre la poliomyélite

Tranche d'âge (année)	Adhésion des répondantes aux séances de sensibilisation sur la vaccination de routine contre la poliomyélite				$\chi^2$
	oui		non		
	ni	%	ni	%	
15-35	136	57,4	101	42,6	17,9
36 ans et plus	32	21,8	115	78,2	28,9
Total	168	43,8	216	56,2	<b>46,8</b>

Les données de ce tableau indiquent globalement que, de toutes les tranches d'âge, celle des adultes de 36 ans et plus (78,2%) n'a pas connu l'adhésion aux séances de sensibilisation sur la vaccination de routine contre la poliomyélite, aussi bien celle des jeunes jusqu'à 35 ans qui a connu une adhésion aux séances de sensibilisation (57,4%). L'adhésion des répondantes aux séances de sensibilisation sur la vaccination de routine contre la poliomyélite par rapport à l'âge est statistiquement significative telle révèle le tableau ci-dessus. Autrement dit la variable âge influence l'adhésion des répondantes aux séances de sensibilisation sur la vaccination de routine contre la poliomyélite.

#### 3.4.2. Niveau d'instruction et adhésion des répondantes aux séances de sensibilisation sur la vaccination de routine contre la poliomyélite

Tableau 3.16. Niveau d'instruction et adhésion des répondantes aux séances de sensibilisation sur la vaccination de routine contre la poliomyélite

Niveau d'instruction	Adhésion des répondantes aux séances de sensibilisation sur la vaccination de routine contre la poliomyélite				$\chi^2$
	oui		non		
	ni	%	ni	%	
Analphabète	0	0	31	100,0	24,1
Primaire	25	26,3	70	73,7	11,7
Secondaire	112	50,9	108	49,1	4,6
Supérieur/Universitaire	31	81,6	7	18,4	22,1
Total	168	43,8	216	56,2	<b>62,5</b>

Les résultats de ce tableau stipulent que, les répondantes du niveau supérieur/universitaire sont plus majoritaire (81,6%) qui ont adhéré aux séances de sensibilisation de la vaccination de routine contre la poliomyélite suivie de celles du niveau secondaire (50,9%). Tandis que les femmes en âge de procréer analphabètes (100%) et celles du niveau primaire (73,7%) n'ont pas adhéré aux séances de sensibilisation de la vaccination de routine contre la poliomyélite. La différence est statistiquement significative, donc le niveau d'étude influence l'adhésion des répondantes aux séances de sensibilisation sur la vaccination de routine contre la poliomyélite.

### 3.4.3. Occupation principale et adhésion des répondantes aux séances de sensibilisation sur la vaccination de routine contre la poliomyélite

Tableau 3.17. Occupation principale et adhésion des répondantes aux séances de sensibilisation sur la vaccination de routine contre la poliomyélite

Occupation principale	Adhésion des répondantes aux séances de sensibilisation sur la vaccination de routine contre la poliomyélite				$\chi^2$
	oui		non		
	ni	%	ni	%	
Cultivatrice	56	40,0	84	60,0	0,8
Ménagère	31	27,2	83	72,8	12,7
Fonctionnaire de l'état	54	79,4	14	20,6	35,1
Vendeuse	27	43,5	35	56,5	0,0
Total	168	43,8	216	56,2	<b>48,6</b>

A la lumière de ce tableau ci-haut, les enquêtées fonctionnaires de l'état (79,4%) ont en majorité adhéré aux séances de la sensibilisation sur la vaccination de routine contre la poliomyélite ; par contre les ménagères (72,8%), les cultivatrices (60,0%) et les vendeuses (56,5%) n'ont pas adhéré aux séances de sensibilisation sur la vaccination de routine contre la poliomyélite. La différence est statistiquement significative, donc l'occupation principale influence l'adhésion des répondantes aux séances de sensibilisation sur la vaccination de routine contre la poliomyélite.

### 3.4.4. Religion et adhésion des répondantes aux séances de sensibilisation sur la vaccination de routine contre la poliomyélite

Tableau 3.18. Religion et adhésion des répondantes aux séances de sensibilisation sur la vaccination de routine contre la poliomyélite

Religion	Adhésion des répondantes aux séances de sensibilisation sur la vaccination de routine contre la poliomyélite				$\chi^2$
	oui		non		
	ni	%	ni	%	
Musulmane	69	46,9	78	53,1	0,61
Catholique	57	46,7	65	53,3	0,44
Protestante	24	46,2	28	53,8	0,12
Eglise de réveil	15	40,5	22	59,5	0,15
Kimbanguiste	3	11,5	23	88,5	10,96
Total	168	43,8	216	56,2	<b>12,3</b>

Les données de ce tableau ci-dessus indiquent que, toutes les répondantes des différentes religions n'ont pas eu une adhésion aux séances de sensibilisation sur la vaccination de routine contre la poliomyélite. La différence est statistiquement significative, donc la religion influence l'adhésion des répondantes aux séances de sensibilisation sur la vaccination de routine contre la poliomyélite.

