

Evaluation de niveau de connaissances, d'attitudes et pratiques de prévention de la population de Wangata à l'Equateur en République démocratique du Congo face à l'épidémie de Monkeypox en 2025.

Assessment of the level of knowledge, attitudes, and prevention practices of the population of Wangata in Equateur Province, Democratic Republic of Congo, in response to the Monkeypox epidemic in 2025

Roger MOLALA BONDOKO¹, Bernard NTOTO KUNZI², MUKANDU BASUA BASANTU LEYKA³.

¹Section Santé communautaire, Institut Supérieur des Techniques Médicales de Mbandaka, Mbandaka, République Démocratique du Congo.

²Section Sciences Infirmières, Institut Supérieur des Techniques Médicales de Kinshasa, Kinshasa, République Démocratique du Congo.

³Section Santé communautaire, Institut Supérieur des Techniques Médicales de Kinshasa, Kinshasa, République Démocratique du Congo

RESUME:

Le MPOX constitue un problème persistant de santé publique en République démocratique du Congo, particulièrement dans la province de l'Equateur où l'impact socio-sanitaire demeure préoccupant. Cette étude vise à évaluer le niveau de connaissances, d'attitudes et de pratiques (CAP) relatives à la prévention du MPOX, ainsi qu'à estimer sa prévalence dans la zone de santé de Wangata. Il s'agit d'une étude transversale descriptive à visée analytique, menée auprès de 420 participants sélectionnés par un échantillonnage probabiliste à plusieurs degrés. Les résultats montrent un faible niveau global de connaissances, d'attitudes et de pratiques préventives contre le MPOX. La prévalence de la maladie était estimée à 4,05 % (IC95 % : 2,52–6,42) et la couverture vaccinale à 3,80 % (IC95 % : 2,34–6,13). Les principales raisons de non-vaccination étaient le manque d'information (44,4 %) et la rupture de stock vaccinal (23,5 %). Le principal obstacle au lavage des mains était l'absence de dispositif adéquat. Les facteurs significativement associés aux bonnes pratiques préventives étaient : le sexe (OR = 1,86 ; IC95 % : 1,10–3,14 ; p = 0,016), le statut de fonctionnaire (OR = 2,88 ; IC95 % : 1,32–6,27 ; p = 0,005), un niveau d'étude supérieur (OR = 3,14 ; IC95 % : 1,17–8,43 ; p = 0,016), l'âge de 25–30 ans (OR = 3,60 ; IC95 % : 1,40–9,23 ; p = 0,004), la présence d'un dispositif de lavage des mains (OR = 4,47 ; IC95 % : 2,50–7,98 ; p < 0,001), la réception d'une visite d'un relais communautaire (OR = 5,76 ; IC95 % : 3,22–10,30 ; p < 0,001) et la participation à un deuil (OR = 7,79 ; IC95 % : 3,93–15,42 ; p < 0,001). Le MPOX demeure donc un problème majeur de santé publique à Wangata. Le renforcement de l'engagement communautaire, l'amélioration de l'accès à l'information et la disponibilité des vaccins apparaissent comme des priorités stratégiques pour optimiser les pratiques préventives.

Mots clés : Mpxx épidémie, prévalence, Wangata, RD Congo.

ABSTRACT :

Mpxx remains a persistent public health challenge in the Democratic Republic of the Congo, particularly in Equateur Province, where its socio-health impact continues to raise concern. This study aimed to assess knowledge, attitudes, and practices (KAP) related to Mpxx prevention and to determine its prevalence in Wangata health zone. A descriptive cross-sectional study with an analytical component was conducted among 420 participants selected using a multistage probabilistic sampling method. Data were collected through structured interviews and analyzed using logistic regression to identify factors associated with preventive practices. Overall, the level of knowledge, attitudes, and preventive practices regarding Mpxx was low. The prevalence of Mpxx was estimated at 4.05% (95% CI: 2.52–6.42), and vaccination coverage was 3.80% (95% CI: 2.34–6.13). The primary reasons for non-vaccination were lack of information (44.4%) and vaccine stock-outs (23.5%). The main barrier to handwashing was the absence of appropriate handwashing facilities. Factors significantly associated with good preventive practices included sex (OR = 1.86; 95% CI: 1.10–3.14; p = 0.016), civil servant status (OR = 2.88; 95% CI: 1.32–6.27; p = 0.005), higher education level (OR = 3.14; 95% CI: 1.17–8.43; p = 0.016), age 25–30 years (OR = 3.60; 95% CI: 1.40–9.23; p = 0.004), availability of a handwashing facility (OR = 4.47; 95% CI: 2.50–7.98; p < 0.001), receiving a community health worker visit (OR = 5.76; 95% CI: 3.22–10.30; p < 0.001), and attendance at a funeral (OR = 7.79; 95% CI: 3.93–15.42; p < 0.001). Mpxx remains a significant public health concern in Wangata, underscoring the need to strengthen community engagement, improve health education, and ensure vaccine availability.

Keywords : mpxx, epidemic, prevalence, Wangata, DR Congo.

*Adresse des Auteur(s)

Roger MOLALA BONDOKO, Section Santé communautaire, Institut Supérieur des Techniques Médicales de Mbandaka, Mbandaka, République Démocratique du Congo ;

E-mail : rogermolala@unikin.ac.cd

Tél : +243 815171767 ;

Bernard NTOTO KUNZI, Section Sciences Infirmières, Institut Supérieur des Techniques Médicales de Kinshasa, Kinshasa, République Démocratique du Congo.

