



MINISTÈRE DE LA SANTÉ
PUBLIQUE, HYGIÈNE ET
PRÉVOYANCE SOCIALE



PEV

Programme
Elargi
de Vaccination

République
Démocratique
du Congo

FLOWMINDER.ORG

Audit Genre et Inclusion Sociale des interventions de vaccination des enfants dans quatre provinces de la République démocratique du Congo

Kasai-Oriental, Maniema, Mongala et Tshopo

avec le soutien et la participation de



FLOWMINDER.ORG

Audit Genre et Inclusion Sociale des interventions de vaccination des enfants dans quatre provinces de la République démocratique du Congo

Kasai-Oriental, Maniema, Mongala et Tshopo

Présenté par la Fondation Flowminder

Auteurs :
Marie-Katherine Waller (Flowminder Foundation), Claire Mulanga Tshidibi (Flowminder Foundation), Apphia Yuma (Flowminder Foundation)

Contribution :
Sophie Delaporte (Flowminder Foundation), Marie-Thérèse Tebandimeni (Flowminder Foundation), Jean-Claude Mutombo (Flowminder Foundation), Joseph Likwaki (Flowminder Foundation), Josué Mupenda (Flowminder Foundation), Parias Mukeba (Flowminder Foundation), Guillemette Rident (Flowminder Foundation), André Beya (Flowminder Foundation), Emilia Ntumba (Cellule Sectorielle Genre, Ministère de la Santé Publique, Hygiène et Prévoyance Sociale), Nadine Kaswa (Programme Elargi de Vaccination)

Table des matières

Table des matières	3
Liste des tableaux	9
Liste des figures	10
Liste des acronymes	13
Remerciements	16
Avant-propos	17
Résumé exécutif	18
Contexte général	18
Méthodologie	18
Résultats et implications	19
Les déterminants sociaux de la santé et la vaccination des enfants (niveau communautaire)	19
L'intersection des inégalités de genre et la non/sous-vaccination	19
Sensibilité genre du Programme élargi de vaccination (PEV) et du Ministère de la Santé Publique, Hygiène et Prévoyance Sociale (MSPHPS)	20
Recommandations	21
Aux niveaux des communautés (à réaliser dans les communautés afin d'améliorer la demande)	21
Au niveau institutionnel (MSPHPS/PEV) (à réaliser dans les institutions sanitaires afin d'améliorer l'offre pour renforcer la demande)	22

1. Introduction	24	5. Défis généraux à la vaccination des enfants dans les provinces ciblées	39
1.1. Contexte de l'audit	24	5.1. Effets secondaires: une barrière majeure à la vaccination des enfants	40
1.2. Domaines d'investigation principaux	24	5.2. Distance et accès au centre de santé : un défi persistant pour la vaccination infantile	41
1.3. Objectifs de l'audit	25	5.3. Barrière liée aux rumeurs, méfiance et croyances: quand les perceptions limitent la vaccination des enfants	44
1.3.1 Objectif général	25	5.4. Défis liés à la qualité des services de santé et de vaccination	45
1.3.2 Objectifs spécifiques	25	5.4.1. Carnet de vaccination: outil stratégique pour la vaccination, possession disparate	46
2. Méthodologie	26	6. Barrières à la vaccination liées au genre et aux disparités et différences sociales	48
2.1. Cadres conceptuels de l'analyse	26	6.1 Comment les déterminants sociaux influencent les inégalités en matière de vaccination des enfants dans les provinces ciblées	48
2.1.1. Les approches de l'analyse des données de l'audit	26	6.1.1. L'âge de l'aidant principal d'un enfant: un facteur non négligeable des disparités vaccinales-focus sur les parents adolescents	49
2.2. Méthodes de recherche mixtes	28	6.1.2. Parents à faible niveau d'éducation, enfants à risque: l'impact du faible niveau d'éducation des parents sur la vaccination des enfants	50
2.2.1. Revue de littérature et collecte des données secondaires	28	6.1.3. Entre travail, précarité et responsabilités: les barrières invisibles à la vaccination des enfants	51
2.2.2. Collecte de données primaires	29	6.2. Comprendre les barrières liées au genre et leur intersection aux déterminants sociaux de la santé, ainsi que leur effet sur la vaccination des enfants	53
2.3. Considérations éthiques	32	6.2.1. Rôles et responsabilités des femmes et des hommes: la répartition inégale des rôles familiaux et la charge de travail des femmes , des défis pour la vaccination des enfants	53
2.4. Limitations de l'audit	32	6.2.2. Accès inégal aux ressources et précarité économique des mères: des obstacles persistants à la vaccination des enfants	56
Partie A Résultats au niveau de la demande	35		
3. Caractéristiques sociodémographiques des participants au niveau communautaire	35		
4. Le Contexte socio-économique et politique de la RDC	38		

6.3. Les croyances et les perceptions: comprendre les freins socioculturels à la vaccination	57
6.3.1. Inégalités de pouvoir décisionnel au sein du ménage et des communautés: un désavantage pour les mères et la vaccination des enfants	57
6.3.2. Normes et pratiques socio-culturelles et leur influence sur les décisions des parents de vacciner leurs enfants	60
6.3.3. Pratiques stigmatisantes et discriminatoires à l'égard de certaines mères posent une barrière à la vaccination de leurs enfants	62
6.4. Les besoins et les priorités: évaluer les connaissances et sources d'information des mères et des pères sur la vaccination de leurs enfants	63
6.4.1. Connaître les sources et niveau d'information principales des parents pour stimuler la demande des services de vaccination	65
6.5. Les institutions, lois, et politiques: Structures et responsabilités pour renforcer la vaccination des enfants	69
6.5.1. L'effectivité des lois et politiques en matière de santé et de vaccination, ainsi que le rôle des institutions sanitaires	69
6.5.2. L'équité et l'égalité à la gestion de santé communautaire	71
Partie B : Les résultats au niveau de l'offre	75
7. Caractéristiques sociodémographiques des participants au niveau institutionnel	75
8. Contexte des services de vaccination en RDC	77
9. Analyse de l'intégration du genre et de l'inclusion sociale au sein services du MSPHPS/PEV et OSC	78
9.1. La volonté politique	79
9.1.1. Aperçu global des engagements nationaux sur la dimension de genre et d'inclusion sociale en RDC	79

9.1.2. État des politiques et stratégies sur l'égalité de genre et l'inclusion sociale au MSPHPS/PEV: résultats de l'audit	79
9.1.3. Le niveau de prise en compte des politiques et des considérations d'égalité de genre et d'inclusion sociale dans les services de santé et de vaccination	81
9.2. Capacité technique	83
9.2.1. Le niveau de compétences du personnel de santé en matière d'intégration des approches inclusives et sensibles au genre dans les services de santé et de vaccination travail	83
9.2.2. Le niveau d'intégration concrète des considérations de genre et d'inclusion sociale dans la gestion des projets, de la planification au suivi et à l'évaluation	84
9.3. La responsabilité	88
9.3.1 La responsabilité en matière de mise en œuvre et l'allocation des ressources adéquates pour les politiques ou stratégies d'égalité de genre et d'inclusion sociale	88
9.3.2. La responsabilité au niveau des ressources humaines	90
9.4. Culture organisationnelle	93
9.4.1. Environnement et pratiques favorables à la promotion des considérations de genre et d'inclusion sociale au sein des institutions de santé et de vaccination.	93
9.4.2. Perceptions des pratiques organisationnelles en matière de genre et d'inclusion sociale envers les bénéficiaires des services de santé et de vaccination.	96
Partie C : discussion et recommandations	101
10. Implications des résultats et recommandations	101
10.1. Les déterminants sociaux de la santé, en lien avec les inégalités de genre et leurs intersections, contribuent au problème persistant des enfants zéro dose (EZD) et des enfants sous-vaccinés (SV) en RDC	101

10.1.1. L'Impact Cumulatif des Déterminants Sociaux et de Genre sur l'Accès à la Vaccination : Vers une Analyse Intersectionnelle	101
10.2. L'intersection des inégalités de genre avec les déterminants sociaux de la santé en matière de vaccination: une analyse des contraintes de la demande	103
10.2.1. La disparité entre charge logistique et l'autorité décisionnelle	103
10.3. Niveau institutionnel: Consolidation de la gouvernance et opportunités d'intégration des considérations de l'équité	105
10.3.1. Opportunités de renforcement du cadre et de la culture institutionnelle	105
10.3.2. Causes profondes et interconnexions: Les leviers d'amélioration systémique	105
10.3.3. Implications stratégiques: Vers une gouvernance sensible au genre et redevable	106
11. Conclusion	117
11.1. Obstacles au niveau communautaire : les défis rencontrés par les parents, particulièrement mères	117
11.2. Obstacles au niveau institutionnel : renforcer la gouvernance pour l'équité	118
11.3. Recommandations stratégiques pour un impact durable	118
11.4. Vision finale: Vers une vaccination équitable et inclusive	119
12. Références bibliographiques	120
13. Annexes	126
Annexe 1: Recommandations globales	126
Annexe 2 : Voix des participant(e)s	136

Liste des tableaux

Tableau 1.	Nombre de répondant au niveau communautaire par province
Tableau 2.	Répartition des participants aux discussions de groupe et Els par sexe et par province (niveau communautaire et institutionnel)
Tableau 3.	Caractéristiques sociodémographiques
Tableau 4.	Les principaux défis auxquels sont confrontés les personnes qui accompagnent le plus souvent les enfants pour les faire vacciner
Tableau 5.	Taux de possession de carnet de vaccination par province
Tableau 6.	Taux de personnes responsables pour amener l'enfant à la vaccination par province
Tableau 7.	Répartition des professions par sexe
Tableau 8.	Répartition par sexe du pouvoir de décision en matière de vacciner les enfants dans les ménages.
Tableau 9.	L'accès à l'information et aux services de vaccination
Tableau 10.	Source d'information sur la vaccination par province
Tableau 11.	Nombre de participants (MSPHPS/PEV et OSC) par province
Tableau 12.	Synthèse des barrières et Recommandation associées-Niveau Communautaire
Tableau 13.	Synthèse des barrières et Recommandation associées-Niveau Institutionnel

Liste des figures

Figure 1 : Cadre adapté du guide ROSA de l'UNICEF (Partie A)

Figure 2 : Cadre analytique au niveau institutionnel (partie B)

Figure 3 : Distance entre le lieu de résidence et le centre de santé

Figure 4 : Taux de possession de carnet de vaccination par type de zone de santé

Figure 5 : Situation de la vaccination des enfants par tranche d'âge des aidants principaux

Figure 6 : Répartition du niveau d'instruction par sexe

Figure 7 : Taux de vaccination infantile par rapport au niveau d'instruction

Figure 8 : Vaccination des enfants par rapport à l'emploi des parents

Figure 9 : Taux de personnes responsables pour amener l'enfant à la vaccination par rôle et par province

Figure 10 : Statut marital des participants par âge

Figure 11 : Les sources d'information sur la vaccination par sexe

Figure 12 : Répartition des participants au niveau institutionnel par province, en pourcentage

Figure 13 : Répartition par âge et par sexe des prestataires de soins (MSPHPS/PEV)

Figure 14 : Existence d'une politique ou d'une stratégie sur l'égalité de genre

Figure 15 : Répartition par sexe: Existence d'une politique ou d'une stratégie sur l'égalité de genre

Figure 16 : Intégration des considérations d'égalité de genre dans les services (MSPHPS/PEV; OSC)

Figure 17 : Répartition par sexe sur l'intégration des considérations d'égalité de genre

Figure 18 : Connaissances et compétences du MSPHPS/PEV

Figure 19 : Intégration de l'analyse comparative entre les sexes dans les projets du MSPHPS/PEV

Figure 20 : Intégration de l'analyse comparative entre les sexes dans les projets du MSPHPS/PEV. Information désagrégée par sexe

Figure 21 : Prise en compte des rôles et des intérêts des participants et répartition des opinions par sexe

Figure 22 : Les équipes de planification, de mise en œuvre, d'évaluation et de conseil des projets/services du MSPHPS/PEV ne sont pas composées de membres qui prennent des actions concrètes pour assurer l'application des approches sensibles à la dimension de genre et à l'inclusion sociale

Figure 23 : Répartition par sexe des opinions sur les progrès significatifs dans l'intégration des questions d'équité, d'inclusion et d'égalité des genres dans les programmes (MSPHPS/PEV)

Figure 24 : Répartition des opinions par sexe sur Les systèmes de suivi et d'évaluation (S&E) saisissent et utilisent systématiquement des informations désagrégées par sexe, par l'identité de genre et par âge tant au niveau national, intermédiaire que périphérique

Figure 25 : Répartition des opinions par sexe sur la responsabilité de la mise en œuvre de la politique sur le genre

Figure 26 : Point Focal / Division en charge des questions de genres - Répartition par sexe des opinions sur la présence d'un point focal

Figure 27 : Répartition des opinions par sexe sur la question de budgétisation des ressources financières (MSPHPS/PEV)

Figure 28 : Répartition dans les services par sexe (MSPHPS/PEV)

Figure 29 : Répartition du personnel par sexe et par de niveau de base de travail

Figure 30 : Répartition des opinions par sexe sur l'augmentation des représentations des femmes (MSPHPS/PEV)

Figure 31 : Répartition par sexe des opinions sur l'Inclusion de la dimension de genre dans les descriptions de poste et/ou dans les critères de performance du personnel dans leur bureau

Figure 32 : Répartition des femmes, par poste, dans les OSC consultées

Liste des acronymes

- Figure 33 :** Les questions de genre et d'inclusion sociale sont prises en compte au sérieux et discutées ouvertement (MSPHPS/PEV)
- Figure 34 :** Système de recevoir, d'examiner et de résoudre les plaintes, et opinion par sexe sur l'existence d'un système de gestion des plaintes (MSPHPS/PEV)
- Figure 35 :** Les collègues et les supérieurs prennent en compte les opinions du personnel
- Figure 36 :** Opinions par sexe sur l'amélioration de l'environnement de travail pour les femmes
- Figure 37 :** Répartition par sexe des opinions sur l'amélioration de l'environnement de travail pour les personnes marginalisées
- Figure 38 :** Opinions du personnel du MSPHPS/PEV , désagrégées par sexe, sur la contribution de leurs activités sur l'autonomisation des femmes/filles et au changement des relations inégales entre les hommes, les femmes, les filles, les garçons et les personnes avec handicap
- Figure 39 :** Répartition par sexe des opinions sur l'appréciation des patientes / bénéficiaires femmes (MSPHPS/PEV)
- Figure 40 :** Répartition par sexe des opinions sur l'appréciation des clients hommes (MSPHPS/PEV)

- | | | |
|---|--|--|
| AS :
Aire de Santé | GAVI :
Global Alliance for Vaccines and Immunization | OSC :
Organisation de la société civile |
| BCZS :
Bureau central de la zone de santé | GD :
Groupe de Discussion | PdS :
Prestataires de soins de santé |
| CAC :
Cellule d'animation communautaire | H :
Hommes | PEV :
Programme élargi de vaccination |
| CD :
Chef de Division | IT :
Infirmier Titulaire | PSEA :
Prévention sexuel, d'exploitation et d'abus |
| CODESA :
Comité de Santé | MAPI :
Manifestation post-vaccinale indésirable | RDC :
République Démocratique du Congo |
| CLC :
Comité locale de communication | MCA :
Médecin Chef d'Antenne | RECO :
Relais communautaire |
| DPS :
Département Provincial de la Santé | MEV :
Maladies évitables par la vaccination | SV:
Sous vacciné |
| EI :
Entretien Individuel | MCZ :
Médecin Chef de Zone | UNICEF :
Fonds des Nations Unies pour l'Enfance |
| ECZS :
Equipe cadre de la zone de santé | MSPHPS :
Ministère de la Santé Publique, Hygiène et Prévoyance Sociale | WUENIC :
WHO/UNICEF estimates of national immunization coverage(Estimation de la couverture vaccinale nationale par l'OMS et Unicef) |
| EZD :
Enfants Zéro Dose | OIM :
Organisation International de Migration | ZS :
Zone de santé |
| F :
Femmes | OMS :
Organisation Mondiale de la Santé | |
| FAE :
Fonds Accélérateur de l'Équité | | |



Remerciements

Au terme de ce processus d’audit de genre et d’inclusion sociale mené dans les provinces du Kasai Oriental, du Maniema, de la Mongala et de la Tshopo, nous tenons à exprimer notre profonde gratitude à l’ensemble des organisations, des personnes ressources ainsi qu’aux communautés qui y ont activement contribué.

Nous remercions particulièrement les autorités du Programme élargi de vaccination (PEV) et du Ministère de la Santé Publique, Hygiène et Prévoyance Sociale, les membres des Organisations de la Société Civile (OSC), les leaders d’opinion, les hommes, les femmes, les adolescent.es, les Relais communautaires (RECOs), Comité de santé (CODESA), les consultants, et les assistants de recherche pour leur implication et l’appropriation dans la production de ce document.

Cette étude n’aurait pas été réalisée sans l’assistance financière de GAVI sous le programme des Fonds d’accélération de l’équité (FAE) en matière de vaccination.

Que les représentants des institutions publiques provinciales et nationales, de la société civile et des organisations à base communautaire qui se sont fortement impliqués dans le processus à toutes les étapes et l’ont enrichi de leurs expériences, trouvent dans ce document, le fruit du travail accompli ensemble, la matérialisation des efforts de tous pour améliorer les services de vaccination et de surmonter les barrières liées au genre et aux conditions socioculturelles et économiques qui contribuent aux taux importants d’enfants zéro dose et sous vaccinés aux niveaux des ménages et des communautés dans la République démocratique du Congo (RDC).

Avant-propos



La République démocratique du Congo, vaste par son territoire et riche de la résilience de son peuple, demeure confrontée à des défis sanitaires persistants, parmi lesquels la vaccination infantile occupe une place de premier plan. Chaque enfant a droit à la protection contre les maladies évitables par la vaccination ; il est de notre responsabilité collective de garantir que cette protection soit accessible à tous, sans distinction ni exclusion.

C’est dans cette perspective que le Ministère de la Santé Publique, Hygiène et Prévoyance Sociale (MSPHPS), à travers son Programme Élargi de Vaccination (PEV), avec le soutien de Gavi, l’Alliance du Vaccin, via le Fonds d’Accélération de l’Équité (FAE), a mandaté la Fondation Flowminder pour conduire un audit approfondi sur le genre et l’inclusion sociale dans les interventions de vaccination.

Cet audit, mené pour le PEV par Flowminder dans les provinces du Kasai-Oriental, du Maniema, de la Mongala et de la Tshopo, met en lumière les dynamiques complexes qui conditionnent l’accès équitable aux services de vaccination pour les enfants et leurs familles.

Les constats issus de cet audit sont édifiants. Ils révèlent que les inégalités de genre, les disparités socio-économiques et les barrières culturelles et institutionnelles constituent des freins majeurs à l’atteinte d’une couverture vaccinale optimale. La distance entre les ménages et les structures de santé, la charge de travail des femmes, le déficit d’information, les contraintes financières et parfois la méfiance communautaire sont autant de facteurs qui éloignent les familles, et particulièrement les mères, des services de vaccination essentiels.

Au niveau institutionnel, l’audit souligne la nécessité de renforcer les stratégies de genre, d’assurer une représentation équilibrée des femmes et des hommes au sein des équipes, et de mieux allouer les ressources afin de soutenir des programmes véritablement inclusifs et équitables.

Ce rapport ne se limite pas à dresser un état des lieux : il constitue un appel à l’action. Les recommandations qu’il formule, tant au niveau communautaire qu’institutionnel, tracent des pistes concrètes de transformation pour adapter nos approches, renforcer nos capacités et garantir que chaque enfant, quelle que soit son origine, son genre ou sa condition sociale, puisse bénéficier de la vaccination.

Je tiens à exprimer ma profonde gratitude à la Fondation Flowminder pour la conduite de cet audit et pour son accompagnement technique, ainsi qu’à Gavi pour son appui financier à travers le FAE. Mes remerciements vont également aux équipes du PEV, aux agents de santé, aux leaders communautaires, et aux milliers de participantes et participants qui ont contribué à cette étude. Leur engagement et leurs témoignages constituent la pierre angulaire de ce document.

Le chemin vers une couverture vaccinale universelle et équitable est encore long, mais je demeure convaincu qu’en intégrant les dimensions de genre et d’inclusion sociale au cœur de nos politiques et interventions, nous renforcerons la justice, l’efficacité et l’humanité de notre système de santé.

Ce rapport servira de boussole stratégique pour orienter nos actions futures, dans la perspective d’un système de santé plus juste, plus résilient et plus inclusif, au service de tous les enfants de la République Démocratique du Congo, conformément à la vision de Son Excellence le Président Félix Antoine Tshisekedi Tshilombo, Chef de l’État, mise en œuvre par le Gouvernement sous le leadership de Son Excellence Dr Samuel Roger Kamba, Ministre de la Santé publique, Hygiène et Prévoyance sociale.

Fait à Kinshasa, le 4 novembre 2024

Dr. Sylvain Yuma Ramazani
Secrétaire Général à la Santé

Ministère de la Santé Publique, Hygiène et Prévoyance Sociale, RDC

Résumé exécutif

Contexte général

La République démocratique du Congo (RDC) figure parmi les pays où le nombre d'enfants zéro-dose (EZD) et sous vaccinés atteint des proportions très élevées¹. Les inégalités de genre et les disparités en matière de santé demeurent des barrières significatives qui contribuent à une couverture vaccinale faible des enfants congolais. C'est dans ce contexte que Flowminder appuie le Programme élargi de vaccination (PEV), en qualité de partenaire technique du Fonds d'accélération de l'équité en matière de vaccination (FAE). Cet accompagnement vise, entre autres, à renforcer l'intégration de la dimension de genre et d'inclusion sociale dans les interventions et les stratégies de vaccination infantile. Les interventions mises en œuvre dans le cadre du FAE ont pour objectif ultime de soutenir les efforts nationaux visant à réduire de 35% le nombre d'enfants zéro-dose dans le pays d'ici la fin de l'année 2025.

C'est dans cette optique que l'audit sur le genre et l'inclusion sociale a été mené de février à août 2024, avec une focalisation particulière sur les communautés mal desservies dans quatre provinces présentant les taux les plus élevés d'enfants zéro dose, à savoir la Tshopo, le Maniema, le Kasai-Oriental, et la Mongala. L'audit visait à identifier les barrières liées aux inégalités de genre et aux disparités de santé, tant au niveau de la demande que de l'offre, et à formuler des recommandations pour améliorer la couverture vaccinale des enfants congolais.

Méthodologie

La méthodologie a combiné des approches quantitatives et qualitatives. Elle comprend une revue documentaire basée sur des sources secondaires, ainsi que des enquêtes primaires réalisées principalement auprès des communautés, des organisations de la société civile, et des prestataires de santé dans les quatre provinces ciblées. Par ailleurs, pour l'analyse des données de cet audit, un ensemble d'outils d'analyse de genre intersectionnels et d'inclusion sociale a été appliqué et adapté, notamment l'approche participative d'InterAction, l'échelle d'évaluation sexo-transformative de l'OMS et la matrice intersectionnelle de genre de l'UNICEF². Des sessions de validation ont été également organisées dans les communautés, ainsi que dans les services de santé ayant fait l'objet des enquêtes, afin de valider les résultats des analyses.

Au niveau communautaire, 954 personnes ont participé, et les réponses de 875 ont été retenues (54% en milieu rural, 46% en milieu urbain), avec 43% de femmes et 57% d'hommes. L'échantillon comprenait des adolescents et adultes parents, ainsi que des acteurs clés de la communauté.

Au niveau institutionnel, 197 participants ont été interrogés par entretiens individuels et groupes de discussion, incluant des Médecins Chefs d'Antenne, Médecins Chefs de Zone, Chefs de Division, et 43 représentants d'organisations de la société civile.

Résultats et implications

Les déterminants sociaux de la santé et la vaccination des enfants (niveau communautaire)

L'analyse des données, qui combine les résultats quantitatifs et qualitatifs, a mis en évidence l'influence de multiples facteurs socioculturels, économiques et environnementaux sur l'accès aux services de vaccination. L'impact de ces déterminants, bien que présents dans toutes les communautés étudiées, varie d'une province à l'autre. Les principaux déterminants identifiés comprennent notamment le lieu de résidence, la distance par rapport aux centres de santé, l'âge des parents, le niveau d'instruction, la profession, ainsi que la qualité des services de santé:

- **Le lieu de résidence et la distance par rapport au centre de santé:** La distance aux centres de santé est une barrière majeure, particulièrement en zones rurales (73% des réponses évoquant cet obstacle provenaient de participants ruraux).
- **Âge du parent/aidant principal:** Les mères adolescentes (15-19 ans) rencontrent des obstacles supplémentaires tels que des discriminations et une connaissance du calendrier vaccinal inférieure (51%).
- **Niveau d'instruction et de connaissances:** Une corrélation a été observée entre le niveau d'instruction et la connaissance des vaccins, avec des taux plus élevés chez les universitaires (96%) et plus bas chez les non-lettrés (68%).
- **Catégories socioprofessionnelles et contraintes financières:** 36 % des participants ont déclaré que le manque de moyens financiers constituait une barrière à la vaccination de leurs enfants. Parmi les répondants qui ont indiqué ne pas avoir fait vacciner leurs enfants, on retrouve principalement des groupes à revenus faibles ou instables: 32 % des agriculteurs, 31 % des personnes sans emploi et 23% des commerçants..
- **Services de santé:** La qualité des services, incluant ruptures de stock, faible planification logistique, personnel insuffisant et problèmes de communication, est un obstacle critique.
- **Effets secondaires, croyances et rumeurs:** 65% des participants ont cité les effets secondaires comme un obstacle. 20% ont mentionné la résistance culturelle ou religieuse. La méfiance et les fausses informations sont particulièrement marquées au Maniema.

L'intersection des inégalités de genre et la non/sous-vaccination

L'analyse intersectionnelle des normes, des rôles et des relations de genre a mis en lumière des disparités notables en matière de position sociale, de conditions de vie et de relations de pouvoir entre les femmes, les hommes, les filles et les garçons dans les provinces étudiées. Ces inégalités, qui influent l'accès aux services de vaccination, sont définies à travers les domaines suivants:

- **Rôles et responsabilités:** 75% des participants ont affirmé que les mères sont responsables d'emmener les enfants à la vaccination. Cette responsabilité s'exerce dans un contexte de contraintes multiples liées à leurs rôles traditionnels, telles que les tâches ménagères et le soin apporté aux autres membres de la famille. Les hommes se concentrent sur la prise de décision.
- **Accès et contrôle des ressources:** Les femmes se trouvent souvent dans une situation économique vulnérable, ce qui réduit leur pouvoir de décision en matière de vaccination des enfants au sein de leurs ménages. Cette vulnérabilité se reflète, entre autres, dans le taux de chômage, qui atteint 23% chez les femmes, soit plus du double de celui observé chez les hommes (10%).

1. <https://www.afro.who.int/fr/countries/democratic-republic-of-congo/news/soutenir-le-grand-rattrapage-des-enfants-zero-dose-et-sous-vaccines-en-republique-democratique-du-congo>
2. <https://www.unicef.org/rosa/media/12346/file>

- **Croyances, normes culturelles et perceptions:** Le pouvoir décisionnel en matière de la vaccination des enfants est majoritairement exercé par les hommes : 67% d'entre eux déclarent prendre les décisions de manière autonome, contre 38% des femmes. Cette répartition inégale du pouvoir au sein des ménages influence les choix relatifs à la vaccination.
- **Besoins et priorités:** 84% des participants estiment la vaccination importante, mais 23% ne comprennent que partiellement les messages de sensibilisation et 11% ne les comprennent pas du tout. Les relais communautaires (69%) et les centres de santé (16%) sont les principales sources d'information.
- **Institutions, lois et politiques:** Des différences ont été notées dans les interactions des prestataires de santé avec les parents selon leur genre, et certaines catégories de la population, telles que celles marginalisées, rencontrent des obstacles pour faire entendre leur voix.

Sensibilité genre du Programme élargi de vaccination (PEV) et du Ministère de la Santé Publique, Hygiène et Prévoyance Sociale (MSPHPS)

La deuxième dimension de cet audit porte sur les institutions responsables de la prestation des services de vaccination, notamment le Programme Élargi de Vaccination (PEV), le Ministère de la Santé Publique, Hygiène et Prévoyance Sociale (MSPHPS), ainsi que leurs partenaires, y compris les organisations de la société civile (OSC). Bien que des efforts soient entrepris par le PEV et le MSPHPS pour fournir des interventions de vaccination équitables et inclusives, les résultats de l'audit indiquent que certains défis structurels et opérationnels subsistent, et méritent une attention particulière afin de renforcer l'équité dans l'accès aux services de vaccination.

- **Faible connaissance des politiques de genre:** 54% du personnel du MSPHPS/PEV et 37% des agents des OSC signalent l'absence d'un cadre stratégique formel sur l'égalité de genre.
- **Limitations dans l'intégration de l'égalité de genre dans la gestion des ressources humaines et la gouvernance:** Forte disparité dans la représentation des femmes aux postes décisionnels (69% des femmes sont au niveau opérationnel, 5% en gestion). Près de la moitié des prestataires de santé (49%) indiquent que la dimension de genre n'est pas intégrée dans les descriptions de poste ni dans les critères d'évaluation.
- **Insuffisance des ressources financières:** 63% du personnel estime qu'il n'y a pas de budget suffisant alloué aux considérations de genre et d'inclusion sociale.
- **Gestion des ressources humaines peu sensible au genre:** Seuls 29% des prestataires de santé estiment que le personnel du PEV a les compétences adéquates pour intégrer les dimensions de genre.
- **Utilisation limitée des données désagrégées:** Seulement 32% des prestataires de santé déclarent que les systèmes de suivi et d'évaluation intègrent systématiquement des données désagrégées par sexe, genre et âge.
- **Culture organisationnelle encore peu sensible au genre et à l'inclusion:** Seuls 19% du personnel considère que l'environnement de travail s'est amélioré pour les personnes marginalisées, et 30% estiment que ces enjeux sont discutés ouvertement.

Recommandations

Les recommandations présentées ci-après proposent des actions concrètes et coordonnées pour relever les défis identifiés par l'audit. Elles couvrent à la fois des mesures opérationnelles et stratégiques, incluant le renforcement des capacités du personnel de santé, l'amélioration de l'information et de la sensibilisation communautaire, ainsi que l'intégration systématique des approches de genre et d'inclusion sociale dans les politiques et programmes de vaccination. La mise en œuvre de ces différentes recommandations, y compris celles formulées au niveau communautaire, requiert l'implication des prestataires de santé ainsi que l'appui et l'endorsement des institutions et autorités sanitaires et communautaires afin d'en garantir l'efficacité et d'assurer la pérennisation des approches adoptées.

Aux niveaux des communautés (à réaliser dans les communautés afin d'améliorer la demande)

- **Messages adaptés:** Développer des stratégies de communication et de sensibilisation adaptées aux besoins spécifiques des parents, tels que les mères adolescentes et les jeunes mères, afin d'augmenter leur compréhension des bienfaits de la vaccination.
- **Horaires flexibles:** Rapprocher les séances de vaccination des lieux de travail des femmes et des familles agricoles et commerciales, ou les programmer à des heures plus convenables pour les parents, particulièrement les mères.
- **Stratégies éducatives:** Intégrer des stratégies éducatives sur la vaccination au sein des groupements de femmes et d'hommes.
- **Engagement des hommes:** Promouvoir des approches qui encouragent et valorisent le rôle des hommes dans les soins de santé familiaux, y compris leur implication active dans la vaccination des enfants et le soutien aux décisions en matière de santé.
- **Capacités des prestataires communautaires:** Renforcer les compétences des vaccinateurs et des relais communautaires par des formations et des incitations financières.
- **Plaidoyer auprès des leaders communautaires et religieux:** Sensibiliser les leaders religieux et communautaires des zones réfractaires pour une meilleure acceptation de la vaccination infantile.
- **Réseaux féminins:** Utiliser les associations formelles et informelles des femmes pour les sensibiliser sur l'importance de la vaccination des enfants.
- **Impliquer les hommes, les femmes et les couples** dans la sensibilisation à la vaccination infantile, tout en diffusant des messages sur les bienfaits des vaccins pour les individus et les familles, afin de promouvoir une meilleure santé et un bien-être accru pour l'ensemble de la famille et de la communauté.
- **Autonomisation économique des femmes:** Soutenir l'autonomisation économique des femmes pour lever, entre autres, les obstacles économiques à la vaccination des enfants.
- **Renforcement des services de proximité:** Multiplier les postes de santé, augmenter le nombre de prestataires de santé et de relais communautaires avec les ressources financières et techniques adéquates à leur disposition, et intensifier les séances de vaccination en stratégie avancée et mobile, particulièrement dans les zones rurales.



(Province de Tshopo, 1 March 2024. Crédit: Flowminder)



(Province de Tshopo, 1 March 2024. Crédit: Flowminder)

Au niveau institutionnel (MSPHPS/PEV) (à réaliser dans les institutions sanitaires afin d'améliorer l'offre pour renforcer la demande)

- **Stratégie d'intégration du genre:** Développer une stratégie d'intégration des approches inclusives et sensibles au genre dans les interventions de vaccination et dans l'environnement de travail, avec des ressources humaines et financières adéquates.
- **Élaborer un plan d'action, des indicateurs de performance et allouer des ressources humaines et financières** qui sont adéquates, soutenus par les bailleurs de fonds et partenaires pour assurer l'intégration des approches sensibles au genre et inclusives.
- **Recrutement équitable:** Exiger que les dimensions de genre soient explicitement prises en compte dans le recrutement et l'évaluation des compétences en matière d'équité en santé.
- **Parité dans les services de santé:** Adopter des actions pour améliorer la parité hommes-femmes parmi les prestataires de santé à tous les niveaux.
- **Renforcement des capacités:** Promouvoir la formation en continu du personnel sur les approches sensibles au genre, aux droits humains et à l'inclusion sociale, y compris faire de l'intégration des analyses de genre et d'inclusion un outil essentiel dans toutes les interventions de vaccination.



(Province de Maniema, 5 March 2024. Crédit: Flowminder)

(Province de Maniema, 5 March 2024. Crédit: Flowminder)

1. Introduction

1.1. Contexte de l’audit

La vaccination des enfants est la stratégie la plus rentable et durable pour prévenir les maladies évitables, protéger leur santé et leur bon développement.³ Cependant, les inégalités de genre, l’exclusion sociale et les disparités en matière de santé restent des obstacles à l’amélioration de la couverture vaccinale et à la réduction du taux de mortalité élevée en République démocratique du Congo (RDC), ainsi qu’à l’échelle mondiale.⁴ Les objectifs de développement durable (ODD) (3, 5, 10 et 14), le Programme pour la vaccination à l’Horizon 2030, et l’Initiative mondiale pour l’éradication de la poliomyélite (IMEP) reconnaissent que les inégalités de genre constituent un facteur déterminant des faibles taux de couverture vaccinale. Ces cadres mondiaux appellent les pays à prioriser l’intégration du genre et l’inclusion sociale dans les programmes élargis de vaccination (PEV) afin d’augmenter la couverture d’immunisation et la santé globale.⁵

Dans ce contexte, Flowminder apporte un appui technique au PEV du Ministère de la Santé Publique, Hygiène et Prévoyance Sociale (MSPHPS) de la RDC, dans le cadre de la mise en oeuvre du Fonds d’accélération de l’équité (FAE) en matière de vaccination pour la période allant de décembre 2023 à décembre 2025. Cet accompagnement vise à renforcer l’intégration des considérations de genre et d’équité dans les interventions de vaccination des enfants, en vue d’améliorer la couverture vaccinale. L’objectif global du financement Gavi FAE en RDC est de réduire de 35%, d’ici 2025, le nombre d’enfants zéro dose (EZD) dans le pays. Il est estimé que 19% d’enfants congolais âgés de 12 à 23 mois n’ont reçu aucune dose de vaccin contre la diphtérie, le tétanos et la coqueluche, avec des variations entre et au sein des provinces.⁶ Ce taux élevé d’enfants zéro dose constitue un obstacle majeur pour l’objectif fixé par le PEV, qui vise une couverture vaccinale pour 90% des enfants à l’échelle nationale.

Ce rapport présente les résultats de l’analyse des données de l’audit, mené par Flowminder, sur le genre et l’inclusion sociale dans les interventions de vaccination au sein de quatre provinces de la RDC, à savoir, le Kasai-Oriental, le Maniema, la Mongala, et la Tshopo. Il propose des recommandations pour intégrer des approches sensibles au genre, inclusives et équitables dans les interventions de vaccination en RDC afin de renforcer à la fois la demande et l’offre de services, et d’améliorer la couverture vaccinale infantile.

1.2. Domaines d’investigation principaux

L’audit a été structuré autour de deux principaux domaines d’investigation, complétés par une section de discussion et recommandations, présentant ainsi ce rapport comme suit:

- **PARTIE A (côté demande):** cette composante vise à identifier les déterminants sociaux de la santé liés aux inégalités de genre et à leurs intersections, qui contribuent au problème persistant d’enfants zéro dose (EZD) et sous-vaccinés (SV). L’analyse, centrée sur la demande, s’est focalisée sur des communautés mal desservies dans les quatre provinces ayant les taux les plus élevés d’enfants non-vaccinés, à savoir la Tshopo (83 000), le Maniema (61 000), le Kasai-Oriental (56 000), et la Mongala (50 000).
- **PARTIE B (côté offre):** Une évaluation institutionnelle dans les quatre provinces ciblées et au niveau central a également été conduite pour analyser la capacité, les pratiques, les politiques, et l’efficacité du MSPHPS/PEV et de leurs partenaires à prendre en compte les considérations de genre et d’équité dans la planification et la mise en oeuvre des services de vaccination.

3. UNICEF (2023).
4. Vidal Fuertes C. et al. (2023); Wendt et al (2022); voir aussi <https://immunizationevidence.org/subtopics/gender-inequity/>
5. AI 2030 (2021); OMS (2019a).
6. École de santé publique de Kinshasa (ESPK) (2022).

- **PARTIE C (Implications et recommandations):** La dernière section présente une discussion des implications des résultats issus des deux volets précédents et propose des recommandations stratégiques et concrètes pour le MSPHPS/PEV et ses partenaires multisectoriels. Celles-ci visent à renforcer l’intégration des approches sensibles au genre et à l’inclusion sociale pour surmonter les barrières structurelles et sociales liées aux inégalités de genre et à l’exclusion sociale en matière de santé et de vaccination en RDC.

1.3. Objectifs de l’audit

1.3.1. Objectif général

L’objectif principal de l’audit est de fournir des informations cruciales sur les barrières, tant à l’offre qu’à la demande, liées aux inégalités de genre et aux disparités en matière de santé et de vaccination infantile. L’audit vise également à formuler des recommandations visant à surmonter ces obstacles, en proposant des interventions et politiques de santé et de vaccination inclusives et équitables.

1.3.2 Objectifs spécifiques

1. Identifier les formes d’exclusion sociale et des disparités de genre en matière de santé et de vaccination qui contribuent aux faibles taux de couverture vaccinale infantile.
2. Identifier les facteurs sexospécifiques et intersectionnelles qui influencent les inégalités entre les parents et les autres personnes s’occupant des enfants de moins de cinq ans, et qui impactent la demande ainsi que l’accès aux services de vaccination en RDC.
3. Évaluer le degré de prise en compte des dimensions de genre, d’inclusion sociale et d’équité au sein du MSPHPS/PEV, aux niveaux opérationnel, programmatique et stratégique.
4. Formuler des recommandations stratégiques et opérationnelles visant à renforcer la sensibilité au genre, l’équité et l’inclusion sociale dans les politiques, programmes et pratiques de vaccination, afin d’améliorer durablement la couverture vaccinale.



(Province de Kasai-Oriental, 28 February 2024. Crédit: Flowminder)

2. Méthodologie

2.1. Cadres conceptuels de l'analyse

L'audit s'est appuyé sur une analyse de genre intersectionnelle, organisée autour de deux cadres conceptuels majeurs: celui adapté du guide ROSA de l'UNICEF (2019) et de l'Interaction (2010). Ces outils analytiques ont permis de définir les thématiques et les questions d'enquête qui ont orienté la méthodologie de l'audit. Ces cadres ont également guidé l'analyse, l'organisation et la corrélation des données recueillies, tant pour la rédaction du présent rapport que pour l'élaboration des recommandations..

2.1.1. Les approches de l'analyse des données de l'audit

Cet audit s'est focalisé sur les différentes parties prenantes impliquées dans la vaccination des enfants en RDC, en examinant à la fois la demande, représentée notamment par les parents et autres membres des communautés ciblées, et ainsi que l'offre, comprenant les acteurs de la vaccination, les institutions et les politiques responsables de la vaccination infantile.

2.1.1.1. Au niveau de la demande (communautaire)

L'approche intersectionnelle utilisée dans l'analyse à ce niveau permet d'identifier des enfants, des parents, des gardien(nes) d'enfants et des communautés les plus marginalisées en termes d'accès et d'utilisation des services de vaccination. L'objectif est d'analyser les facteurs contribuant à une faible couverture vaccinale dans les zones de santé ciblées des quatre provinces de l'audit.Cette approche permet également de comprendre les interactions entre le genre et d'autres déterminants sociaux de la santé, tels que l'âge, la situation économique, le niveau d'éducation, le lieu de résidence et l'emploi.

La matrice adoptée en vue de l'analyse intersectionnelle est conçue pour **organiser les données recueillies à partir d'une revue de la littérature ainsi que de recherches primaires et secondaires.**^{7,8} Ce cadre analytique, illustré en Figure 1, comprend cinq domaines, qui permettent de révéler les subtilités des dynamiques sociales liées au genre, détaillées ci-dessous:

1. Rôles et responsabilités
2. Accès aux ressources
3. Croyances et perceptions (normes informelles)
4. Besoins et priorités
5. Institutions, lois et politiques.

