



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

EVALUATION DE LA COUVERTURE VACCINALE DANS LA DIVISION PROVINCIALE DE LA SANTE DE TSHIKAPA

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

EVALUATION DE LA COUVERTURE VACCINALE DANS LA DIVISION PROVINCIALE DE LA SANTE DE TSHIKAPA ☆

KAKULE KAVIRA JOSEPHINE ^{a*}

A. Assistante, ISTM TSHIKAPA

Received 11 November 2022; Accepted 15 April 2023

Available online 12 May 2023

ARTICLE INFO

Keywords:

Vaccin

Couverture vaccinale

Division provinciale de santé de Tshikapa

ABSTRACT

La vaccination des enfants est une activité importante du programme élargi de vaccination ayant pour objectif principal d'assurer la couverture vaccinale de plus de 90% à tous les enfants de la RDC. Malgré les efforts effectués par le PEV ces dix dernières années, tous les indicateurs de couverture vaccinale indique une évolution en dents de scie. Plusieurs études ont tenté d'identifier les facteurs ou raisons qui sont à la base du refus et des résistances à la vaccination. Par cette étude nous avons évalué la couverture vaccinale dans la division provinciale de santé de Tshikapa et les résultats en notre possession témoignent que la couverture vaccinale est loin d'être une réalité tenant compte de l'objectif du programme élargi de vaccination. Aussi, quelques facteurs socioculturels tels que la profession de la mère, la religion du chef de ménage, le niveau d'instruction des femmes, le niveau de vie des ménages et le sexe du chef du ménage ce sont révélés comme facteurs explicatifs de la faible couverture vaccinale.

INTRODUCTION

La vaccination constitue une avancée dans la prévention des maladies infectieuses, les principes des vaccins sont d'induire une protection contre un agent pathogène donné en éduquant un système immunitaire humain. Le vaccin permet de réduire le risque de complication et de mortalité en cas d'exposition ultérieure à l'agent infectieux. [BIKABA et al ,2005].

Dans leur étude, (KALEMBA et Al, 2022), l'âge des femmes, la profession de la mère, la religion du chef de ménage, le niveau d'instruction des femmes, le niveau de vie des ménages ce sont révélés comme facteurs exclusif de l'explication de la faible couverture vaccinale. La perception des mères influenceraient significativement le statut vaccinal des enfants et constituerait un facteur prédictif d'une vaccination complète car cela ne dépend pas forcément de la situation économique de la mère.[Kabore, 2008], les difficultés d'accès à l'information y contribueraient. L'ignorance des mères vis-à-vis des maladies évitables par la vaccination aurait également un impact négatif sur la vaccination des enfants [Konang, G. 2003].

Une étude menée en Nouvelle Zélande montre que parmi les cas de refus de la vaccination 73,7% des mères enquêtées n'ont pas des motifs valables, 10,5% aussi refusent la vaccination pour des raisons religieuses, le 10,5% refusent la vaccination en accusant les effets secondaires tels que : la fièvre, et l'abcès après la vaccination et enfin 5,3% refusent pour des raisons de la finance [Konang, G., 2003]. Des études réalisées au Royaume-Uni relèvent que les attitudes et croyances des parents constituent un frein à la vaccination de leurs enfants et surtout que les mères ne comprennent pas les contre-indications du vaccin ni l'intérêt et l'objectif du vaccin, ce refus à la vaccination s'explique par une faible sensibilisation [Bicaba et al, 2005].

Ayant des parents et amis à la division provinciale de la santé de TSHIKAPA, nous y rendant régulièrement, nous avons constaté l'abandon de service de vaccination ou un taux élevé de non-respect du calendrier vaccinal par les mères avant le cinquième anniversaire de leurs enfants. La Division Provinciale de la santé de Tshikapa a enregistré un taux de mortalité infantile le plus élevé, 35% ; des enfants meurent chaque année. En janvier et février 2021, on a constaté une baisse de la couverture vaccinale par rapport à la même période en 20 [DPS-TSHIKAPA, 2021].

Or, Le respect du calendrier vaccinal des enfants par leurs mères permet de renforcer l'immunisation des enfants pour faire face au risque des maladies dans les jours à venir, mais le non-respect occasionne les conséquences dont quelques risques des maladies mortelles et qui peuvent handicaper certains enfants. En effet pour éviter toutes ces conséquences, il faut une prise de conscience et une bonne perception préalable des mères pour la vaccination complète de leurs enfants.