MUKANDU BASUA BASANTU LEYKA, Section Santé communautaire, Institut Supérieur des Techniques Médicales de Kinshasa, Kinshasa, République Démocratique du Congo ;

I. INTRODUCTION

Depuis l'année 2022, le monde a été confronté par la menace sanitaire causée par l'épidémie multi-pays due au virus de MPOX, au cours de laquelle plusieurs régions du monde non endémique à la maladie ont été affectées par les flambées épidémiques [1,2]. Entre janvier 2022 et juin 2023, l'OMS a rapporté plus de 87972 cas et 147 décès liés au clade IIB du virus [3]. Les données épidémiologiques indiquent qu'il s'agit en écrasante majorité des hommes jeunes homosexuels âgés d'environ 18 à 50 ans, ayant eu aussi des partenaires sexuels multiples (HSH-PM) [4]. Ce groupe est considéré comme le groupe à haut risque au cours de cette épidémie [5]. Ces flambées épidémiques seraient liées à la baisse de l'immunité collective contre la variole ; ainsi que par l'augmentation de l'interface humain-faune sauvage suite à l'effet de la forte déforestation, des échanges commerciaux internationaux et déplacements de plus en plus rapide des populations dans le monde ; mais aussi par le changement de paradigme sur l'épidémiologie de MPOX en ce qui concerne le mode de transmission de la maladie par voie sexuelle, avec un nouveau variant du virus de MPOX [6,7]. Le taux d'attaque secondaire de MPOX est de 3% et pouvant atteindre parfois 50% dans l'environnement immédiat des malades [2]. Outre les principales manifestations cliniques de MPOX, on note de plus en plus des cas avec des lésions localisées majoritairement dans les régions génitales et péri-anales [8]. Les moyens de lutte contre l'épidémie sont

basés plus sur la communication sur les risques, la mobilisation communautaire, la prévention vaccinale aux groupes à risque, le renforcement de la surveillance et la prise en charge des cas [9, 10]. Ce virus est considéré comme ubiquitaire affectant plusieurs espèces, mais les espèces telles que les petits rongeurs et les singes en Afrique apparaissent potentiellement comme les hôtes naturels de ce virus [11].

La menace sanitaire de 2022 a touché aussi toutes les régions d'Afrique. Selon l'OMS, l'Afrique a rapporté environ 1004 cas et 15 décès [12]. Le premier cas humain de MPOX a été rapporté et décrit en RDC, dans la province de l'Equateur en 1970, suivi des flambées épidémiques au cours du temps [13]. En 2017-2018 une grande épidémie a été déclarée au Nigéria [14]. Les premiers cas humains ont commencé à être rapportés en dehors de l'Afrique notamment aux USA et le reste du monde à partir des années 2000 [15].

Depuis 2022, la RDC a rapporté plus des cas en Afrique, au-delà de 500-1000 cas par an. En 2023, le nombre des cas suspects de MPOX a atteint un record d'environ 12569 cas signalé en une année. 14626 cas et 654 décès ont été enregistrés en RDC [16]. Les provinces les plus affectées par l'épidémie en 2024 sont celles de l'Equateur, Sud-Ubangi, Sankuru et Sud-Kivu.

Des provinces non endémiques telles que Kinshasa, Kwango et Sud-Kivu avaient notifié des cas dont les facteurs explicatifs de propagation restaient encore mal connus, suggérant parfois de contacts physiques intimes [17]. En août 2024, l'OMS avait signalé l'apparition d'une nouvelle souche virale de clade I dénommée clade Ib. Cette souche Ib serait plus virulente et responsable de la transmission sexuelle en RDC. Elle est de plus en plus rapportée dans les zones urbaines et les cités minières de l'est de la RDC par propagation interhumaine, mais aussi au moyen de contact intime [14]. La circulation concomitante, des souches Ia et Ib, a été signalée à Pakadjuma, un quartier bidonville de Kinshasa, affectant les filles et les jeunes femmes impliquées dans les rapports sexuels transactionnels. Plusieurs stratégies ont été menées en RDC pour lutter contre la MPOX, notamment la communication sur les risques, la mobilisation communautaire, la prévention et contrôle des infections, la vaccination contre la MPOX [18]. Toutefois, malgré les interventions mises en œuvre en RDC, les communautés demeurent peu informées et moins sensibiliser sur la MPOX. Le risque associé à la MPOX est toujours élevé en RDC tel que publié par l'OMS en 2023 [19].

Cette étude vise à évaluer le niveau de connaissances, d'attitudes et de pratiques (CAP) relatives à la prévention du MPOX, ainsi qu'à estimer sa prévalence dans la zone de santé de Wangata.

II. MATERIELS ET METHODES

II.1. Type d'étude

Cette étude descriptive transversale à visée analytique réalisée du 01 juin au 30 septembre 2025, s'est déroulée dans la zone de santé (ZS) de Wangata, située dans la ville de Mbandaka à l'Equateur, en RDC. La population de l'étude était constituée de la population générale de Wangata ayant séjourné au moins six mois dans la ZS. Avec un échantillon estimé à 420, calculée selon la formule suivante :

$$n \geq \frac{Z^2 \alpha / 2 \times p \times (1 - p)}{d^2}$$

Etaient exclues de l'étude : la population n'ayant pas accompli une durée de séjour d'au moins six mois, ainsi que celle ayant manifesté un refus de participation à l'étude. Les données ont été collectées par la technique d'interview à l'aide d'un questionnaire structuré semi-ouvert. La sélection des unités statistiques a été faite par la technique d'échantillonnage à plusieurs degrés.

Les variables collectées dans cette étude étaient principalement le niveau de connaissances, d'attitudes et de pratiques de prévention contre le MPOX.

Le niveau des connaissances a été évalué en utilisant un indicateur composite constitué par huit questions. Le niveau d'attitude a été évalué en utilisant un indicateur composite composé de sept questions. Le niveau de pratique de prévention a été évalué en utilisant un indicateur composite constitué de dix questions. Les variables indépendantes (VI) étaient les déterminants sociaux : l'âge, le sexe, la profession, le statut marital, la confession religieuse, le niveau d'instruction, Aire de Santé, le statut de contact MPOX.

La raison de non acceptation de se faire vacciner et de non lavage systématique des mains plusieurs constituaient des questions semi-ouvertes.