Les données de l'audit ont été systématiquement analysées selon les cinq domaines de la matrice pour identifier et comparer les positions sociales, les conditions de vie et les relations de pouvoir entre les femmes, les filles, les hommes, les garçons en s'appuyant sur les cinq domaines de la matrice d'analyse. Cette méthode a permis de comprendre l'interaction des différents facteurs aux niveaux individuel, communautaire, des ménages, et des établissements de santé. L'approche a également facilité l'évaluation des attitudes et des connaissances en matière de vaccination, ainsi que l'accès aux services de santé et les expériences des principaux responsables de la vaccination infantile au sein du système de santé. Par ailleurs, l'analyse a intégré les normes sociales et de genre, les rôles, relations, pouvoir décisionnel, ainsi que les différences sociodémographiques, conformément au cadre d'analyse adapté du guide ROSA de l'UNICEF.⁹

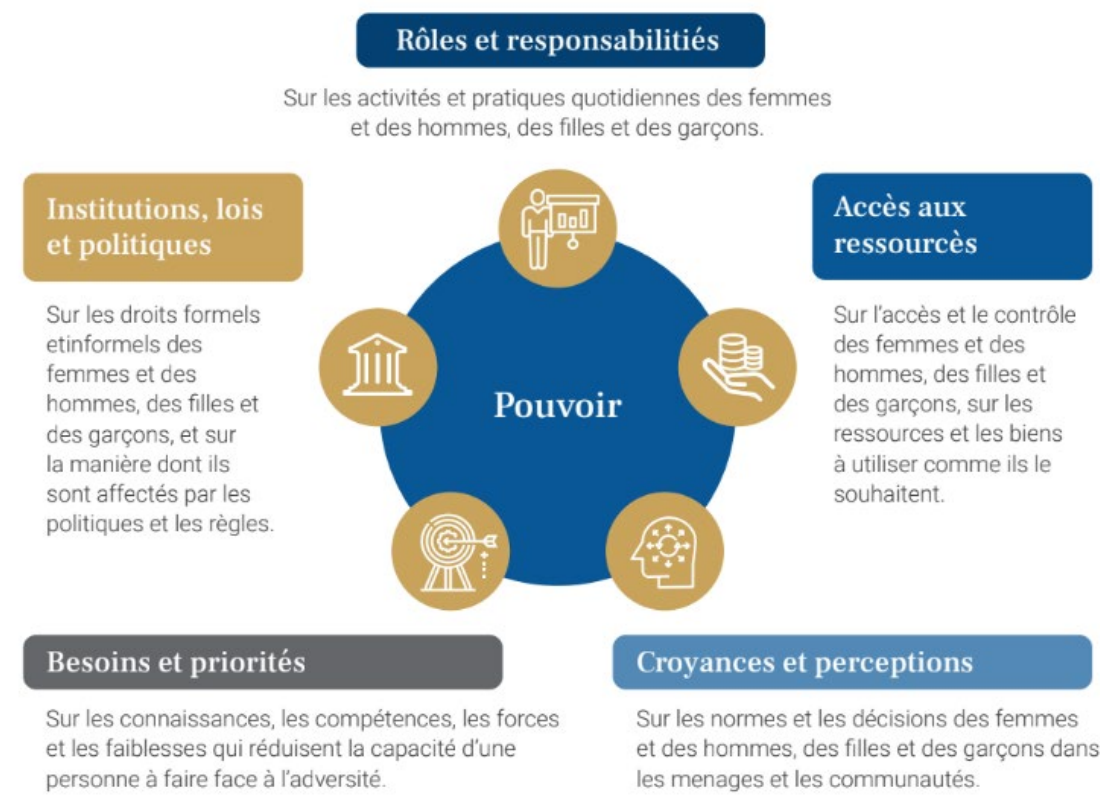


Figure 1 : Cadre adapté du guide ROSA de l'UNICEF (partie A)

2.1.1.2. Au niveau de l'offre (institutionnel)

L'évaluation institutionnelle de cet audit s'est focalisée sur le PEV, le MSPHPS et quelques organisations de la société civile (OSC). Elle a comporté **un examen de la littérature existante sur les politiques de vaccination, d'égalité de genre en RDC. Des entretiens et des groupes de discussions avec des informateurs clés** ont été également réalisés pour recueillir leurs perceptions et expériences quant à l'intégration du genre et d'inclusion sociale dans les interventions et stratégies de vaccination. Par ailleurs, des analyses de genre ont été appliquées pour évaluer l'état d'avancement de l'intégration des dimensions genre et équité.¹⁰

L'analyse institutionnelle s'est appuyé sur le cadre analytique et la théorie de changement d'intégration du genre de l'audit participatif de genre d'InterAction (2010), comme illustré dans la figure 2 ci-dessous.

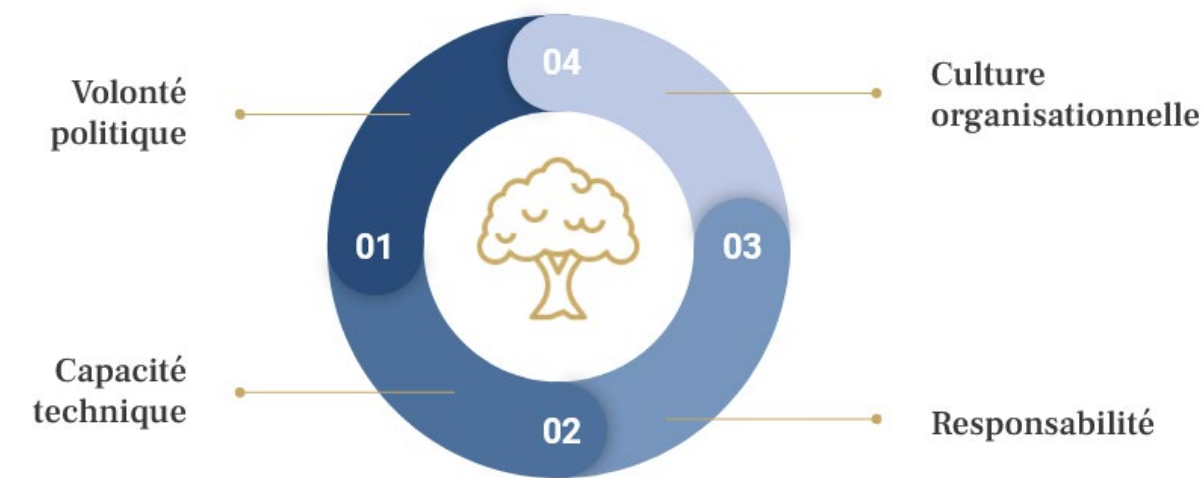


Figure 2 : Cadre analytique au niveau institutionnel (partie B)

7. https://www.unicef.org/rosa/media/12346/file_page_13

8. https://www.flowminder.org/media/sy4iklb0/grid3-m4h_112p_fr_guide-int%C3%A9gration-optique-genre-inclusive.pdf page 35

9. https://www.flowminder.org/media/sy4iklb0/grid3-m4h_112p_fr_guide-int%C3%A9gration-optique-genre-inclusive.pdf

10. L'intégration du genre pour les gestionnaires de santé (2011).

Conformément à ce cadre, assurer une prise en compte effective de la dimension de genre et favoriser l’inclusivité au sein d’une organisation requiert impérativement la reconnaissance des enjeux liés au genre et à l’inclusion sociale dans les quatre sphères suivantes:

1. Volonté politique: La manière dont les dirigeants utilisent leur position de pouvoir pour communiquer et démontrer leur soutien, leur leadership, leur enthousiasme et leur engagement en faveur de l’égalité des genres au sein de l’organisation.
2. Capacité technique: Le niveau d’aptitude, de qualifications et de compétences dont le personnel d’une organisation a besoin pour assurer une intégration efficace de la dimension de genre et d’inclusion sociale en vue d’améliorer la qualité des programmes. De plus, il est essentiel d’évaluer le degré d’institutionnalisation des processus organisationnels dédiés à la promotion de l’équité de genre et de l’inclusion sociale..
3. Responsabilité: Les mécanismes par lesquels une organisation détermine dans quelle mesure elle «joint le geste à la parole» en termes d’intégration de l’égalité de genre dans ses programmes ainsi que dans ses stratégies et structures organisationnelles.
4. Culture organisationnelle: Les pratiques, valeurs, règles implicites ou explicites, ainsi que les codes de comportement au sein d’une organisation qui soutiennent ou compromettent l’égalité de genre et l’inclusion sociale. Cela inclut, par exemple, les modes de relations interpersonnelles, les idées considérées comme acceptables, et les comportements attendus ou valorisés.¹¹

Ce cadre d’analyse a constitué la base pour l’évaluation de la littérature existante. Il a été également utilisé comme guide pour la formulation des outils d’enquête, incluant les questionnaires destinés au personnel et les guides de discussion, ainsi qu’à l’analyse des données recueillies.

2.2. Méthodes de recherche mixtes

La méthodologie repose sur une combinaison de méthodes qualitatives et quantitatives. Elle comprend une revue documentaire basée sur des sources secondaires, ainsi que la réalisation d’enquêtes primaires auprès des parents, des clients, autres acteurs communautaires clés, et des prestataires de santé. Toutes les données de l’audit ont été analysées en appliquant principalement le cadre participatif d’InterAction et la matrice intersectionnelle de genre adapté du guide ROSA de l’UNICEF, comme expliqué plus haut.

2.2.1. Revue de littérature et collecte des données secondaires

L’analyse de la littérature a servi plusieurs objectifs, notamment: i) fournir un socle initial de compréhension sur l’état de l’égalité de genre et de l’équité en matière de vaccination, en RDC et au niveau international; ii) orienter la priorisation des thématiques à intégrer dans les outils de collecte de données primaires; iii) mettre en perspective les résultats de l’enquête à la lumière de travaux existants; et iv) apporter un contexte supplémentaire aux résultats de l’analyse des données primaires.

La documentation de la revue de littérature a inclus entre autres les politiques sanitaires nationales et internationales, les directives en matière de vaccination, ainsi que des textes portant sur l’égalité de genre et sur l’équité. Elle a compris également des rapports, articles scientifiques (revus par des pairs), des études sectorielles abordant les questions d’égalité de genre, de santé primaire et de vaccination en RDC, ainsi que des données et indices issues d’enquêtes sur le genre, la santé et la vaccination des enfants (voir les références).

2.2.2. Collecte de données primaires

La seconde approche a consisté en la collecte de données primaires en combinant des outils quantitatifs (questionnaires), et qualitatifs (groupes de discussion (GD) et des entretiens individuels (EI)). Un accent particulier était mis sur la collecte d’informations socio-économiques, d’indicateurs d’exclusion sociale et de données liées au genre, ainsi qu’à son intégration, au sein des services de vaccination et dans les groupes de population sélectionnés.

La sélection des sites de collecte de données primaires s’est faite à plusieurs niveaux: central, provincial, opérationnel, et communautaire. Aux niveaux opérationnel et communautaire, l’échantillonnage a été limité à deux zones de santé par province, avec deux aires de santé par zone de santé, choisies, en collaboration avec le PEV, en fonction de leur faible leur couverture vaccinale et de leurs caractéristiques sociodémographiques (zones rurales et zones urbaines défavorisées).

2.2.2.1. Au niveau de la demande (communautaire)

Une session pilote a été menée à Kinshasa afin de tester les questionnaires destinés aux groupes de discussion, ainsi que l’utilisation de KoboCollect pour la collecte des données quantitatives au niveau communautaire. Cette démarche a permis d’ajuster certains éléments des outils et de mieux orienter la formation des enquêteurs avant leur déploiement sur le terrain.

Sur le terrain, les équipes de recherche se sont référées à l’outil d’analyse de l’inclusion sociale développé par Flowminder (2021) pour identifier les groupes les plus vulnérables, caractérisés par des contraintes d’accès et d’utilisation des services de vaccination dans les zones et aires de santé ciblées.¹² La sélection de ces participants de recherche a été effectuée en étroite collaboration avec les prestataires de santé et leaders des communautés, tels que les Médecins Chefs de Zones (MCZ) et les animateurs communautaires qui possèdent une connaissance approfondie des communautés sélectionnées.

Chaque participant a, en premier lieu, répondu à un questionnaire via un entretien individuel, puis invite à rejoindre un groupe de discussion correspondant à son profil (groupe de discussion entre femmes uniquement, entre hommes, entre adolescents, et entre adolescentes, entre leaders d’opinion, entre RECO). Les groupes de discussion ont été constitués selon une stratification par sexe, âge et groupe social. Les participants ciblés étaient des pères et des mères, des adolescents et adolescentes parents, des personnes responsables des enfants de 0 à 23 mois, ainsi que des relais communautaires et des leaders d’opinion.

Pour chaque province, une équipe de quatre chercheurs (deux hommes et deux femmes) a conduit les entretiens individuels et groupes de discussion. Une attention particulière a été accordée à la correspondance entre le sexe des chercheurs et celui des participants, afin de créer un climat de confiance et de favoriser des échanges ouverts et sincères. Les données quantitatives ont été recueillies à l’aide d’un questionnaire à choix multiples administré via l’application KoboCollect sur téléphone mobile. Les informations collectées via ces questionnaires ont compris entre autres des données sur les caractéristiques sociodémographiques des participants, ainsi que sur leurs connaissances, attitudes et comportements vis-à-vis de la vaccination des enfants. Pour faciliter les échanges, les guides de discussion de groupe ont été traduits en langues locales, notamment en Lingala, Swahili et Tshiluba.

Les données quantitatives collectées revêtent une importance cruciale pour quantifier les divers facteurs contribuant aux faibles taux de vaccination. Quant aux discussions de groupe, elles ont été structurées autour de questions ouvertes, alignées sur les cinq domaines et niveaux socio-écologiques définis dans la matrice d’analyse sélectionnée.

¹¹. <https://www.interaction.org/wp-content/uploads/2019/03/Gender-Audit-Handbook-2010-Copy.pdf>

¹². https://www.flowminder.org/media/sy4iklb0/grid3-m4h_112p_fr_guide-int%C3%A9gration-optique-genre-inclusive.pdf

Au niveau de la communauté, un total de 954 personnes ont participé à l'enquête. Parmi celles-ci, les données de 875 participants (dont 54% en milieu rural et 46% en milieu urbain) ont été retenues (voir tableau 1) pour les analyses. 79 participants ont été écartés des analyses des données quantitatives sur base du critère d'exclusion visant les adolescents et célibataires sans enfant.

Tableau 1. Nombre de répondant au niveau communautaire par province

Provinces	Personnes interviewés		Total	%
	Rural	Urbain		
Kasaï-Oriental	118	94	212	24.23%
Maniema	110	77	187	21.37%
Mongala	119	117	236	26.97%
Tshopo	122	118	240	27.43%
TOTAL	469 (54%)	406 (46%)	875	

Dans chaque province, trente-trois groupes de discussion ont été organisés avec des populations sélectionnées en milieu rural et urbain. Les groupes étaient composés soit d'adolescents (âgés de 15 à 19 ans) ou d'adolescentes (âgées de 15 à 19 ans), soit de femmes adultes (âgées de 20 à 49 ans) ou d'hommes adultes (âgés de 20 ans et plus). En outre, des groupes spécifiques ont été constitués pour les leaders d'opinion des communautés, les agents de santé communautaires tels que relais communautaires (RECO) et autres membres des comités de développement sanitaire (CODESA) et des comités d'animation communautaire (CAC) (hommes (H)/femmes (F)).

2.2.2.2. Au niveau de l'offre (institutionnel)

La collecte des données au niveau institutionnel s'est focalisée sur les acteurs impliqués dans les interventions et les stratégies de vaccination et de santé, principalement ceux du PEV, du Ministère de la Santé Publique, Hygiène et Prevoyance Sociale (MSPHPS). Elle a également inclus des entretiens avec des représentants des organisations de la société civile (OSC) locales qui mènent des activités communautaires et de santé dans les provinces et zones de santé cibles.

Les participants au niveau institutionnel ont partagé leurs connaissances, perspectives et expériences lors des entretiens individuels et des groupes de discussion guidés par des questions structurées. La sélection de ces participants a été réalisée par un échantillonnage délibéré, tenant compte des facteurs intersectionnels. Les questions et l'analyse ont été informées par le cadre participatif d'InterAction.

Comme pour la collecte des données au niveau communautaire, les participants ont d'abord répondu à un questionnaire lors d'un entretien individuel, avant de participer à un groupe de discussion (exceptionnellement, au niveau central, les participants n'ont pris part qu'à l'entretien individuel). La collecte des données quantitative a été également effectuée à l'aide de KoboCollect sur téléphone mobile.

Les questions posées aux participants visaient à évaluer la compréhension, les attitudes, les perceptions et les comportements déclarés du personnel au sein de leur organisation. L'analyse des résultats s'est appuyée sur les quatre dimensions du cadre participatif d'InterAction pour l'intégration du genre et de l'inclusion sociale, à savoir la volonté politique, la capacité technique, la culture organisationnelle et la responsabilité. Par ailleurs, le questionnaire individuel destiné au personnel a été administré de manière semi-aléatoire, en assurant, autant que possible, une parité hommes-femmes et une représentation des niveaux de leadership, des équipes administratives, des finances et de la programmation aux niveaux central, provincial et opérationnel.

Dans l'ensemble, les données collectées ont été analysées à l'aide de méthodes univariées et bivariées, afin de faire ressortir les tendances et les écarts dans les connaissances et l'expérience du personnel, ainsi que les disparités entre les femmes et les hommes. Cette approche méthodologique rigoureuse a permis de dégager des informations pertinentes pour mieux comprendre les dynamiques de genre et d'équité au sein des organisations concernées, et ainsi orienter des actions concrètes en faveur de leur intégration dans le système de santé. Les données primaires et secondaires se sont complétées pour offrir une vue d'ensemble des défis liés au genre dans le domaine de la vaccination, ainsi que des opportunités et des pistes d'amélioration en vue d'une couverture vaccinale plus équitable.

2.2.2.3. Synthèse des participants au niveau communautaire et institutionnel

Au niveau communautaire et institutionnel, 1,115 personnes ont participé aux recherches primaires de cet audit, soit 453 femmes (41%) et 662 hommes (59%), après l'application du critère d'exclusion.

Tableau 2. Répartition des participants aux discussions de groupe et Els par sexe et par province (niveau communautaire et institutionnel)

Provinces	Discussions de groupe et entretiens individuels (ensemble des participants au niveau communautaire et institutionnel)		Total
	Femmes	Hommes	
Kasaï-Oriental	113	156	269
Maniema	101	145	246
Mongala	122	173	295
Tshopo	115	186	301
Kinshasa	2	2	4
TOTAL	474 (41%)	706 (59%)	1 115

2.3. Considérations éthiques

Lors de la collecte de données primaires, les enquêteurs ont veillé à obtenir le consentement éclairé des participants, attesté par la signature du formulaire dédié. Chaque participant a été informé de manière claire sur les objectifs de l'étude, la nature volontaire de sa participation, son droit de refuser de répondre à certaines questions, la confidentialité assurée de ses propos, l'usage prévu des données collectées et la durée estimée de l'entretien ou de la discussion. Ces informations ont été lues ou expliquées au début de chaque session.

Une autorisation spécifique a également été demandée pour la prise de photographies et les enregistrements audio des discussions. Enfin, toutes les données recueillies ont été anonymisées afin de préserver l'identité et la vie privée des participants.

2.4. Limitations de l’audit

Cet audit présente certaines limites, tant dans ses volets quantitatif que qualitatif.

L'approche qualitative adoptée pour les consultations participatives, combinée à une méthode de sélection non aléatoire des participants, limite la possibilité de généraliser les résultats à l'ensemble de la population, en raison de biais potentiels.

Biais liés à une interprétation et compréhension inexactes du questionnaire: Bien que les questionnaires aient été traduits dans la langue locale et expliqués pendant les séances de briefing des équipes de recherche, un risque de mauvaise interprétation des questions ou d'assimilation incomplète persiste. Par ailleurs, certains questionnaires incomplets ne permettent pas de déterminer si les questions ont été mal comprises, mal posées, ou simplement jugées non pertinentes par les participants (par exemple, l'absence perçue d'obstacles à la vaccination)..

Biais liés à la présence d'observateurs: Certains participants ont peut-être fourni des réponses socialement souhaitables par crainte du jugement ou du regard des autres, notamment lors des discussions de groupe. Par ailleurs, dans certaines aires de santé, la présence du personnel du centre de santé a pu influencer la disposition et la liberté des participants à exprimer leurs véritables opinions sur le système de soins de santé.



(Province de Tshopo, 1 March 2024. Crédit: Flowminder)



Partie A | Résultats au niveau de la demande

La partie A de l’audit présente un profil détaillé des caractéristiques sociodémographiques des participants, offrant ainsi une compréhension approfondie de la population étudiée. Elle examine également les déterminants sociaux de la santé, en analysant leur interaction complexe avec d’autres facteurs structurels, tels que les barrières spécifiques à la vaccination, et la manière dont ces éléments combinés influencent l’accès et l’utilisation des services de santé et de vaccination.

En outre, cette première section intègre une analyse intersectionnelle des normes, rôles et responsabilités, en s’appuyant sur une matrice analytique pour une évaluation approfondie des données qualitatives et quantitatives recueillies. Dans l’ensemble, la partie A met en lumière les dynamiques sous-jacentes qui lient les déterminants sociaux de la santé ainsi que les facteurs de genre et d’exclusion sociale à la non-vaccination ou à la sous-vaccination des enfants, fournissant ainsi une perspective globale et nuancée des causes profondes des disparités en matière de couverture vaccinale.

3. Caractéristiques sociodémographiques des participants au niveau communautaire

La collecte des données primaires réalisée dans le cadre de cet audit a permis d’enquêter auprès de 954 personnes issues des différentes communautés cibles. Pour l’analyse quantitative, 79 participants ont été retirés de l’échantillon en raison de leur non-conformité au critère d’inclusion. Le tableau 3 ci-dessous fournit les caractéristiques sociodémographiques des personnes interviewées au niveau communautaire.

Sur les 875 participants retenus, les hommes (57%) sont prédominants comparés aux femmes (43%). Cela pourrait s’expliquer par le fait que la plupart des femmes, engagées dans des activités génératrices de revenus pour subvenir aux besoins de leur foyer (par exemple les petits commerces ou l’agriculture), n’étaient pas disponibles pour participer à l’enquête, notamment dans la Tshopo et la Mongala. 74% des participants sont mariés, et 93% ont un statut de résidents dans les quatre provinces étudiées. Une faible proportion de déplacés (3%) et de retournés (4%) a été enregistrée dans les quatre provinces, et 11% des participants ont reconnu être en situation de handicap. Dans l’ensemble, la tranche d’âge 15-19 ans représente le groupe le plus nombreux parmi les participants, avec 27 %.

La majorité de la population étudiée présente un niveau d’instruction secondaire (51 %), et les agriculteurs sont largement représentés représentant 39 % des hommes et 33 % des femmes, tandis que 54 % des participants vivent en milieu rural.

Tableau 3. Caractéristiques sociodémographiques

	Kasaï-Oriental	Maniema	Mongala	Tshopo	Total (/%)
Sexe					
Femme	48%	44%	42%	39%	43%
Homme	52%	56%	58%	61%	57%
Tranche d'âge					
15 à 19 ans	25%	18%	32%	32%	27%
20 à 24 ans	7%	11%	2%	10%	8%
25 à 29 ans	12%	11%	8%	18%	12%
30 à 34 ans	10%	11%	9%	10%	10%
35 à 39 ans	12%	15%	16%	11%	13%
40 à 44 ans	8%	11%	9%	6%	9%
45 à 49 ans	25%	23%	24%	13%	21%
État civil					
Marié(e)	94%	84%	76%	48%	74%
Divorcé(e)	1%	5%	5%	3%	3%
Séparé(e)	3%	8%	6%	10%	7%
Veuf / ve)	1%	2%	3%	3%	2%
Célibataire	1%	2%	11%	30%	12%
Autres	0%	0%	0%	5%	1%
Moyenne nombre d'enfants					
Moyenne nombre d'enfant	4	3	4	4	4 x
Niveau d'étude					
Non lettré	24%	7%	2%	20%	14%

Primaire	32%	18%	22%	15%	22%
Secondaire	35%	60%	71%	37%	51%
Universitaire	6%	12%	5%	11%	9%
Formation technique	3%	1%	0%	16%	5%
Profession					
Agriculteur/trice	37%	28%	36%	42%	36%
Commerçant/e	14%	9%	6%	19%	12%
Fonctionnaire	5%	4%	3%	6%	5%
Ouvrier/ière	2%	1%	3%	5%	3%
Profession libérale	0%	0%	1,2%	0,4%	0,46%
Étudiant(e)	4%	4%	4%	4%	4%
Sans emploi	11%	17%	22%	12%	16%
Travailleur/euse indépendant/e	12%	3%	3%	4%	5%
Enseignant(e)	3%	9%	10%	5%	7%
Artisan(e)	1%	0%	5%	1%	2%
Employé(e) de bureau	1%	0%	0%	0%	0,2%
Militaire / Police	0%	0%	0,4%	1%	0,3%
Autre	9%	24%	7%	1%	10%
Origine ethnique					
Autochtone	76%	91%	74%	74%	78%
Non autochtone	24%	9%	26%	25%	22%
Statut social					
Déplacé(e)	7%	2%	2%	3%	3%
Résidant(e)	92%	97%	96%	85%	93%

Retourné(e)	1%	1%	2%	11%	4%
Réfugié(e)	0%	0%	0%	0,4%	0,1%
Type de territoire Zone Santé					
Urbain	44%	41%	50%	49%	46%
Rural	56%	59%	50%	51%	54%
En situation de handicap					
Oui	7%	16%	8%	16%	11%
Non	93%	84%	92%	75%	86%
Pas de réponse	0%	0%	0%	10%	3%

4. Le contexte socio-économique et politique de la RDC

Avec un indice de développement humain particulièrement faible (171^e sur 193 en 2023)¹³, la RDC figure parmi les pays présentant les plus fortes inégalités en matière de genre, se classant 162^e sur 172 pays selon l'indice d'inégalité de genre (IIG, 2023).¹⁴ Le système de santé du pays, tout comme les conditions de vie des populations, demeure affecté par l'instabilité socio-économique et politique, ainsi que par des conflits récurrents. Dans ce contexte, l'accès des enfants congolais aux services de santé et d'éducation est très limité.¹⁵ La RDC a, en effet, l'un des taux de mortalité infantile les plus élevés au monde (60 décès / 1 000 naissances vivantes).¹⁶ Selon l'UNICEF, dans les communautés et les pays les plus défavorisés et marginalisés, un enfant de moins de cinq ans sur cinq n'est pas vacciné.¹⁷

Gavi définit un enfant zéro dose comme enfant n'ayant reçu aucune dose de vaccin contre la diphtérie, le tétanos et la coqueluche.¹⁸ En RDC, 19 % des enfants âgés de 12 à 23 mois appartiennent à cette catégorie¹⁹, plaçant le pays parmi les vingt nations ayant le plus grand nombre d'enfants zéro dose au monde. Cette situation est exacerberée par la récurrence d'épidémies de maladies évitables par la vaccination, telles que la poliomyélite, la rougeole et la fièvre jaune.²⁰ Par ailleurs, les disparités en matière de vaccination, qui contribuent aux faibles taux de couverture observés à l'échelle nationale, varient sensiblement selon les provinces et les groupes de population.²¹ **Les quatre provinces concernées par le présent audit figurent parmi les plus touchées, avec un nombre particulièrement élevé d'enfants zéro dose: la Tshopo (83 000), le Maniema (61 000), le Kasai-Oriental (56 000), et la Mongala (50 000).**

5. Défis généraux à la vaccination des enfants dans les provinces ciblées

Cette section explore les barrières d'ordre général que les participants ont identifié comme limitant la vaccination des enfants dans leurs communautés. Il convient de rappeler que la vaccination des enfants est entravée par une multiplicité de facteurs interconnectés, y compris les normes sociales qui impactent les attitudes à la vaccination. Les témoignages des participants dans cette section illustrent clairement cette complexité. Ces facteurs sont apparents dans les conditions de vie et de travail quotidiennes, et influencent de manière significative, tant positivement que négativement, la santé et le bien-être des populations, par divers mécanismes.

Le tableau 4 ci-dessous illustre les différents défis auxquels sont confrontées les personnes au niveau de la communauté, en particulier les mères qui accompagnent le plus souvent les enfants à la vaccination. Les répondants pouvaient sélectionner plusieurs options parmi les défis rencontrés. Les résultats, présentés ici par ordre décroissant de fréquence, montrent: la crainte des effets secondaires (65%), l'éloignement des centres de santé (48%), les ressources financières limitées (36%) , les rumeurs ou la mauvaise information sur les vaccins et leurs avantages (34%), la résistance culturelle ou religieuse à la vaccination (20%) ainsi que le manque de confiance envers les prestataires de soins (16%).

Tableau 4. Les principaux défis auxquels sont confrontés les personnes qui accompagnent le plus souvent les enfants pour les faire vacciner

Défis	Homme (%)	Femme (%)	Total % des réponses par défis
Craintes concernant les effets secondaires des vaccins	65%	64%	65%
Difficultés liées à la distance et aux transports	53%	40%	48%
Manque de moyens financiers pour se rendre aux centres de santé	39%	31%	36%
Manque d'informations sur les vaccins et leurs avantages	40%	26%	34%
Résistance culturelle ou religieuse à la vaccination	24%	15%	20%
Manque de confiance envers les professionnels de santé ou les services de vaccination	20%	10%	16%

Dans les groupes de discussion, la plupart des participants ont confirmé que les parents manquaient les séances de vaccination de leurs enfants en raison de multiples facteurs: ne pas savoir, être trop occupé, renoncer au choix ou abandonner en raison d'un trop grand nombre d'obstacles, ou tout simplement refuser en raison d'un facteur principal tels que la crainte des effets secondaires ou des croyances religieuses.

13. UNDP, Human Development Insights: <https://hdr.undp.org/data-center/country-insights#/ranks>

14. UNDP, Gender Inequality Index (GII): <https://hdr.undp.org/data-center/thematic-composite-indices/gender-inequality-index#/indicies/GII>

15. World Bank, DRC Overview <https://www.worldbank.org/en/country/drc/overview>

16. INS (2019) Enquête par grappes à indicateurs multiples, 2017-2018, rapport de résultats de l'enquête. Kinshasa, République Démocratique du Congo.

17. UNICEF (2023) La situation des enfants dans le monde, 2023. Pour chaque enfant, la vaccination: https://www.who.int/fr/health-topics/vaccines-and-immunization#tab=tab_1

18. Gavi: Comprendre la problématique des enfants zéro dose (2022): <https://www.gavi.org/fr/vaccineswork/comprendre-problematique-enfants-zero-dose>

19. École de santé publique de Kinshasa (ESPK) (2022) <https://espskinshasa.net/apport-de-lenquete-de-couverture-vaccinale-ecv-chez-les-enfants-de-6-23-mois-en-rdc-deja-disponible/>

20. Ministère de la Santé Publique de RDC. (2018) ; Ishoso et al (2023).

21. INS (2019) ; étude de l'UNICEF sur l'équité (2019).

Cette section se focalise sur les barrières principales en lien avec les résultats présentés dans le tableau 4 ci-dessus, regroupés de la manière suivante:

- Les effets secondaires
- Difficultés liées à la distance
- Les rumeurs, la méfiance et les croyances religieuses et culturelles
- La qualité des services de santé

5.1. Effets secondaires: une barrière majeure à la vaccination des enfants

Dans les groupes de discussion, plusieurs parents ont souligné qu’après la vaccination, il arrive fréquemment que les enfants présentent des manifestations post-vaccinales telles que la fièvre ou une gêne importante, les poussant parfois à pleurer toute la nuit. Le manque d’information sur les manifestations post-vaccinales indésirables (MAPI), renforcé par une prise en charge insuffisante de ces effets secondaires, contribue, selon plusieurs participants, à dissuader certains parents de poursuivre le calendrier vaccinal de leurs enfants

Cette préoccupation est partagée à la fois par les hommes (65%) et par les femmes (64%), illustrant que la crainte des effets secondaires constitue une inquiétude commune au sein des ménages. Toutefois, les femmes, souvent en première ligne pour s’occuper des enfants malades, en supportent davantage la charge émotionnelle et les conséquences pratiques. Par ailleurs, l’analyse désagrégée des données montre que 80% des participants issus des zones rurales ont cité la crainte des effets secondaires comme un obstacle à la vaccination, contre 48% dans les zones urbaines, soulignant ainsi des disparités selon le type de zone de santé.

Selon les provinces, cette barrière est rapportée par 58% des participants au Kasai Oriental, 71% au Maniema, 67% dans la Mongala et 62% dans la Tshopo. Cette perception de barrière a également été confirmée par les prestataires de santé et les représentants des organisations de la société civile consultés.

Voix des participant(e)s

“Je n’aime pas donner le vaccin à mon enfant parce qu’après un mois cela le dérange, et l’enfant commence à boiter,’ il arrive que juste après la vaccination, l’enfant vacciné devient infirm”

(GD, hommes, Zone de santé de Binga, Mongala).

Voix des participant(e)s

“La maladie, ça donne de la fièvre aux enfants. Il y a la barrière car l’enfant pleure beaucoup, ça lui donne la fièvre, je n’amène pas l’enfant; Pour les nouveaux nés, après la vaccination [au niveau de la cuisse], il n’y a pas moyen de le toucher là, ça lui donne la fièvre c’est pour ça que je ne l’amène plus à la vaccination”

(GD, adolescentes, aire de santé de Pont Lindi, Tshopo)

“La mauvaise compréhension sur les effets secondaires. Après la vaccination, l’enfant fait la fièvre; à la prochaine séance, la maman de cet enfant va dire au vaccinateur que votre vaccin rend mon enfant malade, puis elle va même inciter les autres mamans; et cela va créer une résistance du côté parents”

(GD, hommes, aire de santé de Tshikama 1, Kasai-Oriental)

“En grande partie c’est à cause des effets secondaires, vraiment cela constitue un problème majeur ici chez nous qui nécessite une solution d’urgence”

(GD, adolescents, zone de santé de Kailo, Maniema)

5.2. Distance et accès au centre de santé : un défi persistant pour la vaccination infantile

La politique de santé de la RDC préconise que les centres de santé soient situés à moins de trois kilomètres des communautés afin de garantir un accès équitable aux services essentiels. Cependant, la réalité observée sur le terrain révèle un écart considérable entre cette norme et la situation vécue par les populations. Au cours de cet audit, certains participants ont indiqué qu’ils résidaient à plus de 8 km du centre de santé le plus proche. Dans les zones rurales, 18% des participants ont signalé cette distance (contre moins de 1% des participants en zones urbaines). En revanche, 44% des participants en milieu urbain ont déclaré vivre à moins de 1 km d’un centre de santé, contre seulement 10 % dans les zones rurales (Fig. 3). Cette différence met en évidence que l’obstacle de la distance est plus prononcé en milieu rural, où vit 70% de la population congolaise.

L’éloignement des établissements de santé réduit l’accès aux services de santé et de vaccination. En effet, il est reconnu que les ménages disposant d’un centre de santé à proximité sont plus susceptibles d’avoir des enfants complètement vaccinés, la proximité facilitant la régularité des visites et le respect du calendrier vaccinal.²²

22. Acharya P, et al. (2018 : 1).

Les discussions des groupes menées dans les quatre provinces ont également confirmé la corrélation entre la distance au service de vaccination, l'accès à ces derniers et leur utilisation, notamment en milieu rural. A Kailo, une zone rurale du Maniema, les participants ont souligné que la distance entre certains ménages et les centres de santé constitue un obstacle, en particulier pour les familles à faibles revenus. Ces dernières ne disposent pas des ressources financières nécessaires pour se déplacer, et les frais de transport sont un fardeau supplémentaire. Dans certains villages, comme le village de Losa dans la zone de santé rurale de Mukumbi, au Kasai-Oriental, les hommes et les adolescents ont souligné que le centre de santé le plus proche offrant les services de vaccination se trouvait à environ 15 km de leur aire de santé de Katekelayi. Aucun poste de santé n'est implanté à proximité du village, et les séances de vaccination mobile y sont rares. Dans la Mongala, certains parents doivent parcourir jusqu'à 20 km en pirogue pour atteindre un centre de vaccination. Cette contrainte est particulièrement défavorable pour les personnes en situation de handicap vivant dans les zones rurales, pour qui la mobilité représente un défi supplémentaire.

Ces disparités d'accès se reflètent directement dans les comportements de recours à la vaccination. 74% des participants indiquent avoir fait vacciner leur enfant; en milieu urbain, 83% des participants ont déclaré cela, contre 66% en milieu rural. Ces résultats corroborent les disparités relevées dans les données de l'Institut National de la Statistique (INS, 2019), selon lesquelles 25% des enfants vivant en milieu rural n'avaient reçu aucune vaccination, contre 13% en milieu urbain²³.

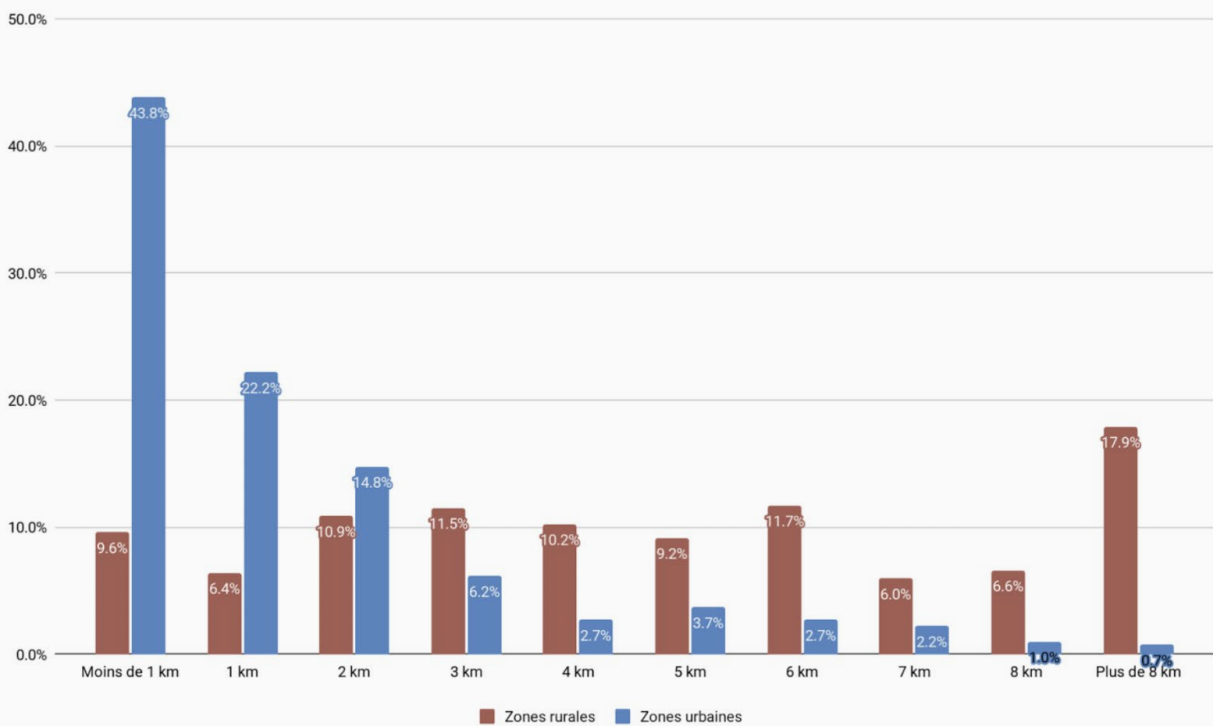


Figure 3 : Distance entre le lieu de résidence et le centre de santé

Voix des participant(e)s

“La distance est une barrière pour la femme. Elle ne peut pas faire 10 kilomètres pour chercher le vaccin, il y a la rupture à chaque fois”

(GD, PdS, BCZ, Tshopo)

“Oui, la distance est un grand problème, car il y a d’autres personnes qui quittent les villages faisant 20 km d’ici par la pirogue”

(GD, leaders d’opinions, Zone de santé de Binga, Mongala)

“Les riverains qui sont trop éloignés du centre de santé ont des difficultés à faire vacciner leurs enfants”

(GD de femmes et GD d’adolescentes, Zone de santé de Binga, Mongala)

“La distance aussi est un autre problème, pas de moyen pour atteindre les personnes dans les campements et autres villages distants”

(GD, Adolescents, Zone de santé de Kailo, Maniema)

“La distance pour moi constitue une barrière car le centre de santé est situé loin de là où j’habite”

(GD d’adolescentes de l’aire de santé de Tshikama 1, Kasai-Oriental)

“Si le centre de santé est loin, la population qui est éloignée doit traverser la rivière. Quand il pleut, leurs enfants ratent souvent les séances de vaccination”

(GD d’hommes de l’aire de santé de Tshikama 1, Kasai-Oriental)

“La zone en conflit pose problème. Souvent c’est difficile à vivre parce que chaque famille cherche à se protéger. La population se déplace à chaque fois et cherche à s’adapter dans un autre milieu, et ce n’est pas facile. Certaines familles oublient les carnets de vaccination de leurs enfants.”

(GD, PdS, BCZ, Tshopo)

23. INS (2019) Enquête par grappes à indicateurs multiples, 2017-2018

5.3. Barrière liée aux rumeurs, méfiance et croyances: quand les perceptions limitent la vaccination des enfants

Dans l'ensemble, 20% des participants au niveau communautaire ont identifié les croyances religieuses ou culturelles comme une barrière importante. Cependant, des divergences apparaissent selon les catégories de participants. Les données révèlent, par exemple, que cette résistance est plus marquée chez les hommes (24 %) que chez les femmes (15%), suggérant que les normes culturelles et religieuses influencent différemment les perceptions et décisions liées à la vaccination selon le genre.

Au Kasai-Oriental, où 22 % des répondants ont cité cette barrière, les discussions de groupe ont révélé que cet obstacle était principalement évoqué par les adolescents, filles et garçons, vivant en milieu rural. Dans la Tshopo, où 14 % des participants ont mentionné cette barrière, ce sont surtout les adolescents garçons en milieu rural qui l'ont soulevée, tandis qu'en milieu urbain, elle était rarement évoquée par les adolescents, les hommes ou les leaders communautaires. Au Maniema, avec 26 % des réponses, les croyances religieuses et culturelles ont été citées cet obstacle à la vaccination par un plus grand nombre de femmes, d'hommes et de leaders communautaires en milieu urbain qu'en milieu rural. Enfin, dans la Mongala, où cette barrière a été mentionnée par 21 % des participants, elle n'a pas été soulevée lors des discussions communautaires, mais a été signalée par les prestataires de santé et les représentants des organisations de la société civile comme l'un des obstacles persistants à la vaccination.