### 3.4.5. Niveau de vie et adhésion des répondantes aux séances de sensibilisation sur la vaccination de routine contre la poliomyélite

Tableau 3.19. Niveau de vie et adhésion des répondantes aux séances de sensibilisation sur la vaccination de routine contre la poliomyélite

Niveau de vie	Adhésion des répondantes aux séances de sensibilisation sur la vaccination de routine contre la poliomyélite				$\chi^2$
	oui		non		
	ni	%	ni	%	
Bas	17	38,6	27	61,4	0,5
Moyen	115	38,6	183	61,4	3,2
Elevé	36	85,7	6	14,3	30,1
Total	168	43,8	216	56,2	<b>33,7</b>

Au regard des données de ce tableau, nous constatons que de tous les niveaux de vie, celui élevé (85,7%) a connu une adhésion aux séances de sensibilisation sur la vaccination de routine contre la poliomyélite. A l'opposition des niveaux de vie bas et moyen dont chacun 61,4% n'ont pas connus l'adhésion aux séances de sensibilisation sur la vaccination de routine contre la poliomyélite. La différence est statistiquement significative. Donc le niveau de vie influence l'adhésion des répondantes aux séances de sensibilisation sur la vaccination de routine contre la poliomyélite.

## 0.4. DISCUSSIONS DES RESULTATS

### 4.1. Caractéristiques individuelles des répondantes

#### 4.1.1. Age des répondantes

Après l'analyse par rapport à l'âge, nous avons observé que, la majorité des répondantes est constituée des femmes jusqu'à 35ans contre celle de 36 ans et plus avec une moyenne d'âge de 33 ans.

Nos résultats sont similaires à ceux de Chuabe Patipe, Marlyse (2019), qui avait trouvé la moyenne d'âge des femmes de 27 ans avec une déviation standard de 6,8. Cela signifie que les femmes responsables des enfants sont majoritairement jeunes.

Au regard de ce résultat, nous pensons que le mariage précoce pratiqué dans notre milieu de recherche est un facteur qui explique que les enquêtées soient en majorité des femmes jeunes.

#### 4.1.2. Niveau d'instruction des répondantes

La majorité des enquêtées est du niveau secondaire et primaire, autrement dit que les répondantes sont en majorité scolarisées.

Nos résultats à ce sujet rejoignent ceux obtenue par Chuabe Patipe, Marlyse (2019), qui dans sa recherche, la majorité des mères avait un faible niveau d'instruction mais scolarisée.

De nos résultats, nous osons croire que l'implantation des multiples écoles du niveau primaire et secondaire dans la commune rurale de Kasongo est un facteur qui approuve que la majorité des répondantes soit du niveau primaire et secondaire.

En outre, les femmes en âge de procréer avec un niveau d'éducation élevé peuvent mieux lire et comprendre les carnets de vaccination de leurs enfants. La connaissance des carnets de santé pourrait entraîner chez les femmes en âge de procréer une connaissance des maladies cibles du programme élargi de vaccination et des dates des rendez-vous de la vaccination. Cette

connaissance sur les maladies pourrait motiver les mères à faire vacciner leurs enfants et à ne pas oublier les dates de rendez-vous pour la vaccination.

#### **4.1.3. Etat matrimonial des répondantes**

La majorité des répondantes est mariée. Cet état de chose s'explique dans notre milieu de recherche, car il se réalise de mariage précoce et la culture en majorité musulmane exigent aux jeunes filles de se marier plutôt que de rester femme libre.

#### **4.1.4. Occupation des répondantes**

Selon l'occupation principale, la majorité des sujets enquêtés est cultivatrice, suivie des femmes ménagères. Comme pour l'état matrimonial, ceci s'explique par l'aspect naturel de notre milieu de recherche. Celui-ci étant rural, l'agriculture reste la principale activité pour la survie des ménages. Pour ce faire, la majorité des femmes s'occupe des activités champêtres.

#### **4.1.5. Religion des répondantes**

Nous avons remarqué que, les répondantes musulmanes et catholiques sont majoritaires. Ces deux religions étant majoritairement représentées, ceci s'explique par leur existence depuis longtemps dans notre milieu de recherche. La commune rurale de Kasongo a connu une civilisation arabe puis le christianisme est venu aussi s'installer dans le cadre de la concurrence.

#### **4.1.6. Le niveau de vie des répondantes**

Nous avons observé que, la plus grande majorité des enquêtées a un niveau de vie moyen. Comme nous avons signalé l'occupation principale de nos répondantes, ceci se confirme en disant que l'agriculture avec ses multiples réalités ne peut pas amener la communauté Kasongolaise d'accéder à un niveau de vie élevé alors que les productions champêtres coutent moins chères.

### **4.2. Connaissances des répondantes sur la poliomyélite**

#### **4.2.1. La source d'information des répondantes**

Les résultats montrent que la majorité des répondantes témoigne que la radio et la formation sanitaire/personnel de santé sont les deux sources principales de la transmission de l'information sur la vaccination de routine contre la poliomyélite.

Nos résultats ont été complétés par ceux de IBRAHIMA SECK et Al., qui ont dit qu'il faut renforcer les quatre axes suivants au niveau de la communauté à savoir (i) le développement des activités de communication de masse et de proximité, (ii) le renforcement des dynamiques communautaires en partenariat avec les ONG et les Organisations Communautaires de Base (OCB), (iii) la mise en œuvre des plans « Atteindre Chaque District (ACD) » 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.