A la question d'évaluer le niveau de la couverture vaccinale à la province Division Provinciale sanitaire de Tshikapa, d'identifier ses

déterminants et de proposer quelques stratégies à mettre en place pour atteindre la couverture optimale, nous sommes parti d'une hypothèse selon laquelle le niveau de la couverture vaccinale serait trop bas pour des raisons du non-respect de calendrier vaccinal des cibles, la rupture des stocks et des intrants aussi de la mauvaise communication du message éducationnel par le personnel de santé.

II. MATERIELS ET METHODES

II.1. Matériels

II.1.1. Cadre d'étude

La Division Provinciale sanitaire de Tshikapa est limitée à l'Est par le district sanitaire de Kasai, à l'ouest par la République d'Angola et au nord par la province de Bandundu et au sud par la division provinciale de santé de Luiza. Il compte 9 zones de santé et 197 aires de santé dont 197 formations sanitaires sont privées et sont opérationnelles en PEV.

II.2. Méthodes

Cette étude était transversale à visée descriptive et analytique. La méthode standard de 40 strates (aires de santé) selon l'OMS a été utilisée. Les informations de vaccination étaient collectées à partir des enfants randomisés. La population d'étude était constituée des enfants âgés de 12 à 23 mois ainsi que les femmes éligibles c'est-à-dire celles ayant des enfants de 0 à 11 mois. La taille de l'échantillon était calculée selon le modèle PEV dont nous avons trouvé 280 enfants de 12 à 23 mois et 280 femmes éligibles ayant des enfants de 0 à 11 mois. Pour cette étude la technique d'échantillonnage probabiliste en grappe aléatoire simple nous a aidés à explorer les résultats pour l'ensemble de la division provinciale de la sanitaire de Tshikapa aussi, l'interview, l'observation directe

et la revue documentaire nous ont servi pour la collecte des données par biais d'un questionnaire guide interview.

III.RESULTATS

Pour quelques tableaux retenus pour cette étude,

Tableau 1. Vaccination des enfants de 12 à 23 mois/ZS

Statut vaccinal	Zs		total
	Tshikapa	kanzala	
Vaccinés complètement	128	89	212
Vaccinés non complètement	29	24	53
Non vaccinés	9	6	15
total	161	119	280

Sur 280 enfants de 12 à 23 mois, 212 sont complètement vaccinés avant 12 mois soit 75,7% , 18,9% n'ayant pas achevé le calendrier vaccinal et 5,3% n'ont jamais eu aucun vaccin.

Couverture vaccinale en BCG

	Brute		E.V. Avec cicatrice	
	F.O	%	F.O	%
Tshikapa	149	92,5	139	86,3
Kanzala	116	97,4	91	76,4
DPS	265	94,6	230	82,1

Le tableau révèle que la couverture brute de BCG est de 92,5% à Tshikapa et 97,4% à Kanzala tandis que le BCG avec cicatrisation est de 86,3% à Tshikapa et 76,4% à Kanzala.

La couverture en dtc-hep/hib

	Brute		Valide	
	F.O	%	F.O	%
Tshikapa	127	78,8	115	71,4
Kanzala	90	75,6	88	73,9

DPS	217	77,5	203	72,5
-----	-----	------	-----	------

Il ressort de ce tableau que la couverture brute DTC-Hep-Hib1 est de 78,8% à tshikapa et 75,6% à Kanzala tandis-que la couverture valide est de 71,4% à Tshikapa et 75,9% à Kanzala. La couverture brute de la division provinciale de la santé est 77,5% alors que la couverture Valide est de 72,5%.

Couverture vaccinale DTC-hep/Hib2

ZS	Couverture vaccinale			
	Brute		Valide	
	Effectif	%	Effectif	%
Tshikapa	117	78,8	115	71,4
Kanzala	77	75,6	88	73,9
DPS	204	72,8	191	68,2

L'analyse de ce tableau démontre que la couverture vaccinale brute en DTC-Hep/Hib2 est de 78,8 % à Tshikapa et de 75,6 % à Kanzala et 72,8% est la couverture brute de la division provinciale de la santé. Alors que la couverture valide à Tshikapa est de 71,4%, 73,9% à Kanzala et 68,2% au District.