L'existence de certaines religions qui découragent leurs fidèles de recourir à la vaccination et aux soins de santé modernes contribue à la persistance de cette barrière liée aux croyances religieuses. Parmi ces religions, on compte les BA Baba, les Mufumishi, les Branhamistes au Kasai-Oriental, ainsi que les Témoins de Jéhovah, les Apostolos, les Étoiles, les Katakatas, les Kitawalas, les Yopa, les Kituo, et des musulmans dans le Maniema et la Tshopo. Selon certaines de leurs croyances, les produits naturels, notamment l'huile de palme, contiennent des vertus curatives et spirituelles nécessaires pour résoudre et prévenir tous les maux, et seul Dieu peut opérer des miracles.

Les rumeurs néfastes à la vaccination des enfants dans ces provinces englobent les croyances telles que la vaccination pourrait entraîner à la mort ou rendre gravement malade, ou encore que les vacinateurs seraient incompetents et feraient du mal aux enfants, incitant ainsi à la méfiance. Au Maniema, les hommes ruraux âgés de 20 ans et plus étaient les plus nombreux à mentionner ces rumeurs, suivis par les adolescentes et femmes rurales. Dans la Tshopo et au Kasai-Oriental, certains participants ont exprimé des idées selon lesquelles »l'homme blanc [avait] créé les vaccins pour raccourcir la durée de vie de l'homme noir sur la terre » ou encore qu' »ils mettent une puce qui contrôle le fonctionnement de l'organisme de l'homme enfin que ce dernier soit limité en termes de pensée ». Par ailleurs, dans le Maniema, les groupes armés, tels que les milices Mai-Mai, découragent la vaccination en affirmant que les vaccins ne sont pas appropriés pour la protection du corps. Toutes ces rumeurs alimentent une méfiance profonde à l'égard de la vaccination des enfants dans ces communautés.

Voix des participant(e)s

“Certains responsables de sectes ou leaders religieux influencent leurs fidèles à ne pas vacciner les enfants de la communauté, par exemple l'inomiste, le bongola motema, le témoin de Jéhovah. Certains parents par conséquent refusent de faire vacciner leurs enfants sans raison le vaccin. C'est pour ça, qu'il faut l'implication de la communauté pour briser ces obstacles”

(GD, PdS, BCZ, Tshopo)

“Témoins de Jéhovah, secte Postolo, ils restent fidèles à leur foi que c'est Dieu qui protège et s'il veut que tu meures, tu mourras”

(GD, leaders d'opinion, Kindu, Maniema)

“La religion peut aussi être une barrière, il y a des parents qui sont dans les églises Kitawala ou les témoins de Jéhovah qui refusent de faire vacciner les enfants sans raison ou parfois avec raison”

(GD, adolescents, aire de santé de Boyoma, Tshopo)

“Il y a beaucoup d'églises de Saint-Esprit qui refusent le vaccin, Il y a les babas (adeptes d'une secte) qui refusent que leurs enfants soient vaccinés”

(GD, hommes, aire de santé de Tshikama 1, Kasai-Oriental)

5.4. Défis liés à la qualité des services de santé et de vaccination

Les facteurs de qualité, d'acceptabilité, et d'abordabilité des services de santé peuvent dissuader les parents d'emmener leurs enfants pour la vaccination des enfants. Presque une mère sur trois en RDC n'a pas complètement vacciné, voire pas du tout vacciné ses enfants, en raison de problèmes liés à la qualité, la disponibilité et l'accessibilité financière des services de santé.²⁴

Dans les quatre provinces cibles, les ruptures de stocks ont été identifiées comme l'un des principaux obstacles à la vaccination des enfants dans les groupes de discussions au niveau communautaire, tant en milieu urbain qu'en milieu rural. En effet, ces ruptures de stock de vaccins figurent parmi les dix principales raisons évoquées par les parents dans les quatre provinces de cet audit.²⁵ Par ailleurs, certaines structures de santé ne disposent pas de chaîne de froid adéquate, compliquant la conservation des vaccins et entraînant le report des séances de vaccination.

24. ESPK (2022).

25. ESPK (2022).

Dans une perspective d’analyse intersectionnelle, lors des groupes de discussions, de nombreux participants ont expliqué que les mères peuvent renoncer à faire vacciner leurs enfants suite aux multiples responsabilités quotidiennes qui les surchargent. Toutefois, lorsqu’elles parviennent à se rendre aux séances de vaccination, elles sont parfois confrontées à de longues attentes ou à des ruptures de stock. **Ces expériences liées à une qualité de service insuffisante découragent certaines mères et les amènent à abandonner le processus de vaccination de leurs enfants.**

Cette barrière liée à la qualité du service, concernant le manque de confiance envers les professionnels de santé ou les services de vaccination, était citée par 16% des participants. Cette perception est particulièrement marquée chez les hommes (20%), soit le double du pourcentage observé chez les femmes (10%).

5.4.1. **Carnet de vaccination: outil stratégique pour la vaccination, possession disparate**

La possession d’un carnet de vaccination constitue un indicateur clé pour la vaccination des enfants, puisqu’il permet aux parents de connaître le statut vaccinal de leurs enfants. Ce document fournit des informations essentielles tant sur les vaccins reçus que sur ceux restant à administrer, facilitant ainsi un suivi adéquat du calendrier vaccinal des enfants.

En effet, de nombreux participants aux groupes de discussions ont souligné que le calendrier vaccinal inscrit dans les carnets de vaccination représente une source d’information importante pour rappeler aux parents, et aux mères en particulier, de faire vacciner leurs enfants. 61% des participants ont indiqué avoir un carnet de vaccination pour leur enfant.

Toutefois, ces carnets ne sont pas toujours accessibles aux parents dans les centres de santé. 30% des participants ont déclaré ne pas disposer de carnet de vaccination, et 9% ignoraient si leur ménage en possédait un. La possession de ce document varie significativement selon les provinces : 78% au Kasai-Oriental, 73% au Maniema, 57% dans la Mongala et 42% dans la Tshopo (Tab. 5). Cette disparité se reflète également selon le type de zone de résidence : en milieu rural, 39% des participants déclarent ne pas posséder de carnet de vaccination, soit près du double du taux observé en milieu urbain (20%).(Fig. 4).

En termes de genre, les différences sont relativement faibles : 32% des femmes ont répondu ne pas posséder de carnet, contre 29% des hommes, tandis que 61% des femmes et 61% des hommes ont déclaré en posséder un. Par ailleurs, 6 % des femmes et 10 % des hommes ne savent pas s’ils disposent d’un carnet de vaccination pour leur enfant. Ces résultats indiquent que la possession du carnet de vaccination n’est pas fortement influencée par le genre. L’absence de ce document dans un ménage constitue une barrière importante pour le suivi du calendrier vaccinal.

Tableau 5. Taux de possession de carnet de vaccination par province

	Kasai-Oriental	Maniema	Mongala	Tshopo	Total
Oui	78%	73%	57%	42%	61%
Non	21%	23%	37%	37%	30%
Je ne sais pas	1%	4%	6%	21%	9%

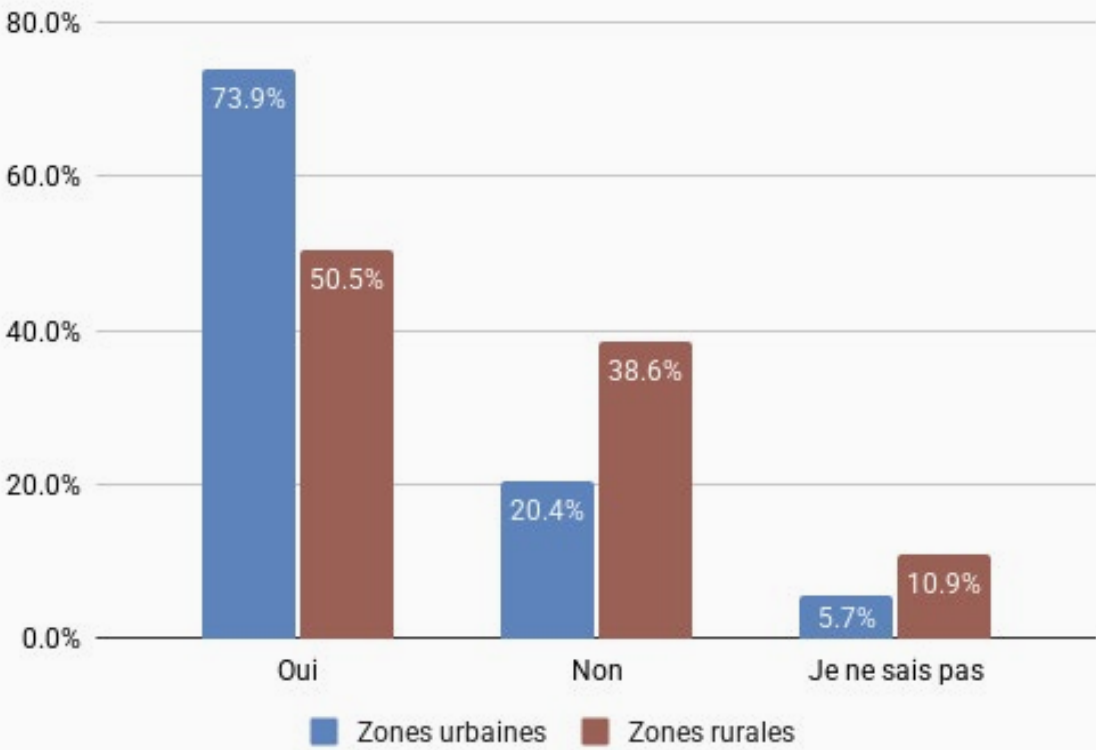


Figure 4 : Taux de possession de carnet de vaccination par type de zone de santé

Voix des participant(e)s

- “Oui, on a un peu ces difficultés. Il arrive des fois que les mamans viennent avec leurs enfants mais le vaccin n’est pas encore disponible”

(GDs, leaders d’opinion, Lisala, Mongala)
- “Il arrive de fois on vient à la vaccination, on nous fait attendre que les prestataires sont allés prendre le vaccin. On peut attendre plus de 4 heures, je me fatigue comme on a d’autres choses à faire on part et prochainement on peut ou ne pas venir à cause de ça”

(GD, leaders communautaires, l’aire de santé de Katekelayi, Kasai-Oriental)

6. Barrières à la vaccination liées au genre et aux disparités et différences sociales

Cette section vise à identifier les différentes formes de disparités qui influencent l'accès aux services de vaccination, et qui contribuent à maintenir un taux de couverture vaccinale faible dans les provinces ciblées.

6.1 Comment les déterminants sociaux influencent les inégalités en matière de vaccination des enfants dans les provinces ciblées

Cette section discute des facteurs socio-économiques ainsi que les différentes formes de disparités susceptibles d'influencer l'accès aux services de vaccination et de contribuer aux faibles taux de couverture vaccinale observés dans les provinces ciblées. Elle s'intéresse plus particulièrement aux déterminants sociaux de la santé, c'est-à-dire aux conditions dans lesquelles les individus naissent, grandissent, vivent, travaillent et vieillissent, ainsi qu'aux systèmes mis en place pour prévenir et combattre les maladies. Ces déterminants de la santé sont le large éventail de facteurs personnels, sociaux, économiques et environnementaux qui déterminent la santé des individus et des populations. Les principaux déterminants de la santé sont les suivants:

- Revenu et statut social
- Emploi et conditions de travail
- Éducation et alphabétisation
- Genre
- Expériences de l'enfance
- Environnement social et physique
- Soutien social et capacité d'adaptation
- Pratiques individuelles en matière de santé et pouvoir décisionnel
- Accès aux services de santé
- Culture

Les résultats de l'audit mettent en évidence l'influence de plusieurs facteurs sociodémographiques sur l'accès à la vaccination et les disparités observées entre les provinces étudiées. Cette section se concentre sur les principaux éléments suivants, l'âge de l'aidant principal, son niveau d'instruction, les ressources disponibles au sein du ménage, ainsi que la disponibilité des parents pour accompagner l'enfant aux services de vaccination, qui seront approfondis dans la partie C «Discussion et recommandations». L'analyse de ces facteurs permet de mieux comprendre les inégalités vaccinales afin d'identifier des leviers d'action pour améliorer la couverture vaccinale.

6.1.1. L'âge de l'aidant principal d'un enfant: un facteur non négligeable des disparités vaccinales-focus sur les parents adolescents

Les données de l'audit révèlent que l'âge du parent ou de l'aidant principal d'un enfant constitue un facteur déterminant des inégalités en matière de vaccination infantile. Dans les quatre provinces, les analyses montrent qu'une très large proportion des participants dans la tranche d'âge 45-49 ans déclare avoir fait vacciner leur enfant (87%) comparé à ceux dans la tranche d'âge 15-19 ans (62%) (Fig.5). Cette tendance se retrouve également dans la connaissance des vaccins recommandés. Ainsi, 84 % des parents âgés de 30 à 34 ans déclarent connaître les vaccins essentiels pour leurs enfants, contre seulement 62 % des jeunes parents âgés de 15 à 19 ans. De même, 51 % des parents adolescents ne savent pas à quel moment faire vacciner leur enfant, contre 27 % des parents de la tranche 30-34 ans et 14 % de ceux âgés de 25 à 29 ans. De plus, 52% des parents âgés de 15 à 19 ans déclarent recevoir des informations adéquates sur les effets secondaires des vaccins, tandis que ce chiffre est de 56% chez les 20-24 ans, 70% chez les 25-29 ans, et 66% chez les 35-39 ans.

Ces résultats mettent en lumière une disparité marquée: les jeunes parents vaccinent moins leurs enfants, disposent de moins de connaissances et d'informations sur la vaccination, rendant ainsi leurs enfants plus exposés au risque d'être zéro-dose ou sous-vaccinés.

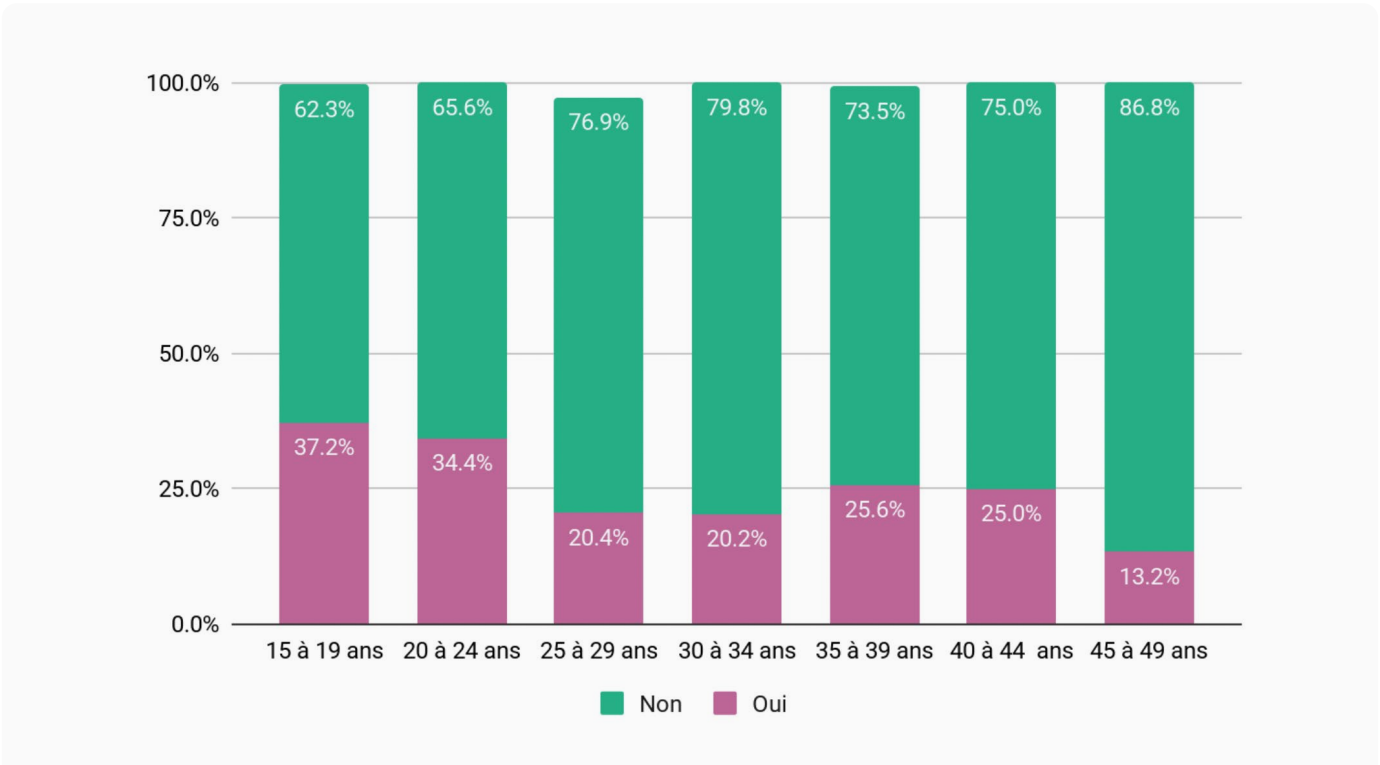


Figure 5 : Situation de la vaccination des enfants par tranche d'âge des aidants principaux

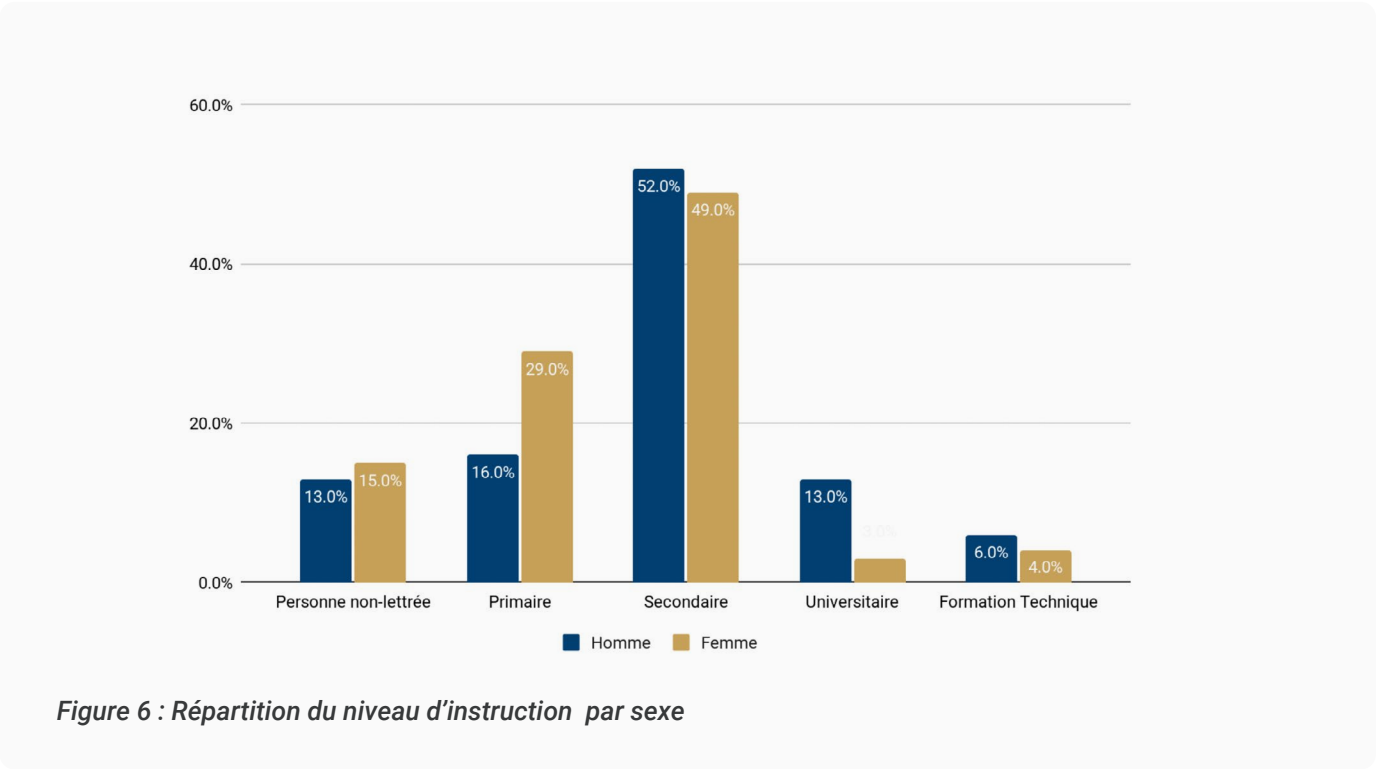
Lors des discussions en groupes, certaines participantes ont révélé que de jeunes mères voient leur accès aux services de vaccination encore plus limité, car confrontées à d’autres obstacles. En effet, dans certains cas, en raison de leur âge et des normes sociétales, ces jeunes femmes subissent une stigmatisation sociale dans les services de santé ainsi que dans leur propre communauté, ce qui décourage certaines d’entre elles de faire vacciner leurs enfants.

6.1.2. Parents à faible niveau d’éducation, enfants à risque: l’impact du faible niveau d’éducation des parents sur la vaccination des enfants

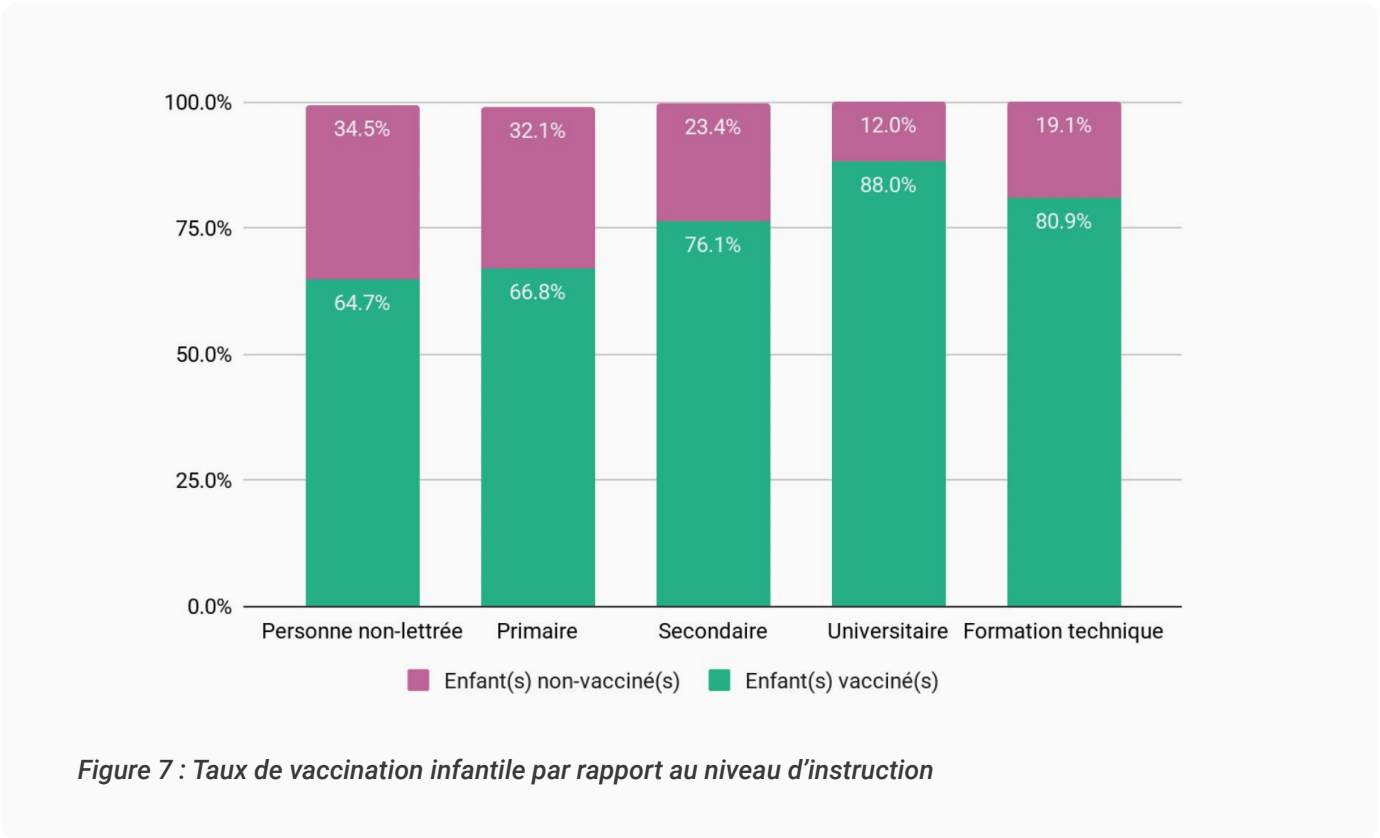
Dans l’ensemble, la plupart des participants ont une instruction de niveau secondaire (51%). Ces observations sont quasi semblables dans toutes les provinces étudiées. En examinant le niveau d’instruction et le type d’éducation par sexe, on constate que seulement 3% des femmes ont un niveau universitaire comparé à 13% des hommes et qu’un peu plus d’hommes ont une spécialisation technique (6%) que de femmes (4%). Cependant, plus de femmes ont uniquement une éducation primaire (29% contre 16% pour les hommes). Le taux d’analphabétisme est légèrement plus élevé chez les femmes, s’élevant à 15%, tandis qu’il est de 13% chez les hommes (Fig. 6).

On reconnaît que le niveau d’instruction des parents, tant de la mère que du père, joue un rôle déterminant dans la probabilité qu’un enfant soit vacciné ou non.²⁶ Les enfants de jeunes mères ayant un faible niveau d’éducation sont moins susceptibles d’être vaccinés.²⁷ En examinant encore plus le niveau d’instruction des participants dans les quatre provinces, les analyses révèlent un lien clair avec la non-vaccination des enfants : la proportion d’enfants non vaccinés est la plus élevée chez les parents non lettrés (34 %), suivie de ceux ayant un niveau primaire (32 %), secondaire (23 %), une formation technique (19%) et un diplôme universitaire (12 %). Ces données mettent en évidence l’impact direct du faible niveau d’éducation des parents sur le risque de non-vaccination des enfants. (Fig. 7).

Cet audit montre également que les participants ayant un niveau universitaire ou une formation technique déclarent avoir une connaissance des vaccins recommandés pour les enfants, 96% et 81% respectivement. Ce taux passe à 76% pour les participants avec un niveau secondaire, 73% pour les personnes avec un niveau d’éducation et à 68% pour les participants non lettrés.



²⁶. Merten S et al (2015).
²⁷. Lu et al (2021).



6.1.3. Entre travail, précarité et responsabilités: les barrières invisibles à la vaccination des enfants

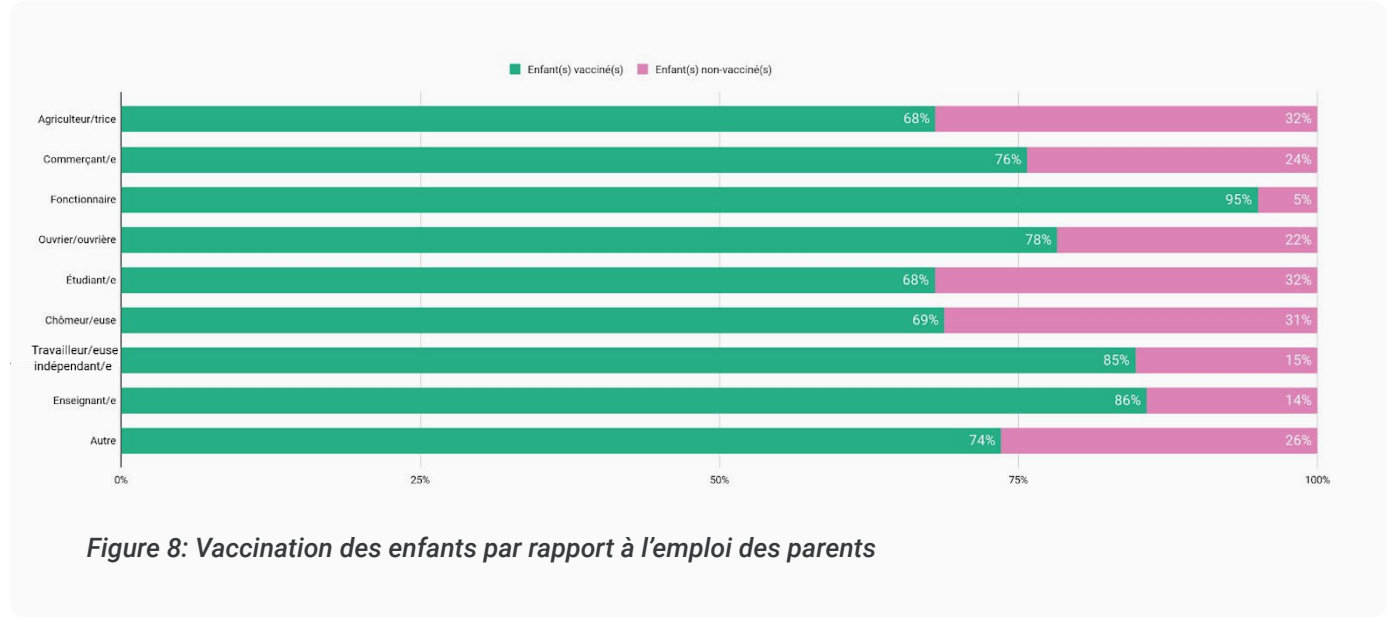
Un facteur majeur de la non et la sous-vaccination infantile réside dans le manque de disponibilité des mères, souvent submergées par de multiples responsabilités, particulièrement lorsqu’elles doivent faire face à des contraintes financières.²⁸ Bien que la question de la disponibilité (en termes de temps) des parents n’ait pas été largement abordée lors des groupes de discussion au niveau communautaire, les participants ont toutefois expliqué que la pauvreté constituait un facteur sous-jacent qui poussait les parents à donner la priorité à la subsistance de leur famille plutôt qu’à la vaccination.

Par ailleurs, cette préoccupation a été mise en avant par les prestataires de soins de santé. Dans toutes les provinces, les professionnels de la santé ainsi que les membres des organisations de la société civile ont souligné que **les parents sont trop occupés**, en particulier les mères, surtout dans les provinces du Maniema, du Kasai-Oriental et de la Mongala.

L’analyse des données montre que 36% des participants exercent le métier d’agriculteur/agricultrice et 12% sont des commerçants/commerçantes. Ces professions se caractérisent souvent par un accès limité aux ressources financières, comparativement à d’autres catégories professionnelles.

Bien que la majorité des participants, tant en milieu urbain qu’en milieu rural, ait indiqué que la vaccination est gratuite, certains ont mentionné l’existence de frais associés, constituant une barrière supplémentaire. Par exemple, quelques femmes ont mentionné qu’il faut dépenser 1 000 Franc Congolais pour obtenir la carte de vaccination lors de la première séance de vaccination. Cette somme peut paraître modeste, mais elle représente un obstacle à la vaccination pour les familles les plus démunies. En effet, les données de l’audit relatives à la profession et à la vaccination des enfants révèlent que 32 % des agriculteurs et agricultrices, 23 % des commerçants et commerçantes, et 31% des parents sans emploi déclarent n’avoir jamais fait vacciner leurs enfants, contre seulement 5 % parmi les répondants exerçant comme fonctionnaires (Fig. 8).

²⁸. KSPH (2022); INS (2019); Shearer et al (2023); et Acharya et al (2018).



6.2. Comprendre les barrières liées au genre et leur intersection aux déterminants sociaux de la santé, ainsi que leur effet sur la vaccination des enfants

La dimension de genre s’entrecroise avec les déterminants sociaux de la santé et influence de manière significative les différences et les inégalités dans les conditions et les chances des hommes, des femmes, des filles et des garçons d’être en bonne santé. La triangulation des données quantitatives et qualitatives de cette étude a permis de mettre en évidence l’interaction de plusieurs facteurs socioculturels qui interagissent et influencent conjointement la santé et la vaccination des enfants.

Selon le cadre conceptuel de cet audit, les données ont été examinées à l’aide de la matrice adoptée pour une analyse de genre, afin de comprendre comment les dynamiques sociales influencent la vaccination des enfants. Cette dernière a permis d’identifier et de comparer les positions sociales, les conditions de vie et les relations de pouvoir parmi les femmes, les filles, les hommes, et les garçons à travers les cinq domaines analytiques suivants :

1. Les rôles et les responsabilités
2. L'accès aux ressources
3. Les croyances et les perceptions
4. Les besoins et les priorités
5. Les institutions, lois, et politiques

6.2.1. Rôles et responsabilités des femmes et des hommes: la répartition inégale des rôles familiaux et la charge de travail des femmes , des défis pour la vaccination des enfants

Cette dimension permet de comprendre les différents rôles des hommes et des femmes, ainsi que les moments et les lieux où leurs activités se déroulent, et leur capacité à participer à différents types d’activités économiques, politiques, sociales, y compris celles liées à la vaccination des enfants.

Les résultats montrent que 75% des participants déclarent que la mère est responsable d’emmener les enfants à la vaccination. Parmi eux, 72% des femmes confirment cette responsabilité, tandis que 75 % des hommes affirment qu’elle incombe à leurs épouses. Dans les quatre provinces étudiées, la proportion la plus élevée des réponses confirmant cette responsabilité des femmes est observée dans la province du Maniema (85%), suivie de la Mongala (82%), du Kasai-Oriental (72%) et de la Tshopo (62%) (Tab. 6 et Fig.9).

Voix des participant(e)s

“Les femmes d’ici sont souvent occupées par des activités agricoles pour nourrir leur famille, ce qui les empêche d’avoir le temps de faire vacciner [leurs enfants], “Les mères qui sont commerçantes emmènent souvent leurs enfants avec elles au marché, ce qui fait qu’ils manquent la vaccination lorsque les agents de vaccination passent chez elles”; “Lorsque les femmes sont responsables de toutes les tâches ménagères, elles peuvent parfois manquer de temps pour se rendre au centre de santé, ce qui constitue un obstacle pour elles”

(GD, Prestataire de Santé/PdS, DPS, Maniema)

“La barrière est là, lorsque le vaccinateur arrive à la communauté, certaines femmes sont allées vendre leurs produits au marché, et les papas au champ, cela va constituer une barrière pour vacciner les enfants”

(GD, femmes, l’Aire de Santé de Katekelayi, Kasai- Oriental)

“La population est tellement pauvre, le jour prévu pour vacciner les enfants, le papa reste au champ plusieurs jours et la maman est prise par son petit commerce, les autres enfants adolescents sont négligents pour [emmener] leurs petits [frères ou soeurs] se faire vacciner lors de l’absence de leurs parents”

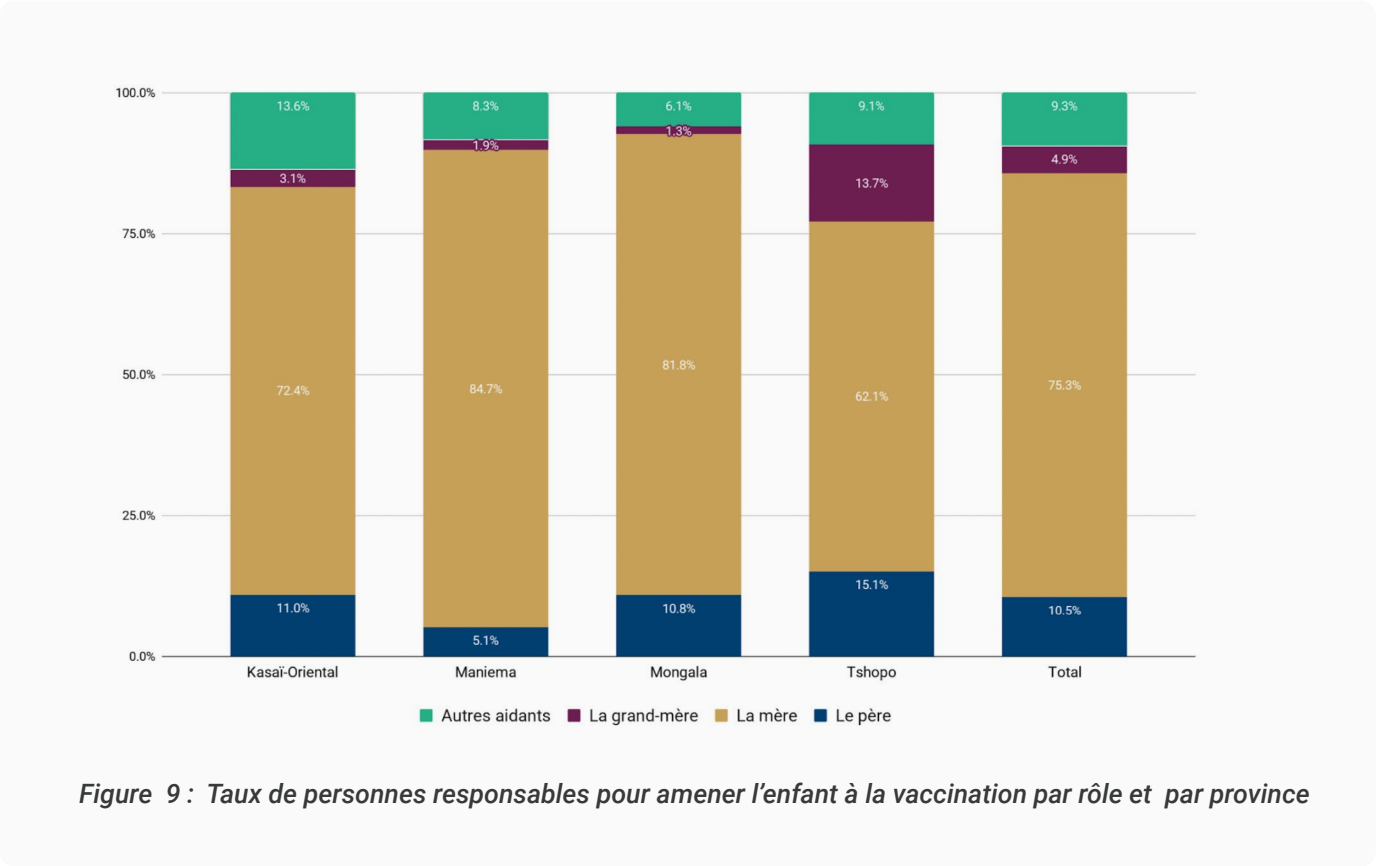
(GD, PdS, Zone de Santé de Mukumbi, Kasai-Oriental)

“La pauvreté est un grand défi parce que tous les parents cherchent comment survivre”

(GD, PdS, zone de santé de Bengamisa, Tshopo)

Tableau 6. Taux de personnes responsables pour amener l'enfant à la vaccination par province

	Kasaï-Oriental	Maniema	Mongala	Tshopo	Total
Le père	11.0%	5.1%	10.8%	15.1%	10.5%
La mère	72.4%	84.7%	81.8%	62.1%	75.3%
La grand-mère	3.1%	1.9%	1.3%	13.7%	4.9%
Autres aidants	13.6%	8.3%	6.1%	9.1%	9.3%



Cette séparation claire des tâches au sein du ménage, en termes de vaccination des enfants, a également été confirmée lors des groupes de discussions dans les quatre provinces, tant en milieu rural qu'en milieu urbain. **La majorité des participants au niveau de la communauté dans les quatre provinces ont affirmé que la femme est responsable de la croissance de l'enfant et donc de l'emmener aux séances de vaccination.** Certains participants ont indiqué que la mère peut payer les coûts associés à la vaccination dans les cas où le père est absent ou n'a pas d'argent lui-même ou que la mère est célibataire.

Dans la Tshopo et la Mongala, et dans une moindre mesure au Kasaï-Oriental et au Maniema, la proportion d'hommes au chômage est élevée. Dans ce contexte, les femmes jouent un rôle économique actif tout en assurant le bien-être de leur famille, ce qui limite leur disponibilité pour accompagner les enfants aux séances de vaccination. Par exemple, au Kasaï-Oriental, une participante à une discussion de groupe avec les adolescentes de l'aire de santé Commune a déclaré: «Chez moi, ces derniers jours mon mari ne travaille pas et c'est moi qui nourrit actuellement mon foyer, y compris pour le paiement des soins des enfants.»

Malgré la diversité des situations des femmes, qu'elles soient mariées ou célibataires, elles rencontrent des difficultés à emmener leurs enfants aux séances de vaccination en raison de leurs multiples responsabilités quotidiennes, notamment les travaux agricoles ou les fréquents déplacements vers les marchés. **Ces contraintes réduisent leur disponibilité et influencent négativement la vaccination de leurs enfants.**

Les analyses des discussions de groupe au niveau communautaire dans les quatre provinces indiquent que **le rôle de l'homme se limite généralement à trouver les moyens financiers nécessaires pour payer les coûts associés à la vaccination, ou pour donner des instructions à leur compagne pour qu'elle emmène l'enfant à la vaccination.** Au Maniema, en zone rurale, tous les groupes de discussion ont dit que le rôle du père se limite principalement à demander à la mère d'emmener l'enfant aux séances de vaccination; en zone urbaine leur rôle principal est de se charger des frais liés à la vaccination.

Les grand-parents, les oncles et les tantes, quant à eux, jouent un rôle clé dans la sensibilisation des parents. Par ailleurs, en cas de non-disponibilité des mères, ces derniers peuvent accompagner les enfants à la vaccination. Toutefois, les grand-parents, oncles et tantes peuvent également influencer négativement ou positivement la décision des parents à vacciner leurs enfants, sur base de leurs croyances.