Toutefois, nos résultats sont identiques à ceux d'Abderahim Mahamat Nadjib qui avait parlé des connaissances, attitudes et pratiques des parents face à la vaccination contre la poliomyélite à Abéché-Tchad avait conclu que, les principales sources d'information sur la connaissance des campagnes de vaccination étaient la radio (97,6%) suivi de l'information donnée par les agents vaccinateurs (72,4%).

Dans plusieurs études, la radio de proximité a été jugée la plus fréquente source d'information pour la sensibilisation de masse. La radio de proximité est une source clé à utiliser lorsqu'on souhaite diffuser des informations de santé publique dans une zone où peu de personnes possèdent une télévision et où le taux d'alphabétisation est faible. D'ailleurs, plusieurs études mettent en évidence l'influence des médias et de l'information sur la participation des parents aux activités de vaccination.

Pour notre milieu de recherche, nous avons remarqué qu'il a fallu renforcer d'autres sources d'informations qui ont des faibles proportions telles l'utilisation des RECO, des Eglises/Mosquées et même des membres de la famille pour le renforcement de la communication de la vaccination de routine contre la poliomyélite. Une grande proportion de la communauté n'a pas de radio et accède difficilement au service de santé.

#### **4.2.2. L'importance du vaccin antipoliomyélitique chez les répondantes**

La majorité des répondantes a témoigné que le vaccin antipoliomyélitique protège contre la poliomyélite.

Toutefois cette proportion est inférieure à 50% malgré les multiples campagnes contre la poliomyélite qui se font dans notre milieu de recherche, sans oublier la vaccination de routine qui se réalise dans les formations sanitaires de la place.

La preuve en est que le niveau de sensibilisation sur la vaccination de routine contre la poliomyélite est encore faible, ce qui nécessite un renforcement des capacités aux femmes en âge de procréer en particulier et à toute la communauté résident dans la commune rurale de Kasongo en général.

Dans la commune rurale de Kasongo, les jeunes mères ne sont pas informées, elles ne connaissent pas les bénéfices du vaccin pour un enfant.

Les résultats de notre étude montrent que les répondantes ne connaissent pas l'importance de la vaccination ou alors ont des perceptions erronées en citant d'autres importances non prouvées par la théorie scientifique.

#### **4.2.3. La connaissance du calendrier vaccinal de la poliomyélite chez les répondantes**

Nous avons observé que, la majorité des répondantes a une mauvaise connaissance sur le calendrier vaccinal. Cette situation est à la base de la recrudescence des cas de la poliomyélite dans notre milieu d'autant plus qu'une seule dose ne peut pas suffire, soit deux doses ou trois pour que l'enfant soit suffisamment vacciné, alors que la politique nationale de la RDC a ajouté le vaccin antipoliomyélitique inactivé qui se donne en injection.

Nos résultats sont similaires à ceux d'Ibrahima Seck (2016) dont les mères ou gardiennes d'enfants qui connaissent le calendrier vaccinal représentent 20,1 %.

La non maîtrise du calendrier vaccinal est le facteur prédictif indépendant le plus significativement associé à l'incomplétude vaccinale. Il a été connu comme la première cause de non vaccination par les mères d'enfants non ou partiellement vaccinés. Les parents ne maîtrisent pas correctement à quel âge l'enfant doit commencer et terminer ses doses, ni même le nombre total des doses à prendre.

#### **4.2.4. Type d'effets secondaires du vaccin chez les répondantes**

Cette étude a relevé que, selon les répondantes qui maîtrisent les effets secondaires, la plus grande majorité montre que c'est la fièvre.

Nos résultats sont presque similaires à ceux trouvés en Haïti où les mères parlent des réactions vaccinales indésirables. Les effets mineurs sont courants, les participants mentionnent la fièvre, l'inflammation de la partie où l'enfant a reçu le vaccin. D'autres symptômes peuvent se manifester sous forme de douleur, de rougeur, d'œdème, d'irritabilité, et les pleurnichements de l'enfant surtout la nuit.

Pour Simon Franky Baonga Ba Pouth, les parents qui ont eu ou connu un enfant ayant développé un effet secondaire modéré ou grave après vaccination développent des craintes vis-à-vis des prochaines vaccinations.

Comme les répondantes ont témoigné la fièvre comme l'effet secondaire prioritaire, il est pour nous et aux autres personnels de santé d'encourager l'usage d'un enveloppement humide ou dans le cas contraire la prise du paracétamol.

La balance bénéfico-risque est jugée défavorable en comparant l'incidence de la pathologie à l'incidence des effets secondaires. Cependant, ces taux ne sont pas comparables. De plus, la protection offerte par le vaccin persiste plusieurs années.

#### **4.3. Sensibilisation des répondantes sur la vaccination de routine contre la poliomyélite**

Nous discutons dans ces pages qui suivent, le niveau de la sensibilisation sur la vaccination de routine contre la poliomyélite chez les répondantes. C'est dans cette perspective que nous envisageons discuter sur les matériels didactiques

utilisés lors de la sensibilisation, l'adhésion des répondantes aux séances de sensibilisation et en fin la connaissance des facteurs (raisons) qui constituent les leviers ou les freins à l'adhésion des répondantes à la vaccination de routine contre la poliomyélite.