II.2. Considération d'ordre éthique

Les informations collectées étaient anonymes tout en respectant le principe de confidentialité. Cette étude a été soumise à l'approbation du comité éthique de l'ISTM-Kinshasa.

II.3. Analyse et traitement des données

Les données ont été collectées sur des téléphones à l'aide de l'application Kobocollect, puis exportée sur le logiciel Excel 2013. Après contrôle de qualité et vérification de la cohérence, les données ont été exportées sur le logiciel Stata

SE 16 pour analyse. La médiane pour les variables continues ainsi que l'EIQ ont été calculés. Les proportions avec leur intervalle de confiance à 95%, pour les variables catégorielles ont également été calculées. Les analyses inférentielles se sont résumées en l'étude de l'association entre le niveau de connaissances, d'attitudes et pratiques de prévention contre la MPOX et les différentes VI considérées en analyse bivariable grâce au test de Khi-carré. Les valeurs de p a permis de montrer l'association entre la variable dépendante (VD) et les VI. L'Odds Ratio (OR) a permis avec son intervalle de confiance (IC 95%) d'apprécier la force d'association entre la VD et les VI.

III. RESULTATS

III.1. Analyse descriptive

Les résultats de l'analyse descriptive sont présentés dans les tableaux 1 à 9 ci-dessous.

Au total 420 participants ont répondu aux questions de l'étude. L'âge médian des enquêtés était de 35 ans (EIQ : 25,5 – 45). Parmi lesquels, 17 cas de MPOX; l'âge médian des cas de MPOX était de 26 ans (EIQ: 23–37). La proportion des cas de sexe féminin était de 52,94%. 19 personnes-contacts des cas MPOX déclarés.

Dix-sept (17) enquêtés sur 420 avaient contracté le MPOX. La prévalence de MPOX était de 4,05% [IC95%: 2,52-6,42].

Seize (16) participants sur 420 ont reçu le vaccin contre la MPOX. La couverture vaccinale à Wangata était de 3,80% [IC95% : 2,34 – 6,13]. La couverture vaccinale en prophylaxie post-exposition (VPE) de personnes-contacts était de 5,26% [IC95% : 0,63 – 32,47].

III.1.1. Répartition des enquêtés selon les thématiques liées à la connaissance de MPOX.

Tableau 1 : Caractéristiques des enquêtés en rapport avec la connaissance de MPOX.

	Effectif (n=420)	%
Avoir entendu parler de la maladie de MonkeyPox		
Oui	408	97.2
Non	12	2.8
Connaissance sur l'existence du vaccin contre la MPOX		
Oui	62	14.8
Non	92	21.9

NSP

Connaissance sur l'existence du traitement contre la MPOX

Oui	340	80.9
Non	17	4.1
NSP	63	15.0

Possibilité de transmettre la MPOX après la guérison

Oui	40	9.5
Non	282	67.2
NSP	98	23.3

Tableau 2 : Caractéristiques des enquêtés en rapport avec la connaissance de MPOX.

Question à réponses multiples	Effectif sur (420)	%
Source/canal d'information sur la MPOX.		
Radio/Télévision	274	67.2
Prestataire des soins/FOSA	135	33.1
Crieur	110	26.9
Visite d'un RECO à domicile	106	25.9
Camarade/Voisin/Ami	69	16.9
Université /Ecole	50	12.3
Réseaux sociaux	47	11.5
Leader communautaire/APA	16	3.9
Eglise	3	0.7
Connaissance sur le mode de transmission de MPOX.		
Contact avec un malade de MPOX	264	63.0
Contact ou consommation d'un animal malade (infecté) /décédé	194	46.3
Contact avec un cadavre décédé de MPOX	152	36.3
Contact avec le fluide corporel infecté	68	16.2
Contact ou blessure avec un objet contaminé	17	4.1
Relation sexuelle avec un partenaire malade MPOX	31	7.4
Contact avec le sang contaminé avec la MPOX	12	2.8
Transmission materno-Fœtale	2	0.5
Transmission par gouttelettes respiratoires	3	0.7
Connaissance des manifestations (symptômes/signes) de MPOX.		
Eruption cutanée	377	89.7
Fièvre	255	60.7
Maux de tête/Céphalées	85	20.2
Ganglions/Adénopathies	68	16.2
Fatigue/Asthénie	39	9.3
Douleurs musculaires	25	5.9
Douleurs dorsales	9	2.1
Courbatures	26	6.2
Atteintes oculaires	7	1.6
Diarrhées	2	0.5
Vomissements	2	0.5

Evaluation de niveau de connaissances...

Connaissance sur le mode de prévention contre la MPOX.		
Eviter le contact avec les personnes malades MPOX	276	65.7
Réduire la consommation de viande de brousse	229	54.5
Eviter le contact avec les animaux sauvages (morts ou malades)	122	29.1
Utilisation de vaccin (se faire vacciner)	71	16.9
Eviter le contact avec les objets /matériels contaminés	58	13.8
Eviter les relations sexuelles avec de partenaires multiples	15	3.5
Rapports sexuels protégés	19	4.5
Port des EPI lors de visite de malades ou manifestations publiques	16	3.8
Se laver régulièrement les mains avec un désinfectant	4	0.9
Hygiène corporelle / Distanciation sociales (Précautions standards)	7	1.6

Tableau 3 : Répartition des enquêtés selon le niveau de connaissance global (variable composite de 8 questions) sur la MPOX.

	Effectif (n=420)	Pourcentage
Suffisant ($\geq 70\%$)	26	6.2
Insuffisant ($< 70\%$)	394	93.8

Tableau 4 : Caractéristiques des enquêtés en rapport avec l'attitude face à la MPOX.