Voix des participant(e)s

“Les femmes suivent la santé de leurs enfants”

“Les femmes préparent les enfants et s’occupent de leur hygiène, elles sont comme le ministre de la santé au sein de la famille”

(GD, hommes, Kailo, Maniema)

“Le papa est celui qui décide de quoi faire et oriente les décisions et la maman joue le rôle d’une simple exécutante”

(GD, femmes, la Commune, Kasaï-Oriental)

“Mon rôle est que mon enfant soit en bonne santé, qu’il grandisse bien, qu’il soit propre. S’il tombe malade, je l’amène au centre de santé pour les soins”

(GD, femmes, Pont Lindi, Tshopo)

“Il peut arriver aussi que papa n’ait pas l’argent et la maman peut amener l’enfant à l’hôpital à ses propres frais”

(GD, hommes, Binga, Mongala)

“Les mamans ont une très grande responsabilité, veiller sur la santé des enfants, comment il mange et pour la vaccination”

“La maman est l’unique responsable pour la vaccination de l’enfant, Quand l’enfant tombe malade elle l’amène à l’hôpital”

(GD, RECOs, Lisala, Mongala)

6.2.2 Accès inégal aux ressources et précarité économique des mères: des obstacles persistants à la vaccination des enfants

L'accès et le contrôle des ressources font référence à la manière dont les normes socioculturelles, les rôles et les relations de genre influencent la capacité des individus, des familles, et des communautés à accéder et à contrôler les ressources nécessaires à leur santé et bien-être. En RDC, les données démontrent que les femmes qui bénéficient d'un meilleur accès et d'un meilleur contrôle sur les ressources sociales, matérielles et sanitaires sont plus susceptibles de faire vacciner leurs enfants.²⁹ En outre, la capacité des femmes à générer leurs propres revenus peut influencer positivement les probabilités de vaccination de leurs enfants.³⁰

Les analyses des données de l'audit démontrent qu'il existe un déséquilibre dans l'accès aux ressources: le chômage touche particulièrement les femmes, avec un taux deux fois supérieur à celui des hommes: 23% et 10% respectivement. Très peu de femmes exercent une profession libérale ou sont fonctionnaires (Tab. 7). Ceci indique que beaucoup de femmes n'ont pas accès ou ne contrôlent pas les ressources financières nécessaires, et ceci joue un rôle déterminant dans leurs comportements en matière de santé, en particulier en ce qui concerne la vaccination des enfants.

Tableau 7: Répartition des professions par sexe

	Féminin	Masculin	Total
Agriculteur/trice	32%	39%	36%
Commerçant/e	20%	6%	12%
Fonctionnaire	4%	5%	5%
Ouvrier/ouvrière	1%	4%	3%
Profession libérale (médecin, avocat, etc.)	0,26%	0,60%	0,46%
Étudiant/e	1%	6%	4%
Chômeur/euse	23%	10%	16%
Travailleur/travailleuse indépendant/e	8%	3%	5%
Enseignant/e	4%	9%	7%
Artisan/e	1%	2%	2%
Employé/e de bureau	0%	0,40%	0,2%
Militaire/police	0,26%	0,40%	0,3%
Autre	5%	13%	10%

29. Lu et al (2021).

30. Amoah et al (2023).

Par ailleurs, selon l'étude nationale sur la vaccination en RDC, réalisée par l'Ecole de Santé Publique de Kinshasa en 2022 , les mères exerçant des activités agro-pastorales et de pêche (15 %) ainsi que celles ayant une activité indépendante (17%) comme commerçantes, exercent des professions associées à un taux élevé d'absence de vaccination chez l'enfant.³¹ Selon cette étude de ESPK, la barrière principale à la vaccination infantile est que les mères sont trop occupées (38,7%), surtout chez les femmes agricultrices et celles qui font des petits commerces.

L'occupation d'emplois très souvent précaires, mal rémunérés, et informels, assortis d'une charge de travail excessive, réduit considérablement le temps et l'énergie que les mères peuvent consacrer à la santé de leurs enfants. Dans un contexte où la subsistance quotidienne demeure la priorité, la vaccination passe au second plan. Les données de l'audit montrent cette tendance: le taux de vaccination atteint 95% parmi les enfants de fonctionnaires, contre seulement 68% chez ceux issus de familles d'agriculteurs.

6.3. Les croyances et les perceptions: comprendre les freins socioculturels à la vaccination

Les croyances et perceptions socio-culturelles renvoient aux systèmes de valeurs propres à différents groupes au sein d'une communauté, y compris aux représentations de ce que signifie être un homme ou une femme, ainsi qu'aux contextes dans lesquels ces représentations s'expriment. Elles influencent le comportement, la participation et la capacité de prise de décision des hommes et des femmes, et peuvent à la fois faciliter ou limiter leur accès aux services, de même qu'aux opportunités sociales, économiques et politiques en lien avec la santé.

Les analyses des croyances et perceptions socioculturelles s'appuient sur des données quantitatives, complétées par des informations qualitatives issues des groupes de discussion et des entretiens individuels. Ces données ont permis d'identifier plusieurs facteurs susceptibles d'entraver l'accès des parents, particulièrement les mères, aux services de vaccination et de santé, notamment:

- Le pouvoir décisionnel
- Les normes et les pratiques socioculturelles
- Les disparités sociodémographiques entre parents: les formes de stigmatisation ou de discrimination

6.3.1. Inégalités de pouvoir décisionnel au sein du ménage et des communautés: un désavantage pour les mères et la vaccination des enfants

Le pouvoir de décision examine les disparités et inégalités entre les femmes, les hommes, les filles et les garçons, en matière de répartition des responsabilités et des ressources. L'inégalité d'accès et de contrôle des ressources freine l'implication de certains groupes dans la prise de décision dans leurs ménages et communautés. En effet, les femmes, les filles, ou certains groupes marginalisés, comme les personnes atteintes d'albinisme, bien que conviés à certaines réunions communautaires, n'ont souvent ni la possibilité d'exprimer leurs opinions, ni celle de participer aux décisions.

L'analyse des données quantitatives sur la prise de décision au sein du foyer montre que 67% des hommes déclarent décider seuls de la vaccination de leurs enfants, sans consulter leur épouse ; seuls 11% disent prendre cette décision en couple. De leur côté, 38% des femmes affirment décider seules. (Tab. 8). Dans les provinces étudiées, la Mongala présente la plus faible proportion de couples prenant ensemble les décisions relatives à la santé du ménage, avec seulement 1%, suivie du Maniema (10%), du Kasai-Oriental (17%) et de la Tshopo (18%).

31. ESPK (2023).

Tableau 8. Répartition par sexe du pouvoir de décision en matière de vacciner les enfants dans les ménages.

	Kasaï-Oriental	Maniema	Mongala	Tshopo	Total
Le père	50.0%	58.3%	49.8%	53.0%	52.7%
La mère	25.0%	16.7%	42.4%	21.5%	26.6%
Décision collective en couple	22.8%	11.6%	1.3%	24.2%	14.9%
Autre	2.2%	13.4%	6.5%	1.4%	5.8%
Total	100.0%	100.0%	100.0%	100.0%	100.0%

Les résultats des groupes de discussions confirment une tendance similaire dans les quatre provinces, où le père détient le pouvoir décisionnel final. L’homme est perçu comme le chef de famille, détenant le pouvoir de décision, y compris en matière de santé. Dans toutes les provinces de l’audit, les participants ont indiqué que l’approbation du père est souvent nécessaire. Ce n’est généralement qu’en l’absence des maris que les femmes prennent des décisions indépendantes. Les discussions avec les participants ont également révélé que dans certains cas, les femmes peuvent contourner l’opposition de leurs maris en agissant discrètement et en emmenant leurs enfants se faire vacciner en secret.

Ce manque de pouvoir décisionnel limite la capacité des femmes à prendre des décisions ou à agir de manière autonome pour la santé de leurs enfants. Par conséquent, même lorsque les mères souhaitent faire vacciner leurs enfants, la pression sociale et la hiérarchie de genre peut les en empêcher, retardant ou bloquant l’accès à la vaccination des enfants et contribuant à des écarts dans la couverture vaccinale entre provinces et au sein des ménages.

Les analyses des données de l’audit mettent en lumière l’impact significatif que les hommes, en tant que décideurs principaux ou finaux, peuvent exercer sur la vaccination des enfants. Bien que les hommes détiennent ce pouvoir décisionnel final, les données de l’audit montre que seulement 62% d’entre eux déclarent savoir quand faire vacciner leur enfant, contre 71 % des femmes. Inversement, 37 % des hommes ne connaissent pas le calendrier vaccinal approprié, contre 29 % des femmes. Cette situation révèle un décalage critique: les hommes, qui ont le droit de décider, disposent souvent de moins d’informations pratiques que les femmes, principales responsables de l’accompagnement des enfants, ce qui peut limiter la mise en œuvre effective du calendrier vaccinal. Ces différences soulignent que les hommes sont proportionnellement moins informés que les femmes, ce qui peut influencer leur capacité à soutenir le respect du calendrier vaccinal.

Les groupes de discussion indiquent que le processus de prise de décision partagée représente une opportunité de renforcer la collaboration entre les parents. Dans ces situations, un parent, le plus souvent la mère, peut convaincre l’autre de l’importance de la vaccination pour la santé des enfants. Cette dynamique se reflète dans les données: 14% des femmes déclarent que la décision d’emmener les enfants à la vaccination est prise conjointement, contre seulement 9% des hommes (voir tableau 8 ci-dessus), illustrant ainsi une marge importante pour encourager la participation masculine dans les décisions liées à la santé des enfants.

Voix des participant(e)s

“Chez moi, je demande également mon mari l’autorisation pour amener l’enfant à la vaccination et il me l’accorde”

(GD, femmes, Zone de santé de Commune, Kasaï-Oriental)

“Le papa prend la décision finale.”

(GD, adolescents, Zone de santé de Kailo, Maniema)

“Connaissant les effets secondaires de la vaccination, je prends la décision seule même en désaccord avec mon mari, je pars seule au centre de santé”

(GD, femmes, Zone de santé de Kailo, Maniema)

“Amener l’enfant à l’hôpital à l’absence du mari. On informe le mari d’abord qu’il y a la vaccination (on discute entre époux-épouse), le mari ignorant peut refuser”

(GD, femmes, Zone de santé de Kailo, Maniema)

“Les femmes prennent parfois des décisions si leurs maris n’acceptent pas. Donc les femmes sont capables de prendre seules la décision. Nous pensons à cela car ce sont des choses que nous voyons souvent”

(GD, femmes, Zone de santé de Lisala, Mongala)

“Nous avons le devoir de surveiller les enfants et au cas de problème informer l’homme et il prend la décision et nous donne l’argent pour amener l’enfant en question à l’hôpital”

(GD, femmes, Zone de santé de Lisala, Mongala)

“Nous nous décidons ensemble pour la vaccination de nos enfants, les décisions se prennent souvent entre moi et mon mari et personne d’autre ne viendra décider à nos places, donc chez moi nous nous concertons avec mon mari pour la prise des décisions”

(GD, adolescentes, Zone de santé de Commune, Kasaï-Oriental)

“Les femmes aussi décident même si le papa ne veut pas elle prend l’enfant et l’amène à la vaccination en cachette”

(GD, adolescentes, Zone de santé de Kindu, Maniema).

6.3.2. Normes et pratiques socio-culturelles et leur influence sur les décisions des parents de vacciner leurs enfants

Les normes désignent un modèle, un comportement ou un principe directeur considéré comme référence au sein d’une société, généralement issu de l’observation des pratiques majoritaires. Dans le contexte du genre, elles déterminent ce qui est perçu comme approprié pour les femmes et les hommes, les filles et les garçons, influençant profondément leurs comportements.

Les pratiques sociales sont des comportements et actions habituels, individuels ou collectifs, enracinés dans un contexte social et transmis à travers les générations. Elles reflètent les normes et valeurs d’une société et influencent les interactions, les rôles et les dynamiques communautaires.

Dans le domaine de la santé, ces normes et pratiques sociales ont un impact sur les décisions et comportements liés à la vaccination des enfants, notamment en définissant les responsabilités des femmes et des hommes et les attentes de la communauté vis-à-vis de leurs actions. En ce qui concerne les pratiques et les normes culturelles liés au dimension de genre, les participants ont émis leurs opinions sur plusieurs aspect, à savoir:

6.3.2.1. Le sexe de l’enfant: un facteur sans influence sur la vaccination en RDC

De manière générale, les études menées en RDC ne mettent pas en évidence de disparités significatives de couverture vaccinale entre les garçons et les filles. En effet, une enquête de l’INS avait montré que 49% des garçons et 46% des filles ont reçu le vaccin contre la diphtérie, le tétanos et la coqueluche (DTC); 48% des garçons et 44% des filles ont été vaccinés contre le méningocoque; et 34% des garçons et 36% des filles ont complété leur vaccination contre la tuberculose.³² Les résultats de cet audit confirme cette tendance; **la majorite des participants dans les groupes de discussion ont affirmé qu’il n’existe pas de preference pour la vaccination des garçons par rapport aux filles, et aucune forme de discrimination liée au sexe de l’enfant n’est observé dans le processus de vaccination.**

6.3.2.2. Le poids des normes et des pratiques liées au genre sur la vaccination des enfants: pères peu impliqués, mères marginalisées

Les résultats des groupes de discussion montrent qu’il existe des normes et pratiques socioculturelles et religieuses liées aux femmes et aux adolescentes, qui peuvent entraver la vaccination des enfants. Les discussions avec les prestataires de santé et les OSC soulignent que les femmes sont perçues comme ayant un statut social inférieur à celui des hommes, et ne devraient pas lever leurs voix en leur présence. Cette perception varie selon les provinces; elle est largement partagée au Kasai-Oriental et au Maniema, alors qu’elle est moins répandue à la Mongala, mais n’a pas été mentionnée dans la Tshopo.

Les participants à l’audit estiment que les femmes et les adolescentes ne devraient pas avoir d’enfants précocement ni en dehors du mariage, une norme sociale qui contribue à la stigmatisation des mères ayant des enfants hors mariage. Les données de l’audit confirment que les mères adolescentes sont particulièrement touchées par cette réalité: le taux de célibat (256 %) et celui de séparation (12 %) sont les plus élevés dans la tranche d’âge (15-19 ans), tandis que le taux de mariage y est le plus faible (58%), comparé par exemple à 70% chez les participants âgés dans la tranche d’âge de 25 à 29 ans (voir figure 10 ci-dessous).

Les discussions de groupe ont par ailleurs révélé que ces mères subissent des jugements négatifs au sein de leur communauté, mais aussi parfois de la part des prestataires de santé. Par crainte d’être jugées ou exclues en raison de ces normes socioculturelles, les mères adolescentes ainsi que d’autres mères ayant des enfants hors mariage peuvent hésiter à se rendre dans les centres de vaccination, ce qui constitue un frein majeur à l’accès aux services.

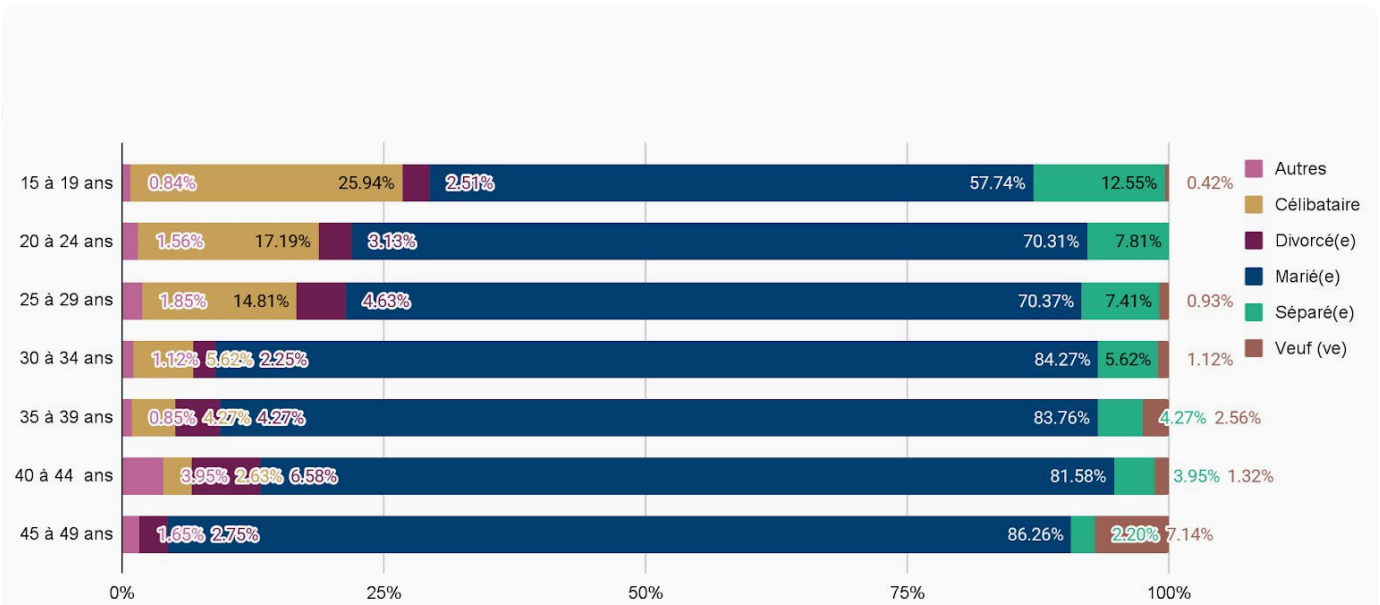


Fig 10. Statut marital des participants par âge

De plus, les échanges avec les femmes révèlent l’existence d’une norme sociale exigeant qu’elles soient bien habillées lorsqu’elles se présentent aux centres de santé pour faire vacciner leurs enfants, ce qui constitue un obstacle pour celles qui manquent de moyens. Une pratique socioculturelle identifiée comme une barrières à la vaccination dans les provinces étudiées est celle qui stipule qu’une femme qui vient d’accoucher doit prendre une période de trois mois de repos dans sa famille. Cette obligation pourrait entraver la vaccination des nouveau-nés après la naissance.

Par rapport aux hommes et adolescents, les discussions au sein des communautés ont confirmé que **les pères ne participent pas activement en accompagnant leurs enfants aux séances de vaccination.** Cependant, les discussions menées au Kasai-Oriental ont apporté des éléments pertinents sur les normes de genre sous-jacentes qui influencent ces comportements (voir «voix des participants»ci-dessous :

Voix des participant(e)s

Participant 2 : *ici chez nous, amener l’enfant à la vaccination est un domaine de la femme, même si à la maison il y a la fille et le garçon, c’est la fille qui est sensé amener l’enfant à la vaccination.*

Participant 3: *les hommes pensent que le problème de la vaccination est un domaine de la femme.*

Participant 4 : *ici chez nous le baluba (une tribue du Kasai-Oriental), amener l’enfant à la vaccination est l’apanage de la femme. Chez nous si un homme le fait ce qu’il a peut-être évolué ailleurs. Pour ceux de notre milieu, quand il faut amener l’enfant à la vaccination, les hommes se sentent diminués ou complexés, et l’entourage qui le verra de fois peut se moquer de lui. C’est comme ça que les hommes ne préfèrent pas perdre cette gloire là.*

32. INS (2019).

Voix des participant(e)s

Participant 5 : *mais chez moi dans la zone de santé de nzaba ce sont plutôt les hommes qui amènent plus les enfants à la vaccination car les femmes s'occupent du marché.*

Participant 6 : *l'homme se considère comme le chef et grand boss, et pour ce faire il ne peut pas se diminuer au rang de la femme car il y a certaines activités qui ne doivent que rester pour la femme, et l'homme son rôle est de superviser.*

GD, Mbuji Mayi, Kasai-Oriental, 04-03-2024

6.3.3. Pratiques stigmatisantes et discriminatoires à l'égard de certaines mères posent une barrière à la vaccination de leurs enfants

La stigmatisation se manifeste sous diverses formes selon les groupes concernés. Par exemple, la section sur les normes socioculturelles a illustré comment les mères adolescentes sont stigmatisées en raison des normes communautaires qui condamnent les grossesses précoces hors mariage. Les discussions avec les membres de communautés ont souligné la complexité et la diversité de la stigmatisation sociale: les moqueries à l'encontre des parents ou des individus accompagnant leurs enfants aux séances de vaccination peuvent les dissuader de participer à la vaccination (voir «voix des participant(e)s »).

Plusieurs participants aux groupes de discussion ont évoqué la discrimination sociale dont certaines femmes issues de groupes spécifiques sont victimes, ce qui les empêche ou les décourage d'emmener leurs enfants se faire vacciner. Au Maniema, les témoignages soulignent que les femmes pygmées, les personnes en situation de handicap et les déplacées rencontrent des obstacles majeurs. À la Mongala, les groupes identifiés comme discriminés comprennent les populations pauvres, les personnes non lettrées, les albinos, les déplacés ainsi que les personnes en situation de handicap, qui font face à des moqueries et à du découragement, tant de la part de leur communauté que des prestataires de santé et vaccinateurs. En effet, 46 % des participants non lettrés ont déclaré ne pas savoir quand vacciner leurs enfants, contre 35 % des personnes ayant une éducation secondaire et seulement 19 % de celles ayant suivi une formation technique. Ces résultats montrent que les parents non lettrés, et particulièrement les mères, sont davantage exposés à une forme d'exclusion en matière d'accès aux informations sur la vaccination.

Voix des participant(e)s

"Il y a des cas de stigmatisation pour le pauvre"

"Les personnes vivant avec handicap"

"Les femmes violées sont stigmatisées"

"Moi je suis enceinte, et mon enfant aîné a 6 mois, je suis stigmatisée et j'ai coupé la vaccination"

"La discrimination impacte la vaccination"

(GD, adolescents, Zone de santé de Lisala, Mongala).

Voix des participant(e)s

"Oui Peut être pour la femme qui a la honte par ce qu'elle n'a pas respecté l'espace inter génésique"

"Grossesse avec l'enfant de bas âge, les autres vont se moquer d'elle"

(GD, leaders d'opinion, Kindu, Maniema).

"Il n'y a pas de problèmes de stigmatisation ou discrimination des communautés ou des certains groupes en matière de vaccination car tout le monde reçoit le vaccin de la même manière. Même dans mon quartier cela n'existe pas, au contraire les infirmiers ont même de l'empathie envers ces gens-là dans nos services de santé"

(GD, adolescentes, Zone de santé Adventiste, Kasai-Oriental).

6.4. Les besoins et les priorités: évaluer les connaissances et sources d'information des mères et des pères sur la vaccination de leurs enfants

Cet audit repose sur l'hypothèse que les comportements liés à la vaccination des enfants sont influencés par les capacités et les opportunités accessibles aux parents des enfants, en particulier les mères. Cela implique les connaissances, les attitudes et la motivation à faire vacciner les enfants. À leur tour, l'accessibilité, le coût et la qualité des services du système de santé déterminent les comportements, tant individuels que collectifs, qui interagissent avec les facteurs liés à la dimension de genre, à l'exclusion sociale et aux inégalités en matière de vaccination.

Le domaine des besoins et priorités explore les connaissances, les compétences, les forces et les défis qui influencent la capacité individuelle et collective d'un individu ou d'un groupe à faire des choix, à se motiver pour agir en conséquence. Cet audit a évalué, par sexe, âge, lieu de résidence, les niveaux de connaissance des parents sur l'importance de la vaccination, les maladies évitables par la vaccination, le calendrier vaccinal, entre autres aspects. L'objectif était d'identifier les besoins des mères et des pères en matière d'informations fiables sur la vaccination, ainsi que leurs sources prioritaires et principales d'accès à ces informations. Ensemble, ces deux dimensions constituent un levier essentiel pour renforcer la demande de services de vaccination et contribuer aux efforts visant à atteindre une couverture vaccinale équitable, tout en réduisant significativement le nombre d'enfants zéro-dose ou sous-vaccinés.

Le tableau 9 ci-dessous illustre le niveau de connaissance des participants, ainsi que leurs sources d'information importantes sur la vaccination. Les données quantitatives et les résultats des groupes de discussion concordent et révèlent que la majorité des participants dans les quatre provinces ciblées (76%), ont une bonne connaissance des vaccins et de leur importance. Les maladies évitables par la vaccination des enfants les plus fréquemment mentionnées lors des discussions étaient la rougeole et la polio, suivies par la fièvre jaune et le tétanos. Très peu d'adolescentes et de femmes ont cité des maladies qui sont inévitables malgré la vaccination, telles que la conjonctivite, l'épilepsie, et le paludisme.

Tableau 9. L'accès à l'information et aux services de vaccination

	Kasaï-Oriental	Maniema	Mongala	Tshopo	Total
Connaissance des vaccins					
Oui	93%	84%	66%	65%	76%
Non	7%	16%	34%	35%	24%
Connaissance du programme des vaccins					
Oui	80%	81%	47%	61%	66%
Non	20%	19%	53%	39%	34%
Information adéquate sur les effets secondaires des vaccins					
Oui	68%	62%	68%	55%	63%
Non	23%	25%	17%	17%	20%
Parfois	10%	13%	15%	28%	17%
Possession du carnet de vaccination					
Oui	78%	73%	57%	42%	61%
Non	21%	23%	37%	37%	30%
Je ne sais pas	1%	4%	6%	21%	9%
Comprend l'importance de la vaccination					
Oui	92%	97%	81%	67%	84%
Non	8%	3%	19%	33%	16%

Toutefois, les groupes de discussion ont révélé des lacunes dans les connaissances sur les maladies ciblées par la vaccination, tant chez les femmes que chez les hommes, y compris parmi les leaders communautaires en milieu rural. Cela montre que certaines personnes manquent d'informations adéquates sur les bienfaits de la vaccination, ou que les actions de sensibilisation ne parviennent pas efficacement à ces populations, soit par une communication insuffisante, soit inadaptée.

Les discussions en groupe ont également fait ressortir une différence entre les provinces en ce qui concerne la perception des participants sur l'importance de la vaccination pour la santé de leurs enfants. En effet, une grande majorité de femmes, d'hommes, et de leaders communautaires au Kasaï-Oriental sont totalement convaincus de l'importance de la vaccination pour la santé de leurs enfants; 92% des participants de la province ont d'ailleurs affirmé en comprendre la valeur. Dans les autres trois provinces, cette conviction était moins prononcée lors des échanges avec les participants.

Lorsqu'un parent, une mère en particulier, n'est pas pleinement consciente de l'importance de la vaccination des enfants, qu'elle est déjà surchargée de responsabilités et qu'elle doit prioriser l'alimentation de sa famille, le poids des instructions de son mari ou de sa communauté de ne pas vacciner leur enfant peut l'emporter sur l'urgence de cette vaccination.

Voix des participant(e)s

“Le vaccin est important pour la santé des enfants et prévenir toute pandémie”

“Le vaccin est très capital surtout [contre] [la] poliomyélite. Le but c’est que le vaccin combat toute maladie qui peut survenir dans la santé des enfants”

(GD, femmes, Aire de santé de Macmillan,Tshopo)

“Nous accordons de l’importance à la vaccination dans notre communauté parce qu’elle aide nos enfants à être en bonne santé. La vaccination est importante car, il y a une époque, la rougeole avait sévi dans notre communauté ; c’est grâce à la vaccination que les enfants avaient été sauvés»”

(GD, femmes, Aire de santé de Tshikama1, Kasaï-Oriental)



(Province de Tshopo, 28 February 2024. Crédit: Flowminder)

6.4.1. Connaître les sources et niveau d'information principales des parents pour stimuler la demande des services de vaccination

Le tableau 9 ci-dessus montre que les parents/participants reçoivent des informations sur la vaccination de leurs enfants. Il est donc essentiel d'identifier leurs principales sources d'information afin d'optimiser la planification et les interventions du PEV, et éventuellement contribuer à renforcer la demande de services de vaccination. Le PEV peut s'appuyer sur le fait que 61% des participants ont déclaré comprendre les informations sur la vaccination qui leur parviennent, et mieux cerner leurs sources afin d'accroître la compréhension d'une large majorité des membres des communautés concernant la vaccination des enfants. Il est toutefois important de noter que 23% des participants affirment ne comprendre que partiellement les messages, et 11% déclarent ne pas les comprendre du tout.

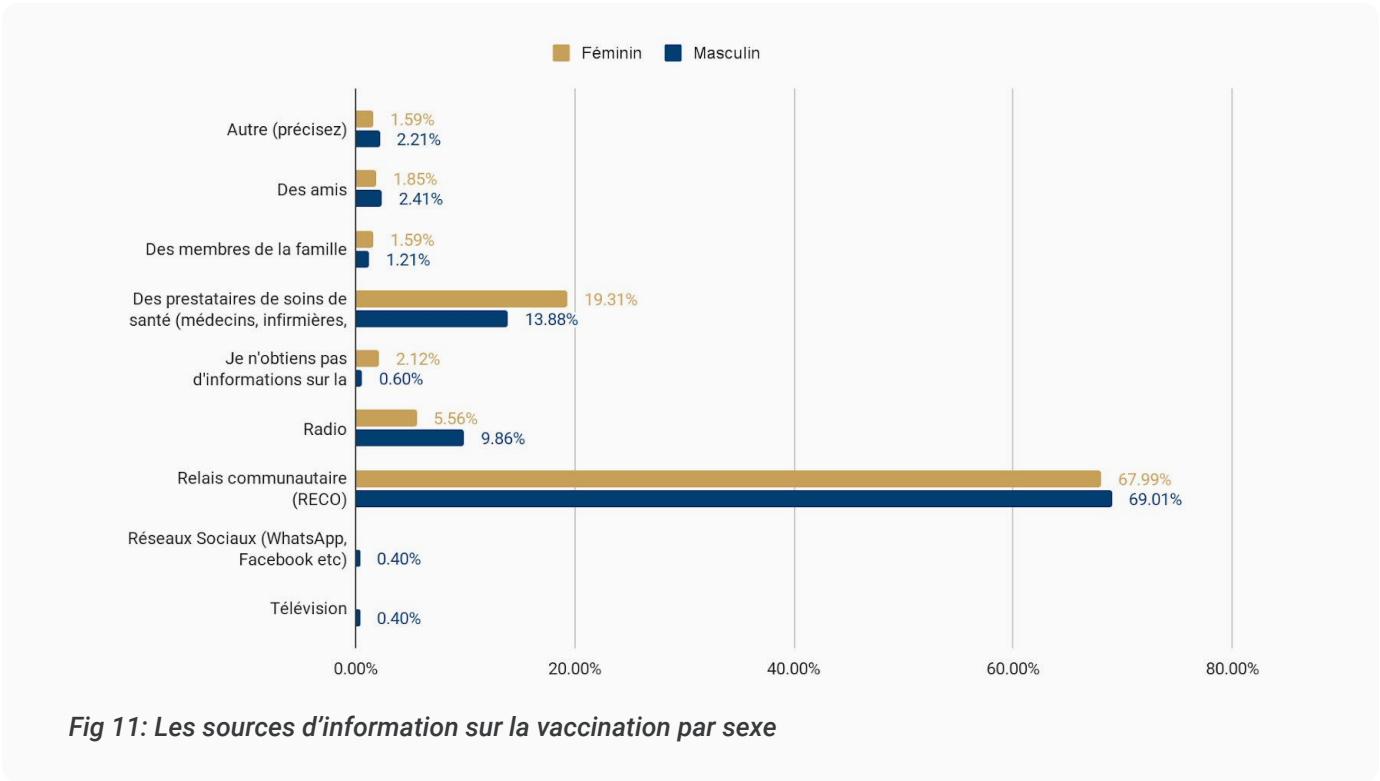
Dans les quatre provinces ciblées, pour les participants interviewés au niveau communautaire, les sources principales d’information sur la vaccination pour les mères, les adolescentes et les pères étaient les relais communautaires (RECOs) arrivent en tête avec 69%, suivis des prestataires de soins de santé (16%) et de la radio (8%), voir tableau 10 ci-dessous.

Il convient de noter que ces proportions varient sensiblement selon les provinces, le sexe et le lieu de résidence. Par exemple, la part de la radio comme source d’information est très faible au Kasai-Oriental (1%) et dans la Tshopo (2%), tandis qu’elle est légèrement plus élevée au Maniema (9%) et à la Mongala (20%). Les radios sont davantage utilisées comme source d’information en zones urbaines (13%) qu’en zones rurales (4%). À l’inverse, les relais communautaires (RECOs) et les prestataires de santé sont cités un peu plus fréquemment en milieu rural (70% et 17% respectivement) qu’en milieu urbain (67% et 15%).

De différences apparaissent également selon le sexe: les femmes déclarent recevoir davantage d’informations des prestataires de santé (19%) que les hommes (14%). Les résultats de l’audit indiquent que les hommes sont globalement un peu moins engagés vis-à-vis des services de santé et de vaccination. 60% d’entre eux déclarent recevoir des informations adéquates sur les effets secondaires des vaccins, contre 68% des femmes. Par ailleurs, 22% des hommes estiment ne pas être suffisamment informés à ce sujet, contre 17% des femmes.

De plus, 24% des hommes ont cité les rumeurs et croyances religieuses comme barrière à la vaccination, contre 14% des femmes, tandis que 20% des hommes évoquent un manque de confiance envers les services de vaccination, soit le double du taux observé chez les femmes (10%). Cette tendance serait le reflet du fait que les mères fréquentent plus régulièrement les services de vaccination, en cohérence avec les normes socioculturelles attribuant principalement aux femmes la responsabilité de la santé et du suivi vaccinal des enfants.

Ces différents éléments soulignent que, bien que les hommes détiennent souvent le pouvoir décisionnel au sein des ménages en matière de vaccination des enfants, ils demeurent moins connectés aux services de santé, moins informés sur les pratiques vaccinales, et parfois plus vulnérables aux fausses informations. Ce cumul de facteurs peut ainsi constituer une barrière importante à la vaccination des enfants et à la promotion d’une prise de décision éclairée au sein des familles.



Dans les groupes de discussions, les leaders communautaires, y compris les chefs religieux, étaient fréquemment cités comme des sources d’information importantes. En ce qui concerne les médias, tel que la radio, ils étaient mentionnés comme une autre source d’information importante, en particulier pour les pères et les habitants des villes. Les réseaux informels, les amis, les membres de la famille et les voisins jouent aussi un rôle dans la diffusion de l’information, surtout pour les femmes et les adolescentes. Les groupes de discussion ont également révélé des spécificités et justifications pour les mères de plus de 20 ans, les mères adolescentes et les pères qui s’alignent avec les données quantitatives:

- **Pour les mères de plus de 20 ans**, en milieu urbain, les amis ou autres systèmes sociaux ont également été cités comme sources d’information et d’accès aux services de vaccination, en plus des RECOs et centres de santé.
- **Les mères adolescentes** au Maniema, dans la Mongala et dans la Tshopo ont souvent mentionné la famille, surtout les parents pour les mères adolescentes qui vivent chez eux, comme sources, en plus des RECO et centres de santé. Au Maniema et dans la Mongala, les réseaux informels, comme les amis, étaient également cités. Dans la Tshopo et au Kasai-Oriental, les relais communautaires étaient le plus commun avant les centres de santé.
- **Pour les pères**, tant en milieu urbain que rural, les sources d’information les plus importantes sur la vaccination des enfants comprennent entre autres les RECO, les centres de santé, les amis. Ils ont dit recevoir souvent ces informations au bar ou au cafétéria, mais également auprès de leurs femmes, et d’autres liens relationnels et les médias .

Bien qu’en faible proportion, les églises et les marchés ont été cités dans les groupes de discussion comme sources d’information complémentaires; ces canaux nécessitent d’être explorés pour briser certaines barrières religieuses et aussi toucher toute la communauté.

Tableau 10. Source d’information sur la vaccination par province

	Kasai-Oriental	Maniema	Mongala	Tshopo	Total
Source d’information					
Des prestataires de soins de santé (médecins, infirmières, agents de santé)	13%	18%	11%	22%	16%
Relais communautaire (RECO)	82%	63%	65%	65%	69%
Des amis	1%	2%	0.4%	5%	2%
Des membres de la famille	0%	1%	0,4%	4%	1%)
Radio	1%	9%	20%	2%	8%
Télévision	0%	0%	0%	1%	0,2%
Réseaux relationnels (amis, familles etc)	0%	1%	0%	0%	0.2%
Pas d'information sur la vaccination de mon enfant	2%	0%	2%	0%	1%
Autre (précisez)	1%	6%	1%	1%	2%

Voix des participant(e)s

“Les mobilisateurs, on trouve tout le monde à la maison et permet d’atteindre la population”

“porte par porte”

“les RECO”

(GD, RECO, Zone de santé de Lisala, Mongala)

“Chez les chefs de village car ils propagent les messages rapidement. Plus au marché, car c’est là où il y a plusieurs femmes lors de discussions et entretiens et échanges entre mamans au marché”

(GD, femmes, Zone de santé de Kailo, Maniema)

“Nous pensons les RECO sont importants parce sont les seules voies où on nous communique les informations réelles en matière de la santé et on n’a pas d’autres voies d’information sanitaires si ce ne sont que celles-là que nous vous parlons”

(GD, adolescents, La Commune, Kasai-Oriental)

“Elles se communiquent entre elles”

“Après de leurs aimants”

“Lorsqu’elles se font tisser les cheveux”

“Après de leurs parents”

“Nous pensons que c’est important pour les mères adolescentes puisqu’elles ont des téléphones, elles fréquentent les églises”

(GD, RECO, Kailo, Maniema)

[Pourquoi les mères aidantes (+20 ans) trouvent les centres de santé importants]

“l’information via le centre de santé parce que tout le monde n’a pas la radio”

(GD, femmes, Lisala, Mongala)

“Les pères s’informent plus par la radio, et par les SMS au téléphone parce que, les hommes suivent plus la radio et leurs téléphones et les informations ne peuvent pas les échapper”

(GD, femmes, Kindu, Maniema)

Voix des participant(e)s

“Pour les papas les sources d’informations de la vaccination de routine sont les mamans parce qu’elles sont en contact avec les prestataires de santé -Moi papa c’est ma femme qui vient me donner l’information”

(GD, RECO, Boyoma, Tshopo)

“A travers mes parents je peux avoir les informations sur la vaccination”

“Si je suis à l’église, de fois je suivie l’information”

(GD, adolescentes, Lisala, Mongala)

“Nos chefs de localité jouent un grand rôle, la radio et l’église aussi”

(GD, RECO, Lisala, Mongala)

6.5. Les institutions, lois, et politiques: Structures et responsabilités pour renforcer la vaccination des enfants

Le dernier domaine du cadre d’analyse explore les institutions, lois et politiques. Il s’intéresse aux droits formels et informels des hommes et des femmes, ainsi qu’à la manière dont ces derniers sont différemment et souvent inégalement affectés par les politiques et les règles qui encadrent les institutions, notamment le système de santé et les programmes tels que le PEV.

Le gouvernement de la RDC a ratifié et adhéré à plusieurs politiques, tant au niveau national qu’au niveau continental et international. A travers ces engagements, l’Etat Congolais confère aux institutions sanitaires de la RDC la responsabilité de mettre en œuvre divers programmes et stratégies visant à atteindre les objectifs de santé pour le bien être des Congolais, y compris la couverture sanitaire universelle et les politiques d’équité en termes d’accès aux services de santé.

Parmi ces politiques, programmes et lois, on compte la Charte Africaine de Développement Sanitaire, le Programme pour la Vaccination à l’Horizon 2030, ainsi que la Loi n° 18/035 du 13 décembre 2018 fixant les principes fondamentaux relatifs à l’organisation de la santé publique.

6.5.1. L’effectivité des lois et politiques en matière de santé et de vaccination, ainsi que le rôle des institutions sanitaires

La Loi n° 18/035 du 13 décembre 2018 de la RDC contient des articles spécifiques en matière de vaccination. En effet, l’article 92 de cette loi stipule la gratuité des vaccins inscrits aux calendriers, tels que ceux contre la rougeole et la fièvre jaune. Les données qualitatives recueillies au niveau communautaire confirment cette gratuité, constituant ainsi une barrière réduite à l’accès à la vaccination, notamment pour les familles vulnérables et démunies.

Ainsi le droit d'accéder aux vaccins gratuitement est respecté. Cet article de loi précise également que «*Toute structure qui vaccine dispose des médicaments et des équipements nécessaires pour traiter une situation d'urgence ou une réaction au vaccin.*» Cependant, ce dispositif n'est pas pleinement opérationnel dans la majorité des communautés des provinces ciblées, où 65% des participants au niveau communautaire identifient les effets secondaires comme une barrière majeure à la vaccination des enfants, ce qui est accentué par un manque de prise en charge.

Les institutions de la RDC jouent un rôle fondamental dans l'application des diverses lois et politiques en matière de santé et de vaccination, ainsi que dans la réalisation des objectifs de santé du pays au sein des communautés où elles interviennent. Les pratiques des prestataires de santé au sein de ces institutions peuvent donc influencer l'accès et l'utilisation des services de santé et de vaccination. La majorité des participants aux groupes de discussion ont, par exemple, confirmé que les prestataires de santé communiquaient les prochains rendez-vous et veillent à leur respect. Ils ont également mentionné que, pour les parents habitués à manquer les rendez-vous de vaccination de leurs enfants, les prestataires leur fournissent des jetons comme rappel. Ces pratiques positives contribuent à un accès et une utilisation équitables des services de vaccination pour les enfants. Cependant, certaines pratiques non adaptées et discriminatoires au sein du personnel de santé ont été rapportées par des participants de l'audit au niveau communautaire. Certaines de ces pratiques reflètent des croyances et des perspectives ancrées sur les inégalités de genre et socio-culturelles.

Par ailleurs, 16% des participants avaient cité le manque de confiance aux services de santé comme une barrière générale à la vaccination, ce qui est un obstacle à leur droit d'accès aux soins de santé et de vaccination pour leurs enfants. Les groupes de discussion ont relevé plusieurs facteurs liés aux pratiques et politiques des services de vaccination des enfants, qui limitent l'accès et l'utilisation à ces derniers, à savoir, entre autres :

- **La langue peut causer un problème de compréhension pour certains:** certains prestataires de santé communiquent en français alors que les communautés ne parlent que les langues locales telles que le lingala, le swahili ou le tshiluba.
- **Conflits entre les vaccinateurs et certaines familles:** des participants ont mentionné les tensions ou les conflits entre les vaccinateurs et certaines familles comme obstacle à la vaccination. Des problèmes de communication ou de confiance surviennent, ce qui décourage les parents à faire vacciner leurs enfants.
- **Le manque d'expérience de certains prestataires** qui pratique mal l'injection des vaccins avec comme conséquence, des effets secondaires pouvant, dans des cas extrêmes, jusqu'à paralyser certains membres du corps .Un autre enjeu mentionné par les participants est que certains décideurs ont parfois tendance à recruter des individus qu'ils connaissent, qui ne disposent pas nécessairement des qualifications ou de l'expérience requises, pour constituer les équipes de vaccinateurs. Les grèves fréquentes des infirmiers affectent également le calendrier vaccinal des enfants.
- **Le nombre insuffisant de personnel de soin et les problèmes liés à la planification des séances de vaccination en stratégie avancée :** la plupart des structures sanitaires planifient moins des séances en stratégie avancée que prévue et une fois que la séance planifiée est raté, les prestataires ne pensent pas à la replanifier afin de récupérer les enfants non vaccinés. Un autre problème, ressorti dans les réponses, est que les séances de vaccination ne sont pas adaptées aux heures où les femmes et les hommes des zones rurales, agriculteurs ou propriétaires de petites entreprises, pourraient être plus disponibles pour amener leurs enfants à la vaccination.