Couverture vaccinale DTC-hep/Hib3

ZS	Couverture vaccinale			
	Brute		Valide	
	Effectif	%	Effectif	%
Tshikapa	112	69,5	107	66,4
Kanzala	91	76,4	86	72,2
DPS	203	72,5	193	68,9

Le district sanitaire a atteint des couvertures de 77,5% en DTC-Hep/Hib1, 72,8% en DTC-Hep/Hib2, et 72,5 % en DTC-Hep/Hib3, par rapport aux doses valides, ces taux des couvertures

se sont effondrés à 72,5%,68,2%,68,9% respectivement pour le DTC-Hep/Hib1,DTC-Hep/Hib2, et le DTC-Hep/Hib3.

La courbe d'évolution de cet antigène a la même tendance tant pour le district que pour les zones de santé. L'enquête révèle que l'indicateur d'accessibilité qui est mesuré par rapport à la couverture penta 1 est mauvaise. Les services de vaccination n'ont pas pu atteindre les enfants comme il se devait.

Couverture vaccinale VPO3

ZS	Couverture vaccinale			
	Brute		Valide	
	Effectif	%	Effectif	%
Tshikapa	112	69,5	107	66,4
Kanzala	91	76,4	86	72,2
DPS	203	72,5	193	68,9

Ce tableau nous montre que la couverture vaccinale brute VPO3 est de 69,5% à Tshikapa et de 76,5% à Kanzala tandis que la couverture valide est de 66,4% dans la zone de santé de Tshikapa et de 72,2% dans la zone de santé de Kanzala. La couverture brute de la division provinciale de la santé est de 72,5% et la couverture valide est de 68,9%.

Couverture vaccinale VAR

ZS	Couverture vaccinale			
	Brute		Valide	
	Effectif	%	Effectif	%
Tshikapa	105	65,2	104	64,5
Kanzala	85	71,4	84	70,5
DPS	190	67,8	188	67,1

Il ressort de ce tableau que la couverture vaccinale brute VAR est de 65,2% à Tshikapa et de 71,4% à

Kanzala tandis que la couverture valide est de 64,5% dans la zone de santé de Tshikapa et de 70,5% dans la zone de santé de Kanzala. La couverture brute de la division provinciale de la santé est de 67,8% et la couverture valide est de 67,1%. Cette couverture est trop basse, elle justifie les flambées des épidémies rougeole au cours des années 2012 et 2013 aussi, 2018 et 2019 dans toutes les zones de santé du district qui ont nécessité des ripostes et des campagnes de suivi.

Couverture vaccinale VAA

ZS	Couverture vaccinale			
	Brute		Valide	
	Effectif	%	Effectif	%
Tshikapa	105	65,2	104	64,5
Kanzala	85	71,4	84	70,5
DPS	190	67,8	188	67,1

Les résultats de VAA se superposent à ceux de VAR. La couverture vaccinale brute VAA est de 65,2% à Tshikapa et de 71,4% à Kanzala tandis que la couverture valide est de 64,5% dans la zone de santé de Tshikapa et de 70,5% dans la zone de santé de Kanzala. La couverture brute de la division provinciale de la santé est de 67,8% et la couverture valide est de 67,1%.

Couverture vaccinale VAT selon l'Histoire.

DOSE VAT	RECONDANTS	COUVERTURE en %
Sans réponses	05	1,25
VAT1	17	6,25
VAT2	33	11,75
VAT3	55	19,75
VAT4	67	24,5

VAT5	103	36,5
Total	280	100

Sur un total de 280 femmes éligibles qui ont été enquêtées dans 40 aires de santé de deux zones de santé, dont 119 dans la zone de santé de Kanzala et 161 dans la zone de santé de Tshikapa, aucune femme ne possédait la carte de vaccination soit 0%.L'enquête s'est effectuée sur base de l'histoire de la vaccination des femmes. Il convient de noter que les femmes pendant la grossesse, confèrent aux nouveau-nés l'immunité passive qui les protègent pendant la période néonatale contre le tétanos.