	Effectif (n=420)	%
Croyance à l'existence de MPOX	376	89.5
Oui	31	7.4
Non	13	3.1
Pas de réponse		
Croyance à la gravité de la maladie de MPOX		
Oui	389	92.6
Non	9	2.1
Pas de réponse	22	5.3
Croyance d'être soi-même un sujet à risque de contracter la MPOX.		
Oui	310	73.8
Non	90	21.4
Pas de réponse	20	4.7
Vœux d'acceptation du vaccin contre la MPOX.		
Oui	331	78.8
Non	51	12.2
Ne sait pas	38	9.0
Vœux d'acceptation du vaccin pour ses proches parents.	341	81.2

Oui	29	6.9
Non	50	11.9
Ne sait pas		

Tableau 5 : Caractéristiques des enquêtés en rapport avec l'attitude face à la MPOX.

Question à réponses multiples	Effectif sur (420)	%
Attitude face à un cas suspect de MPOX.	317	75.4
Amener le malade dans une FOSA	165	39.2
Alerter/signaler un agent de santé/RECO	75	17.8
Abandonner le malade	1	0.2
Amener le malade chez un guérisseur	8	1.9
Amener le malade à l'église pour prier	5	1.2
Prendre soins du malade à domicile	21	5.0
Ne sait pas		
Attitude si vous êtes accidentellement exposé à cas suspect de MPOX	392	93.3
Allez consulter dans une FOSA	89	21.2
Signaler ou alerte un RECO	9	2.1
Me laver et désinfecter moi-même la partie du corps souillée	3	0.7
Assurer une auto-surveillance à la maison	5	1.2
S'isoler à la maison	1	0.2
Rien faire et attendre voir ce qui va arriver	26	6.2
Demander le vaccin contre la MPOX dans une FOSA	2	0.4
Allez à l'église / suivre un traitement chez un pasteur	1	0.2
Informers les parents	23	5.5
Ne sait pas		

Tableau 6 : Répartition des enquêtés selon le niveau d'attitude global face à MPOX.

	Effectif (n=420)	Pourcentage
Bon ($\geq 70\%$)	254	60.5
Mauvais ($< 70\%$)	166	39.5

Tableau 7 : Caractéristiques des enquêtés en rapport avec les pratiques de prévention contre la MPOX.

	Effectif (n=420)	%
Avoir été suivi comme un contact MPOX		
Oui (Contact connu et suivi)	19	4.5
Non	401	95.5
Avoir contracté la MPOX		
Oui	17	4.1
Non	403	95.9

Avoir contracté une IST au cours de 3 derniers mois		
Oui	30	7.1
Non	390	92.9
Avoir un Dispositif de lavage des mains à domicile		
Oui	169	40.2
Non	251	59.8
Lavage systématique des mains plusieurs fois par jour avec un désinfectant ou du savon		
Oui	319	75.9
Non	101	24.1
Avoir rendu visite à un malade à la FOSA/maison au cours de 3 derniers mois.		
Oui	161	38.3
Non	259	61.7
Avoir assisté à un deuil au cours de 3 derniers mois		
Oui	183	43.6
Non	237	56.4
Avoir manipulé un animal au cours de 3 derniers mois		
Oui	70	16.6
Non	340	81.0
Ne sait pas	10	2.4
Avoir reçu une visite du RECO dans le cadre de MPOX au cours de 3 derniers mois		
Oui	94	22.4
Non	326	77.6
Avoir reçu le vaccin contre la MPOX		
Oui	16	3.8
Non	404	96.2

Tableau 8 : Raison de non lavage des mains et non-vaccination contre le MPOX.

	Effectif	%
Raisons de non-lavage systématique des mains plusieurs fois par jour (Effectif: n=101)		
Ignorance		
Manque de désinfectant/savon et de DLM	31	30.7
Manque de moyen financier pour l'achat de DLM et du savon	20	19.8
	50	49.5
Raisons de non-vaccination contre la MPOX (Effectif: n=404)		
Manque d'information sur les activités de vaccination contre MPOX	179	44.3

Rupture de stock de vaccin (Vaccin terminé) au site de vaccination	95	23.5
Peur des effets secondaires	66	16.3
Absent lors la vaccination(en voyage)	8	1.9
L'équipe de vaccination n'est pas passé ici (Ignorance de stratégie)	14	3.5
Maladie	3	0.7
Refus de participer aux activités de vaccin contre MPOX	19	4.7
Invincible à la maladie	9	2.2
Il n'y a plus de cas de MPOX dans la communauté	5	1.2
Doute sur l'efficacité du vaccin et peur de contracter cette maladie	5	1.2

Tableau 9: Répartition des enquêtés selon le niveau de pratique global de prévention contre la MPOX.

	Effectif (n=420)	Pourcentage
Suffisant ($\geq 70\%$)	70	16.7
Insuffisant ($< 70\%$)	350	83.3

III.2. Analyse bi variée

Les résultats de l'analyse bivariée sont présentés dans les tableaux 10 à 12 ci-dessous.

III.2.1. Relation entre le niveau de connaissances de MPOX et les caractéristiques sociodémographiques des enquêtés

Tableau 10 : Niveau de connaissances de MPOX selon les caractéristiques sociodémographiques.

Facteurs sociodémographiques	Niveau de Connaissances		OR (IC95%)	p
	Faible (%)	n		
Sexe				
Masculin	163(93.6)		1.03 (0.46-2.32)	0.925
Féminin	231(93.9)		1	.
Age catégoriel				
15-19 ANS	19(100.0)		0.0	0.337
20-24 ANS	55(93.2)		1.47 (0.35-6.17)	0.594
25-30 ANS	80(93.0)		1.51 (0.41-5.61)	0.528
31-39 ANS	81(95.2)		1	.
40 ANS et PLUS	159(92.9)		1.52 (0.47-4.90)	0.472
Profession				
Fonctionnaire	85(90.4)		3.04 (0.89-10.34)	0.060
Fonctionnaire	53(92.9)		2.16 (0.51-9.08)	0.277
Commerçant/Vendeur	4(66.6)		14.37 (1.81-114.1)	0.000*
Chasseur/Pêcheur/Agri	77(95.0)		1.49 (0.36-6.18)	0.577