Voix des participant(e)s

“Si la population n’est pas bien informée, elle ne va pas amener leurs enfants à la vaccination”

(GD, Direction Provinciale de la Santé(DPS), Mongala)

“Les nombres limités des vaccinateurs qui ne peuvent pas aller vers les zones ou endroits à accès difficile, problèmes d’identification des enfants zéro dose dont les structures sont incapables d’identifier”

(GD, DPS, Kasai-Oriental)

“Faible sensibilisation dans la zone [tous]”

(GD, hommes, Kailo, Maniema)

“Si la séance de vaccination est programmée et que papa et maman sont allés vaquer à leurs occupations, cette situation fera que l’enfant pourra rater le vaccin”

(GD, hommes, AS de Katekelayi, Kasai-Oriental)

6.5.2. L'équité et l'égalité à la gestion de santé communautaire

À travers la RDC, il existe un système de Comités de Santé (CODESA) et de Cellules d'Animation Communautaires (CAC), des structures qui permettent à la communauté de s'impliquer activement dans les questions de santé, y compris la vaccination. Ces organes répondent aux exigences de l'article 93 de la Loi n° 18/035 du 13 décembre 2018, qui stipule que les membres de la communauté, à tous les niveaux, doivent participer à la planification, à la mise en œuvre et à l'évaluation des activités de vaccination. Leur rôle est de garantir que les interventions de santé intègrent les perspectives locales, ce qui peut significativement améliorer l'accès aux services de vaccination.

En effet, les résultats de l'audit ont révélé que 69% des participants obtiennent leurs informations à travers les RECOs (relais communautaires), illustrant ainsi leur importance dans la transmission de l'information et la sensibilisation à la vaccination. Toutefois, il existe encore des barrières qui limitent ce droit de la population locale à être pleinement impliqué dans les activités de vaccination. Dans le Maniema, par exemple, certains participants ont évoqué la sélection des vaccinateurs de la zone de santé urbaine de Kindu pour participer aux activités de vaccination dans la zone de santé rurale de Kailo. Cette pratique contribue à la méfiance à l'endroit des services de vaccination des enfants dans les communautés, et peut décourager certains parents de la communauté à faire vacciner leurs enfants.

Les données au niveau global montrent que les inégalités sociales et de genre dans les ressources humaines pour la santé doivent également s'étendre aux agents de la santé communautaire.³³ Basé sur les discussions de groupe communautaire, la majorité des participants affirment qu'il y a l'équité et l'égalité dans le leadership et la participation des hommes et des femmes à la gestion des comités de santé communautaire et que les femmes sont représentées aux postes de gestion.

33. CARE (2023)

Toutefois, au Maniema, les femmes rurales, les mères adolescentes en particulier, ont relevé plus de difficultés pour les femmes dans les rôles de gestion que dans les zones urbaines. Les hommes et les leaders communautaires ruraux ont aussi reconnu ces difficultés. Au Kasai-Oriental, même si la plupart étaient d'accord qu'il y a la parité, il y a eu des participants qui ont noté que les femmes ont des difficultés à obtenir des postes de direction. A la Mongala, les relais communautaires ont exprimé des observations importantes sur le fait que les hommes dominent dans les fonctions de direction et que les femmes peuvent rencontrer des difficultés en raison de leur faible niveau d'éducation.

Par ailleurs, la majorité de participants du Kasai-Oriental, de la Tshopo et de la Mongala ont déclaré qu'il y a la représentativité des différentes couches sociales de la communauté au comité de santé locale bien que l'opinion du degré de représentativité varie entre les provinces. Toutefois, des trois autres provinces, au Maniema, la majorité d'hommes et de femmes, ruraux et urbains, et les leaders communautaires, y compris les RECOs, ont été de l'avis que les différentes couches sociales ne sont pas représentées dans les comités locaux de santé. De même manière, à la Mongala, les participants ont identifié des exceptions notables pour les personnes en situation de handicap et les personnes atteintes d'albinisme.

Voix des participant(e)s

“Ces différentes couches sont très minoritaires et cela ne leur donne pas une occasion d’être représentés dans beaucoup des choses. D’autres, ils ne s’intéressent pas”

(GD, adolescents, Kailo)

“Il n’y a pas d’albinos majeur dans l’aire de santé et des pygmées dans l’aire de santé. Et les personnes vivant avec handicap sont moins nombreux aussi”

(GD, femmes, Kailo)

Voix des participant(e)s

“Moi je parle pour notre cas, où nous avons 10 cellules d’animation communautaires dont 6 sont dirigées par les femmes, sont très bien respectées et suivies par les hommes. Il y a également certaines femmes qui occupent d’autres postes de responsabilité comme tenir la trésorerie : les mamans dirigent également très bien et tiennent bien les réunions”

(Groupe de discussion des adolescentes de l'aire de santé Adventiste, Kasai-Oriental)

“Oui, mais les hommes sont majoritaires”

(GD, femmes adultes, Kailo, Maniema)

“Toute couche sociale est représentée dans le comité mais on n’a pas une personne vivant avec handicap”

“Les femmes font partie de comités mais elles sont minoritaires”

(GD, BCZ, Mongala).

“Ici, toutes les couches de la population sont représentées et font partie de nos comités sur base des ambitions des uns et autres, et nos différentes cellules d’animation communautaires sont constituées par les membres élus par la communauté”

(GD, PdS, Mbuji-Mayi, Kasai-Oriental)

“Certaines sont négligées parce qu’elles sont des femmes mais les hommes les écoutent”

(GD, mères, 15-19 ans, Kailo)



(Province de Maniema, 5 March 2024. Crédit: Flowminder)



(Province de Tshopo, 7 March 2024. Crédit: Flowminder)

Partie B : les résultats au niveau de l’offre

La deuxième partie du rapport examine le niveau d’intégration des considérations de genre, et d’inclusion sociale dans les services de vaccination du MSPHPS/PEV et des organisations de la société civile locales (OSC). Ces analyses apportent un éclairage sur la manière dont l’intégration, ou une faible intégration, au niveau de l’offre de ces considérations peut influencer à la fois l’accès et la demande en services de vaccination, avec un effet direct sur la couverture vaccinale nationale.

7. Caractéristiques sociodémographiques des participants au niveau institutionnel

Au niveau institutionnel, le nombre de participants du MSPHPS/PEV est de 44 au Kasai-Oriental, 49 à la Mongala, 49 au Maniema, 51 à la Tshopo, et quatre personnel au niveau central (68% d’hommes et 32% de femmes dans l’ensemble) (Tab.11). Des entretiens individuels ont été organisés avec les informateurs clés, tels que les Médecins Chef d’Antenne (MCA), les Médecins Chef de Zone de santé (MCZ) et les Chefs de division (CD) au niveau provincial, ainsi que le personnel stratégique au niveau central.

Les enquêteurs ont également réalisé des groupes de discussion avec d’autres prestataires de santé dans les division provinciales de la santé (DPS) et les zones de santé et aires de santé, y compris les Infirmiers titulaires et les infirmiers superviseurs PEV, ainsi qu’avec quelques membres représentants des organisations de la société civile (OSC). Au niveau central, les participants ont uniquement pris part à des entretiens individuels. Par conséquent, à l’exception des données présentées dans le tableau 11 et la figure 12, les analyses quantitatives se concentrent sur les résultats recueillis dans les quatre provinces ciblées.

Tableau 11. Nombre de participants (MSPHPS/PEV et OSC) par province

Provinces	MSPHPS/PEV	OSC
Kasai-Oriental	44	13
Maniema	49	10
Mongala	49	10
Tshopo	51	10
Niveau central	4	-
TOTAL	197	43

8. Contexte des services de vaccination en RDC

Le Programme élargi de vaccination (PEV) est la structure principale du Ministère de la Santé, Hygiène et Prévention (MSPHPS) de la République démocratique du Congo (RDC) chargée d’assurer la vaccination complète et systématique de chaque enfant dans le pays.

Conformément aux normes mondiales et nationales en matière d’équité dans la vaccination des enfants, le PEV et ses partenaires ont mis en place des mesures stratégiques, telles que la gratuité de la vaccination dans toutes les provinces du pays.³⁴ Toutefois, la couverture vaccinale demeure faible, avec seulement 36% des enfants complètement vaccinés.

Les pays affichant des faibles taux de vaccination, tel que la RDC, sont encouragés à adopter des approches de santé centrées sur l’humain et axées sur l’équité, afin de répondre aux besoins des populations laissées-pour-compte. Ces recommandations émanent particulièrement des stratégies et politiques internationales et continentales relatives au développement durable et à la santé universelle³⁵, qui reconnaissent l’importance de l’égalité de genre, de l’inclusion sociale et de l’équité en matière de santé. Une attention spécifique est accordée à l’analyse des facteurs déterminants, comme ceux liés aux inégalités de genre, ainsi qu’aux stratégies de vaccination susceptibles d’y remédier.³⁶ En effet, les stratégies sexotransformatrices favorisant l’autonomisation des femmes et des filles, l’engagement des hommes et l’équité en matière de santé sont reconnues comme des interventions cruciales qui contribuent à l’augmentation de la vaccination et à l’amélioration de la santé des enfants.³⁷

Ces différents cadres stratégiques apportent des orientations significatives à la RDC dans ses efforts visant à surmonter les barrières liées au genre et à l’exclusion sociale en matière de vaccination, afin de réduire le nombre d’enfants zéro dose et sous-vaccinés.

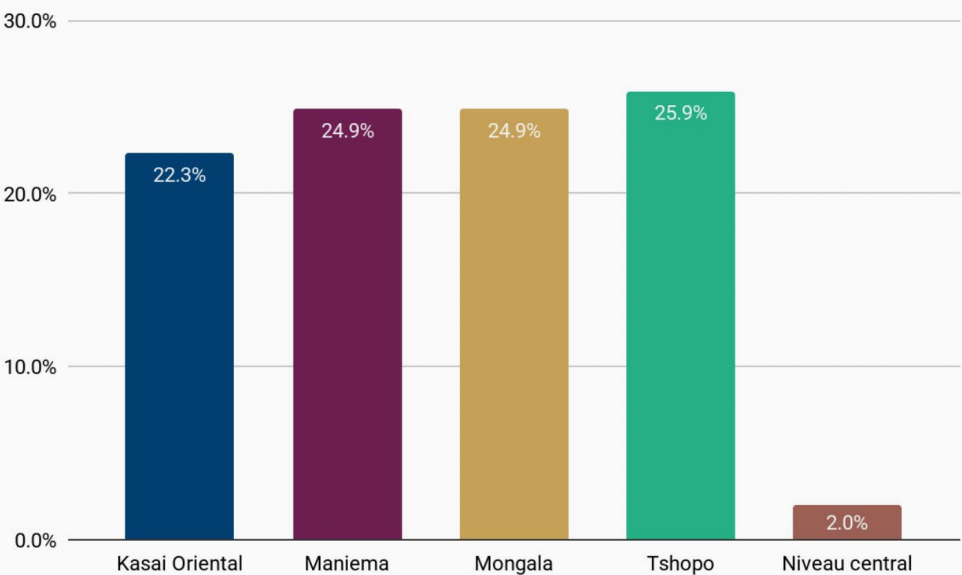


Figure 12 : Répartition des participants par province, en pourcentage (MSPHPS/PEV)

Dans l’ensemble, la moitié des prestataires de santé interrogés sont dans la tranche d’âge 35-55 ans, et 38% des participants ont répondu avoir une ancienneté de plus de 10 ans de service. 54% travaillent au niveau des aires de santé tandis que 27% sont au niveau intermédiaire/provincial, 18% au niveau des zones de santé, et 1% au niveau central.

Quant aux OSC, 81% d’entre-elles appartiennent aux organisations non gouvernementales locales travaillant au niveau des zones de santé; dont 49% sont personnel de soutien, 30% personnel de gestion ou leadership, et seulement 12% sont des prestataires de service de vaccination.

En examinant la répartition des hommes et des femmes par tranche d’âge, les femmes sont plus nombreuses comparé aux hommes dans les tranches d’âge 25-34 ans (20% de femmes et 17% d’hommes) et 35-44 ans (respectivement 36% et 29%) (Fig. 13).

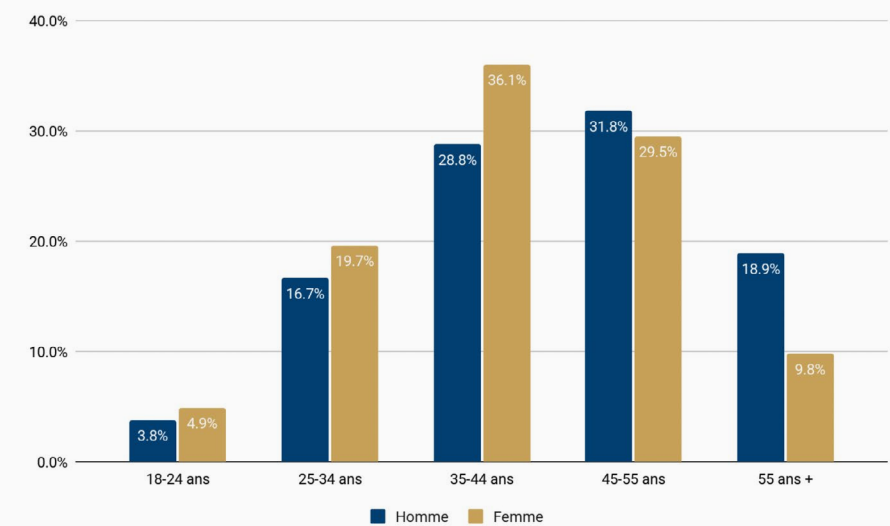


Figure 13 : Répartition par âge et par sexe des prestataires de soins (MSPHPS/PEV)

³⁴ En 2018, le gouvernement de la RDC a créé le Plan Mashako, un plan de réponse d’urgence visant à prévenir les flambées épidémiques de certaines maladies évitables par la vaccination (MEV) en renforçant les vaccinations de routine dans les provinces prioritaires.
³⁵ OMS, 2018; GAVI, 2020; Agenda 2030 et Agenda Africain, 2063
³⁶ Geweniger et Abbas (2020).
³⁷ Johns et al (2022).

9. Analyse de l'intégration du genre et de l'inclusion sociale au sein services du MSPHPS/PEV et OSC

Le Programme élargi de vaccination (PEV) est la structure principale du Ministère de la Santé, Hygiène et Prévention (MSPHPS) de la République démocratique du Congo (RDC) chargée d'assurer la vaccination complète et systématique de chaque enfant dans le pays.

Conformément aux normes mondiales et nationales en matière d'équité dans la vaccination des enfants, le PEV et ses partenaires ont mis en place des mesures stratégiques, telles que la gratuité de la vaccination dans toutes les provinces du pays. Toutefois, la couverture vaccinale demeure faible, avec seulement 36% des enfants complètement vaccinés.

Les pays affichant des faibles taux de vaccination, tel que la RDC, sont encouragés à adopter des approches de santé centrées sur l'humain et axées sur l'équité, afin de répondre aux besoins des populations laissées-pour-compte. Ces recommandations émanent particulièrement des stratégies et politiques internationales et continentales relatives au développement durable et à la santé universelle, qui reconnaissent l'importance de l'égalité de genre, de l'inclusion sociale et de l'équité en matière de santé. Une attention spécifique est accordée à l'analyse des facteurs déterminants, comme ceux liés aux inégalités de genre, ainsi qu'aux stratégies de vaccination susceptibles d'y remédier. En effet, les stratégies sexotransformatrices favorisant l'autonomisation des femmes et des filles, l'engagement des hommes et l'équité en matière de santé sont reconnues comme des interventions cruciales qui contribuent à l'augmentation de la vaccination et à l'amélioration de la santé des enfants.

Cette section met en évidence le niveau d'intégration du genre et de l'inclusion sociale au sein du MSPHPS/PEV, et des organisations de la société civile. Elle décrit également les opportunités de renforcer les stratégies et les interventions futures du PEV afin de réduire les barrières à la vaccination liées au genre et à l'exclusion sociale et de contribuer à une couverture vaccinale plus équitable.

L'analyse des données recueillies lors de l'enquête est structurée selon les quatre dimensions du cadre d'intégration du genre (voir la figure 2 dans la section Méthodologie du rapport) à savoir :

- La volonté politique
- La capacité technique
- La responsabilité
- La culture organisationnelle

Ce cadre d'analyse permet d'examiner les dimensions institutionnelles telles que les attitudes et les capacités du personnel du PEV à considérer les questions liées au genre et à l'inclusion sociale, l'équité et l'égalité des hommes et des femmes du personnel, et le niveau d'intégration du genre et de l'inclusion dans les programmes de vaccination, y compris les activités de génération de la demande.

9.1. La volonté politique

L'intégration des considérations de genre et d'inclusion sociale dans les services de santé et de vaccination dépend avant tout de la volonté politique des leaders de ces institutions. Dans ce contexte, la « volonté politique » désigne la manière dont les dirigeants utilisent leur position de pouvoir pour communiquer, démontrer et concrétiser leur engagement en faveur de l'inclusivité et de l'égalité de genre au sein de leurs services, par des actions tangibles et mesurables.

9.1.1. Aperçu global des engagements nationaux sur la dimension de genre et d'inclusion sociale en RDC

La RDC dispose d'un ensemble des stratégies officielles visant à promouvoir les principes d'équité et d'égalité de genre, notamment le document de la Politique Nationale Genre (PNG) adopté par le gouvernement en 2009, et l'arrêté ministériel (numéro 045 du 28 août 2019) portant sur la création, l'organisation et le fonctionnement des cellules sectorielles genre (CSG) dans tous les ministères, y compris celui de la santé. Par ailleurs, la Stratégie Nationale de Développement Sanitaire (PNDS 2019–2022 recadrée) met un accent particulier sur l'équité et l'amélioration de l'accès aux soins de santé de qualité pour tous, dans le cadre de la mise en œuvre de la Couverture Sanitaire Universelle, en lien avec les Objectifs de Développement Durable. Cette stratégie reconnaît les causes sexospécifiques des faibles résultats en matière de santé maternelle, néonatale et infantile, comme les violences basées sur le genre et les pratiques traditionnelles néfastes.

Par ailleurs, en tant que membre de l'Assemblée mondiale de la Santé, la RDC a approuvé le Programme pour la vaccination à l'horizon 2030, une stratégie mondiale avec pour objectif de ne laisser personne de côté. Cette initiative exhorte tous les programmes de vaccination d'intégrer des approches inclusives et sensibles au genre afin de surmonter les déterminants sociaux et sexospécifiques qui compromettent l'équité des résultats de la vaccination. Elle met également l'accent sur la nécessité de renforcer l'engagement communautaire, notamment à travers des partenariats impliquant les femmes et les filles en tant qu'actrices clés du changement.

9.1.2. État des politiques et stratégies sur l'égalité de genre et l'inclusion sociale au MSPHPS/PEV: résultats de l'audit

Plus de la moitié du personnel du MSPHPS/PEV, soit 54% (57% des femmes et 53% des hommes), ainsi que 37% des agents des OSC locales déclarent que le MSPHPS/PEV ne dispose pas d'une politique ou d'une stratégie écrite affirmant son engagement en faveur de l'égalité de genre. Très peu ont fait référence à l'existence d'une politique ou d'une stratégie sur l'égalité de genre (23% pour le PEV et 28% pour les OSC partenaires) (Fig. 14 et Fig 15).

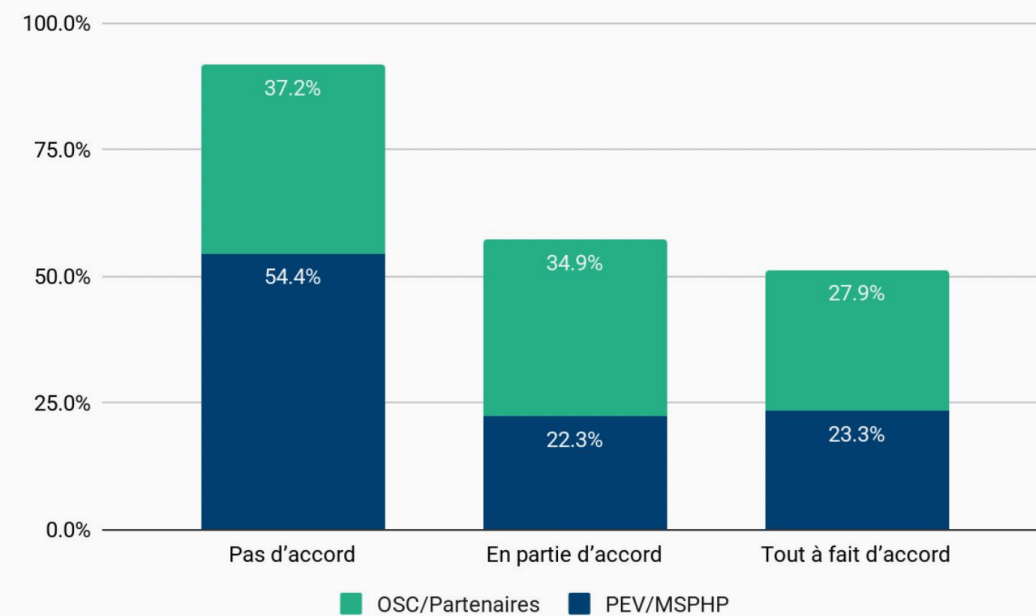


Figure 14 : Existence d'une politique ou d'une stratégie sur l'égalité de genre

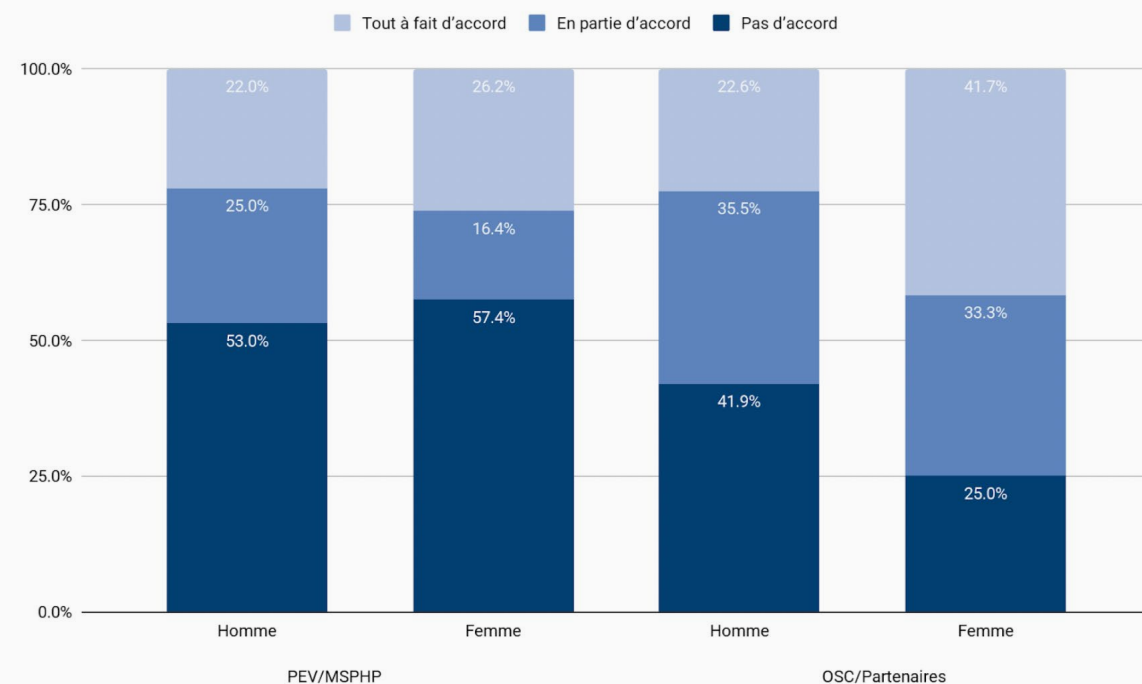


Figure 15 : Répartition par sexe: Existence d'une politique ou d'une stratégie sur l'égalité de genre

Les entretiens réalisés avec le personnel du PEV au niveau central confirment qu'ils mettent progressivement en œuvre des politiques et des stratégies pour réduire les obstacles à la vaccination liés aux inégalités, y compris l'élaboration de la politique officielle d'égalité de genre et d'inclusion sociale en matière de santé et de vaccination. La mise en place et le fonctionnement effectif des cellules genre au sein du Secrétariat général à la Santé et dans neuf provinces du pays témoignent de l'engagement des autorités sanitaires congolaises à intégrer les considérations de genre et d'inclusion sociale dans les politiques et pratiques du système de santé, y compris en matière de vaccination. L'approche des ambassadeurs genre mise en œuvre est aujourd'hui considérée par le niveau central comme une pratique prometteuse, et contribuent au rapprochement concret entre la Cellule genre du ministère et le PEV au niveau central et des provinces. Cette approche est perçue comme une méthode à étendre à l'échelle nationale, en partenariat avec les points focaux genre du PEV central et la Cellule genre du Secrétariat général à la Santé.

9.1.3. Le niveau de prise en compte des politiques et des considérations d'égalité de genre et d'inclusion sociale dans les services de santé et de vaccination

Un indicateur clé de l'engagement institutionnel en matière d'inclusivité et de sensibilité à l'égalité de genre au sein d'une institution comme le MSPHPS/PEV réside dans la perception qu'a son personnel de l'intégration de ces considérations dans l'exercice de ses fonctions. Les résultats de l'audit montrent que moins de la moitié, soit 45%, des prestataires de santé participant à l'enquête est tout à fait d'accord de la prise en compte des considérations d'égalité de genre dans leurs services, projets et activités. 61% de femmes ont répondu affirmativement à cette question contre 38% d'hommes. Ce pourcentage était de 51% auprès des agents des OSC (Fig. 16 et Fig. 17). Il existe une variance significative entre la province de la Tshopo et les trois autres provinces ciblées. En effet, 65% des participants de la Tshopo n'étaient pas d'accord sur la prise en compte des considérations de genre dans les activités de vaccination, contre seulement 20% au Kasai Oriental, 24% dans le Maniema et 20% à la Mongala.

Bien que la volonté politique soit présente à travers certaines stratégies et politiques ratifiées par le gouvernement Congolais, il demeure impératif d'intensifier les efforts pour promouvoir les politiques inclusives et sensibles au genre en matière de vaccination. Une approche efficace est essentielle pour assurer que les stratégies déjà existantes soient pleinement reconnues et mises en œuvre d'une manière effective à tous les niveaux du système de santé. Par ailleurs, la forte proportion des femmes ayant répondu positivement à cette question, soit 61%, pourrait indiquer qu'elles sont plus intéressées par l'intégration de la dimension de genre que les hommes, ou qu'elles en ont une meilleure connaissance sur ces notions. Des recherches plus approfondies seraient nécessaires pour en comprendre pleinement les raisons.



(Province de Mongala,
28 February 2024.
Crédit: Flowminder)

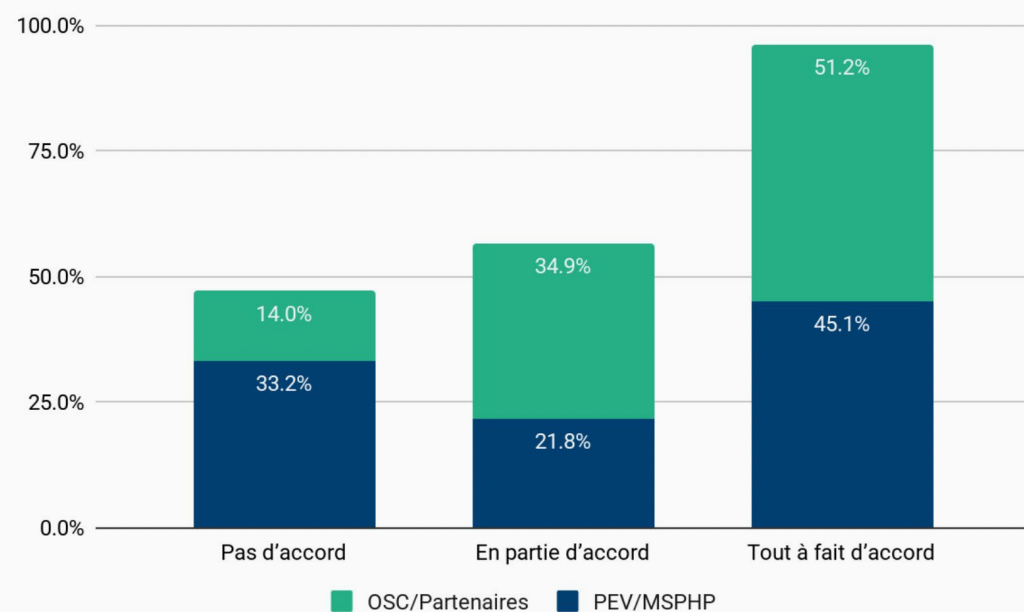


Figure 16 : Intégration des considérations d'égalité de genre dans les services (MSPHPS/PEV; OSC)

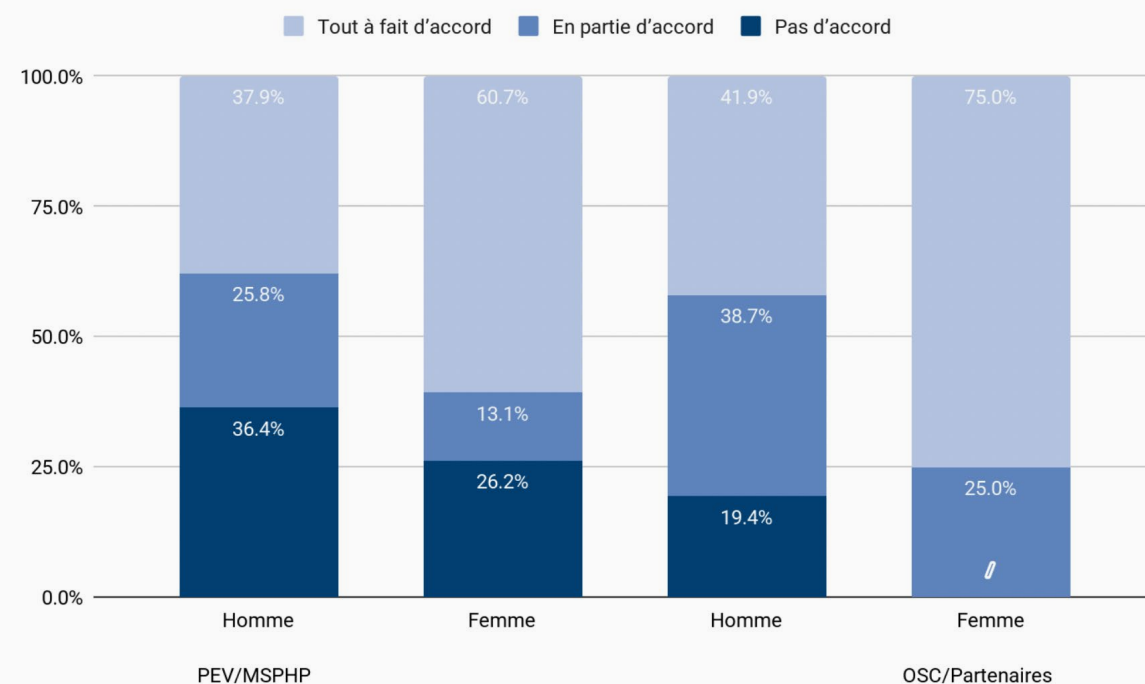


Figure 17 : Répartition par sexe sur l'intégration des considérations d'égalité de genre

9.2. Capacité technique

En complément de la volonté politique, il est crucial de s'assurer que le personnel des institutions dispose des capacités nécessaires pour mettre en œuvre et intégrer les considérations inclusives et sensibles au genre dans leurs services. Dans le cadre de cet audit, la capacité technique se définit comme le niveau d'aptitude, de qualification et de compétences dont le personnel a besoin pour conduire efficacement les aspects pratiques de l'intégration de la dimension de genre et d'inclusion sociale dans les services de santé.

9.2.1. Le niveau de compétences du personnel de santé en matière d'intégration des approches inclusives et sensibles au genre dans les services de santé et de vaccination travail

Seulement 29% des prestataires de santé étaient d'accord que le personnel du PEV possède les connaissances, compétences et attitudes nécessaires pour prendre en compte les questions de genre et d'inclusion sociale dans leur travail (Fig. 18). Toutefois, lors des groupes de discussion, les prestataires de santé ont confirmé que certains dans leurs provinces étaient formés en matière d'équité, de genre et d'inclusion; les participants du Kasaï-Oriental et du Maniema ont davantage partagé leur avis sur ce sujet par rapport aux prestataires de santé des autres provinces ciblées. Cependant, ces formations étaient dispensées dans le cadre d'un projet mené par une organisation non gouvernementale internationale.

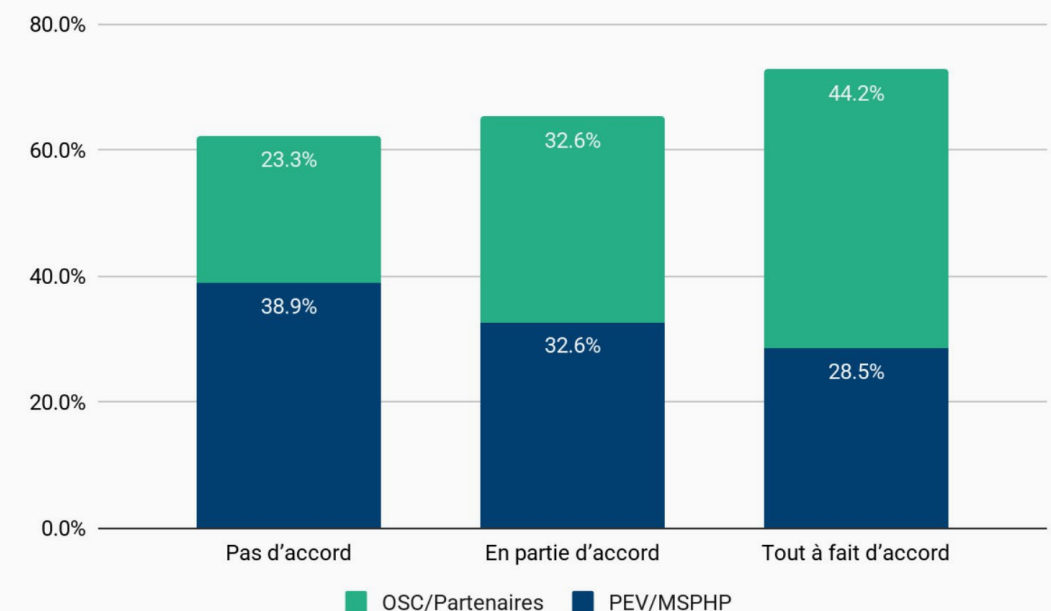


Figure 18 : Connaissances et compétences du MSPHPS/PEV

Bien que certains prestataires de santé du MSPHPS/PEV et membres des OSC aient les compétences ou attitudes nécessaires à une prise en compte des questions de genre et d'inclusion sociale, ces résultats suggèrent que la plupart n'ont pas les aptitudes requises. Par conséquent, la dimension de genre et d'inclusion sociale n'est pas systématiquement prise en compte dans les programmes de vaccination. **Il y a ainsi un besoin urgent de renforcer la capacité technique et l'institutionnalisation des dimensions de genre et d'inclusion sociale au sein du PEV et des OSC.**

9.2.2. Le niveau d'intégration concrète des considérations de genre et d'inclusion sociale dans la gestion des projets, de la planification au suivi et à l'évaluation

43% des prestataires de santé interrogés déclarent que l'analyse comparative entre les sexes, qui est essentielle pour identifier et remédier aux inégalités d'accès à la vaccination, n'est pas intégrée dans leur gestion des projets, des activités et des services de vaccination (Fig. 19 et 20). Toutefois, 41% des prestataires de santé estiment que leurs services et activités de vaccination infantile tiennent compte des rôles et intérêts spécifiques des hommes, femmes, filles, et garçons.

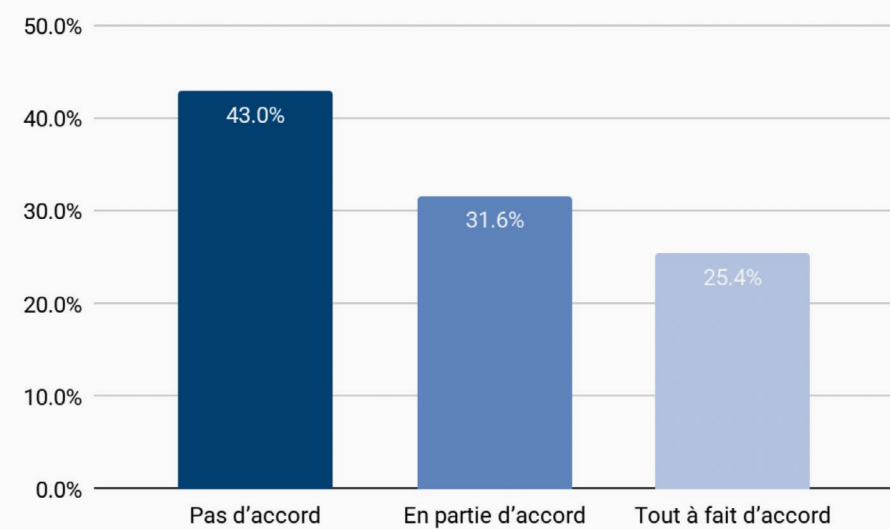


Figure 19: Intégration de l'analyse comparative entre les sexes dans les projets dans les projets du MSPHPS/PEV

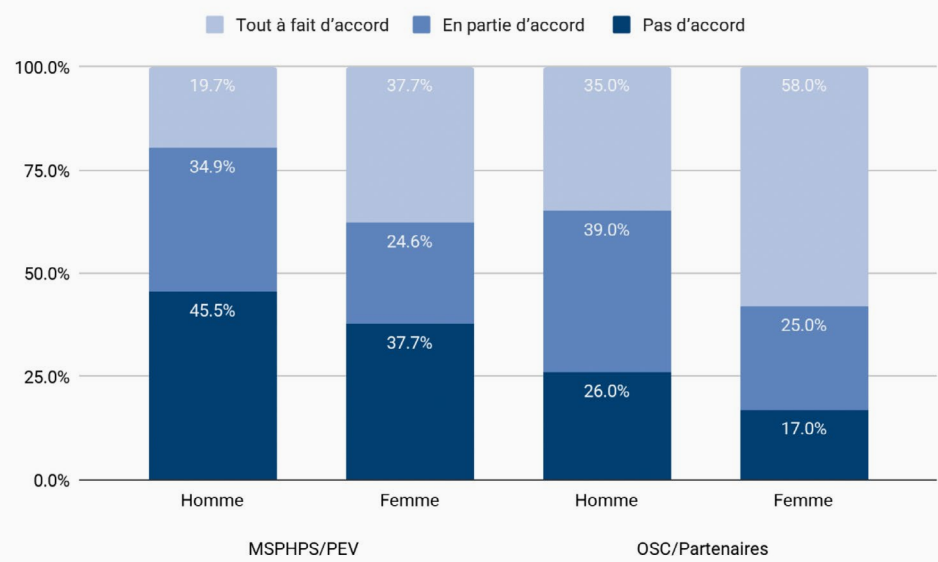


Figure 20 : Intégration de l'analyse comparative entre les sexes dans les projets dans les projets du MSPHPS/PEV. Information désagrégée par sexe

En comparant les opinions des femmes et des hommes des prestataires de santé, on constate que 48% des femmes interviewées affirment que leurs activités et services de vaccination prennent systématiquement en compte les rôles et les intérêts des participants hommes, femmes, filles, garçons et personnes de genres divers, contre 39% des hommes (Fig. 21).

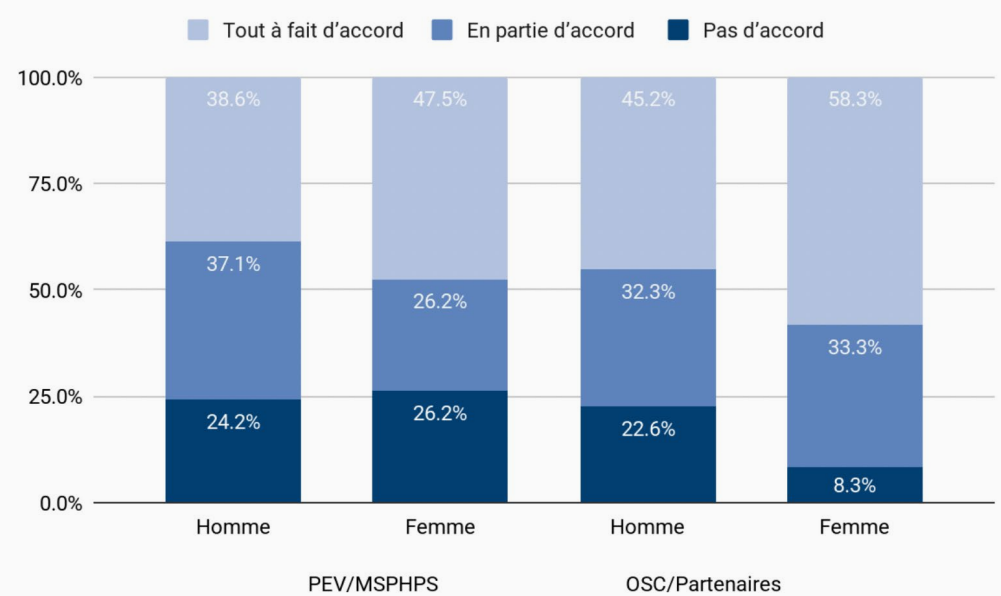


Figure 21 : Prise en compte des rôles et des intérêts des participants et répartition des opinions par sexe

De plus, 45% du prestataires de santé interviewé déclare ne pas être d'accord avec le fait que les équipes de planification, de mise en œuvre, d'évaluation et de conseil de leurs projets/services sont composées de membres qui prennent des actions concrètes pour assurer l'application des approches sensibles à la dimension de genre et à l'inclusion sociale (Fig. 22).