#### **4.3.1. Matériels didactiques utilisés lors de la sensibilisation sur la vaccination de routine**

Il ressort de nos résultats que, plus de la moitié des répondantes indique que l'usage de mégaphone est un support de sensibilisation qui est plus utilisé, suivi des affiches.

Cette affirmation ne coïncide pas avec les résultats qui témoignent que la radio a été citée comme la voie facile pour la diffusion des messages de vaccination dont la majorité des répondantes l'ont témoignée comme premier support d'information sur la vaccination contre la poliomyélite.

Nos résultats démontrent que l'usage de mégaphone est significativement associé à une probabilité réduite de recevoir l'intégralité du message de la vaccination anti-poliomyélite.

#### **4.3.2. Adhésion des répondantes aux séances de sensibilisation sur la vaccination de routine contre la poliomyélite**

Les résultats indiquent que, les répondantes qui n'ont pas adhéré aux séances de sensibilisation sur la vaccination de routine contre la poliomyélite ont été majoritaires (56,2%) contre 43,8% pour celles qui ont adhéré.

Nos résultats ont été démontrés par SARA Cooper et ses collaborateurs que, les opinions et les pratiques des parents concernant la vaccination des enfants sont des processus sociaux complexes et dynamiques qui reflètent de multiples réseaux d'influence, de signification et de logique. Ils ont fourni une compréhension théorisée des processus sociaux contribuant à l'acceptation (ou non) de la vaccination, complétant ainsi, mais aussi élargissant, les modèles plus individualistes de l'acceptation de la vaccination.

Ces chercheurs ont ainsi prouvé que pour réussir à développer des interventions visant à promouvoir l'acceptation et l'utilisation de la vaccination infantile, il faut comprendre, puis adapter au contexte ciblé, les facteurs spécifiques qui influencent les opinions et les pratiques de vaccination du ou des groupes. Les thèmes et les concepts développés dans le cadre de leur travail pourraient servir de base à l'acquisition de cette compréhension et au développement ultérieur d'interventions potentiellement plus en phase avec les normes, les attentes et les préoccupations des utilisateurs cibles.

Selon Simon Franky Baonga et ses collaborateurs, pour améliorer la couverture vaccinale dans la zone rurale, il faudra le renforcement de l'éducation des mères sur la vaccination de routine et une réorganisation des services de vaccination.

Nous confirmons dans cette étude la proportion des adhérentes aux séances de sensibilisation étant faible, et cela est lié à une connaissance insuffisante des enquêtées à la vaccination de routine contre la poliomyélite.

#### **4.3.3. Facteurs (raisons) qui constituent les freins à l'adhésion sur la vaccination de routine contre la poliomyélite chez les répondantes**

Cette étude a relevé que, parmi les répondantes qui connaissent les facteurs (raisons) qui constituent les freins à l'adhésion sur la vaccination de routine contre la poliomyélite, la majorité indique que ce sont les effets secondaires, l'ignorance, la peur liée aux rumeurs occupent une place prépondérante chez les enquêtées. Toute fois les autres citent en deuxième position les multiples occupations, la distance et en dernière position le vaccin antipoliomyélique tue les enfants, la rupture de stock en vaccin, la faible sensibilisation et la croyance religieuse.

Nos résultats sont contraires à ceux de Simon Franky Baonga Ba Pouth (2012) qui a parlé de la couverture vaccinale et facteurs associés à la non complétude vaccinale des enfants de 12 à 23 mois du district de santé de DJOUNGOLO-Cameroun, il a trouvé que le manque d'information sur la vaccination (65,3%), les heures de vaccination inadaptées à la mère /nourrice (45,3%) et l'indisponibilité de la mère/nourrice (28,0%) étaient les trois raisons les plus fréquemment évoquées. Trois répondantes, mères /nourrices d'enfants n'ayant reçu aucun vaccin ont déclaré que la vaccination était contraire à leurs convictions religieuses.

Les heures de vaccination inadaptées étaient significativement associées aux mères d'enfants partiellement vaccinés alors que les convictions religieuses contraires et la perception de l'inefficacité de la vaccination étaient significativement associées aux mères d'enfants n'ayant reçu aucun vaccin.

Chuabe Patipe Marlyse, a confirmé que le problème de distance entre les lieux de résidence et le centre de santé est l'un des facteurs de risque de la vaccination incomplète des enfants contre la poliomyélite.

Pour MR. Jean Paul DABOU, les principales raisons de non vaccination qui ont été retenues sont :

- Le manque d'information et de motivation avec 3,3% ;
- Le manque d'information, de motivation et d'obstacles avec 1,9%.

Dans notre milieu de recherche comme les mères parlent des réactions vaccinales indésirables en rapportant des effets mineurs qui ne durent que l'espace de 1 à 3 jours après la vaccination alors que les séquelles majeures qui restent, c'est un handicap si l'enfant développe la maladie, il est utile de renforcer la sensibilisation dans cette communauté.