Evaluation de niveau de connaissances...

culteur	25(92.5)	2.30 (0.39-13.41)	0.340
Etudiant/Elève	115(96.6)	1	.
Artisan	30(96.7)	0.95 (0.10-8.95)	0.970
Ménagère	5(100.0)	0.00	0.678
Sans emploi			
Pasteur			
Confession religieuse			
Catholique	97(93.2)	1.22 (0.34-4.37)	0.752
Protestant	68(94.4)	1	.
Eglise de réveil	204(94.0)	1.08 (0.34-3.44)	0.288
Kimbanguiste	12(92.3)	1.41 (0.14-13.99)	0.764
Musulmane	8(100.0)	0.00	0.496
Témoins de Jéhovah	5(83.3)	3.40 (0.30-37.66)	0.288
Niveau d'étude			
Sans instruction	38(88.3)	4.21 (0.75-23.54)	0.074
Primaire	64(96.9)	1	.
Secondaire	207(94.5)	1.85 (0.40-8.54)	0.420
Supérieur/Universitaire	85(92.3)	2.63 (0.52-13.28)	0.222
Statut marital			
Marié	221(93.2)	1.33 (0.55-3.19)	0.521
Célibataire	147(94.8)	1	.
Divorcé (e.)	9(90.0)	2.04 (0.22-18.32)	0.515
Veuf (ve)	17(94.4)	1.08 (0.12-9.23)	0.943
Statut de contact			
Mpox			
Où connu et suivi	15(78.95)	4.59 (1.38-15.19)	0.006*
Non connu ni suivi	379(94.5)	1	.

III.2.2. Relation entre le niveau d'attitude des enquêtés face à MPOX et les caractéristiques sociodémographiques.

Tableau 11 : Niveau d'attitude des enquêtés face à MPOX selon les caractéristiques sociodémographiques.

Facteurs sociodémographiques	Niveau d'Attitudes	OR (IC95%)	p
	mauvais e n(%)		
Sexe			
Masculin	62(35.6)	1.32 (0.88-1.97)	0.170
Féminin	104(42.2)	1	.
Age catégoriel			
15-19 ANS	9(47.3)	1	.
20-24 ANS	25(42.3)	1.22 (0.43-3.48)	0.704
25-30 ANS	29(33.7)	1.76 (0.64-4.88)	0.264
31-39 ANS	36(42.3)	1.22 (0.44-3.34)	0.691
40 ANS et PLUS	67(39.1)	1.39 (0.53-3.63)	0.490

Profession			
Fonctionnaire			
Commerçant/Vendeur	29(30.8)	2.49 (1.23-5.00)	0.008*
Chasseur/Pêcheur/Agriculteur	30(52.6)	1	.
Etudiant/Elève	31(38.2)	1.11 (0.20-6.06)	0.903
Artisan	13(48.1)	1.79 (0.89-3.59)	0.095
Ménagère	13(48.1)	1.19 (0.47-3.01)	0.702
Sans emploi	46(36.3)	1.76 (0.92-3.36)	0.080
Pasteur	12(38.7)	1.75 (0.71-4.34)	0.214
	2(40.0)	1.66 (0.25-10.95)	0.590
Confession religieuse			
Catholique			
Protestant	36(34.6)	1.39 (0.85-2.26)	0.183
Eglise de réveil	30(41.6)	1.03 (0.59-1.77)	0.913
Kimbanguiste	92(42.4)	1	.
Musulmane	4(30.7)	1.65 (0.49-5.56)	0.410
Témoins de Jéhovah	3(37.5)	1.22 (0.28-5.28)	0.783
	1(16.6)	3.68 (0.41-32.44)	0.208
Niveau d'étude			
Sans instruction			
Primaire	18(41.8)	1.66 (0.75-3.65)	0.197
Secondaire	36(54.5)	1	.
Supérieur/Universitaire	86(39.2)	1.85 (1.05-3.25)	0.028*
	26(28.2)	3.04 (1.52-6.07)	0.000*
Statut marital			
Marié	91(38.4)	1.60 (0.45-5.71)	0.461
Célibataire	63(40.6)	1.46 (0.40-5.28)	0.576
Divorcé (e.)	5(50.0)	1	.
Veuf (ve)	7(38.8)	1.57 (0.31-7.76)	0.814
Statut de contact de MPOX			
Où connu et suivi			
Non connu ni suivi	8(42.1)	1	.
	158(39.4)	1.11 (0.43-2.84)	0.814

III.2.3. Relation entre le niveau de pratiques de prévention contre la MPOX et les caractéristiques sociodémographiques des enquêtés.

Tableau 12 : Relation entre le niveau de pratique de prévention contre la MPOX selon les caractéristiques sociodémographiques.

Facteurs sociodémographiq ues	Niveau de Pratique	OR (IC95%)	p
	mauvaise n(%)		
Sexe			
Masculin	136(78.1)	1.86 (1.10-3.14)	0.016*
Féminin	214(86.9)	1	.
Age catégoriel			
15-19 ANS	18(94.7)	0.61 (0.07-5.41)	0.661
20-24 ANS	52(88.1)	1.50 (0.49-4.55)	0.471
25-30 ANS	65(75.5)	3.60 (1.40-9.23)	0.004*
31-39 ANS	78(91.7)	1	.
40 ANS et PLUS	137(80.1)	2.76 (1.15-6.60)	0.016*