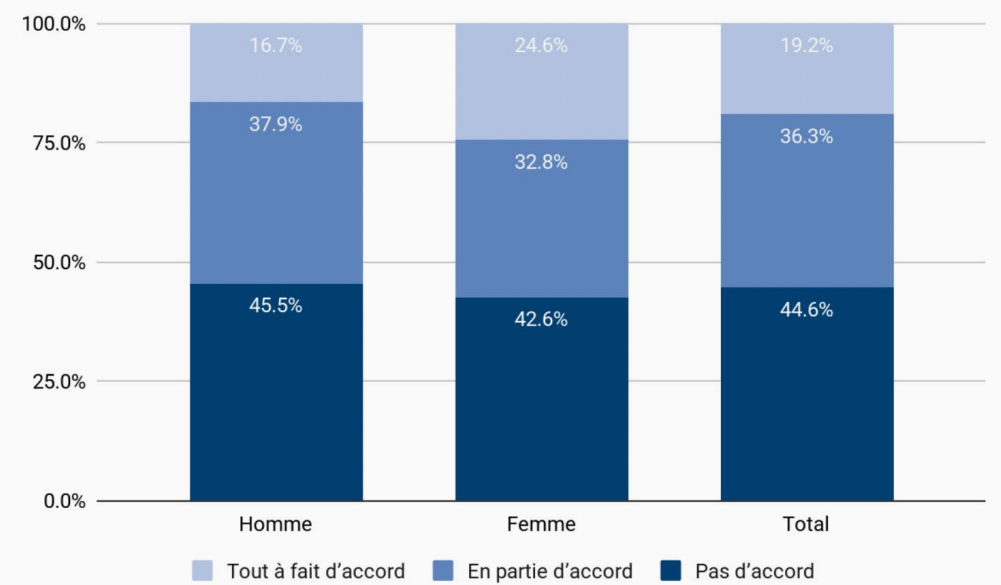
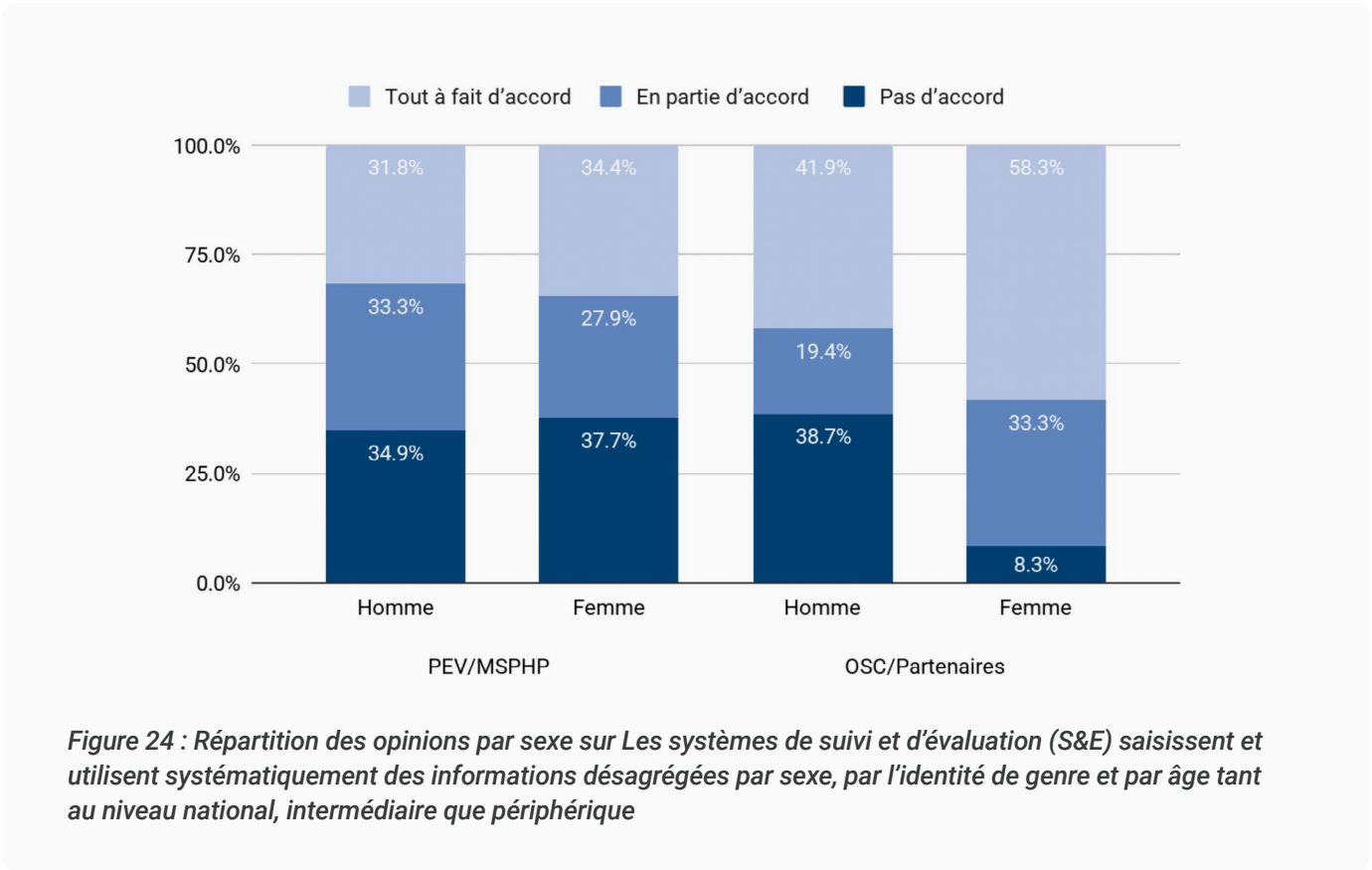
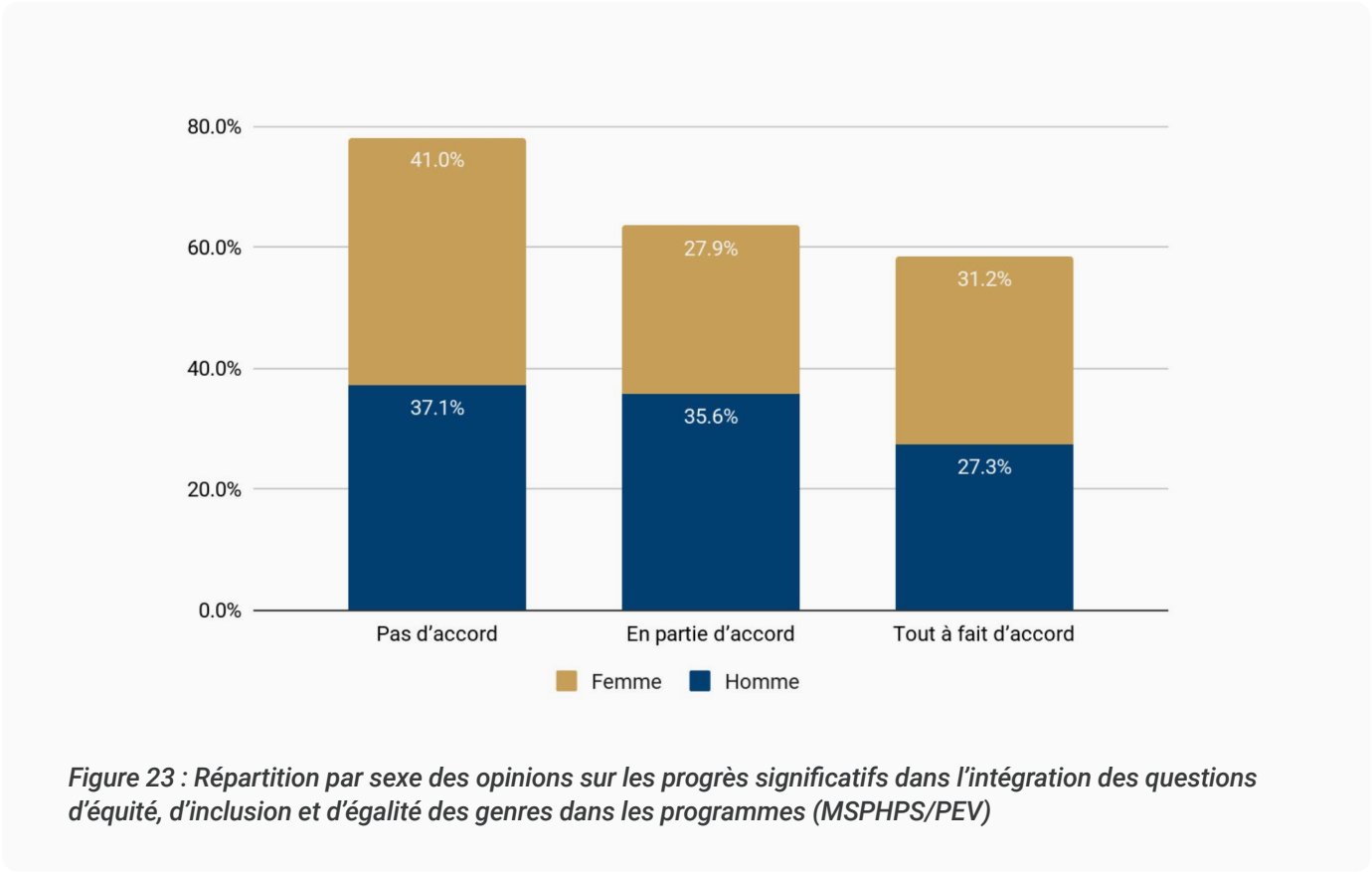


Figure 22 : Les équipes de planification, de mise en œuvre, d'évaluation et de conseil des projets/services du MSPHPS/PEV ne sont pas composées de membres qui prennent des actions concrètes pour assurer l'application des approches sensibles à la dimension de genre et à l'inclusion sociale

À la question de savoir si le PEV a réalisé des progrès significatifs dans l'intégration des questions d'équité, d'inclusion et de l'égalité des genres dans ses opérations et programmes de santé et de vaccination en général (pas uniquement infantile), seules 28% des personnes interrogées sont totalement d'accord, 33% sont en partie d'accord, et 38% ne le sont pas. 41% des femmes et 37% des hommes consultés affirment, qu'à leur niveau, le PEV n'a pas réalisé des progrès significatifs dans ce domaine (Fig. 23).



De plus, une étude d'ONU Femmes a révélé que le système des statistiques nationales était faible, en particulier en ce qui concerne les statistiques sexospécifiques, et que la diffusion, la communication et le renforcement des capacités techniques au sein du système des statistiques nationales étaient limités. L'un des problèmes est le manque de capacité d'analyse statistique au sein du ministère de genre, famille et enfants et dans les différents secteurs pour fournir des statistiques.³⁸

Par ailleurs, 46% des membres des OSC et 32% des prestataires de santé du MSPHPS/PEV affirment que les systèmes de suivi et d'évaluation (S&E) saisissent et utilisent systématiquement des informations désagrégées par sexe, par genre et par âge dans la programmation de vaccination des enfants (Fig. 24). Dans les discussions de groupes des prestataires de santé et OSC, les participants de la Mongala, et du Maniema ont tous affirmé que le PEV enregistrait et utilisait des données ventilées par sexe et âge pour éclairer la prise de décision. Dans la Tshopo, une petite proportion l'a confirmé, tandis que dans le Kasai-Oriental, très peu de participants ont évoqué ce fait.

Voix des participant(e)s

“Les services de suivi saisissent ces informations. Lors de l'utilisation, c'est là où on peut les utiliser, mais au moins, ils collectent ça”
(BCZ, DPS, Maniema)

“Oui car il y a les fiches désagrégées qui nous indiquent l'âge et le sexe et ça nous permet de voir le nombre des femmes afin de leur permettre à participer massivement. Après évaluation, ça nous permet de sensibiliser tout le monde à adhérer à la vaccination”
(GD, DPS, BCZ, Kasai-Oriental)



38. ONU Femmes (2020).

9.3. La responsabilité

Par responsabilité, cet audit entend les processus par lesquels une organisation détermine dans quelle mesure elle «joint le geste à la parole» en termes d'intégration de l'égalité de genre dans ses programmes ainsi que dans ses stratégies et structures organisationnelles.

9.3.1 La responsabilité en matière de mise en œuvre et l'allocation des ressources adéquates pour les politiques ou stratégies d'égalité de genre et d'inclusion sociale

En termes de responsabilité, 35% du personnel du PEV et 47% des membres des OSC sont tout à fait d'accord avec le fait que la hiérarchie de leur organisation soutient activement et assume la responsabilité de la mise en œuvre de la politique ou la stratégie d'égalité de genre. En examinant les opinions par sexe, les femmes ont eu peu plus d'avis positifs que les hommes (Fig. 25).

En effet, le MSPHPS a établi en 2021, sous la direction du secrétaire général du ministère, une cellule sectorielle genre au niveau central chargée d'intégrer les considérations d'égalité de genre à travers l'environnement de travail et les services de santé à l'échelle nationale. Cette cellule a une équipe de personnels formés aux questions de genre, et elle est actuellement dirigée par une coordinatrice nationale. La cellule fonctionne également de manière décentralisée, avec des cellules provinciales présentes dans neuf provinces de la RDC à la date de rédaction de ce rapport. Lors de la collecte et de l'analyse des données de l'audit, parmi les quatre provinces ciblées, seule celle du Kasai-Oriental disposait d'une cellule genre.

Au niveau du PEV central, il existe une approche des points focaux, qui comprend un point focal genre, qui est chargé de veiller à la prise en compte de la dimension de genre dans les interventions et stratégies du programme. Une collaboration étroite entre le PEV et la cellule sectorielle genre du MSPHPS permet au point focal du PEV de renforcer leurs capacités techniques en matière d'équité et d'inclusion sociale ainsi que de jouer un rôle critique dans l'élaboration et le plaidoyer des politiques de genre et d'équité dans le MSPHPS et le PEV.

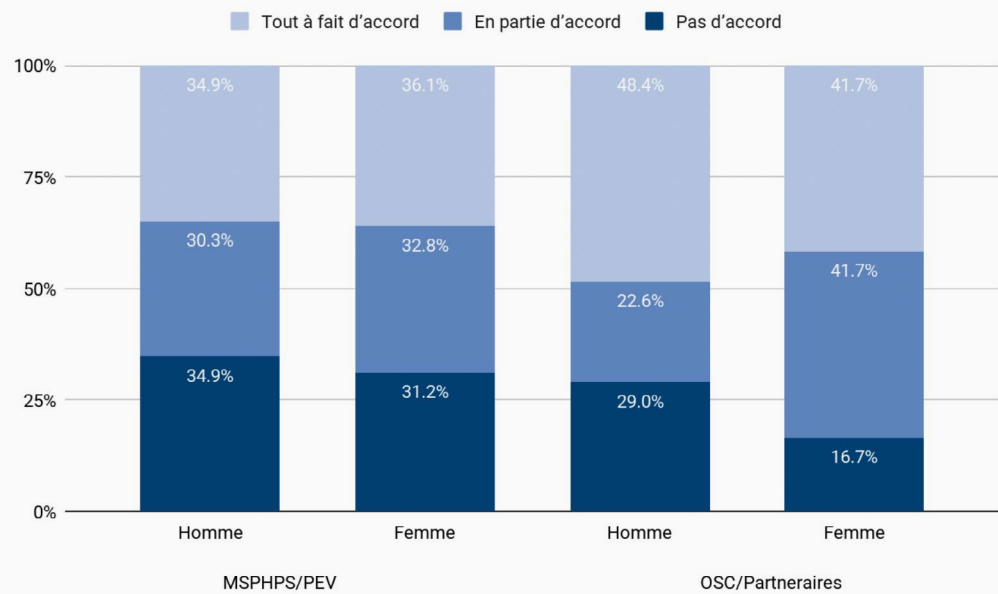


Figure 25 : Répartition des opinions par sexe sur la responsabilité de la mise en oeuvre de la politique sur le genre

Cependant, bien que les cellules genre existent, cette approche n'est pas assez connue dans les provinces ciblées. En effet, les résultats de l'audit indiquent que 66 % des prestataires de santé du MSPHPS/PEV et 40% des agents OSC affirment qu'il n'y a pas de point focal ou de structure responsable de la dimension genre dans leurs division, zone ou aire de santé, ou dans leur OSC (Fig. 26). 75% des femmes l'affirment contre 63 % des hommes interrogés (Fig. 26). Avec l'appui des différents partenaires, notamment l'UNICEF et Flowminder, la cellule sectorielle au niveau national prévoit d'étendre l'installation de nouvelles cellules dans les autres provinces du pays.

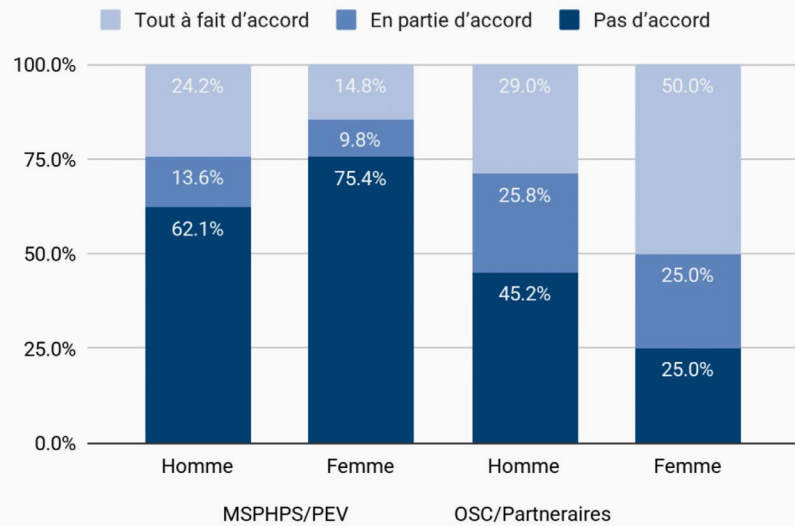


Figure 26 : Point Focal / Division en charge des questions de genres - Répartition par sexe des opinions sur la présence d'un point focal

En termes d'allocation des ressources financières et humaines pour appuyer des approches inclusives et sensibles au genre, une large majorité du personnel du MSPHPS/PEV interrogé (63%) déclare que la direction ne budgétise pas des ressources adéquates pour soutenir ces approches. Sur ce point, les opinions entre les hommes et les femmes sont similaires (Fig. 27).

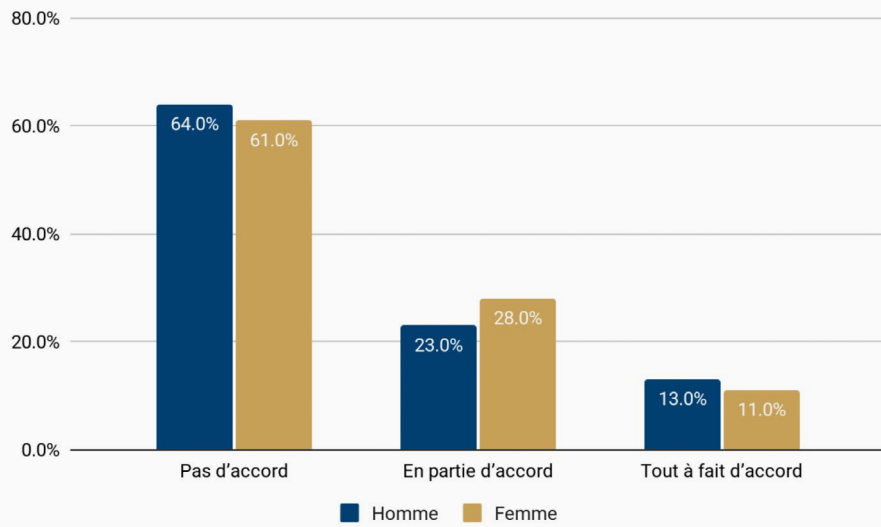


Figure 27: Répartition des opinions par sexe sur la question de budgétisation des ressources financières (MSPHPS/PEV)

Voix des participant(e)s

“...La manière dont [l]es ressources sont allouées n’est pas pleinement sensible au genre. Les décisions concernant l’allocation des ressources dans les établissements de santé et les sites de vaccination sont prises par des autorités ou des gestionnaires qui généralement ne prennent pas en compte les besoins spécifiques des femmes et des hommes de manière équitable. Cela entraîne des disparités dans l’accès aux services de santé et aux vaccins, ainsi que dans la qualité des soins fournis.”

(GD, PdS)

9.3.2. La responsabilité au niveau des ressources humaines

Les résultats de l’audit offrent un aperçu de l’égalité de genre et de l’inclusion sociale en matière de ressources humaines au sein des services de santé et de vaccination. En effet, la RDC a mis en place des mesures législatives qui octroient aux femmes le droit de participer pleinement à la vie économique et sociale du pays, y compris la loi sur la parité de 2015 et l’amendement au code de la famille de 2016 qui confère aux femmes le droit de commencer un emploi ou d’enregistrer une entreprise sans l’autorisation de leur mari.

9.3.2.1. Répartition des poste par sexe, une représentation féminine encore limitée dans les postes décisionnels du MSPHPS/PEV

Dans l’ensemble de l’étude, les résultats mettent en évidence une prédominance masculine au sein des services de santé. Les analyses révèlent que sur un total de 197 prestataires de santé du MSPHPS/PEV interrogés, 68% sont des hommes contre 32% de femmes. Parmi les 43 agents d’OSC, 72 % sont des hommes et 28 % des femmes.

Par ailleurs, 69% de femmes du MSPHPS/PEV interrogées sont au niveau opérationnel des services de santé (Fig.28). Très peu occupent des postes de personnel de gestion ou de leadership (5%) . En examinant la répartition des services du MSPHPS/PEV par sexe, on constate également que les femmes sont absentes du bureau exécutif (Fig. 28). Les femmes sont également sous-représentées dans les bureaux des programmes techniques (8%).

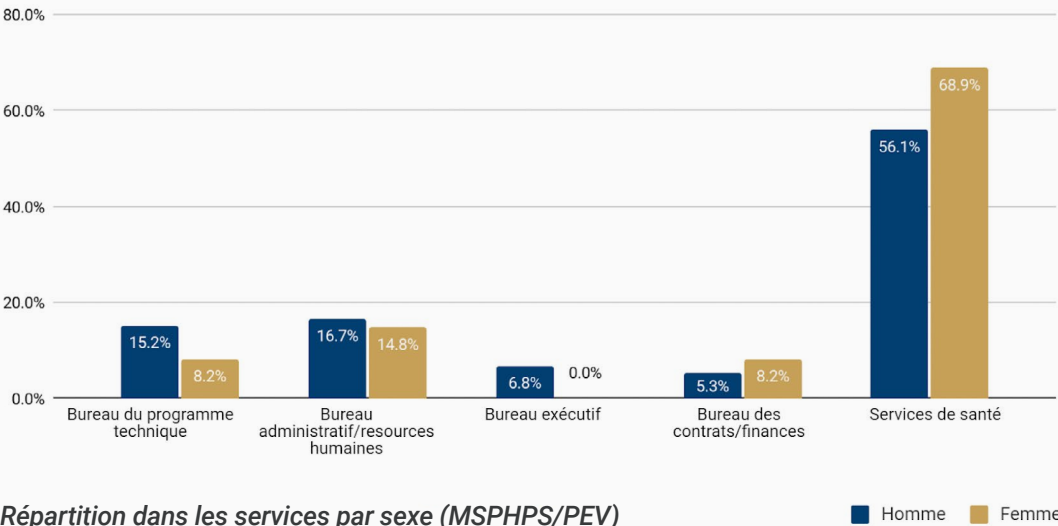


Figure 28 : Répartition dans les services par sexe (MSPHPS/PEV)

Les femmes du MSPHPS/PEV sont sous-représentées aux niveaux provincial (18%), comparé aux hommes (Fig. 29). En terme d’amélioration de la position des femmes dans des postes de leadership au MSPHPS/PEV, seulement 27% des membres du personnel du MSPHPS/PEV consultés pour cette l’étude affirment que la représentation des femmes aux postes de direction a augmenté au cours des trois dernières années (2021-2024) à leur niveau (Fig. 30). Plus de femmes (36%) sont tout à fait d’accord avec cet avis que d’hommes (23%) (Fig. 30). Il convient de souligner que 46% des répondants ont exprimé leur désaccord quant à l’idée que la représentation des femmes se soit améliorée au cours des trois dernières années. En effet, parmi les 20 directeurs du PEV, de 1979 à 2024, seules trois femmes ont occupé ce poste.

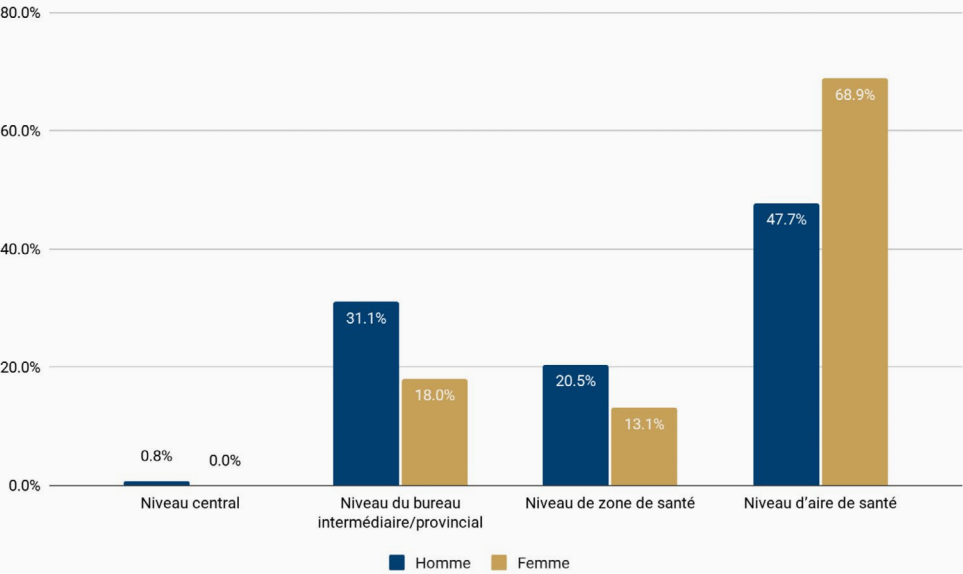


Figure 29 : Répartition du personnel par sexe et par de niveau de base de travail

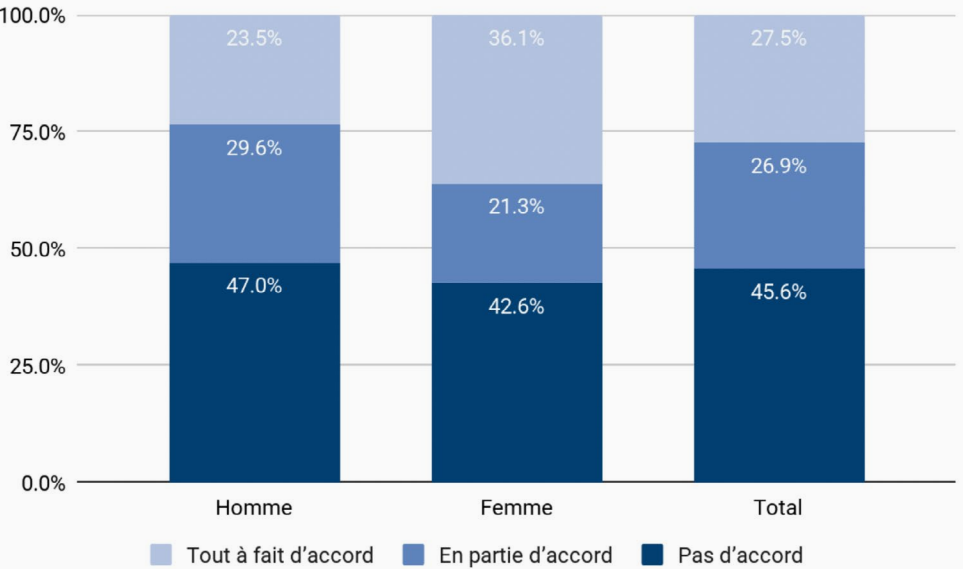
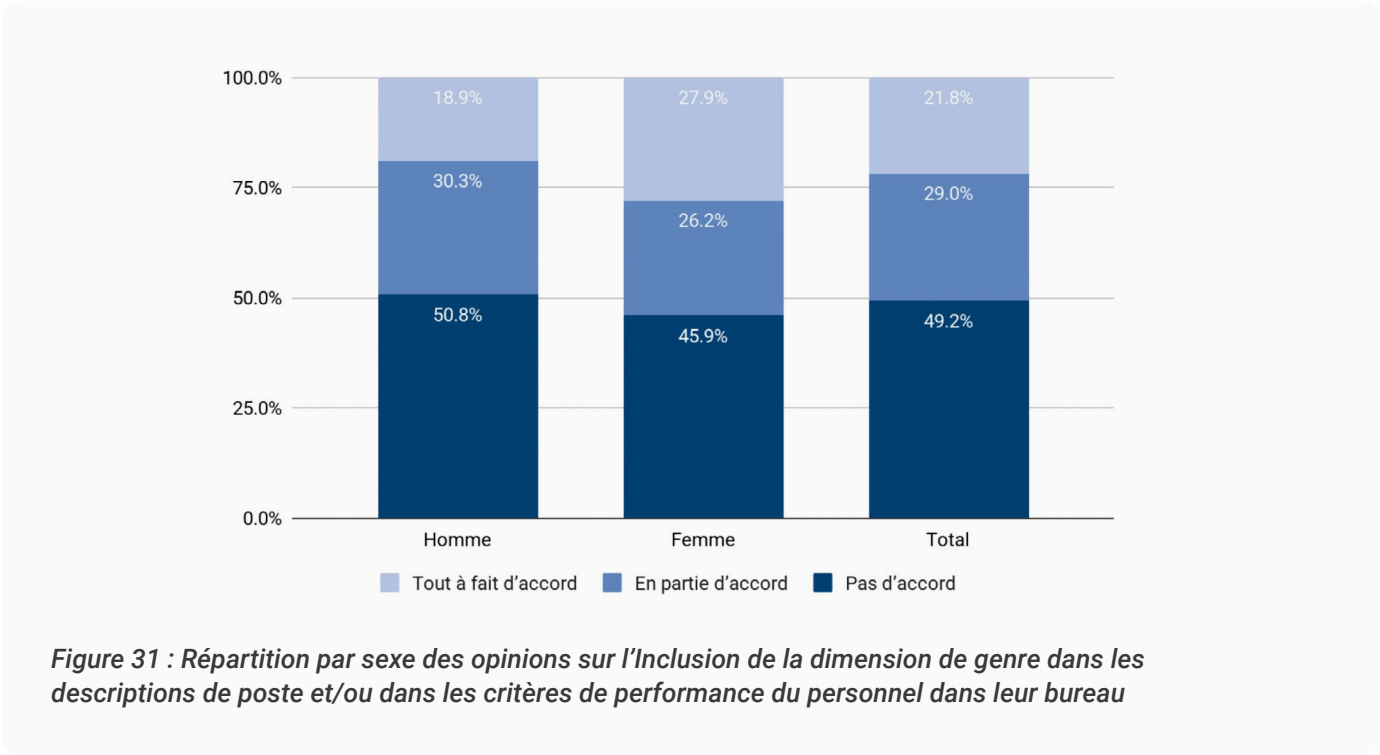
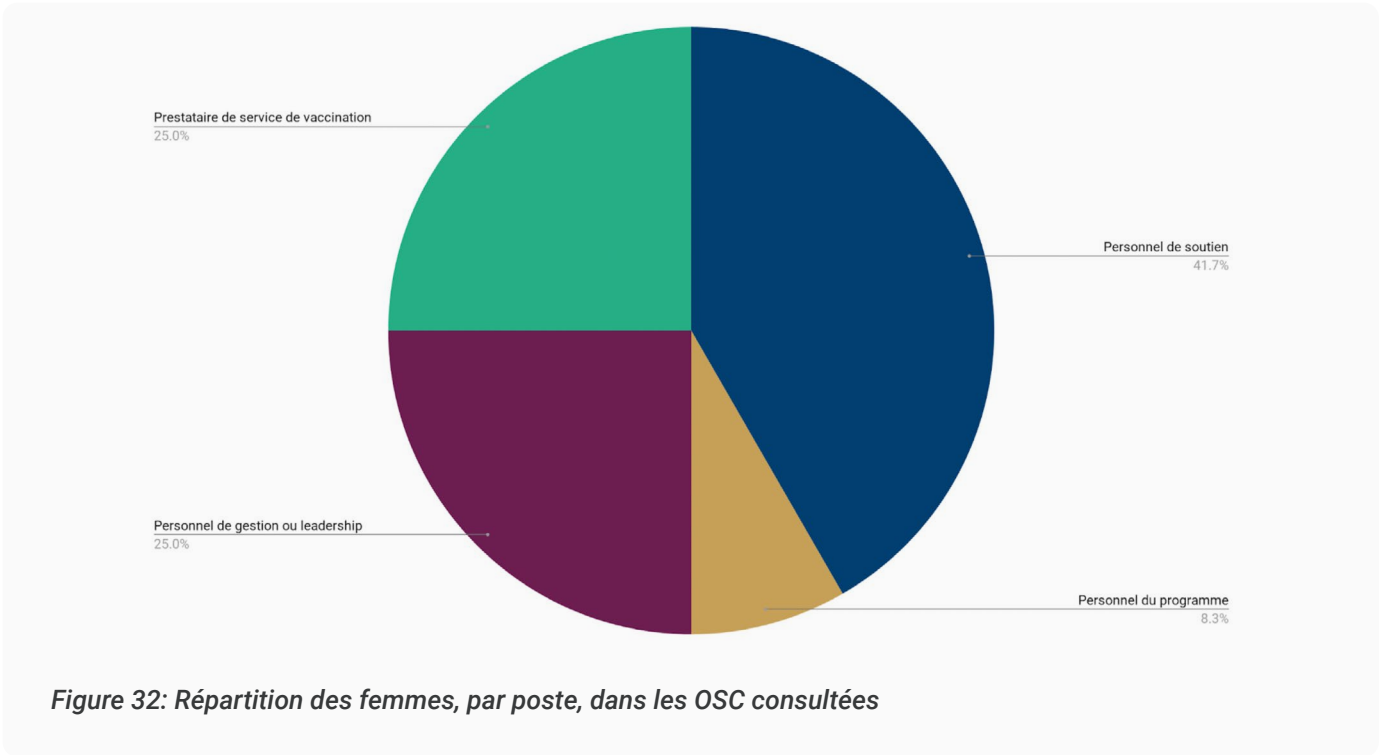


Figure 30 : Répartition des opinions par sexe sur l’augmentation des représentations des femmes (MSPHPS/PEV)

Les résultats de cet audit montrent également que 49% des prestataires de santé du MSPHPS/PEV déclarent que la dimension de genre n'est pas incluse dans les descriptions de poste et/ou dans les critères de performance du personnel (Fig. 31). En examinant les opinions par sexe, 28% des femmes interrogées sont tout à fait d'accord avec cette affirmation, contre 19% des hommes (Fig. 31).



Concernant le personnel des OSC, on constate que les femmes sont représentées dans le personnel de soutien (41.7%), ainsi qu'au niveau du personnel de gestion ou de leadership (25%) et en tant que prestataires de service de vaccination (25%). Elles sont cependant moins présentes dans le personnel de programme (8.3%) (Fig. 32).



Dans son ensemble, ces résultats résonnent avec les tendances globales sur la distribution des rôles entre les hommes et les femmes dans les services de santé et de vaccination: bien que les femmes représentent les trois-tiers des prestataires de soins de santé de première ligne, leur présence aux postes décisionnels et bien rémunérés est limitée.³⁹

9.4. Culture organisationnelle

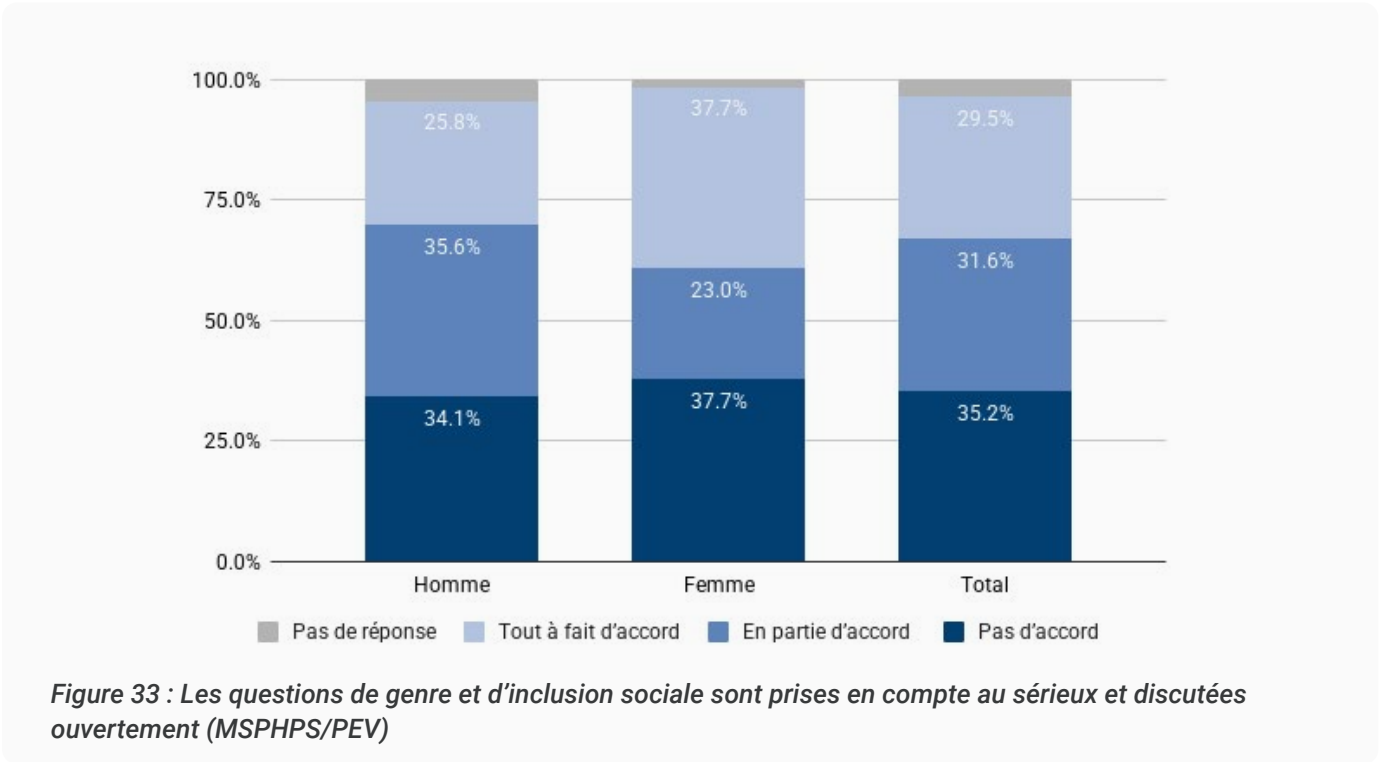
La culture organisationnelle est définie, dans cet audit, comme l'ensemble des normes, coutumes, croyances et codes de comportement au sein d'une organisation qui soutient ou compromet l'égalité de genre, tels que le mode de relation entre les personnes, les idées considérées comme acceptables ou les comportements attendus et/ou récompensés.

9.4.1. Environnement et pratiques favorables à la promotion des considérations de genre et d'inclusion sociale au sein des institutions de santé et de vaccination.

L'intégration des considérations de genre et d'inclusion sociale dans les institutions de santé et de vaccination est cruciale pour renforcer l'équité et améliorer l'accès aux services pour l'ensemble des groupes au sein de la société. Cette section explore les conditions et pratiques institutionnelles qui facilitent la promotion de ces valeurs au sein des structures de santé, en mettant l'accent sur les efforts et initiatives favorables à un environnement plus inclusif et équitable.

9.4.1.1 Prise en compte et discussion des questions de genre et d'inclusion sociale par le personnel

Concernant la question de la prise en considération des problématiques de genre et d'inclusion sociale par tout le personnel au sein du MSPHPS/PEV, les résultats révèlent que 30% du personnel du MSPHPS/PEV est pleinement d'accord pour dire que ces enjeux sont pris au sérieux et discutés ouvertement, quel que soit le sexe ou l'âge. En revanche, 32% sont seulement partiellement d'accord et 35% ne sont pas d'accord (Fig. 33).



39. Boniol M, et al (2019).

9.4.1.2. Un système de gestion des plaintes à renforcer pour une meilleure prévention des discriminations, harcèlement et abus de pouvoir

La cellule genre du MSPHPS a mis en place un dispositif interne permettant de recevoir des plaintes, de manière anonyme, afin d’identifier et de traiter les cas d’abus, de harcèlement et de violences sexuelles au sein des services de santé. Toutefois, les résultats de l’audit indiquent que 47% des prestataires de santé du MSPHPS/PEV interrogés déclarent que leur lieu de travail ne dispose pas d’un tel système permettant de recevoir, d’examiner et de résoudre les plaintes relatives aux situations de discrimination, d’harcèlement, ou d’abus de pouvoir, vécues ou observées (Fig. 34). 51% des femmes interrogées affirment ce manque de dispositif contre 45% des hommes (Fig. 34). Ces résultats soulignent la nécessité de mobiliser les ressources financières et humaines requises pour renforcer ce système et le dynamiser dans l’ensemble des provinces.