#### ***4.3.4. Facteurs qui constituent les leviers à l'adhésion sur la vaccination de routine contre la poliomyélite des répondantes***

Nous avons observé que, parmi les répondantes qui connaissent les facteurs (raisons) qui constituent les leviers à l'adhésion sur la vaccination de routine contre la poliomyélite, la majorité profite de la protection des enfants contre la poliomyélite, suivie de celle qui bénéficie gratuitement de la moustiquaire imprégnée d'insecticide, de la connaissance du poids chez l'enfant, de l'éducation pour la santé et enfin d'une dotation gratuite des vermifuges.

Contrairement à Simon Franky Baonga et ses collaborateurs (2012) qui ont recommandé le renforcement de l'éducation des mères sur la vaccination et une réorganisation des services de vaccination.

En outre, Selon Cooper S. (2021), les idées et les pratiques des parents en matière de vaccination pourraient être influencées par la perception du rôle de la vaccination, par des personnes qu'ils côtoient socialement, par des relations sociales, qui ont à leur tour renforcé leurs opinions et leurs pratiques en matière de vaccination, par des questions et des préoccupations politiques plus larges, et notamment par leur confiance (ou leur méfiance) envers les personnes associées aux programmes de vaccination, enfin, par leur accès aux services de vaccination et leurs expériences en la matière, ainsi que par les agents de santé de première ligne.

Pour ce qui nous concerne, c'est plus les offres gratuites qui sont associées à la vaccination et l'éducation pour la santé qui font que les femmes en âge de procréer adhèrent massivement à la vaccination de routine contre la poliomyélite.

#### **4.4. Analyse bivariée sur les facteurs sociodémographiques qui favorisent ou limitent l'adhésion des enquêtées aux séances de sensibilisation sur la vaccination de routine contre la poliomyélite**

Après avoir discuté du niveau global des sujets enquêtés sur la connaissance de la vaccination de routine contre la poliomyélite et la sensibilisation, discutons maintenant l'effet de chaque variable explicative sur l'adhésion de nos enquêtées.

Ceci nous conduit à une discussion entre certaines caractéristiques sociodémographiques des répondantes et leur adhésion. Cette question est abordée dans les points ci-dessous :

##### ***4.4.1 Adhésion des répondantes aux séances de sensibilisation sur la vaccination de routine contre la poliomyélite face à l'âge***

Dans cette étude, les résultats relatifs à l'âge nous conduisent à considérer que cette variable est un facteur de différenciation, c'est-à-dire l'âge influence l'adhésion des répondantes aux séances de sensibilisation sur la vaccination de routine contre la poliomyélite.

Selon l'étude réalisée à Bobo-Dioulasso (Burkina Faso) par Baya (1996), l'analyse du comportement en matière de vaccination révèle une faible propension des mères adolescentes à faire vacciner leurs enfants alors que chez les primipares, la tendance est à une grande vaccination. De même, une étude réalisée à partir des données de l'EDS Madagascar de 1997 par Rakotondrabe a montré que l'âge de la mère a des effets significatifs sur leur comportement sanitaire.

En effet, il ressort d'autres études que, plus l'âge de la femme augmente, plus elle a de chance d'administrer de vaccins complets à son enfant. Ainsi, les enfants issus d'une femme âgée de plus de 25 ans ont une chance deux fois supérieure à celle des enfants issus d'une femme de moins de 20 ans de recevoir des vaccins complets.

Dans cette étude, une proportion approximativement d'environ 50% chez les jeunes femmes a une bonne adhésion aux séances de sensibilisation sur la vaccination de routine contre la poliomyélite. La tranche de jeunes femmes pourrait être plus scolarisée par rapport à celle des adultes, ce qui a fait leur niveau d'adhésion soit élevé. Une autre explication tient compte des défauts de mémoire qui caractérisent les personnes adultes.

#### ***4.4.2. Adhésion des répondantes aux séances de sensibilisation sur la vaccination de routine contre la poliomyélite face au niveau d'instruction***

Il a été observé que, le niveau d'instruction influence l'adhésion des répondantes aux séances de sensibilisation sur la vaccination de routine contre la poliomyélite, car les résultats témoignent une différence significative.

Nos résultats sont confirmés par Alfred Douba et Al, (2015), dont selon lui, l'alphabétisme peut être vu comme un indicateur direct du niveau d'éducation et en conséquence apporter aux mères le même avantage que l'éducation. L'éducation augmente la compréhension des mères en ce qui concerne la santé d'où l'augmentation de l'utilisation des services de soins maternels et infantiles par les mères.

L'association entre l'alphabétisme et le statut vaccinal des enfants pourrait s'expliquer par le fait que l'alphabétisme permet une facilité de lecture et une compréhension du carnet de santé des enfants par leur mère. La lecture et la compréhension du contenu du carnet de santé entraîneraient une connaissance des maladies-cibles du PEV et des dates de rendez-vous pour la vaccination. La connaissance des maladies cibles du PEV entraînerait la motivation des mères à faire vacciner leurs enfants et à respecter les rendez-vous d'où la vaccination des enfants.

À l'opposé, par défaut de lecture du carnet de santé, les mères analphabètes pourraient ignorer les maladies-cibles du PEV, être très peu ou pas motivées pour la vaccination, et ne pas respecter les dates de rendez-vous, ce qui aurait pour conséquence la vaccination incomplète de leurs enfants.