Selon le calendrier 5 doses administrées à l'intervalle scrupuleusement respecté confèrent à la femme une immunité à vie. La couverture vaccinale VAT est nécessaire pour mesurer le degré de protection de la mère et de l'enfant. La couverture VAT2+ est estimée à 92,1%. A chaque grossesse, on a remarqué que les services de maternité sont tendances à vacciner meme au-delà de 5doses, ainsi, cette couverture par histoire est trop élevée.

III. DISCUSSION

1. La possession de la carte de vaccination

Nous avons trouvé que 17,9% n'ont pas pu présenter des carnets de vaccination aux enquêteurs. Chacune des mers affirme que l'enfant a reçu toutes les doses d » vaccins mais que le carnet s'est perdu d'une manière ou d'une autre. Le taux de possession des cartes est inferieur soit 57,9%.C'est un problème qui demeure au niveau de la division provinciale de la santé de Tshikapa. Ce taux peut justifier non seulement le degré de sensibilisation des mères sur la nécessité d'un support de suivi de vaccination, mais aussi, leur adhésion au programme de vaccination. Dans notre étude, la vaccination valide d'un antigène a été celle qui est marquée dans le carnet de vaccination suivant les intervalles exigés.

Les résultats de notre étude, confirment ceux de Kalemba et Al, 2022, qui dans leur étude sur la connaissance des mères sur le calendrier vaccinal de leurs enfants, a trouvé 54% des mères qui n'avaient pas des carnets de vaccination des enfants.

2. La vaccination des enfants

La couverture valide du BCG est de 82,1%, Pourtant que cet antigène d'entrée est facile d'administrer parce qu'il est donné systématiquement après l'accouchement à la maternité et ne nécessite pas un effort considérable de la mère pour amener l'enfant à la vaccination. Tous les restes des antigènes qui nécessite et exige un effort de la mère d'aller vers un service de vaccination ont des couvertures inférieures à 80 %.Si la couverture valide penta1 de la division provinciale de la santé est de 72,5% celle du penta 3 est de 68,9% ce quoi est significatif sur l'importance de l'abandon qui interrompt la continuité des services. Ces résultats corroborent avec ceux trouvés par OUEDRAOGO, E. et Al., (2003) sur l'étude des déterminants de faible utilisation des services de vaccination au niveau de la division provinciale de la santé de PISSY, ils avaient trouvé 83,3% des parents qui connaissent et qui avaient déjà entendu parler de la vaccination. Cet élément d'information et de communication sur le calendrier vaccinal est un élément très efficace pour l'accessibilité des parents aux services de la vaccination de leurs enfants, voilà pourquoi nous disons que l'information des mères sur la vaccination est un moyen important pour permettre à ces dernières d'acquérir des connaissances en matière de vaccination notamment , son importance , le calendrier vaccinal , les effets de la vaccination

Par rapport à la couverture valide VPO3, Nous constatons qu'il est moins de 70% ainsi que le VAR et le VAA. L'ensemble de cette situation est

propice à la résurgence des épidémies au sein de la division provinciale de la santé, car la proportion des non vaccinés est importante. Notre étude confirme celle de SENKER N.B. (2022), sur l'opinion des enseignants de l'EPST-RDC, sur les services de santé de la mutuelle dénommée la MESP, où, 74% d'enquêtés ne fréquentent pas les services de santé par suite de la distance séparant les centres de santé où ils devraient bénéficier des soins de santé et leurs domiciles respectifs. Les résultats de notre étude confirment également celles de KALEMBA et Al, Car, la distance vers les postes de vaccination, la religion des parents et l'occupation de la mère étaient liées aux vaccinations des enfants. Des nombreuses raisons d'échec de vacciner les enfants ont été évoqué parmi lesquelles celles liées aux barrières socio culturelles (35,2%), manque de motivation,(32,3%) et manque d'information(32,3%).

3. La Vaccination des femmes

Une observation importante de manque des cartes de VAT était monnaie courante dans toutes les deux zones de santé et pour l'ensemble du district sanitaire. Ce manque de possession des cartes était dû à la non disponibilité des cartes de VAT au niveau de la division provinciale de la santé de Tshikapa. La couverture VAT2+ était plus élevée (92,1%), cette situation serait due à la pratique des professionnels de santé dans des services de maternités qui ont tendance de vacciner au-delà de 5 doses. La proportion d'enfants protégés à la naissance contre le tétanos maternel et néonatal grâce à la vaccination de la mère est élevée (92,1%). Cette situation s'explique par la vaccination des femmes observée plus au VAT2+.