Profession			
Fonctionnaire	71(75.5)	2.88 (1.32-6.27)	0.005*
Commerçant/Vendeur	45(78.9)	2.37 (0.98-5.76)	0.047*
Chasseur/Pêcheur/Agriculateur	5(83.3)	1.78 (0.18-16.74)	0.607
Etudiant/Elève	66(81.4)	2.02 (0.88-4.63)	0.087
Artisan	24(88.8)	1.11 (0.29-4.27)	0.874
Ménagère	107(89.9)	1	.
Sans emploi	27(87.1)	1.32 (0.39-4.44)	0.651
Pasteur	5(100.0)	0.00 . .	0.456
Niveau d'étude			
Sans instruction	35(81.4)	2.28 (0.72-7.24)	0.148
Primaire	60(90.9)	1	.
Secondaire	185(84.4)	1.83 (0.73-4.61)	0.187
Supérieur/Universitaire	70(76.0)	3.14 (1.17-8.43)	0.016*
Statut marital			
Marié	200(84.3)	1	.
Célibataire	128(82.5)	1.14 (0.66-1.96)	0.636
Divorcé (e.)	8(80.0)	1.35 (0.27-6.64)	0.709
Veuf (ve)	14(77.7)	1.54 (0.47-4.96)	0.462
Statut contact Mpox			
Oui connu et suivi	18(94.7)	1	
Non connu ni suivi	332(82.7)	3.74 (0.48-28.69)	0.172
Avoir un DLM à domicile			
Oui	120(71.0)		
Non	230(91.6)	4.47 (2.50-7.98)	0.000*
Avoir reçu une visite du RECO les 3 derniers mois			
Oui	57(60.6)		
Non	293(89.8)	5.76 (3.22-10.30)	0.000*
Avoir rendu visite à un malade les 3 derniers mois			
Oui	104(64.6)		
Non	246(94.9)	10.37 (5.13-20.94)	0.000*
Avoir assisté à un deuil les 3 derniers mois			
Oui	126(68.8)		
Non	224(94.5)	7.79 (3.93-15.42)	0.000*

IV. DISCUSSION

La lutte contre les épidémies dans plusieurs pays du tiers monde s'appuie sur une composante communautaire active. Un changement de comportement favorable est un des facteurs fondamentaux dans la lutte contre les épidémies. Les principaux résultats de l'étude montrent que :

IV.1. Analyse descriptive

IV.1.1. Prévalence de la maladie de MPOX

Cette étude a démontré que la prévalence à Wangata était élevée, estimée à 4,05%. Ce fait résulterait de la non-immunisation des sujets jeunes depuis l'arrêt du vaccin contre la variole en 1980 en RDC, mais aussi par d'autres facteurs comme la dépendance à la consommation des viandes de brousse, la déforestation et la destruction accélérée des habitats des réservoirs sauvages du MPXV impiétés par la population en quête de survie dans les régions endémiques de MPOX en Afrique (2,16).

L'âge médian des patients était de 26 ans (EIQ : 23 – 37). Ce résultat démontre que les patients étaient majoritairement jeunes et similaire aux travaux de plusieurs auteurs (2,13).

La présente étude a démontré que la majorité des personnes affectées (52,94%) était ici de sexe féminin. Ce résultat est similaire aux résultats publiés dans une étude menée au début de l'année 2025 qui a démontré que 50-70% des cas survenaient chez les hommes en Afrique (16). En revanche, ce résultat est différent des résultats publiés lors l'épidémie multi-pays où l'écrasante majorité des patients était de sexe masculin, jeune et homosexuel (2, 4, 13). Ce fait montre qu'au niveau global, le principal groupe à haut risque est composé des HSH-PM. Par contre la transmission de MPOX en RDC est plus zoonotique, suivie du taux d'attaque secondaire de la maladie (2, 16).

IV.1.3. Caractéristiques sociodémographiques des enquêtés.

La majorité (58.6%) des enquêtés était de sexe féminin. Avec un âge médian de 35 ans [EIQ : 25,5-45]. Une très faible proportion (1,4%) des enquêtés exerçait la profession de chasseur/pêcheur/agriculteur.

IV.1.4. Caractéristiques des répondants en rapport avec la connaissance de MPOX.

L'écrasante majorité (97.2%) des répondants avait entendu parler de MPOX. Ce résultat est contraire à celui rapporté au Mali, selon lequel 33,8% des enquêtés avaient entendu parler de MPOX (12). Cette différence serait liée à la forte sensibilisation réalisée à Wangata depuis l'année 2022, mais également Wangata demeure un milieu historiquement endémique de MPOX depuis longtemps.

La principale source d'information était la Radio/Télévision (67.2%). Ce résultat est différent de celui rapporté à Bamako au Mali, où les réseaux sociaux ont prévalu comme premier

canal de communication avec 31,1% (12). Par ailleurs, on avait une proportion de 3,9% pour les Leader communautaire/APA et de 0,7% pour les églises. Le résultat de cette étude démontre que les APA et les leaders communautaires ne s'impliquent pas assez dans les activités de lutte contre la MPOX à Wangata, ainsi que les chefs de confession religieuse.

Cette étude a démontré que la majorité des répondants (63,3%) avait une connaissance sur l'existence du vaccin contre la MPOX. Une faible proportion (9,5%) des enquêtés estimait qu'il y avait une possibilité de transmettre la maladie après la guérison d'un patient atteint de MPOX. Cette perception évoquerait une sorte de stigmatisation qui pourrait exister dans cette communauté vis-à-vis des personnes guéries. Cette crainte de stigmatisation des personnes affectées par le MPOX avait été évoquée par l'OMS dans une étude réalisée en RDC (5).

Connaissance des enquêtés sur les symptômes de MPOX.

Cette étude a démontré que la symptomatologie évoquée par les enquêtés était similaire à celle décrite par l'OMS et CDC d'Atlanta (1, 13, 15).

Connaissance des enquêtés sur le mode de transmission de MPOX.

Notre étude avait prouvé que les modes de transmission les plus évoqués étaient le fait d'être en contact avec un malade de MPOX (63,0%), d'être en contact un animal malade ou décédé de MPOX (46,3%). La description de mode de transmission évoquée par les enquêtés était similaire à celle rapportée par plusieurs auteurs évoquant principalement une transmission zoonotique, mais aussi l'existence des taux d'attaque secondaire interhumain (2, 4).