Pour cette recherche, le niveau d'étude étant faible, plus l'adhésion des répondantes aux séances de sensibilisation sur la vaccination de routine contre la poliomyélite ne doit aussi être très faible et cela s'appuie sur la théorie. On en déduit que les proportions des enfants vaccinés sont liées au niveau d'instruction de leurs mères. Nos résultats rejoignent ceux des études antérieures qui avaient rapporté que le faible niveau d'éducation des mères augmenterait le risque de leurs enfants d'être incomplètement vaccinés.

#### ***4.4.3. Adhésion des répondantes aux séances de sensibilisation sur la vaccination de routine contre la poliomyélite face à l'occupation principale***

Il ressort de nos résultats que, l'occupation principale influence l'adhésion des répondantes aux séances de sensibilisation sur la vaccination de routine contre la poliomyélite. Ce qui justifie que la différence est statistiquement significative.

L'activité économique des femmes a attiré l'attention des chercheurs et a été montrée comme un facteur déterminant des comportements de la mère en matière de soins accordés aux enfants (Rakotondrabe, 2001).

En effet, tout comme l'instruction, l'activité de la femme lui confère une plus grande ouverture d'esprit et la met en contact avec d'autres personnes (Rakotondrabe, 2004).

Elle peut cependant jouer aussi bien dans le sens positif que négatif sur les comportements. En effet, l'exercice d'une activité économique favorise l'émancipation de la femme. Une femme qui travaille connaît une plus grande ouverture au monde extérieur et a des réseaux sociaux élargis.

La situation est beaucoup plus favorable pour une femme qui exerce une activité rémunérée : une telle femme a un accès direct aux ressources économiques et aux contrôles de ces ressources, le travail rémunéré augmente son autonomie.

Elle contribue également aux ressources familiales et sa contribution lui permet d'avoir un droit à la parole dans les décisions au sein du ménage. Le travail rémunéré est ainsi considéré comme une activité susceptible de provoquer de changement dans les relations entre les époux (Rakotondrabe, 2001).

Selon cet auteur, il peut être considéré comme un instrument lui permettant d'améliorer son pouvoir à l'intérieur du ménage et prendre une décision de s'adhérer aux activités de prévention.

Eu égard à ce qui précède, nous pensons que les répondantes fonctionnaires de l'état avec peu de moyen qu'elles bénéficient ont une bonne satisfaction et adhèrent mieux à la vaccination de routine contre la poliomyélite.

#### ***4.4.4. Adhésion des répondantes aux séances de sensibilisation sur la vaccination de routine contre la poliomyélite face à la religion***

Nous avons constaté que, la religion influence l'adhésion des répondantes aux séances de sensibilisation sur la vaccination de routine contre la poliomyélite.

Les résultats de Paul Bramadat qui a parlé de la crise de confiance et crise de vérité : religion, culture et réticence à la vaccination au Canada, ont montré que, l'hésitation face à la vaccination semble être plus fortement reliée à une culture à la structure relativement amorphe qu'à des motifs religieux précis (v. Kata, 2010).

En fait, bien que les interdits religieux officiels aient été rares et bien espacés dans le temps, on en compte une bonne quantité et ils peuvent avoir des effets non négligeables. Toute éclosion d'une maladie devrait nous amener à réfléchir aux politiques de santé publique conventionnelles (Salmon et coll., 1999) et aux convictions et sensibilités propres aux collectivités touchées au départ par l'infection. Le College of Physicians of Philadelphia (2017) a réussi à cerner les deux principales préoccupations religieuses associées à la vaccination :

- les dilemmes éthiques associés à l'utilisation de cellules humaines pour créer des vaccins ; et
- la perception que le corps humain est sacré, ne devrait pas recevoir de produits chimiques ou de sang ou tissus d'origine animale et que la guérison devrait provenir de Dieu ou de la nature » (v. Grabenstein, 2013)

Bien qu'il existe dans ces cas des différences à l'échelle des maladies, des régions et des collectivités religieuses intéressées, un petit nombre de protestants fondamentalistes a déclaré que les vaccins s'interposent dans les plans établis par Dieu pour chaque personne et équivalent donc à une tentative de l'Homme d'outrepasser l'autorité divine.

Martine Onyengo (2019) à son tour explique que, les adeptes de l'Église apostolique africaine (aussi appelés « Postolos »), très présents au sud-est du pays, sont connus comme étant opposés à la vaccination des enfants. Avant de lancer la campagne de vaccination contre la poliomyélite, il était nécessaire de rencontrer les adeptes de la secte pour comprendre l'origine de leur résistance.

Ainsi dans cette étude, et contrairement à ces auteurs, malgré les scores différents liés à l'adhésion, la religion influence l'adhésion des répondantes aux séances de sensibilisation sur la vaccination de routine contre la poliomyélite.

#### ***4.4.5. Adhésion des répondantes aux séances de sensibilisation sur la vaccination de routine contre la poliomyélite face au niveau de vie***

Au regard des résultats, nous constatons que, le niveau de vie influence l'adhésion des répondantes aux séances de sensibilisation sur la vaccination de routine contre la poliomyélite. En d'autres termes celles qui ont le niveau de vie élevé ont la facilité de mieux comprendre, et cette compréhension ne peut être approuvée que par l'adhésion massive des répondantes.