L'utilisation de services de vaccination VAT, définie ici comme la proportion des femmes qui a utilisé les services de CPN et qui a reçu une dose VAT selon l'histoire, est plus élevée(98,2%). Cette situation se justifie par la bonne accessibilité de service de vaccination aux femmes car, les occasions

manquées de vaccination, définies ici comme la proportion des femmes qui ont utilisé les services prénataux et qui n'ont pas profité de ce fait pour être vaccinées, restent moindre (1,7%). Ce taux est observé au niveau du district sanitaire de Tshikapa. Les résultats de cette étude confirment ceux de Shet A, et al.,2020 qui, dans leurs étude sur la couverture vaccinale dans le monde, expliquent que les lacunes immunitaires provoquées par les perturbations des programmes de vaccination et les femmes qui n'avaient pas bénéficié des vaccins, Les stratégies de rattrapage peuvent notamment reposer sur des actions immédiates, comme des activités de vaccination de masse et une communication ciblée destinée aux personnes ayant manqué des doses de vaccin. Il convient également que les pays élaborent un cadre de vaccination de rattrapage dans le contexte de la vaccination systématique, consistant par exemple à modifier les politiques de vaccination, à améliorer le suivi des personnes perdues de vue, à former les agents de santé pour qu'ils intègrent les stratégies de rattrapage dans le programme de vaccination, à vérifier le statut vaccinal des enfants lors de tout contact avec les services de santé ou en début de scolarité et à élargir les critères d'âge appliqués à la vaccination pour veiller à ce que les enfants non vaccinés d'un âge plus avancé reçoivent les doses manquées. Un cadre robuste de vaccination de rattrapage pourrait également renforcer la capacité des programmes à résister à des perturbations à grande échelle puisqu'il permettrait aux programmes d'identifier et d'administrer les doses manquantes à moindre coût en s'appuyant sur la vaccination systématique, plutôt que de miser entièrement sur des campagnes coûteuses de vaccination de masse.

L'organisation mondiale de la santé pense qu'après une période caractérisée par une couverture élevée (bien que stagnante) de la vaccination systématique

entre 2010 et 2019, une baisse notable de la couverture mondiale a été observée pour la plupart des vaccins entre 2019 et 2020. Bien que ce déclin soit seulement de l'ordre de quelques points de pourcentage, il signifie que plus de 3 millions d'enfants supplémentaires n'ont pas achevé leur série de vaccination du nourrisson en 2020. Même les vaccins affichant une couverture apparemment stable ou en hausse (MCV2, VPC, rotavirus) ont été affectés, mais cette baisse de la couverture mondiale a été compensée par l'introduction récente de vaccins ou de doses dans certains pays. La diminution de la couverture en 2020 est probablement liée aux effets de la pandémie de COVID-19. Les enquêtes menées en 2020 pour évaluer les perturbations subies par les programmes de vaccination révèlent que l'accès à la vaccination a diminué en raison des mesures de distanciation physique et de restriction des transports, de l'inquiétude des soignants et des agents de santé face au risque d'exposition à la COVID-19 et des interruptions survenues dans les chaînes d'approvisionnement. Les répercussions que cela a eues sur la couverture vaccinale en 2020 varient entre les Régions et les pays, les Régions ayant enregistré le plus fort déclin de la couverture par le DTC3 étant celles de l'Asie du Sud-Est et de la Méditerranée orientale. Dans la Région des Amériques, la couverture par le DTC3 a continué de suivre la tendance à la baisse préoccupante observée depuis 2016. Les enfants non vaccinés vivent généralement dans des communautés dépendant de services de proximité qui sont plus susceptibles de subir des perturbations, moins résistants et moins aptes à se rétablir. L'un des objectifs du Programme pour la vaccination à l'horizon 2030 et de la stratégie Gavi 5.0 est d'étendre les services de vaccination pour assurer une couverture des communautés et des enfants non vaccinés.