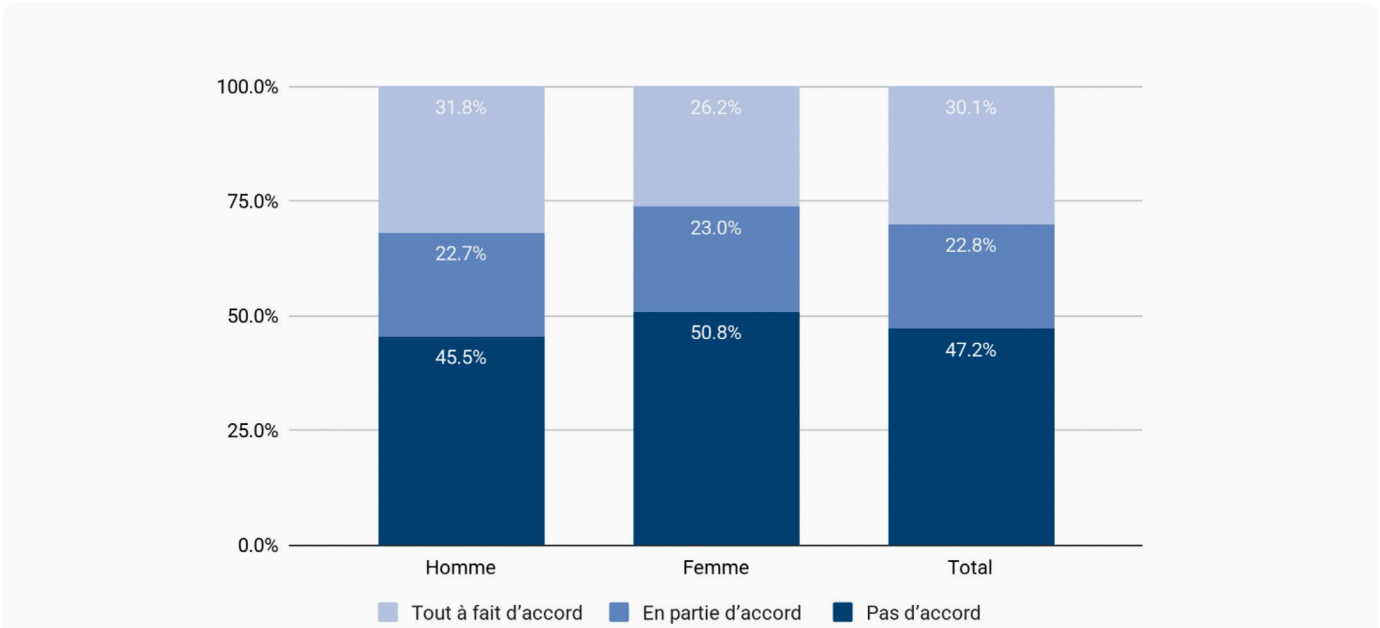


Figure 34 : Système de recevoir, d'examiner et de résoudre les plaintes, et opinion par sexe sur l'existence un système de gestion des plaintes (MSPHPS/PEV)

9.4.1.3. Évaluation de l’environnement de travail: Promotion du travail d’équipe sans discrimination et amélioration des conditions de travail pour les femmes et les groupes historiquement marginalisés

46% des membres du personnel du MSPHPS/PEV interrogés sont tout à fait d’accord pour dire que leur milieu de travail promeut le travail d’équipe, impliquant les hommes, les femmes et les personnes sous-représentées en tant que partenaires égaux. Il faut noter que ce pourcentage reste similaire lorsque les données sont désagrégées par sexe: 46% des femmes et 45% des hommes partagent cet avis. Par ailleurs, la moitié des membres du personnel du MSPHPS/PEV (50%) qui ont participé à l’étude estiment que leurs collègues de travail et leurs supérieurs écoutent et prennent en compte leurs opinions et points de vue (Fig. 35). Ce chiffre passe à 52 % chez les femmes interrogées, et 49 % chez les hommes.

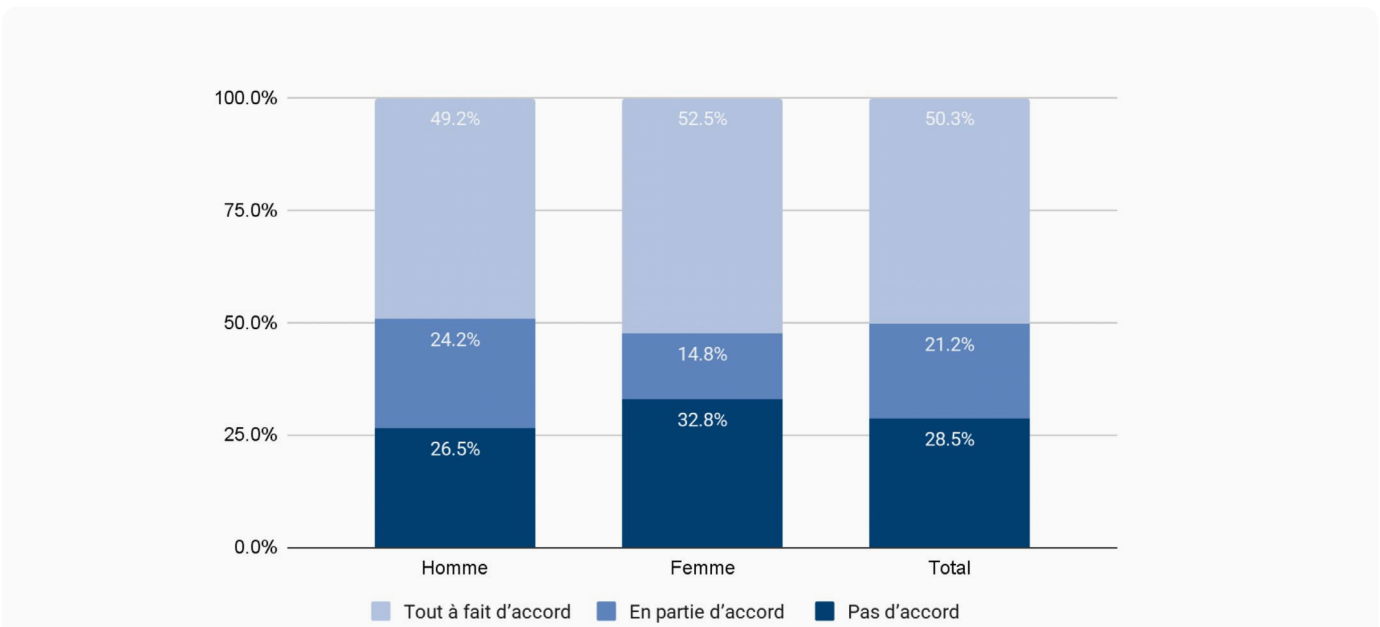


Figure 35 : Les collègues et les supérieurs prennent en compte les opinions du personnel

En termes d’amélioration des conditions de travail pour les femmes, les résultats de d’audit indiquent que 34% du personnel du PEV interrogé est tout à fait d’accord pour dire qu’il y a eu des progrès dans les services du PEV au cours des trois dernières années, tandis que 36% ne partagent pas cet avis (Fig. 36). Les données indiquent également qu’un plus grand nombre de femmes que d’hommes perçoivent cette amélioration, avec 49% des femmes contre seulement 27% des hommes interrogés (Fig. 36).

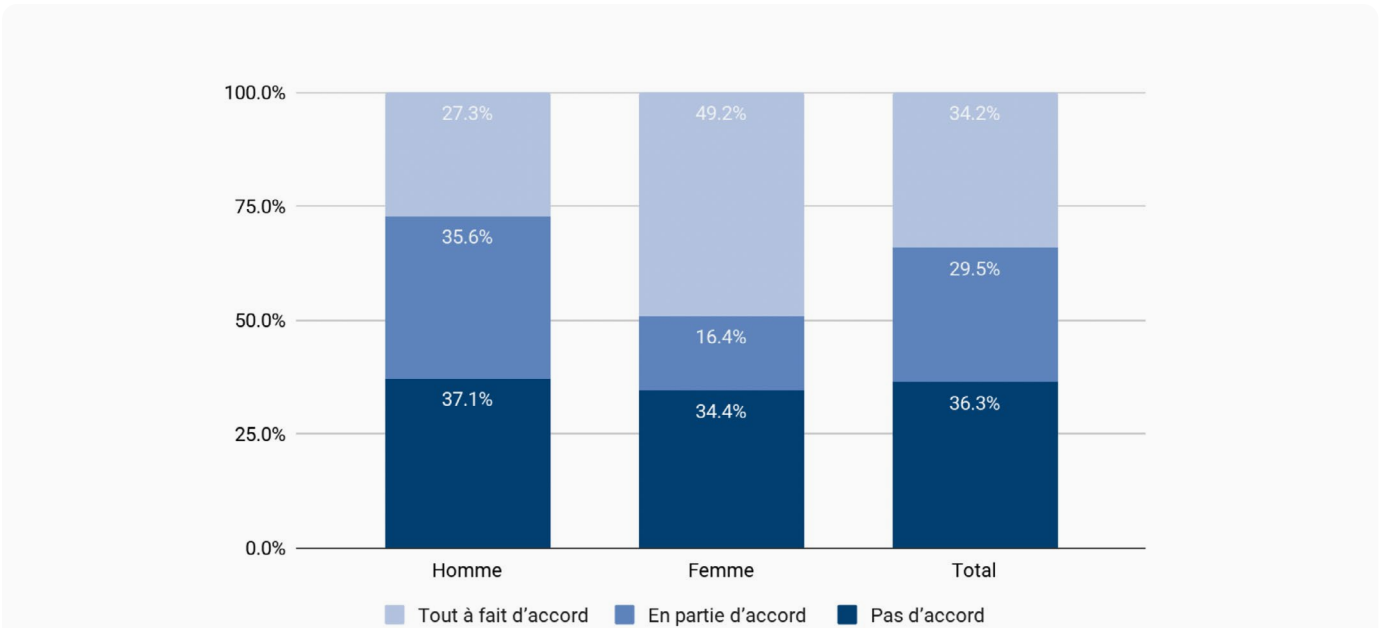
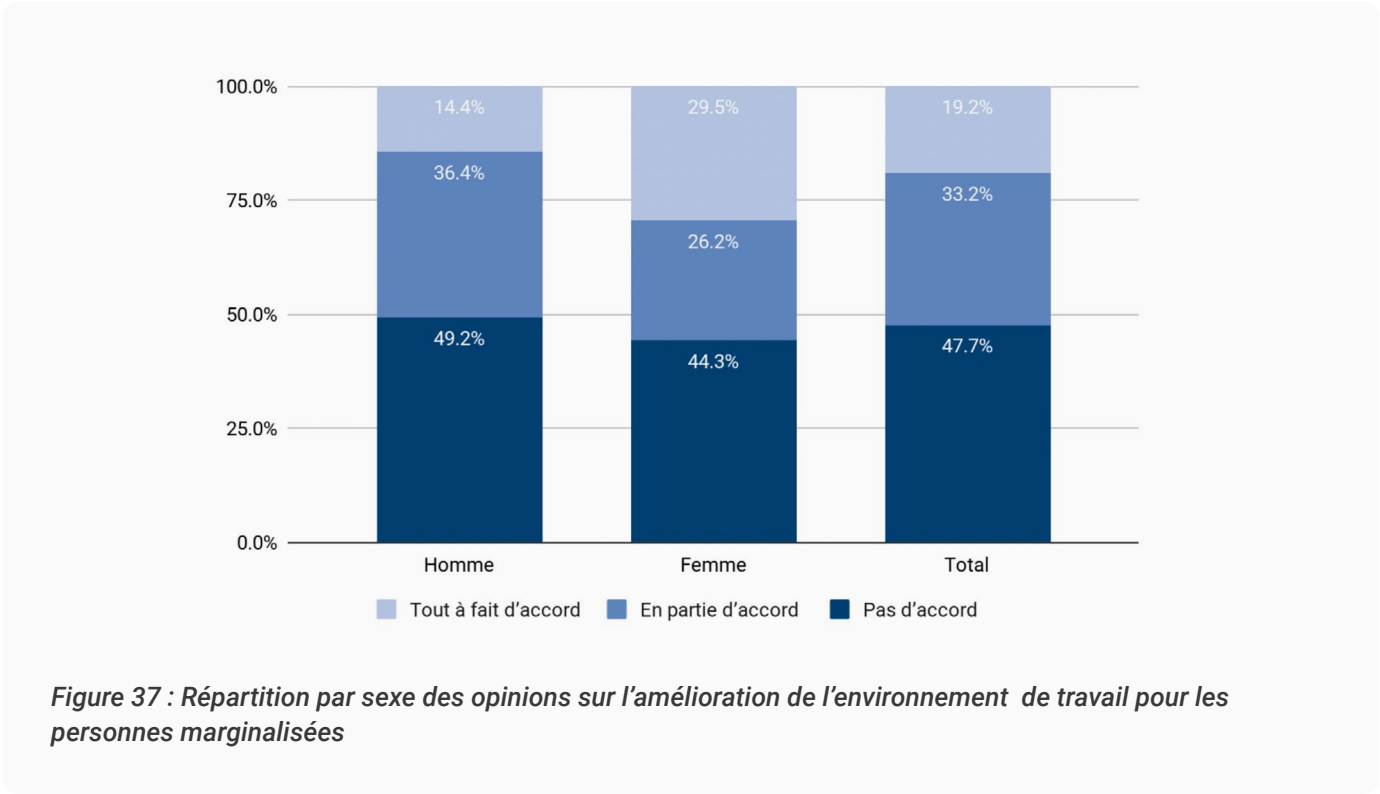


Figure 36: Opinions par sexe sur l'amélioration de l'environnement de travail pour les femmes

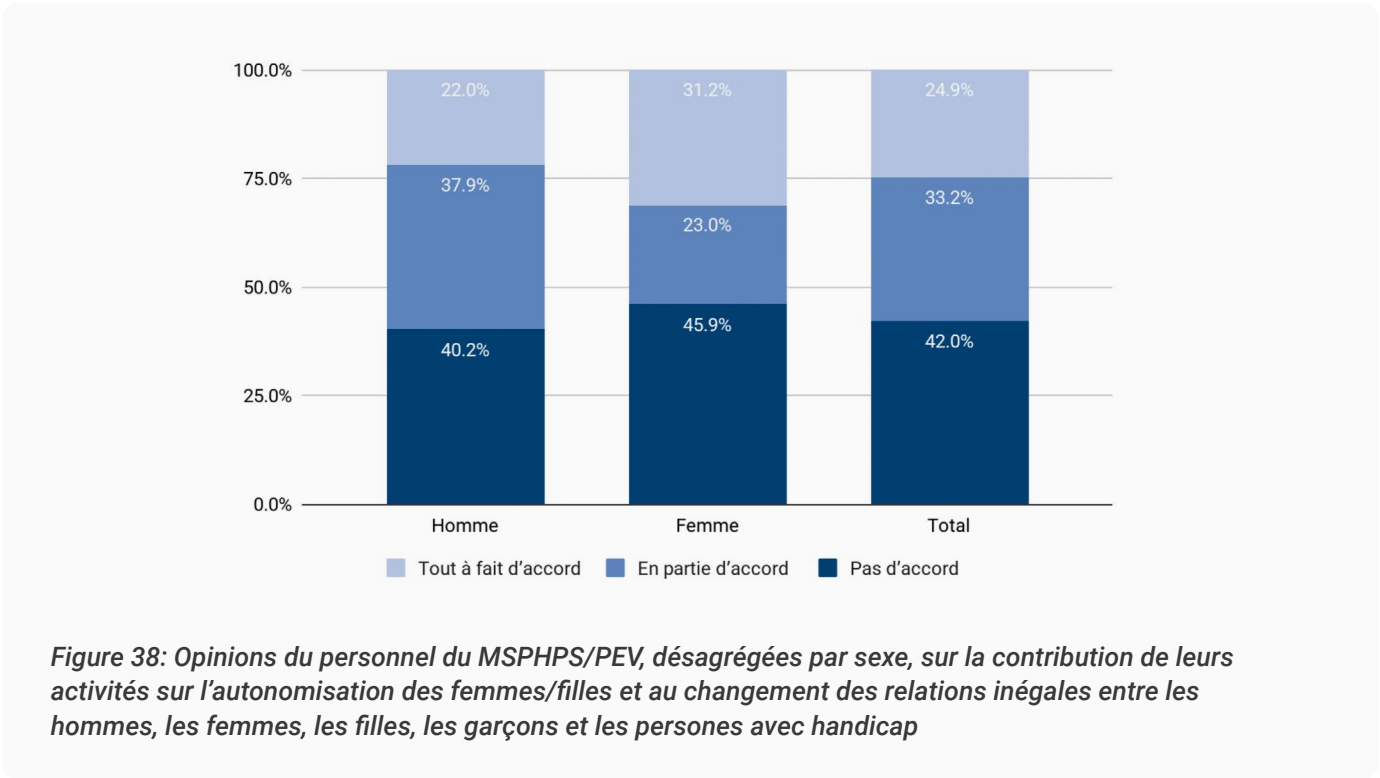
Pour 19% du personnel du PEV consulté, l'environnement de travail dans leur service s'est amélioré pour les catégories de personnes historiquement marginalisées (par exemple, les personnes vivant avec un handicap physique ou mental, celles d'ethnicité minoritaire, et autres) au cours des trois dernières années. En désagrégeant les données par sexe, on constate que seulement 30% des femmes et 14% des hommes interrogés sont tout à fait d'accord avec ce constat. 44% de femmes interrogées et 49% des hommes affirment le contraire (Fig. 37).



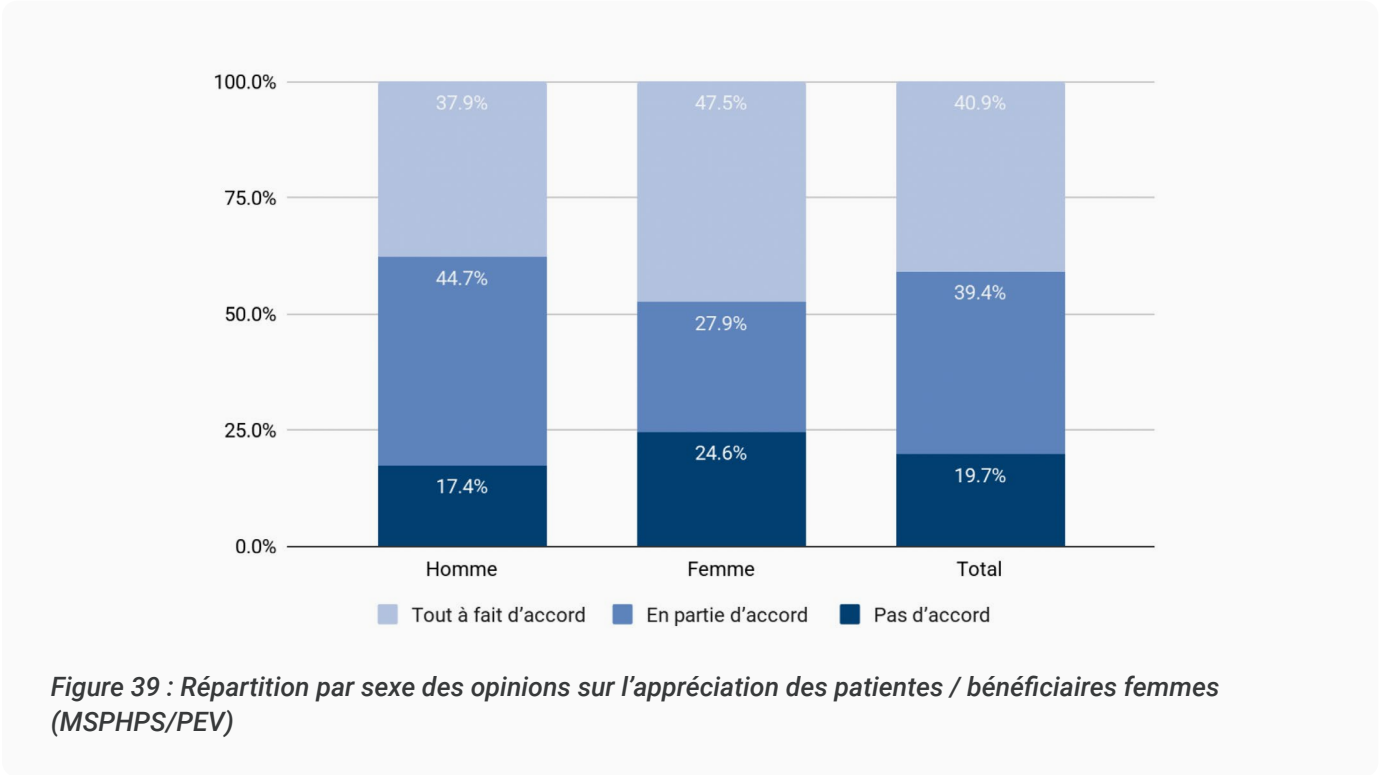
9.4.2. Perceptions des pratiques organisationnelles en matière de genre et d'inclusion sociale envers les bénéficiaires des services de santé et de vaccination.

Lors des discussions en groupe menées dans les provinces du Maniema, de la Tshopo et de la Mongala, les prestataires de santé du MSPHPS/PEV ont rapporté que, par le passé, les mères leur avaient exprimé la nécessité de disposer de services mieux adaptés à leurs besoins ainsi qu'à ceux de leurs enfants. Cela inclut notamment l'accès à des médicaments gratuits pour atténuer les effets secondaires et l'adaptation des services pour les femmes marginalisées.

Au Maniema, les prestataires de santé ont souligné l'importance d'inclure davantage les femmes dans les processus décisionnels relatifs à la santé communautaire. En effet, le pouvoir décisionnel des femmes est intrinsèquement lié à leur autonomisation. Toutefois, 42% du personnel du MSPHPS/PEV interrogé exprime un désaccord quant à l'impact positif des projets et des services du MSPHPS/PEV sur l'autonomisation des femmes et des filles ainsi que sur le changement des relations inégales entre les hommes, les femmes, les filles, les garçons. A l'inverse, 40% des agents des OSC interrogés sont pleinement d'accord avec cette contribution. Par ailleurs, en désagrégeant les données par sexe, on observe que seulement 31% des femmes prestataires du PEV sont de l'avis que les activités du MSPHPS/PEV contribuent à l'autonomisation des femmes/filles et au changement des relations inégales entre les hommes, les femmes, les filles, les garçons et les personnes avec handicap (Fig. 38).



Concernant la perception de l'impact des activités du MSPHPS/PEV sur les bénéficiaires femmes, 60% des agents d'OSC et 41% du personnel du MSPHPS/PEV estiment que les femmes bénéficiaires considèrent les interventions du MSPHPS/PEV comme bénéfiques (Fig. 39). En analysant les données du MSPHPS/PEV par sexe, on constate que 48% des femmes interrogées partagent cet avis, contre 38% des hommes (Fig. 39). Pour les bénéficiaires hommes, 44 % des agents d'OSC et 38 % du personnel du PEV jugent que ces derniers apprécient et considèrent les activités/projets/services du MSPHPS/PEV comme bénéfique à leur vie. En désagrégeant les données du MSPHPS/PEV par sexe, 43% des femmes interrogées et 36% des hommes sont en accord avec ce constat. (Fig. 40).



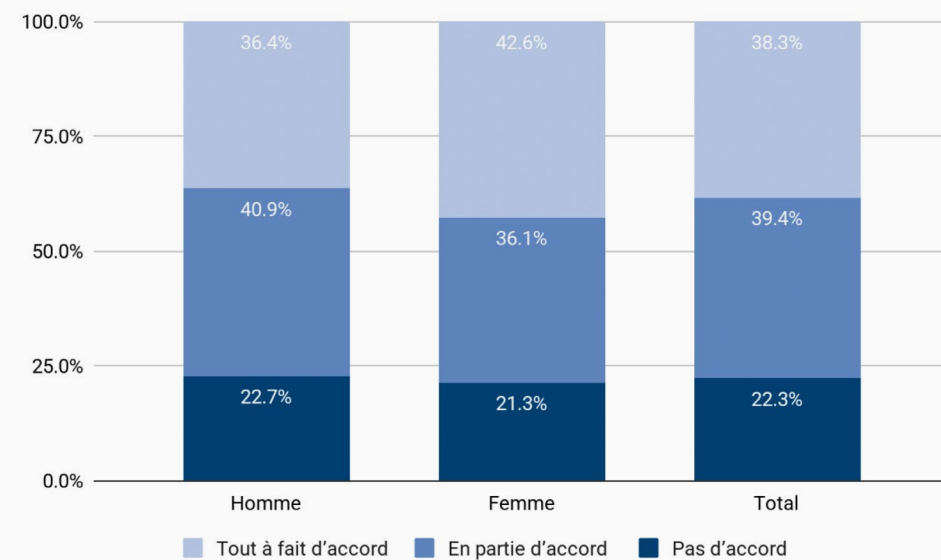


Figure 40 : Répartition par sexe des opinions sur l'appréciation des clients hommes (MSPHPS/PEV)

De plus, l'environnement dans lequel les bénéficiaires de services sont reçus peut avoir un impact positif ou négatif sur leur accès aux soins. Les discussions avec les prestataires de santé et les agents d'OSC révèlent que le manque de respect de l'intimité et d'espace dans les cliniques de santé constitue un problème préoccupant pour les patients. En effet, certains prestataires de santé reconnaissent que ce manque de respect pour l'intimité dans l'environnement des services peut constituer une barrière potentielle à l'accès à la vaccination pour les parents, tant hommes que femmes, des enfants. Au Maniema, de nombreux participants ont évoqué ces difficultés, et des préoccupations similaires ont également été signalées dans la Mongala et la Tshopo. En revanche, au Kasai-Oriental, ce problème a été moins fréquemment mentionné.

Voix des participant(e)s

"Là, il faut encore y travailler pour que nos sites des soins puissent respecter l'intimité des femmes et des hommes, car jusque-là, nous utilisons encore ces espaces vides. Vous pouvez d'abord voir notre centre de santé qui n'est pas encore bien équipé. Jusque-là, le flux est souvent mixte, ne respectant pas les intimités des uns et autres... C'est ainsi que plusieurs hommes ne veulent pas venir craignant cela.."

(GD, PdS)

"Moi, je vois que, et les hommes, et les femmes, voire même les enfants, reçoivent les services sanitaires dans un même endroit, qui n'est pas bien équipé et séparé pour assurer l'intimité des gens"

(GD, PdS)





Partie C : discussion et recommandations

Cette section du rapport de l’audit offre une discussion des résultats de cette enquête, tout en analysant les implications de ces résultats pour la vaccination des enfants en RDC, et en présentant des recommandations formulées pour faciliter la mise en œuvre de solutions adaptées aux défis identifiés.

10. Implications des résultats et recommandations

L’audit révèle que, bien que 74% des participants aient déclaré avoir fait vacciner leurs enfants au moins une fois, cette proportion ne doit pas masquer les difficultés persistantes d’accès aux services de vaccination en RDC. L’enjeu majeur réside dans le statut vaccinal complet des enfants, avec seulement 36% des enfants congolais complètement vaccinés selon les enquêtes de 2024. Le problème persistant des enfants zéro dose (EZD) et des enfants sous-vaccinés (SV) est particulièrement critique dans les quatre provinces ciblées (Kasaï-Oriental, Maniema, Mongala et Tshopo), identifiées comme celles concentrant le plus d’EZD.

L’analyse démontre que l’accès inéquitable à la vaccination est profondément ancré dans une matrice de facteurs sociaux, économiques et démographiques, ainsi que dans des inégalités de genre qui interagissent avec les normes socioculturelles. L’enjeu fondamental pour le Programme Élargi de Vaccination (PEV) et ses partenaires est de transcender une approche standardisée de l’offre de services. **Il est essentiel pour le PEV de prendre en compte ces éléments et leurs complexités afin de concevoir des plans et des stratégies adaptés aux besoins de leurs populations de responsabilité, en particulier celles des femmes et des communautés les plus vulnérables.** Une compréhension nuancée de ces déterminants est la condition majeure pour l’élaboration et l’application des politiques de santé publique véritablement équitables en matière de vaccination des enfants.

10.1. Les déterminants sociaux de la santé, en lien avec les inégalités de genre et leurs intersections, contribuent au problème persistant des enfants zéro dose (EZD) et des enfants sous-vaccinés (SV) en RDC

10.1.1. L’Impact cumulatif des déterminants sociaux et de genre sur l’accès à la vaccination : vers une analyse intersectionnelle

Les résultats de l’enquête révèlent que les obstacles à la vaccination ne se présentent pas de manière isolée, mais s’entrelacent pour créer des contraintes cumulatives qui affectent particulièrement les femmes, principales responsables de la vaccination au sein des ménages à 85% au Maniema, 82% dans la Mongala, 72% au Kasaï-Oriental et 62% à la Tshopo, selon les données de l’audit.

La contrainte géographique constitue souvent le point de départ de ces inégalités. Les zones rurales sont nettement moins desservies par les services de santé: 73% des participants de ces zones citent la distance

au centre de santé comme barrière à la vaccination des enfants. À titre comparatif, 44% des participants en milieu urbain déclarent vivre à moins d'un kilomètre d'un centre de santé, contre seulement 10% en milieu rural, illustrant ainsi les profondes disparités d'accès géographique aux services de vaccination entre les zones rurales et urbaines. Cette distance impose déjà un effort logistique important, qui se double d'une barrière économique pour de nombreuses familles. Le coût du transport est un obstacle pour 36% des participants, dont 42 % des participants ruraux, et cette charge financière pèse plus lourd encore sur les ménages les plus vulnérables, notamment les agriculteurs et les personnes sans emploi. Les résultats de l'audit ont en effet révélé que 32% des agriculteurs et 31% des sans-emploi déclarent n'avoir jamais vacciné leurs enfants.

Ces contraintes s'accompagnent d'inégalités éducatives qui limitent la capacité des parents à comprendre et appliquer le calendrier vaccinal. La connaissance des vaccins varie de 68% chez les personnes non lettrées à 96% chez les universitaires, et les femmes présentent des niveaux d'instruction significativement plus faibles que les hommes (3% de niveau universitaire contre 10 %). Cette situation restreint l'accès des certaines mères à l'information, renforçant la vulnérabilité créée par les difficultés géographiques et économiques.

L'âge des parents, en particulier celui des mères adolescentes, ajoute une couche supplémentaire de risque. Seulement 51% des jeunes mères connaissent le calendrier vaccinal, ce qui expose leurs enfants à une sous-vaccination accrue. La combinaison de jeunesse, de faible instruction, de déficit d'information, et de stigmatisation sociale souvent associée à la maternité précoce crée un profil de vulnérabilité particulièrement aigu pour les jeunes mères, augmentant le risque de non ou sous-vaccination de leurs enfants.

Ces obstacles convergent pour produire des barrières liées au genre. Les femmes, responsables de la vaccination, subissent directement l'effet cumulatif de la distance, du coût du transport, du manque d'information et des contraintes liées à l'âge ou à leur situation sociale. La planification d'un déplacement vers un centre de santé, le financement du transport et la perte de revenus liés à la journée de vaccination deviennent ainsi un fardeau logistique et financier disproportionné. En pratique, cette charge réduit la capacité des femmes à amener leurs enfants pour les vaccins, compromettant la couverture vaccinale et creusant les inégalités déjà présentes.

Ces observations mettent en évidence que l'amélioration de l'accès à la vaccination exige une approche systémique : il ne suffit pas de lever un obstacle à la fois, mais de comprendre et d'adresser l'interaction entre les facteurs économiques, sociaux et culturels qui, ensemble, limitent la participation équitable aux services de santé.

Causes profondes et interconnexions

Les obstacles à la vaccination observés dans les quatre provinces résultent d'interactions complexes entre facteurs structurels, économiques et sociaux. Les causes profondes de ces interdépendances s'ancrent dans des défis structurels persistants, liés notamment aux contraintes auxquelles l'État fait face en matière d'infrastructures, de transport et de développement économique, auxquels s'ajoutent des normes sociales qui tendent à désavantager les femmes et à marginaliser certains groupes.

La combinaison de ces contraintes économiques, géographiques et sociales transforme la vaccination des enfants en un processus logistique et financier particulièrement lourd pour les mères.

Ainsi, le refus ou la non-participation à la vaccination des enfants ne peut être interprété comme une simple réticence : il reflète les contraintes structurelles et sociales qui pèsent sur les femmes et, plus largement, sur les parents.

Implications stratégiques

Il est impératif d'adopter une approche holistique et intersectionnelle ; une approche fragmentée ne suffira pas à améliorer durablement la couverture vaccinale. Les interventions doivent être conçues non pas pour un

« parent » générique, mais pour des profils spécifiques (par exemple, la mère agricultrice peu instruite vivant en zone rurale). Les prestataires de santé doivent adopter une approche intégrée et sensible au genre, qui prenne en compte simultanément la distance aux services, les coûts, le niveau d'instruction, l'âge des parents et la répartition des responsabilités au sein du foyer, afin de réduire l'effet cumulé de ces barrières sur les femmes et, par conséquent, sur les enfants.

10.2. L'intersection des inégalités de genre avec les déterminants sociaux de la santé en matière de vaccination: une analyse des contraintes de la demande

Dans l'analyse des facteurs limitant la vaccination en RDC, il est crucial de dépasser la simple quantification des obstacles logistiques et financiers pour explorer les dynamiques de pouvoir au sein des foyers et des communautés. L'accès aux services de vaccination est influencé par un ensemble d'inégalités où les contraintes socio-économiques et socioculturelles se combinent aux inégalités de genre, amplifiant les obstacles auxquels sont confrontées les femmes. L'application des analyses sensibles au genre permet de comprendre pourquoi ces barrières pèsent de manière disproportionnée sur les mères et comment elles s'inscrivent dans un mécanisme systémique.

10.2.1. La disparité entre charge logistique et l'autorité décisionnelle

L'audit met en évidence une contradiction fondamentale dans la prise en charge en matière de vaccination des enfants dans les provinces ciblées.

D'une part, les femmes assument la quasi-totalité de la responsabilité pratique de la vaccination : 72 % des mères accompagnent leurs enfants aux centres de santé. Elles font face directement à de multiples obstacles et difficultés liés à la vaccination des enfants, tels que la distance au centre (48 % des participants), les inefficacités et lacunes des services de santé, ainsi que la nécessité de s'occuper de l'enfant en cas d'effets secondaires post-vaccination, sans oublier, dans certains cas, le manque de moyens pour le transport. Cette charge se traduit par une perte de revenu journalier et une fatigue accrue, transformant la vaccination en un acte qui exige un investissement économique et physique considérable.

D'autre part, cette charge est neutralisée par l'inégalité dans l'autorité de décision. L'audit révèle que 67% des hommes prennent seuls la décision de vacciner leurs enfants, contre seulement 38% des femmes. Cette disparité est aggravée par d'autres formes d'inégalités structurelles: le désavantage éducatif des femmes limite leur accès à des professions stables et augmente leur dépendance financière. Paradoxalement, le pouvoir masculin n'est pas associé à une meilleure information : 60 % des hommes déclarent recevoir des informations adéquates sur les aspects pratiques des vaccinations et les manifestations post-vaccinales indésirables, contre 68% des femmes. Pourtant, leur droit de veto peut annuler l'action des mères. La crainte des effets secondaires, qui demeure la barrière la plus fréquemment citée (65% des participants) et est parfois renforcée par des croyances culturelles ou religieuses, peut donc être validée par une autorité masculine moins informée comme une raison de ne plus vacciner un enfant.

De plus, la stigmatisation des mères vulnérables, notamment adolescentes ou célibataires, constitue une barrière supplémentaire. Les données qualitatives montrent que la peur du jugement moral décourage l'accès aux services, amplifiant la méfiance et le sentiment d'exclusion.

Causes profondes et interconnexions : le mécanisme d’amplification des contraintes liées au genre

Le problème de la non-vaccination et de la sous-vaccination des enfants trouve également ses racines dans l’interaction systémique entre les inégalités structurelles et culturelles liées au genre et les désavantages socio-économiques.

Dans la plupart des cas, l’homme détient le contrôle des ressources et de l’autorité finale dans un ménage, et tandis que la mère, bien que informée et motivée pour faire vacciner son enfant, reste réduite à un rôle subordonné d’exécutante. Cette répartition inégale des rôles et des responsabilités amplifie les contraintes socio-économiques et la non vaccination des enfants: le père, ne subissant ni la perte de revenu ni la fatigue liée au déplacement, peut sous-estimer l’impact du manque de moyens pour la mère, et peut opposer son veto contre la vaccination sur la base d’une information limitée.

Le faible niveau d’éducation des femmes et leur dépendance financière renforcent leur incapacité à prendre des décisions autonomes. Même pour un acte de santé préventive, elles doivent souvent solliciter l’autorisation ou le financement du conjoint, créant un goulot d’étranglement décisionnel étroitement lié aux désavantages socio-économiques.

Par ailleurs, les pratiques stigmatisantes observées dans les centres de santé reflètent un déficit de sensibilité au genre de la part du personnel médical. Ces jugements moraux renforcent la méfiance envers le système de santé et constituent un obstacle supplémentaire, particulièrement pour les mères vulnérables, telles que les adolescentes ou les femmes célibataires.

Implications stratégiques : stratégies sensibles au genre pour améliorer la demande

Pour améliorer durablement la couverture vaccinale, il est indispensable de concevoir des interventions qui prennent en compte simultanément les facteurs socioculturelles, ainsi que les désavantages socio-économiques et aux mécanismes de genre qui les amplifient. Les stratégies doivent reconnaître que l’accès aux services de vaccination n’est pas uniquement une question de disponibilité ou de logistique, mais qu’il est profondément influencé par les rapports de pouvoir au sein des ménages et les normes socioculturelles qui façonnent les comportements et décisions autour de la vaccination et la santé des enfants. Sur cette base, trois axes stratégiques apparaissent comme prioritaires:

- **Ciblage du pouvoir décisionnel masculin :** Des campagnes de communication comportementale doivent engager les hommes comme co-responsables informés de la santé des enfants. L’objectif est de transformer leur autorité en levier positif, en renforçant leur niveau d’information et leur sensibilité à l’impact de la résistance culturelle et religieuse sur la vaccination des enfants.
- **Réduction de la charge des femmes :** Il est nécessaire d’alléger le coût d’opportunité pour la majorité de mères responsables de l’accompagnement des enfants aux services de vaccination. Cela passe par des mesures telles que la vaccination mobile, des horaires flexibles, et des aides financières ciblées, comme des bons de transport pour les ménages précaires.
- **Réforme sensible au genre de l’offre et du point de service:** La formation obligatoire du personnel de santé sur la sensibilité au genre et l’inclusion sociale est essentielle pour éliminer les pratiques stigmatisantes et créer un environnement d’accueil positif. Une telle réforme permet de regagner la confiance des mères vulnérables et de légitimer leur rôle d’actrice centrale dans la santé de leurs enfants.

10.3. Niveau institutionnel: Consolidation de la gouvernance et opportunités d’intégration des considérations de l’équité

L’audit met en évidence que, pour répondre efficacement aux besoins complexes et différenciés des populations dans la demande vaccinale, il est indispensable de renforcer l’offre de services à travers une intégration systématique des principes d’équité et d’inclusion sociale. Sans cette approche, les services de vaccination risquent de demeurer «aveugles au genre» et aux disparités structurelles, contribuant ainsi à la reproduction des iniquités. Les constats révèlent à la fois des défis institutionnels persistants et de réelles opportunités pour consolider le cadre stratégique et améliorer l’allocation des ressources.

10.3.1. Opportunités de renforcement du cadre et de la culture institutionnelle

Les résultats de l’audit soulignent d’importantes marges d’amélioration en matière de formalisation des engagements, de gestion des ressources humaines et de développement d’une culture organisationnelle inclusive, qui sont des points d’ancrage essentiels à la performance du système sanitaire.

Cadre normatif et la représentation au leadership

Il est manifeste qu’il existe un besoin de formaliser les engagements existants: 54% du personnel du MSPHPS/PEV et 37% des OSC soulignent l’absence d’un document stratégique explicite sur l’égalité de genre applicable aux interventions de vaccination. Parallèlement, l’organisation gagnerait à mieux capitaliser sur l’expertise de l’ensemble de son personnel: l’analyse sexospécifique montre que si 69% des femmes sont au niveau opérationnel, seulement 5% occupent des postes de gestion, indiquant une nécessité d’assurer une représentation équilibrée à tous les niveaux.

Optimisation des ressources et des compétences

Les contraintes budgétaires et techniques restreignent la pleine intégration de l’équité. 63% du personnel institutionnel estiment que les ressources dédiées à l’égalité de genre sont insuffisantes. Ce facteur financier s’ajoute à un besoin de renforcer les capacités techniques: seulement 29% du personnel estime avoir les compétences adéquates en intégration du genre, ce qui représente une opportunité majeure pour planifier des formations ciblées.

Culture organisationnelle et mesure des impacts

Les systèmes de suivi-évaluation présentent une opportunité d’amélioration de la traçabilité des impacts: seulement 32% des prestataires déclarent que les systèmes de S&E intègrent systématiquement des informations désagrégées par sexe et âge. Sans des données granulaires, il est impossible de cibler les EZD et SV selon le profil de vulnérabilité. En outre, des efforts constructifs pourraient être menés pour approfondir le dialogue interne, puisque seulement 30% du personnel estime que les enjeux de genre sont discutés ouvertement et 19% que l’environnement de travail s’est amélioré pour les personnes marginalisées, révélant la nécessité d’un changement culturel plus profond.

10.3.2. Causes profondes et interconnexions: Les leviers d’amélioration systémique

Ces constats traduisent la réalité d’un système en transition, encore en voie d’alignement entre ses ambitions d’équité et ses mécanismes internes.

Le manque de formalisation des politiques comme frein à l'action

L'absence d'un cadre stratégique clair découle souvent d'une concentration sur les urgences opérationnelles au détriment de la planification transversale. Cette lacune compromet l'institutionnalisation des considérations d'équité dans la vaccination des enfants: sans mandat explicite, l'allocation budgétaire, la formation du personnel vont demeurer fragmentées.

Sous-représentation féminine et l'optimisation manquée des talents

L'insuffisante représentation des femmes aux postes de direction prive les institutions de vaccination et de santé de compétences précieuses et de la compréhension fine des réalités sexospécifiques du terrain. Ce déséquilibre contribue à une reproduction involontaire des biais dans la conception des programmes de vaccination et dans la définition des priorités organisationnelles des institutions sanitaires.

Le cercle de l'invisibilité

Le manque d'investissement dans la budgétisation sensible au genre crée un cercle où le manque de ressources génère une incapacité à former le personnel, qui à son tour conduit à une offre de services moins sensible aux besoins des populations. Cette chaîne de causalité est aggravée par le manque de données désagrégées, qui rend les inégalités invisibles pour les planificateurs et freine la redevabilité.