Par conséquent, le niveau socio-économique des ménages est donc fortement associé au statut vaccinal des enfants. Il est ainsi probable que les femmes vivant dans les ménages riches aient plus accès à l'information sanitaire via les médias et disposent les moyens nécessaires pour une meilleure utilisation des services de santé maternelle et infantile.

Plus les ménages sont pauvres, moins leurs enfants bénéficient d'une vaccination complète et l'adhésion à la sensibilisation est mauvaise.

Pour cette étude, son lieu étant rural, le niveau de vie étant en majorité moyen, avec une catégorie aussi élevée des pauvres, l'adhésion aux séances de sensibilisation sur la vaccination de routine contre la poliomyélite n'est pas effective.

## CONCLUSION

Nous voici au terme de la recherche qui a pour titre : « sensibilisation des femmes en âge de procréer et vaccination de routine contre la poliomyélite dans la commune rurale Kasongo ».

Pour nous permettre de mieux appréhender le niveau de la sensibilisation des femmes en âge de procréer sur la vaccination de routine contre la poliomyélite dans la commune rurale de Kasongo, nous avons formulé les trois hypothèses suivantes :

- ✓ Les femmes en âge de procréer de la commune rurale de Kasongo ont des connaissances insuffisantes en matière de la vaccination de routine contre la poliomyélite ;
- ✓ Les effets secondaires du vaccin, la faible sensibilisation, l'ignorance et la croyance religieuse sont les raisons qui constituent les freins à l'adhésion des enquêtées aux séances de sensibilisation sur la vaccination de routine contre la poliomyélite, tandis que, la connaissance sur l'avantage du vaccin et l'intervention d'autres activités en santé publique (octroi de la moustiquaire et dotation gratuite des vermifuges), sont les leviers ;
- ✓ L'âge, le niveau d'instruction, l'occupation principale, la religion et le niveau de vie sont les facteurs qui favorisent ou limitent l'adhésion des enquêtées aux séances de sensibilisation sur la vaccination de routine contre la poliomyélite dans la commune rurale de Kasongo.

Pour vérifier ces hypothèses, trois objectifs spécifiques ont été envisagés à savoir :

- Déterminer le niveau des connaissances des femmes en âge de procréer de la commune rurale de Kasongo en matière de la vaccination de routine contre la poliomyélite ;
- Identifier les raisons qui constituent les leviers ou les freins à l'adhésion des enquêtées aux séances de sensibilisation sur la vaccination de routine contre la poliomyélite dans la commune rurale de Kasongo ;
- Déterminer les facteurs sociodémographiques des enquêtées qui favorisent ou limitent l'adhésion des enquêtées aux séances de sensibilisation sur la vaccination de routine contre la poliomyélite.

Enfin de vérifier les hypothèses et atteindre les objectifs assignés dans cette recherche, nous avons recouru à la méthode d'enquête ou de sondage. En effet, notre recherche a porté sur un échantillon stratifié pondéré de 384 femmes en âge de procréer issues d'une population finie de 32710 femmes en âge de procréer attendues en 2025 dans la commune rurale de Kasongo soit 21% de la population totale. Comme instrument de collecte de données, nous avons recouru à l'interview structurée individuelle. Le dépouillement et l'analyse des données ont été réalisés grâce au recours à la méthode de l'analyse du contenu. Le traitement des données ainsi que les analyses statistiques correspondantes ont été faites par le recours à la formule de pourcentage, de la moyenne arithmétique et au test de Chi carré. Ces opérations ont été rendues possibles grâce au logiciel SPSS 17.00 for Windows et Excel que nous avons exploités à cette fin.

L'analyse et le traitement des données tels que décrits ci-dessus, nous ont permis d'aboutir aux résultats ci-après :

- ❖ Par rapport à l'hypothèse relative à la connaissance des femmes en âge de procréer de la commune rurale de Kasongo en matière de la vaccination de routine contre la poliomyélite telle que les normes exigent : les résultats observés issus de l'enquête ont révélé que les femmes en âge de procréer savent l'importance du vaccin contre la poliomyélite (40,4%), 29,4% ont une bonne connaissance sur le calendrier vaccinal et la radio locale est la source principale de transmission des messages (53,4%). Ces résultats indiquent que les femmes en âge de procréer ont une connaissance insuffisante sur la vaccination de routine contre la poliomyélite ;

- ❖ Par rapport à l'hypothèse relative aux facteurs (raisons) qui constituent les freins ou levier à l'adhésion des femmes en âge de procréer sur la vaccination de routine contre la poliomyélite dans la commune rurale de Kasongo, il faut signaler que :
  - Le matériel didactique le plus utilisé est le mégaphone (51,3%) suivi des affiches (25,8%) ;
  - Les répondantes qui n'ont pas adhéré aux séances de sensibilisation sur la vaccination de routine contre la poliomyélite représentent 56,2% contre 43,8% pour celles qui ont adhéré ;
  - Parmi les répondantes qui n'ont pas adhéré, les facteurs qui constituent les freins à l'adhésion à la vaccination sont plus les effets secondaires (68,5%), l'ignorance (54,6%) et la peur issue de la rumeur (40,3%) ;
  - Toutefois parmi celles qui ont adhéré, les facteurs qui constituent les leviers à l'adhésion sont principalement la protection contre la poliomyélite (92,3%) et l'octroi gratuit de la moustiquaire (63,7%).
- ❖ Il ressort de cette étude selon le test de Chi-carré appliqué aux résultats, il y a une différence significative entre les variables (âge, niveau d'instruction, occupation principale, religion et niveau de vie) avec l'adhésion des femmes en âge de procréer aux séances de la sensibilisation sur la vaccination de routine contre la poliomyélite.