Connaissance sur le mode de prévention de MPOX.

Cette étude a démontré que les mesures de prévention évoquées par les enquêtés sont similaires à celles décrites dans une étude publiée au début de l'année 2025 (16). La majorité de répondants connaissait sur l'existence d'un vaccin (63,3%) et d'un traitement (80,9%) efficace contre la MPOX. Enfin, Cette étude a démontré que l'écrasante majorité (93,8%) des enquêtés avait un niveau de connaissance global sur la MPOX jugé faible (< 70%). Ce résultat est similaire à celui publié par l'OMS ayant conclu à un faible niveau de connaissance des risques associés à la MPOX en RDC en 2023 (19).

IV.1.5. Caractéristiques des répondants en rapport avec l'attitude face à l'épidémie /maladie de de MPOX.

L'écrasante majorité (89,5%) des répondants croit à l'existence de MPOX; 73,8% croient qu'ils sont à risque de contracter la MPOX. 78,8% des enquêtés sont favorables à la vaccination contre la MPOX. Enfin, la présente étude a démontré que 60,5% des enquêtés ont un niveau d'attitude global face à MPOX jugé bon ($\geq 70\%$). Mais ce résultat est faible et inférieur à 70%. Ce résultat est similaire à celui trouvé dans une étude réalisée à Bolomba ayant conclu à un niveau d'attitude mauvais face à MPOX (17).

IV.1.6. Caractéristiques des répondants en rapport avec les pratiques de prévention contre la MPOX.

La présente étude a démontré que l'écrasante majorité (96,2%) des enquêtés n'était pas immunisée contre la MPOX. Ce résultat est similaire à celui trouvé aux USA où 85,3% des enquêtés n'étaient pas vaccinés contre la MPOX le 31/07/2022 (4). Cette situation serait due à une faible adhésion de la communauté aux activités de lutte contre la MPOX, mais également à l'insuffisance de la disponibilité en vaccin à Wangata.

77,6% des enquêtés n'avaient pas reçu une visite de RECO au cours de trois derniers mois. Ce fait illustre l'insuffisance de l'organisation de la riposte contre la MPOX à Wangata. La majorité (59,8%) des enquêtés ne dispose pas d'un Dispositif de Lavage des Mains (DLM). Ce dispositif constitue l'un des outils essentiels de lutte contre la MPOX au niveau de ménage. Cette étude a démontré que 4,1% des enquêtés avaient contracté la MPOX au cours de cette épidémie.

La présente étude a également démontré que la couverture de VPE des contacts MPOX était faible à 5,26%. Ce résultat est de loin inférieur aux normes de l'OMS recommandant que tout contact MPOX soit vacciné endéans 4 à 14 jours suivant le contact à risque (16).

Raisons de non-lavage systématique des mains et non-vaccination contre la MPOX.

Cette étude a démontré que : 49,5% des enquêtés manquaient de moyen financier pour l'achat de dispositif de lavage des mains (DLM); et 19,8% manquaient de DLM et de désinfectants.

16,4% des enquêtés avaient peur des effets secondaires du vaccin. 1,2% des enquêtés avaient peur de contracter la MPOX via ce vaccin. Ce fait a été relevé aux USA où 5% des enquêtés avaient contracté l'infection après l'administration du vaccin (4). Enfin, cette étude a démontré que 83,3% des

enquêtés ont un niveau de pratique de prévention global contre la MPOX jugé insuffisant (<70%).

IV.2. Analyse bi variée

IV.2.1. Relation entre le niveau de connaissance de MPOX et les caractéristiques sociodémographiques.

La présente étude a démontré que la profession de Chasseur/pêcheur/agriculteur (OR : 14.37, IC95% : 1.81-114.10, $p=0.000$) ; le statut de contact MPOX (OR : 4.59, IC95% : 1.38-15.19, $p=0.006$) étaient associés au niveau de connaissances face à MPOX. Ce résultat est similaire à celui trouvé au Mali au cours duquel il y avait une association entre la profession et le niveau de connaissances (12).

IV.2.2. Relation entre le niveau d'attitude face à la maladie de MPOX et les caractéristiques sociodémographiques.

La présente étude a démontré que le statut de fonctionnaire (OR : 2.49, IC95% : 1,23-5,00 ; $p=0.008$) ; le niveau d'étude secondaire (OR : 1.85, IC95% : 1,05-3,25 ; $p=0.028$), le niveau d'étude supérieur (OR : 3.04 ; IC95% : 1,52-6,07 ; $p=0.000$) étaient associées au niveau d'attitude des enquêtés face à MPOX.

IV.2.3. Relation entre le niveau de pratique de prévention contre la MPOX et les caractéristiques sociodémographiques.

Cette étude a démontré que les variables : sexe (OR : 1,86; IC95% : 1,10 – 3,14 ; $p= 0,016$) ; Statut de fonctionnaire (OR : 2,88 ; IC95% :1,32-6,27 ; $p= 0.005$); niveau d'étude supérieur (OR : 3.14 ; IC95% : 1,17-8,43 ; $p=0.016$) ; catégorie d'âge 25-30 ans (OR :3.60 ; IC95% : 1.40-9.23 ; $p=0.004$); catégorie d'âge 40 ans et plus (OR :2.76 ; IC95% :1.15-6.60 ; $p=0.016$); Avoir un DLM à domicile (OR : 4,47 ; IC95% : 2,50-7,98 ; $p=0.000$); avoir reçu une visite du RECO les 3 derniers mois (OR : 5,76 ; IC95% : 3,22-10,30 ; $p=0.000$); avoir rendu visite à un malade les 3 derniers mois (OR : 10,37 ; IC95% : 5,13-20,94 ; $p= 0.000$); avoir assisté au deuil les 3 derniers mois (OR : 7,79 ; IC95% : 3,93-15,42 ; $p= 0.000$) étaient associées au niveau de pratique de prévention. Le résultat de cette étude est différent de celui trouvé par à Bolomba au cours duquel il n'y avait pas d'association entre le niveau d'études et les mesures de prévention (17).