Pour atteindre cet objectif, il est impératif de comprendre les facteurs socioéconomiques, culturels, géographiques et systémiques qui font obstacle à la

vaccination dans ces communautés et d'élaborer des stratégies appropriées et adaptées au contexte local pour améliorer la disponibilité, l'accès et le recours aux services de vaccination. Les données indiquent qu'un rétablissement de la vaccination systématique s'est amorcé vers la fin 2020, mais, il est essentiel que des stratégies de vaccination de rattrapage soient mises en œuvre et que la surveillance se poursuive afin de combler les vides, (Shet A, et al.,2020).

Aussi, (l'OMS, 2021) pense que pour pallier aux lacunes immunitaires provoquées par les perturbations des programmes de vaccination. Les stratégies de rattrapage peuvent notamment reposer sur des actions immédiates, comme des activités de vaccination de masse et une communication ciblée destinée aux personnes ayant manqué des doses de vaccin. Il convient également que les pays élaborent un cadre de vaccination de rattrapage dans le contexte de la vaccination systématique, consistant par exemple à modifier les politiques de vaccination, à améliorer le suivi des personnes perdues de vue, à former les agents de santé pour qu'ils intègrent les stratégies de rattrapage dans le programme de vaccination, à vérifier le statut vaccinal des enfants lors de tout contact avec les services de santé ou en début de scolarité et à élargir les critères d'âge appliqués à la vaccination pour veiller à ce que les enfants non vaccinés d'un âge plus avancé reçoivent les doses manquées. Un cadre robuste de vaccination de rattrapage pourrait également renforcer la capacité des programmes à résister à des perturbations à grande échelle puisqu'il permettrait aux programmes d'identifier et d'administrer les doses manquantes à moindre coût en s'appuyant sur la vaccination systématique, plutôt que de miser entièrement sur des campagnes coûteuses de vaccination de masse. Les résultats présentés dans ce rapport sont limités par 5 facteurs au moins. Premièrement, les données de 2019 ont

été utilisées pour 35 pays qui n'avaient pas transmis de données pour 2020; cependant, ces pays représentaient, (Leave no one behind: guidance for planning and implementing catch-up vaccination. Geneva: World Health Organization; 2021 (<https://www.who.int/publications/i/item/leave-no-one-behind-guidance-for-planning-and-implementing-catch-up-vaccination> accessed October 2021).

Pour les facteurs qui influencent la vaccination complète des enfants, le sexe Masculin du chef du ménage est de 68,4%($p < 0,05$) contrairement à l'étude menée au Rwanda en 2017 où le sexe du chef des ménages n'avait aucun impact sur la couverture vaccinale des enfants. La distance est très significative dans le nombre des enfants complètement vaccinés dont 82,1% sont à moins d'une heure de marche du site de vaccination par rapport à ceux des ménages situés à plus d'une heure. Néanmoins la liaison statistique n'est pas significative ($p > 0,05$). Entre le site de la vaccination et les ménages. Ces résultats partagent le même avis que celui du Rwanda auquel la distance n'avait pas influencé la vaccination complète des enfants ($p = 3,044$).

V. CONCLUSION

La vaccination constitue une avancée dans la prévention des maladies infectieuses, les principes des vaccins sont d'induire une protection contre un agent pathogène donné en éduquant un système immunitaire humain. Le vaccin permet de réduire le risque de complication et de mortalité en cas d'exposition ultérieure à l'agent infectieux.

Or, Le respect du calendrier vaccinal des enfants par leurs mères permet de renforcer l'immunisation des enfants pour faire face au risque des maladies dans les jours à venir, mais le non-respect occasionne les conséquences dont quelques risques des maladies mortelles et qui peuvent handicaper certains enfants.

En effet pour éviter toutes ces conséquences, il faut une prise de conscience et une bonne perception au préalable des mères pour la vaccination complète de leurs enfants.