Eu égard aux résultats ci-dessus, les femmes en âge de procréer de la commune rurale de Kasongo ont des connaissances insuffisantes sur la vaccination de routine contre la poliomyélite surtout sur le calendrier vaccinal, elles sont moins sensibilisées et présentent les facteurs (raisons) qui constituent les freins ou leviers à l'adhésion aux séances de sensibilisation sur la vaccination de routine contre la poliomyélite. Ainsi, à l'issu de ces résultats toutes nos deux hypothèses ont été confirmées.

Il est clair que malgré les multiples campagnes de vaccination contre la poliomyélite et la vaccination de routine effectuée par les formations sanitaires de la place, aussi bien les stratégies de communication utilisées, la persistance de cas isolés de la poliomyélite existe car le calendrier vaccinal n'est pas respecté et les bénéficiaires sont insuffisamment sensibilisés avec une mauvaise adhésion aux séances de sensibilisation sur la vaccination de routine contre la poliomyélite.

Aussi pour gérer avantageusement la situation de la poliomyélite dans notre milieu de recherche, nous pouvons formuler les suggestions.

## REFERENCES

### Ouvrages

- [1]. ORGANISATION MONDIALE DE LA SANTÉ (2004). *Une stratégie de réadaptation, d'égalisation des chances, de réduction de la pauvreté et d'intégration sociale des personnes handicapées* ;
- [2]. RÉGION DE BRUXELLES-CAPITALE, VLAADEREN., FAMILLES SANTÉ HANDICAP., DG., SCIENSANO (2018). *Epidémies de poliomyélite en République Démocratique du Congo* ;
- [3]. WORLD HEALTH ORGANIZATION (2017). *Vaccine-derived polioviruses outbreaks and events in 3 provinces of Democratic Republic of the Congo. Weekly epidemiological record* ;
- [4]. WORLD HEALTH ORGANIZATION (2014). *Polio vaccines: WHO position paper, Weekly epidemiological* ;
- [5]. WORLD HEALTH ORGANIZATION (2018). *Statement of the Seventeenth IHR Emergency Committee Regarding the International Spread of Poliovirus. 2018.*

### Modules et autres

- [6]. Drissa SIA (2012). *Stratégies et déterminants de la vaccination au BurkinaFaso* ;
- [7]. KALAMBAYI B. et Al (2010). *Déterminants de la faible couverture vaccinale en RD Congo*, Analyse des données de MICS-RDC ;
- [8]. Minisanté RDC et OMS/AFRO (2019). *Guide technique sur la surveillance des paralysies flasques aiguës* ;

[9]. Minisanté RDC (2022). *Politique Nationale en matière de Surveillance Epidémiologique Intégrée en République Démocratique de Congo*, mars 2002 ;

[10]. MINISTERE DE LA SANTE PUBLIQUE DU CAMEROUN (2005).« *Normes et standards du Programme Elargi de Vaccination* ».

#### **Mémoires, Thèses et Articles**

[11]. Patrick Kahondwa, (2022). *peut-être qu'un jour, on n'entendra plus parler de la polio* » : en RDC, ne laisser aucune chance au virus, RDC;

[12]. Enquête NICOLLE (2006). *INPES 2008*, Nov. 87-101 ;

[13]. Chuabe Patipe, Marlyse (2019).*Facteurs socio-économiques et démographiques associés à la vaccination incomplète de la poliomyélite chez les enfants de douze à vingt-trois mois en République Démocratique du Congo*, Faculté de santé publique, Université catholique de Louvain;

[14]. MR. Jean Paul DABOU (2007). *L'évaluation de la couverture vaccinale chez les enfants âgés de 12 à 23 mois et les mères d'enfants âgés de 0 à 11 mois en commune II du district de Bamako* ;

[15]. Rakotondrabe, (2001-2004). *Facteur déterminant des comportements de la mère en matière de soins accordés aux enfants* ;

[16]. TinasheMukungwa (2015). *Etude sur les facteurs associés à la couverture vaccinale complète chez les enfants de 12 -23 mois*, Zimbabwe ;

[17]. Simon Franky Baonga et ses collaborateurs (2012). *Couverture vaccinale et facteurs associés à la non complétude vaccinale des enfants de 12 à 23 mois du district de santé de Djoungolo-Cameroun* ;

#### **Webographie**

[18]. WORLD HEALTH ORGANIZATION (2018), *Poliomyelitis*, [www.who.int/fr/news-room/releases/detail/poliomyelitis](http://www.who.int/fr/news-room/releases/detail/poliomyelitis).