V. CONCLUSION

Les résultats de cette étude révèlent que le niveau de connaissances, d'attitudes et de pratiques de prévention de MPOX est faible à Wangata. La prévalence de MPOX est élevée, affectant majoritairement les sujets jeunes. Toutes les couches sociales à Wangata sont à risque.

Les actions de la riposte menée à Wangata n'ont pas encore atteint le résultat escompté, notamment la couverture de Vaccination Post-Exposition (VPE) est très faible et ne se réalise pas selon les recommandations de l'OMS. La majorité des répondants n'a pas de Dispositifs de Lavage des Mains (DLM). Le comportement global à risque de l'infection du virus MPOX est élevé.

Déclaration de liens d'intérêts.

Les auteurs de cette étude déclarent ne pas avoir des liens d'intérêts.

REFERENCES

1. Peng X, Wang B, Li Y, Chen Y, Wu X, Fu L, et al. Perceptions and worries about monkeypox, and attitudes towards monkeypox vaccination among medical workers in China: A cross-sectional survey. J Infect Public Health. 2023 ;16(3) :346-53.
2. Hantz S, Mafi S, Pinet P, Deback C. De la variole du singe à la Mpox ou la réémergence d'une ancienne zoonose. Rev Francoph Lab. 2023 ; 2023(553) :25-37.
3. Institut Pasteur. Mpox (variole du singe) : symptômes, traitement, prévention - Institut Pasteur. 2024. Disponible sur: <https://www.pasteur.fr/fr/centre-medical/fiches-maladies/mpox-anciennement-variole-du-singe>
4. Bricaire F, Batteux F. Variole du singe : à propos d'une récente épidémie (2022). Bulletin de l'Académie Nationale de Médecine. 2023 ; 207(9) :1199-202.
5. Lusamaki EK. Apport de la sérologie et de la génomique dans la compréhension de la circulation des Virus zoonotiques hautement pathogènes à l'interface Homme Faune sauvage en République Démocratique du Congo : cas des virus Ebola et Monkeypox.

6. Oladimeji O, Atiba B, Tomori O. Changement de paradigme dans l'épidémiologie de la variole du

- singe. Natafrica. 2022 ; 2 : 80-88; Disponible sur: <https://www.nature.com/articles/d44148-022-00088-7>
7. Luciani L. Les Poxvirus et leur implication en santé humaine : Mise au point d'un système de PCR en temps réel « pan-pox » et étude épidémiologique de séro-neutralisation du Vaccinia virus et du Cowpox virus. 2021.
 8. Cacoub P, Halfon P. Infection à Monkeypox virus. La Revue de Médecine. 2022 ; 43(11) : 637-639.
 9. Schmidt-Sane, M. et Wilkinson, A. Item - Considérations clés : La riposte au mpox dans les établissements urbains informels - The Institute of Development Studies and Partner Organisations - Figshare 2025. Disponible sur: [https://opendocs.ids.ac.uk/articles/report/Considations clés La riposte au mpox dans les établissements urbains informels/29183933?file=54930959](https://opendocs.ids.ac.uk/articles/report/Considations%20clés%20La%20riposte%20au%20mpox%20dans%20les%20établissements%20urbains%20informels/29183933?file=54930959)
 10. Boumandouki P, Bileckot R, Ibara JR, Satoukazi C, Wassa DW, Libama F, et al. Orthopoxvirose simienne (ou variole du singe): étude de 8 cas observés à l'hôpital d'Impfondo de la République du Congo. Bull Soc Pathol Exot. 2007;3 :50-58.
 11. Besombes C. Épidémiologie et histoire naturelle de la variole du singe en République Centrafricaine [Thèse de doctorat]. Sorbonne université; 2022 Disponible sur: <https://theses.fr/2022SORUS441>
 12. Diabaté S. Aptitudes et connaissances du personnel hospitalier sur la variole du singe [Thesis]. USTTB; 2024. Disponible sur: <https://www.bibliosante.ml/handle/123456789/13453>
 13. Greffe S, D'Anglejan E, Coutte L, Dournon N, Dinh A, Rouveix E. MPOX de 1960 à 2022. Du Monkeypox au Mpox. La Presse Médicale Formation. 2023;4(4):294-301.
 14. Makasa BAM. Dynamique spatio-temporelle des épidémies de Monkeypox en République Démocratique du Congo [PhD Thesis]. Université Bourgogne Franche-Comté; Université de Kinshasa; 2019. Disponible sur: <https://theses.hal.science/tel-03206357/>
 15. Mandelbrot L, Vauloup-Fellous C, Huissoud C, Ghosn J, Picone O. Variole du singe : propositions de conduite à tenir chez les femmes enceintes. Gynécologie Obstétrique Fertilité & Sénologie. 1 mai 2023;51(5):284-8.
 16. Berche P. L'émergence de la variole du singe. Revue de biologie médicale. 2025 ; 382 (1) :55-66.
 17. Ilaka JN, Batumbo BD, Mbongusodi JN, Ipera OL, Bonem GM et al. Connaissance, Attitude et Pratique de la population de la Zone de Sante de Bolomba sur les risques et la prévention de Monkey POX (Mpox). International Journal of Social Sciences and Scientific Studies. 2024 ; V4 (1, P3612-3627. Disponible sur: <https://ijssass.com/journal/connaissance-attitude-et-pratique-de-la-population-de-la-zone-de-sante-de-bolomba-sur-les-risques-et-la-prevention-de-monkey-pox-mpox/>
 18. Beal A. Mpox : analyse de la situation et gestion d'une problématique de santé publique. [Lyon]; 2025.
 19. OMS. Variole simienne – République démocratique du Congo. 2024. Disponible sur: <https://www.who.int/fr/emergencies/disease-outbreak-news/item/2024-DON522>