A la question d'évaluer le niveau de la couverture vaccinale au district sanitaire de Tshikapa, d'identifier ses déterminants et de proposer quelques stratégies à mettre en place pour atteindre la couverture optimale, nous sommes parti d'une hypothèse selon laquelle le niveau de la couverture vaccinale serait trop bas pour des raisons du non-respect de calendrier vaccinal des cibles, la rupture des stocks et des intrants aussi de la mauvaises communication du message éducationnel par le personnel de santé. Au vu des résultats de cette étude, dont la couverture vaccinale n'a nullement atteint le niveau optimal d'au-delà de 90% et la distance entre les ménages et les sites de vaccination avait une différence très significative aussi que le sexe et la religion du chef du ménage ont influencés significativement l'accessibilité des mères aux services de vaccination cela nous permet d'affirmer notre hypothèse selon laquelle, le niveau de la couverture vaccinale serait trop bas pour des raisons du non-respect de calendrier vaccinal des cibles, la rupture des stocks et des intrants aussi de la mauvaises communication du message éducationnel par le personnel de santé. Ainsi, nous suggérons la construction des formations sanitaires proches de la population pour améliorer l'accessibilité géographique.

REFERENCES BIBLIOGRAPHIQUES

1. Organisation Mondiale de la Santé, (2010) : Fonds des Nations Unis pour l'Enfance. La vaccination dans le monde : vision et stratégie.
2. Organisation Mondiale de la Santé. (2008) : Rapport sur la sante dans le monde 2008 : Les soins

de santé primaires – maintenant plus que jamais. Genève: OMS; 125 p.

3. Henbest RJ. (1989):Patient-centred care: A review of the concept. South Africa Family Practice.;10(9):454-63.

4. Organisation Mondiale de la Santé (2009) :Comble la fosse en une génération : instaurer l'équité en sante en agissant sur les facteurs sociaux de la sante : rapport final de la commission des facteurs sociaux sur la sante. Genève : OMS ; 260 p.

5. Ouedraogo LSLW.(2008) : Evaluation de la couverture vaccinale, de l'offre et de la demande de services de vaccination dans la commune rurale de Koubri dans le District Sanitaire de BOGODOGO. [Mémoire DIU Organisation et Management des Systèmes Publics de prévention vaccinale dans les Pays en Développement] Ouidah : EPIVAC/ Université Paris Dauphine ;53 p.

6. Faye A, Seck I, Dia AT. (2010): Facteurs d'abandon de la vaccination en milieu rural au Sénégal. Med. Afr. Noire;57(3):137-41.

7. Agence nationale de la statistique et de la démographie,(2011) : Service régional de la statistique et de la démographie de la zone sante de Kikimi. Situation économique et sociale de la zone de sante 2009. Kikimi (RDC) : ANSD ; 176 p.

8. Gwatkin D, Wagstaff A, Yazbeck A(2005): Reaching the poor with health, nutrition, and population services: what works, what doesn't, and why. Washington DC, World Bank; 2005.

9. Gwatkin D, Bhuiya A, Victoria C.(2004):Making health care systems more equitable. Lancet. ; 364:1272-80.

10. Gwatkin D, Deveshwar-Bahl.(2015):Immunization coverage inequalities: an overview of socio-economic and gender differentials in developing

11. Organisation Mondiale de la Santé,(2020): Plan d'action mondial pour les vaccins 2011-2020. Genève : OMS ; 2013. 148 p.

12. Murthy R. Accountability to citizens on gender and health. Paper commissioned by the Women and Gender Equity Knowledge

2006-2015. Genève : OMS ; 2006. 80 p.

13. Murphy M, Bobak M, Nicholson A, Rose R, Marmot M.(2006): The widening gap in mortality by educational level in the Russian Federation, 1980-2001. American Journal of Public Health. 2006;96(7):1293-9.

14. Organisation Mondiale de la Sante(2013):. Statistiques sanitaires mondiales: Genève: OMS ; 2014. 168 p.

15. Ministère de la santé et de la prévention [Sénégal]. Plan national de

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

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

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

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

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

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

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

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

23. Geneva, World Health Organization; 2007.

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

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

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

26. Monde 2000 : Pour un système de sante plus performant. Genève: Network of the Commission

on the Social Determinants of Health. OMS ; 2000. 237

p.

27. Senker Ndimba Bob,2022, Financement des soins de santé par Approche Mutuelle de santé,Art,sc,IJSSASS,Turquie,Istanbul,19P

28. Kalemba et Al,2022, connaissance des mères sur le calendrier vaccinal de leurs enfants, Art,sc,IJSSASS,Turquie,Istanbul,23P

☆ EVALUATION DE LA COUVERTURE VACCINALE DANS LA DIVISION
PROVINCIALE DE LA SANTE DE TSHIKAPA