10.3.3. Implications stratégiques: Vers une gouvernance sensible au genre et redevable

Pour que les efforts du système de santé se traduisent en une réduction des EZD/SV et une amélioration durable de la couverture vaccinale et de l'équité, il est crucial d'adopter une approche de gouvernance ajustée et sensible au genre qui soutient efficacement le personnel et les bénéficiaires des services de vaccination.

Volonté politique et formalisation du cadre stratégique

La première implication est la formalisation immédiate d'une stratégie institutionnelle de genre et d'inclusion sociale pour le MSPHPS/PEV, alignant les objectifs techniques sur des objectifs d'équité clairs dans les services et programmes de vaccination et de santé. Ce cadre stratégique devrait être soutenu par des mesures proactives de parité et de développement professionnel pour les femmes, afin de garantir que l'expertise féminine soit pleinement intégrée aux postes de décision, enrichissant ainsi la pertinence des politiques.

Investissement dans les capacités et les ressources

Le MSPHPS/PEV a l'opportunité d'adopter la budgétisation sensible au genre pour allouer et tracer des ressources financières aux objectifs d'équité. Parallèlement, un plan de renforcement des capacités ciblé sur l'Analyse Comparative entre les Sexes (ACS) et la communication sensible au genre est nécessaire. Cette formation doit spécifiquement outiller le personnel pour mieux interagir avec les pères et les mères, pour engager les pères comme co-responsables de la vaccination et la santé des enfants, et pour éviter les pratiques stigmatisantes qui nuisent à l'accueil des bénéficiaires.

Renforcement de la redevabilité et de la culture organisationnelle

Les systèmes de suivi-évaluation représentent un levier majeur: sa réforme pour y intégrer la collecte et l'utilisation systématique de données désagrégées par sexe, age, et autre déterminant sociaux de la sante, est vitale pour mesurer les progrès en matière d'équité. Enfin, un accent doit être mis sur l'amélioration continue de la culture organisationnelle par des plateformes de dialogue ouvert et des mécanismes de gestion des plaintes, garantissant un environnement de travail plus inclusif et une meilleure qualité de service pour l'ensemble des populations.

Tableau 12. Synthèse des barrières et Recommandation associées - Niveau communautaire

Catégorie de Barrière	Barrière Spécifique	Statistiques / Détails Clés	Recommandations Proposées
Déterminants sociaux de la santé	Lieu de résidence et distance au centre de santé : La distance est une barrière majeure.	73% des réponses faisant état de cet obstacle provenaient des participants des zones rurales. 18% de la population rurale vit à plus de 8 km d'un centre de santé.	<ul style="list-style-type: none">■ Proposer des horaires flexibles et rapprocher les séances de vaccination des lieux de travail des parents, particulièrement les mères.■ Renforcer les services de proximité, augmenter le nombre de prestataires et intensifier les séances de vaccination avancées et mobiles, surtout en zones rurales.■ Optimisation des sites de vaccination: utiliser les nouveaux sites de vaccination suggérés par des organisations telle que Flowminder⁴⁰, pour optimiser les stratégies avancées et mobiles dans un rayon de déplacement de 60 minutes, permettant ainsi aux populations éloignées d'accéder aux services de vaccination pour leurs enfants.
	Âge du parent ou de l'aidant(e) principal(e) : Les parents adolescents (15-19 ans), les filles en particulier, rencontrent des obstacles supplémentaires.	Seules 51% des participants adolescents connaissent le calendrier de vaccination. 58% des adolescentes étaient mariées (contre 70% pour les 25-29 ans par exemple).	<ul style="list-style-type: none">■ Prise en compte des besoins des jeunes parents: Identifier et intégrer les besoins spécifiques des jeunes parents, surtout les mères adolescentes, dans la planification et les stratégies du PEV.■ Élaboration de messages adaptés: Créer des messages de sensibilisation formulés dans un langage accessible aux jeunes mères et pères et diffusés par des canaux d'information qu'ils utilisent fréquemment.■ Promotion d'un environnement inclusif: Favoriser un environnement inclusif et tolérant en rejetant les normes rigides et discriminatoires qui pourraient limiter l'accès aux services de vaccination pour les parents adolescents.
	Niveau d'instruction et de connaissances : Corrélation entre le niveau d'instruction et la connaissance des vaccins.	Connaissance des vaccins : 96% (universitaires), 81% (formation technique), 76% (secondaire), 73% (primaire), 68% (non lettrés).	<ul style="list-style-type: none">■ Consulter les communautés avec un faible niveau de connaissances sur la vaccination, en raison de leur niveau d'éducation, pour évaluer les méthodes de sensibilisation actuelles et recueillir leurs suggestions sur les canaux et formats d'information les plus adaptés à leurs besoins. Adapter ensuite les stratégies de communication et de sensibilisation du PEV et de ses partenaires afin qu'elles répondent aux besoins de tous les groupes sociodémographiques, y compris les personnes non lettrées et celles ayant un niveau d'éducation primaire.■ Messages clairs et accessibles: Concevoir des messages simplifiés, accessibles et visuellement engageants, concernant les séances de vaccination pour renforcer la compréhension des calendriers et les connaissances des vaccins recommandés.■ Utilisation de sources d'information variées : Rendre disponible des informations sur la vaccination à travers des sources adaptées à chaque profil sociodémographique pour atteindre efficacement toutes les communautés

40. <https://www.flowminder.org/what-we-do/service-site-placement-optimisation>

Genre et Inter-sectionnalité	Rôles et responsabilités inégaux : Les femmes assument la charge principale de la vaccination mais sont entravées par d'autres tâches.	72% des participants femmes indiquent qu'elles sont responsables d'emmener leurs enfants à la vaccination, et 75% des hommes ont déclaré que c'est la responsabilité de leurs femmes. Les analyses révèlent que la majorité des femmes sont souvent occupées par d'autres tâches (travaux agricoles, marché, commerce, collecte d'eau et de bois). Les hommes se concentrent sur la prise de décision.	<ul style="list-style-type: none">■ Sensibilisation des hommes et des leaders d'opinion : Mettre en place des stratégies et concevoir des messages de sensibilisation visant à encourager les pères à s'impliquer davantage dans la santé de leurs enfants, notamment en partageant certaines responsabilités, comme emmener les enfants se faire vacciner. Ces messages doivent cibler à la fois les hommes et les femmes et être culturellement adaptés aux contextes locaux. <p>Prise en compte des contraintes de temps des mères :</p> <ul style="list-style-type: none">■ Lors de la planification des séances de vaccination, considérer les contraintes de temps des mères, en particulier dans les zones rurales où il y a très peu de centres de santé.
	Accès et contrôle inégaux des ressources : Vulnérabilité économique des mères.	Le taux de chômage chez les femmes (23%) est plus du double de celui des hommes (10%). 32% des femmes interrogées exercent le métier d'agricultrice, souvent caractérisé par des ressources économiques restreintes. Le manque de moyens financiers contraint à privilégier les besoins immédiats.	<ul style="list-style-type: none">■ Assistance pour l'accès aux centres de vaccination: mettre en place une assistance matérielle pour aider les femmes en situation socio-économique précaire à accéder aux centres de vaccination sans crainte de jugement.■ Alignement des services du PEV avec des initiatives économiques: Dans la mesure du possible, synchroniser certaines activités du PEV avec des initiatives visant à soutenir les activités génératrices de revenus pour les femmes. Cette approche renforcera leur autonomie économique et facilitera l'accès aux services de vaccination pour leurs enfants.■ Collaboration intersectorielle: Intégrer les acteurs des ministères clés, tels que ceux de l'Agriculture, de la Jeunesse et du Genre, dans certaines planifications et stratégies pour créer un environnement favorable à l'accès à la vaccination ainsi qu'à l'autonomisation économique des femmes.■ Promotion de l'inclusion et de la résilience communautaire : Collaborer avec les organisations de la société civile, y compris les organisations des droits de la femme, pour encourager une inclusion plus large des femmes dans les efforts de santé publique, contribuant ainsi à une résilience communautaire face aux défis socio-économiques.■ Synchronisation des séances de vaccination avec d'autres services de santé: Organiser les séances de vaccination en parallèle avec la distribution de moustiquaires ou de suppléments nutritionnels afin de stimuler la participation des familles et des communautés.
	Croyances, normes culturelles et perceptions : Influence des normes sur les décisions de vaccination, subordination des femmes.	Les normes et pratiques culturelles, telles que la subordination des femmes aux hommes, influencent les décisions. Lorsque le mari s'oppose, l'épouse est contrainte de renoncer à la vaccination.	<ul style="list-style-type: none">■ Créer du matériel de communication sensible aux croyances religieuses : Concevoir des communications (par exemple, affiches, brochures et vidéos) adaptées aux croyances spirituelles des différentes communautés, en utilisant un langage et des visuels respectueux de leurs traditions religieuses pour que les messages soient plus acceptés.

	Catégories socio-professionnelles et contraintes financières : Manque de temps et de moyens financiers.	32% des agriculteurs, 31% des personnes sans emploi, 24% des commerçants déclarent n'avoir jamais fait vacciner leurs enfants.	<ul style="list-style-type: none">■ Renforcement des campagnes de sensibilisation : Intensifier les campagnes de sensibilisation afin de fournir aux parents des informations sur le calendrier vaccinal et les vaccins recommandés.■ Informer davantage les parents agriculteurs sur les vaccins recommandés pour leurs enfants et sur les moments appropriés pour la vaccination, afin d'améliorer le taux de connaissance actuel.■ Aides financières : Dans la mesure du possible, proposer des programmes d'incitation financière, tels que des bons de transport, et mettre en place des séances en stratégie mobile pour réduire les obstacles liés aux difficultés financières et à la distance.■ Adopter de stratégies adaptées aux besoins et aux réalités socio-économiques des parents, les mères en particulier : Rapprocher les séances de vaccination des lieux de travail des femmes, comme près des champs et des marchés, et les programmer à des heures convenables pour les parents agriculteurs et commerçants et ainsi augmenter la couverture vaccinale dans les communautés rurales économiquement défavorisées.■ Autonomisation économique des femmes : Encourager et soutenir les activités d'autonomisation économique des femmes et des familles dans les communautés, surtout les plus vulnérables, pour remédier aux obstacles sous-jacents à la non et la sous-vaccination
	Services de santé : Qualité des prestations de soins.	<p>Lacunes relevées : ruptures de stock, planification logistique faible, personnel insuffisant, problèmes de communication. Plus fréquemment mentionné en Mongala, suivi du Maniema, Tshopo et Kasai-Oriental.</p> <p>16% des participants, particulièrement les hommes (20 % contre 10 % des femmes), évoquent un manque de confiance envers les professionnels de santé ou les services de vaccination.</p>	<ul style="list-style-type: none">■ Renforcer les compétences des vaccinateurs et relais communautaires.■ Promouvoir un accueil respectueux et empathique de tous les parents, afin de renforcer la confiance envers les prestataires et les services de santé.■ Sensibilisation des communautés: Renforcer la sensibilisation des communautés locales aux calendriers de vaccination pour assurer une meilleure compréhension et participation aux séances de vaccination des enfants■ Renforcement de l'information sur les effets secondaires: Concevoir des stratégies spécifiques et des messages adaptés pour informer les parents et les communautés sur les effets secondaires des vaccins, notamment dans les zones rurales et vulnérables. Une telle mesure renforcerait la confiance dans les services de vaccination, réduirait les rumeurs qui circulent, surtout dans les milieux ruraux, et contribuerait à une hausse de la vaccination infantile.■ Prise en charge des manifestations post-vaccinales indésirables (MAPI): Dans la mesure du possible, prendre en charge les soins administrés pour traiter les effets secondaires après la vaccination des enfants. Au minimum, fournir gratuitement un antalgique adapté pour renforcer la confiance dans les services de vaccination et minimiser les craintes liées aux effets secondaires.

			<ul style="list-style-type: none"> ■ Engager le dialogue avec les leaders religieux : Collaborer avec les chefs religieux influents des communautés concernées pour les sensibiliser sur l'importance de la vaccination, tout en mettant en avant les témoignages de membres de la communauté qui ont vacciné leurs enfants avec succès. ■ Promouvoir la solidarité féminine et la sensibilisation aux normes sociales : Inclure des messages dans les campagnes de vaccination visant à promouvoir la solidarité féminine et à encourager une réflexion sur les normes sociales, en particulier à l'égard des jeunes mères et des femmes issues de ménages vulnérables. ■ Promouvoir et encourager le respect et l'empathie dans les services de vaccination : Sensibiliser les prestataires de santé à l'importance de traiter toutes les mères avec respect et empathie, indépendamment de leur statut social, afin de favoriser un environnement accueillant dans les centres de vaccination.
	Inégalités de pouvoir décisionnel au sein du ménage : Les hommes détiennent largement le pouvoir de décision en matière de santé.	67% des hommes déclarent prendre les décisions de manière autonome, contre 38% des femmes	<ul style="list-style-type: none"> ■ Promouvoir l'engagement des hommes dans les soins de santé familiaux: Impliquer les hommes, les femmes et les couples dans la sensibilisation. L'implication des hommes dans les campagnes de sensibilisation permettra de renforcer une prise de décision partagée et égalitaire, conduisant à de meilleurs résultats en matière de vaccination des enfants. ■ Promotion de la prise de décision conjointe: Encourager les couples à prendre des décisions ensemble concernant la vaccination des enfants favorisera une meilleure adhésion aux programmes de vaccination. ■ Intégrer des approches de la masculinité positive et d'engagement communautaire: apprendre et mettre en œuvre des approches qui ont fait leurs preuves avec des approches telles que les Papas Champions au Togo et les écoles de maris en Afrique de l'Ouest. Ces types d'intervention sexotransformatrices visent à améliorer la communication entre les hommes et les femmes dans le couple autour de la prise de décision partagée et la division du travail non-payé, comme s'occuper des enfants, y compris, les emmener se faire vacciner. Les approches innovantes d'engagement communautaire, telles que la conception centrée sur l'humain, aident à créer des stratégies pertinentes.
	Besoins et priorités : Manque d'information et de compréhension des messages de sensibilisation.	84% des participants estiment que la vaccination est importante. 23% des participants ne comprennent que partiellement les messages de vaccination, tandis que 11% ne les comprennent pas du tout. Les relais communautaires (69%) et les centres de santé (16%) sont les principales sources d'information.	<ul style="list-style-type: none"> ■ Développer des messages adaptés et des stratégies de communication et de sensibilisation adaptées aux besoins spécifiques des parents. Connaître les sources d'information principales des parents pour stimuler la demande.

	Institutions, lois et politiques (au niveau communautaire) : Interactions avec les prestataires de santé et facilité de dialogue avec les autorités locales.	Des différences ont été notées dans la manière dont les prestataires de santé interagissent avec les parents masculins et féminins. Certaines catégories de la population (femmes, personnes vulnérables) rencontrent des obstacles pour faire entendre leur voix.	<ul style="list-style-type: none"> ■ Renforcer les capacités des prestataires communautaires. ■ Mener des plaidoyer auprès des leaders communautaires et religieux et autorités locales. ■ Élaborer et mettre en œuvre des guides, politiques et codes de conduite sensibles au genre et inclusifs au sein des programmes de vaccination, afin d'orienter et d'accompagner les prestataires de santé dans leurs interactions avec les parents et aidants. Ces outils devraient promouvoir un traitement équitable et respectueux de tous, indépendamment du sexe, de l'âge ou de la situation socio-économique, et garantir que chaque parent, en particulier les femmes et les personnes en situation de vulnérabilité, puisse s'exprimer et être entendu dans les services de vaccination.
--	--	--	---

Tableau 13. Synthèse des barrières et recommandations associées - Niveau institutionnel

Niveau	Catégorie de Barrière	Barrière Spécifique	Statistiques/ Détails Clés	Recommandation
Institutionnel	Volonté politique	Faible connaissance des politiques de genre : Absence de cadre stratégique formel.	54% du personnel du MSPHPS/PEV et 37% des agents des OSC signalent l'absence d'un cadre stratégique formel sur l'égalité de genre.	<ul style="list-style-type: none"> ■ Élaboration d'une stratégie de genre et d'inclusion sociale sur cinq ans (2025-2030) spécifique au PEV : Une telle stratégie représenterait une réelle opportunité d'amélioration. Elle pourrait inclure, entre autres, la formation systématique du personnel sur les considérations de genre, la collecte de données désagrégées par sexe et par groupe social, et l'intégration des indicateurs précis permettant de mesurer l'impact des interventions vaccinales sur les groupes les plus marginalisés. En alignant cette stratégie avec les objectifs de développement durable (ODD), particulièrement l'ODD 5 sur l'égalité des sexes, et avec les engagements nationaux, le PEV pourrait positionner ses interventions comme un modèle d'inclusion dans le domaine de la santé publique. ■ Utiliser les systèmes et ressources existants, tels que les points focaux genre au niveau du PEV national, la cellule sectorielle genre du MSPHPS, et les partenaires du PEV, pour plaider et mettre en place des politiques d'intégration de considérations de genre et d'inclusion sociale au sein du PEV.

	Capacité technique	Gestion des ressources humaines peu sensible au genre : Compétences limitées.	29% des prestataires de santé estiment que le personnel du PEV a les compétences adéquates pour intégrer les dimensions de genre.	<ul style="list-style-type: none"> ■ Renforcer les compétences du personnel de santé en matière de genre, d'inclusion et d'équité à travers des formations systématiques, généralisées et non limitées à des projets spécifiques. La capacité du personnel du PEV et du MSPHPS à conduire des analyses de genre et d'inclusion sociale leur permettra d'identifier et réduire les obstacles liés au genre et à l'exclusion sociale dans les services de vaccination et dans leurs communautés de responsabilité. ■ Intégrer systématiquement les considérations de genre et d'inclusion sociale dans la planification, la mise en œuvre et dans le suivi et à l'évaluation des interventions de vaccination. Ceci permettra de réaliser des activités sensibles au genre qui prennent en compte les vrais besoins des populations ciblées, particulièrement les mères et les communautés les plus défavorisées. ■ Élaborer des stratégies de communication inclusives et sensibles au genre, adaptées au contexte culturel et socio-économique des parents, et ciblant les hommes et les jeunes pères afin d'améliorer la connaissance sur la vaccination et l'accès aux services de vaccination, particulièrement pour les communautés et groupes qui sont susceptibles de ne pas vacciner leurs enfants. ■ Créer des espaces de dialogue entre le personnel du PEV, les partenaires et les communautés locales, pour discuter des obstacles de genre et des dynamiques sociales influençant la santé infantile et l'accès à la vaccination. ■ Établir un réseau d'ambassadeurs de l'égalité de genre au sein du PEV, au niveau central et dans toutes les provinces du pays. Ces ambassadeurs, formés et sensibilisés aux questions d'égalité et d'inclusion, pourraient jouer un rôle de premier plan dans la promotion d'un environnement de travail plus équitable et dans l'amélioration de la qualité des services de vaccination. ■ Revoir l'aménagement des sites de vaccination afin de garantir des espaces privés et adaptés aux besoins spécifiques des populations, notamment des femmes, ce qui faciliterait l'accès aux services de santé pour les mères et autres groupes vulnérables.
--	--------------------	---	---	---

		Utilisation limitée des données désagrégées : Manque d'intégration dans le suivi et l'évaluation.	Seulement 32% des prestataires de santé déclarent que les systèmes de suivi et d'évaluation intègrent systématiquement des données désagrégées par sexe et âge.	<ul style="list-style-type: none"> ■ Améliorer la collecte et l'utilisation des données pour intégrer systématiquement les informations désagrégées.
	Responsabilité	Limitations dans l'intégration de l'égalité de genre dans la gestion des ressources humaines et la gouvernance : Disparité de représentation et intégration.	69% des femmes sont au niveau opérationnel, 5% en gestion. Près de la moitié des prestataires de santé (49%) rapportent que la dimension de genre n'est pas prise en compte dans les descriptions de poste ni dans les critères d'évaluation	<ul style="list-style-type: none"> ■ Intégrer explicitement la dimension genre et diversité dans les processus de recrutement, et dans la mesure du possible inclure des questions sur l'équité en matière de santé parmi les critères d'évaluation, au-delà des seules qualifications techniques. ■ Établir des quotas équitables (femmes et hommes) pour les prestataires de soins de santé à tous les niveaux, particulièrement dans les postes de leadership, avec pour objectif d'atteindre un niveau de parité adéquat d'ici 2030. ■ Sensibiliser les comités locaux de santé à l'importance de la représentation équitable des femmes et des groupes marginalisés, et encourager leur participation active dans la mobilisation communautaire et les prises de décisions locales. ■ Élaborer un plan d'action, des indicateurs de performance et allouer des ressources adéquates. Exiger la prise en compte explicite des dimensions de genre dans le recrutement et l'évaluation des compétences. Adopter des actions pour améliorer la parité hommes-femmes parmi les prestataires de santé.
		Insuffisance des ressources financières : Manque de budget.	63% du personnel estime qu'il n'y a pas de budget suffisant alloué aux questions de genre et d'inclusion sociale.	<ul style="list-style-type: none"> ■ Allouer des ressources financières et humaines suffisantes pour permettre à la cellule genre du MSPHPS et aux points focaux du PEV au niveau central de mettre en œuvre des stratégies efficaces en matière de genre et d'inclusion sociale. ■ Allouer une ligne budgétaire dans les budgets du PEV à tous les niveaux du système de santé afin de renforcer les capacités du personnel de jouer un rôle actif dans l'intégration des approches inclusives et sensibles au genre dans les interventions de vaccination. ■ Renforcer le système des champions genre au niveau décisionnel et stratégique du PEV et du MSPHPS afin d'assurer le plaidoyer pour la mobilisation des ressources nécessaires pour assurer la durabilité des pratiques inclusives et sensibles au genre dans les services de vaccination du pays.

	Culture organisationnelle	Culture organisationnelle encore peu sensible au genre et à l'inclusion: environnement de travail.	<p>Seuls 19% du personnel considère que l'environnement de travail s'est amélioré pour les personnes marginalisées, et 30% estiment que ces enjeux sont discutés ouvertement.</p> <p>Près de la moitié (47%) des prestataires du MSPHPS/PEV indiquent l'absence d'un mécanisme formel de gestion des plaintes liées à la discrimination, au harcèlement ou aux abus de pouvoir sur leur lieu de travail.</p>	<ul style="list-style-type: none"> ■ Promouvoir, en collaboration avec la cellule sectorielle genre du MSPHPS, des campagnes de sensibilisation sur la tolérance zéro face au harcèlement et à la discrimination au sein du PEV, en mettant l'accent sur la protection des femmes et des groupes marginalisés. ■ Élaborer, instaurer et/ou vulgariser un code de conduite organisationnel visant à instaurer un environnement de travail inclusif, respectueux des différences et favorable à l'égalité des chances pour tous les employés. ■ Renforcer le rôle des points focaux genre du PEV, en mettant plus de ressources à leur disposition afin de leur permettre d'assurer l'intégration des questions de genre et d'inclusion sociales dans les politiques internes du PEV, avec des indicateurs clairs pour mesurer l'avancement de ces objectifs. Renforcer les capacités du personnel sur les questions d'égalité des sexes et de respect des droits humains pourrait encourager un changement profond dans la culture organisationnelle, facilitant ainsi l'adoption des approches sensibles au genre, inclusives, et équitables.
--	---------------------------	--	--	--



(Province de Kasai-Oriental, 7 March 2024. Crédit: Flowminder)



(Province de Maniema, 05 March 2024. Crédit: Flowminder)



(Province de Kasai-Oriental,
27 February 2024. Crédit: Flowminder)

11. Conclusion

L'Audit sur le Genre et l'Inclusion Sociale des interventions de vaccination des enfants, mené dans les provinces du Kasai-Oriental, du Maniema, de la Mongala et de la Tshopo, a mis en lumière l'urgence d'une approche systémique et intersectionnelle pour transformer durablement l'accès à la vaccination en République Démocratique du Congo (RDC).

Nos conclusions réaffirment que la réduction durable du nombre d'Enfants Zéro Dose (EZD) et d'Enfants Sous-Vaccinés (SV) passe notamment par une meilleure compréhension et une action ciblée sur les causes profondes, inscrites dans la complexité des dynamiques sociales et institutionnelles, parmi d'autres leviers essentiels à mobiliser pour renforcer la couverture vaccinale en RDC.

11.1 Obstacles au niveau communautaire : les défis rencontrés par les parents, particulièrement mères

L'analyse au niveau de la demande révèle que l'intersection entre les déterminants sociaux de la santé, précarité économique, faible niveau d'éducation, âge des parents, et les dynamiques de genre constitue un facteur majeur des inégalités vaccinales et de la persistance des enfants zéro dose et sous-vaccinés. Bien qu'elle ne soit pas la seule cause, cette interaction influence fortement l'accès aux services de vaccination pour les parents, en particulier pour les mères, qui sont les principales responsables de la vaccination des enfants.

Les mères se trouvent confrontées à une triple contrainte :

1. Charge logistique et économique: distance jusqu'au centre de santé, temps consacré par la mère et impact sur ses activités génératrices de revenus, gestion des effets secondaires, coût du transport (souvent à la charge du père) et fatigue physique.
2. Faible pouvoir de décision: malgré leur rôle central dans la vaccination, elles doivent souvent obtenir l'accord du père ou d'autres membres de la famille.
3. Normes socioculturelles contraignantes: La répartition inégale des rôles confère aux mères la responsabilité principale de la vaccination des enfants, tout en devant assumer d'autres tâches domestiques et économiques, tandis que les pères restent peu impliqués, ce qui amplifie la charge sur les mères.

Ces contraintes sont aggravées par le fait que de nombreux parents vivent dans des zones rurales sans centre de santé à proximité, combiné au manque d'accès à l'information, rendant l'accès aux services de vaccination particulièrement difficile pour les mères des communautés marginalisées.

Par ailleurs, les rumeurs, les croyances culturelles ou religieuses opposées à la vaccination et les limitations dans les services (ruptures de stock, longue attente, conditions sanitaires insuffisantes, attitudes discriminatoires de certains vaccinateurs) contribuent à la sous-vaccination et au phénomène des zéro-doses, tout en accentuant les obstacles liés au genre.

11.2 Obstacles au niveau institutionnel : renforcer la gouvernance pour l'équité

Au niveau institutionnel (Ministère de la Santé Publique, Hygiène et Prévoyance Sociale - MSPHPS et Programme Élargi de Vaccination - PEV), l'audit a mis en lumière des lacunes systémiques qui entravent l'intégration effective des dimensions de genre et d'inclusion sociale dans les interventions de vaccination. Les principales limitations identifiées sont:

- Absence de cadre stratégique formalisé : Bien qu'il existe une volonté politique globale, il y a un manque de stratégies et de politiques claires et formalisées en matière d'égalité de genre et d'inclusion sociale au sein des services de vaccination.
- Inégalité de représentation et de culture organisationnelle : La représentation des femmes aux postes de décision reste inégale, et l'intégration des questions de genre et d'inclusion sociale dans la culture et les pratiques de travail est limitée.
- Capacité, ressources et intégration limitées : Le personnel de santé présente un faible niveau de compétences en matière d'intégration concrète des approches sensibles au genre dans les services de vaccination. Le manque de ressources financières allouées à l'intégration du genre et de l'inclusion sociale est un obstacle majeur. Par conséquent, la prise en compte concrète de ces considérations dans la gestion, la planification et le suivi des services de vaccination demeure insuffisante.

Ces facteurs institutionnels constituent un frein majeur pour améliorer l'équité et l'efficacité du programme de vaccination, et par extension, pour réduire le problème persistant des enfants zéro dose et sous-vaccinés.

11.3 Recommandations stratégiques pour un impact durable

Au niveau communautaire:

- Mettre en place des services de vaccination de proximité et adapter les horaires afin de contribuer à alléger la charge logistique pesant sur les mères.
- Impliquer activement les hommes et les leaders communautaires dans le partage des responsabilités et dans la reconnaissance du pouvoir décisionnel des mères.
- Renforcer l'information et la communication pour contrer les rumeurs et les normes socioculturelles néfastes, et promouvoir une meilleure compréhension des bénéfices et des effets secondaires des vaccins.
- Soutenir l'autonomisation économique des femmes et leur participation active à la prise de décision.

Au niveau institutionnel:

- Développer une stratégie d'intégration du genre et de l'inclusion dans toutes les opérations du PEV, avec un plan d'action doté de ressources adéquates.
- Renforcer les compétences du personnel en analyse sensible au genre et suivi-évaluation désagrégué.
- Promouvoir la parité hommes-femmes dans les postes de décision et favoriser un environnement de travail inclusif.
- Mettre en place des mécanismes de redevabilité pour mesurer l'intégration du genre et suivre l'impact des interventions.

Pour une liste complète et détaillée des actions recommandées, veuillez-vous référer aux tableaux 12 et 13 ainsi qu'à l'Annexe 1 du document (pages 122 et suivantes), intitulée Annexe 1: Recommandations globales.

11.4 Vision finale: Vers une vaccination équitable et inclusive

Cet audit souligne l'importance de dépasser l'approche traditionnelle de la vaccination. Pour réduire les EZD et SV et les inégalités vaccinales, il est recommandé que le système de santé de la RDC poursuive le développement et la concrétisation de politiques et stratégies sensibles au genre, inclusives et redevables, capables de répondre simultanément aux obstacles sociaux, économiques et institutionnels.

La mise en œuvre des recommandations proposées pourrait contribuer non seulement à augmenter la couverture vaccinale, mais aussi à promouvoir l'égalité de genre, renforcer l'autonomie des mères et améliorer la santé globale des familles et des communautés. Une approche systémique, intersectionnelle et inclusive est essentielle pour garantir une vaccination équitable, durable et efficace.

12. Références bibliographiques

Acharya P, et al. (2018). Déterminants des niveaux individuels et communautaires de la vaccination des enfants en République démocratique du Congo : Une analyse multi-niveau. PLoS One ; 13 : e0202742.

Amoah et al. Tropical Medicine and Health (2023) 51:63 <https://doi.org/10.1186/s41182-023-00556-2> RESEARCH Influence de l'autonomisation des femmes sur la couverture vaccinale des enfants (12-23 mois) : Données récentes provenant de 17 pays d'Afrique subsaharienne. Abigail Amoah1, Jacob Issaka1, Castro Ayebeng2,3 et Joshua Okyere2,3,4*

Boniol M, et al. (2019). L'équité de genre dans le personnel de santé : analyse de 104 pays. Document de travail 1. Genève : Organisation mondiale de la santé. Disponible à l'adresse

<https://iris.who.int/bitstream/handle/10665/311314/WHO-HIS-HWF-Gender-WP1-2019.1-eng.pdf?sequence=1&isAllowed=y>. Consulté le 20 décembre 2023. 0

Bapolisi, Wyvine Ansima et al. (2024). BMC Public Health (2024) 24:443 <https://doi.org/10.1186/s12889-024-17717-5> (2020). Impact of a complex gender-transformative intervention on maternal and child health outcomes in the eastern Democratic Republic of Congo : protocol of a longitudinal parallel mixed-methods study. BMC Public Health (2020) 20:51. <https://doi.org/10.1186/s12889-019-8084-3>

Bresnihan, Sive. (2017). Comprendre la vie des femmes dans les mariages polygames : Exploring Community Perspectives in the DRC (Comprendre la vie des femmes dans les mariages polygames : explorer les perspectives communautaires en RDC). Trocaire et Irish Aid : Dublin, Irlande.

Cellule Genre Cellules d'analyse intégrées (2022) Analyses Intégrées des barrières et opportunités pour l'accès aux services de vaccination contre la poliomyélite : Zones de santé de Kirotshe & Karisimbi, Province du Nord-Kivu et la zone de santé de Kongolo, province du Tanganyika, RDC

Doyle, K. et al. (2018). Intervention des couples Bandebereho transformatrice de genre pour promouvoir l'engagement des hommes dans la santé reproductive et maternelle et la prévention de la violence au Rwanda : Résultats d'un essai contrôlé randomisé. PLoS One, 13 (4). <http://dx.doi.org/10.1371/journal.pone.0192756>.

Davis, Laura. et al. (2014). Profil de genre de la RDC. Kinshasa, RDC : Ambassade de Suède.

École de santé publique de Kinshasa (2022). Rapport d'étude : Enquête de Couverture Vaccinale chez les enfants de 6-23 mois : En République Démocratique du Congo. Disponible à l'adresse suivante : <https://eskinshasa.net/apport-de-l-enquete-de-couverture-vaccinale-ecv-chez-les-enfants-de-6-23-mois-en-rdc-deja-disponible/>. Consulté le 28 novembre 2023.

Felletto et al. (2018). Une optique de genre pour faire progresser l'équité dans les vaccinations. Document de travail du Groupe de référence pour l'équité en matière de vaccination (ERG) 05.

Felletto, Marta et Alyssa Sharkey. (2019). L'influence du genre sur la vaccination : utilisation d'un cadre écologique pour examiner les inégalités qui se croisent et les voies de changement. BMJ Global Health 2019;4:e001711.

Fenny, Ama Pokuaa. (2018). Raising Women African Leaders in Global Health. Lancet. Vol 392.

Flowminder (2021). Audit d'égalité des genres et l'inclusion sociale des vaccinations des enfants en RDC: rapport final. Non-publié.

Fulu, Emma, et al. (2017). What Works Evidence Review : Intersections de la violence à l'égard des femmes et de la violence à l'égard des enfants. Londres, Royaume-Uni : What Works to Prevention Violence : a Global Programme (DfID).

GAVI. (2019). Note d'information : Obstacles liés au genre aux services de vaccination. https://www.gavi.org/sites/default/files/document/2019/Information%20note_gender-related%20barriers%20to%20vaccination%20services.pdf (consulté le 25 février 2020).

GAVI. (2020). Politique Genre.

Geweniger A, Abbas (20120). Childhood vaccination coverage and equity impact in Ethiopia by socioeconomic, geographic, maternal, and child characteristics. Vaccine. 2020 Apr 29;38(20):3627-3638. doi: 10.1016/j.vaccine.2020.03.040. Epub 2020 Apr 3. PMID: 32253099; PMCID: PMC7171468.

Glèlè-Ahanhanzo Y, Kpozèhouen A, Madika C, Azandjèmmè C, Biaoou COA, Aplogan A. (2019). Effets de bonnes pratiques pour les vaccinations de rattrapage : Évaluation à l'aide d'une étude quasi-expérimentale Étude en République démocratique du Congo. Open J Epidemiol 2019 ; 09 : 50-63.

Goodman, T. A., et al. (2022). Why does gender matter for immunization? Vaccine 42 (2024) 591–597.

Graf, J., et al (2024). L'importance des soins de santé sensibles au genre dans le contexte de la douleur, de l'urgence et de la vaccination : A Narrative Review. International Journal of Environmental Research. Disponible à l'adresse https://www.researchgate.net/publication/376689986_The_importance_of_gender-sensitive_health_care_in_the_context_of_pain_emergency_and_vaccination_a_narrative_review. Consulté le 22 janvier 2024.

GSMA (2015). Combler le fossé entre les sexes : Mobile access and usage in low and middle-income countries. Disponible à <https://www.gsma.com/mobilefordevelopment/wp-content/uploads/2016/02/Connected-Women-Gender-Gap.pdf>. Consulté le 1er mars 2024.

Hayford et al. (2013). Measles vaccination coverage estimates from surveys, clinic records, and immune markers in oral fluid and blood : a population-based cross-sectional study. BMC Public Health. 2013 Dec 20;13:1211. doi : 10.1186/1471-2458-13-1211. PMID : 24359402 ; PMCID : PMC3890518.

Hilber, Adriane Martin et al. (2010). Projet Genre et vaccination : Qualitative Systematic Review. Centre suisse pour la santé internationale : Bâle, Suisse.

Hughes, Claire et al. (2019). Rapport final : Évaluation de la politique de Gavi en matière de genre. Hove, Royaume-Uni : ITAD.

INS. (2019). Enquête par grappes à indicateurs multiples, 2017-2018, rapport de résultats de l'enquête. Kinshasa, République Démocratique du Congo.

Ishoso, D.K. ; Mafuta, E. ; Danovaro-Holliday, M.C. ; Ngandu, C. ; Menning, L. ; Cikomola, A.M.-W. Lungayo, C.L. ; Mukendi, J.-C. ; Mwamba, D. ; Mboussou, F.-F. ; et al. Raisons d'être «Zero-Dose et Enfants «sous-vaccinés»âgés de 12 à 23 mois en République démocratique du Congo.

Vaccins 2023, 11, 1370. <https://doi.org/10.3390/vaccines11081370>.

Ishoso, D.K. et al. (2023). Les enfants à «dose zéro»en République démocratique du Congo : combien sont-ils et qui sont-ils ? Vaccines 2023, 11, 900. <https://doi.org/10.3390/vaccines11050900>

Johns, N.E. ; Santos, T.M. ; Arroyave, L. ; Cata-Preta, B.O. ; Heidari, S. ; Kirkby, K. ; Munro, J. ; Schlottheuber, A.;Wendt, A. ; O'Brien, K. ; et al. Gender-Related Inequality in Childhood Immunization Coverage : A Cross-Sectional Analysis of DTP3 Coverage and Zero-Dose DTP Prevalence in 52 Countries Using the SWPER Global Index. Vaccines 2022, 10, 988. <https://doi.org/10.3390/vaccines10070988>.

Jones et al. (2008). Gender and Immunisation Abridged Report (Rapport abrégé sur le genre et la vaccination). Londres, Royaume-Uni : Overseas Development Institute.

Kabudi, André Mwanishayi et al. (2015). Prévalence et facteurs associés de la vaccination partielle/non vaccination des enfants de moins de cinq ans dans la ville de Goma, République démocratique du Congo : A community-based crosssectional survey. Pan Afr. Med. J. 2015 ; 20.

<https://www.ajol.info/index.php/pamj/article/view/114062> (consulté le 26 février 2020).

Lu, X. et al. (2021). Women’s Empowerment and Children’s Complete Vaccination in the Democratic Republic of the Congo : A Cross-Sectional Analysis. Vaccines 2021, 9, 1117. <https://doi.org/10.3390/vaccines9101117>. Disponible à l’adresse <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC8540931/pdf/vaccines-09-01117.pdf>. Consulté le 23 novembre 2023.

L.M. K, M. S, K. M, et al. L’état des soins d’urgence en République démocratique du Congo. Afrique J Emerg Med 2015 ; 5 : 153-8.

Mafuta, Eric. M. et al. (2018). Facteurs influençant la capacité des femmes à exprimer leurs préoccupations concernant les services de santé maternelle dans les zones de santé de Muanda et Bolenge, République démocratique du Congo : une étude multiméthode. BMC Health Serv Res. 2018 ; 18 : 37. doi : 10.1186/s12913-018-2842-2

Maketa V, Vuna M, Baloji S, et al. Perceptions de la santé, des soins de santé et de l’approche communautaire. des interventions sanitaires dans les communautés urbaines pauvres de Kinshasa, en République démocratique du Congo.. PLoS One 2013 ; 8 : e84314.

Mavundza EJ, Cooper S, Wiysonge CS. (2023). Une revue systématique des facteurs qui influencent les opinions et les pratiques des parents en matière de vaccination systématique des enfants. 1;11(3):563. doi: 10.3390/vaccines11030563. PMID: 36992146; PMCID: PMC10058347.

Mbadu Muanda1, Fidele et al. (2018). Attitudes à l’égard de la santé sexuelle et reproductive chez les adolescents et les jeunes dans les zones urbaines et rurales de la RD Congo nda et al. Reproductive Health (2018) 15:74. <https://doi.org/10.1186/s12978-018-0517-4>.

Merten S, Schaetti C, Manianga C, et al. (2013). Sociocultural determinants of anticipated vaccine acceptance de la diarrhée aqueuse aiguë dans la petite enfance dans la province du katanga, en République démocratique du Congo. Am J Trop Med Hyg 2013 ; 89 : 419-25.

Mertin, S. et al (2015). Gender determinants of vaccination status in children : evidence from a meta ethnographic systematic review (Déterminants sexospécifiques du statut vaccinal des enfants : données issues d’une revue systématique méta-ethnographique). PLoS One. (2015) 10:e0135222. doi : 10.1371/journal.pone.0135222.

Ministère de l’Intérieur. (2017). Note d’information et de politique nationale République démocratique du Congo (RDC) : Femmes craignant des préjudices ou des violences fondés sur le genre. Londres, Royaume-Uni.

Ministère du Plan et Suivi de la Mise en œuvre de la Révolution de la Modernité (MPSMRM), Ministère de la Santé Publique (MSP) et ICF International, 2014. Enquête Démographique et de Santé en République Démocratique du Congo 2013-2014 (EDS-RDC II 2013-2014). Rockville, Maryland, USA : MPSMRM, MSP et ICF International.

Ministère de la Santé Publique de RDC. (2018). Plan D’urgence Pour la Relance de la Vaccination de Routine Dit «Plan Mashako sur la Vaccination de Routine»(Plan MASHAKO). Programme élargi de vaccination ; Ministère de la Santé Publique de RDC : Kinshasa, République Démocratique du Congo ;

Mwamba GN, Yoloyolo N, Masembe Y, et al. (2015). Vaccination coverage and factors influencing Le statut de la vaccination de routine dans 12 zones de santé à haut risque dans la province de Kinshasa, République démocratique du Congo (RDC).

Pan Afr Med J 2017 ; 27 : 7.

Nyasulu BJ, Heidari S, Manna M, Bahl J et Goodman T (2023) Gender analysis of the World Health Organization online learning program on Immunization Agenda 2030. Front. Glob. Womens Health 4:1230109. doi : 10.3389/fgwh.2023.1230109.

OMS. (2021). Pourquoi la question du genre est importante : programme de vaccination 2030. Genève : Organisation mondiale de la santé ; Licence : CC BY-NC-SA 3.0 IGO. L’OMS. (2018). Briefing technique : Genre. Genève, Suisse.

ONU Femmes. (2020). Analyse de la situation des statistiques de genre en RDC (auteur : Alexandre S. BIAOU.

PATH. (2016). La vaccination en République démocratique du Congo : Analyse du paysage et recommandations politiques. Seattle, USA : PATH.

Powelson J, et al. (2022). Determinants of immunisation dropout among children under the age of 2 in Zambézia province, Mozambique : a community-based participatory research study using Photovoice. BMJ Open 2022;12:e057245. doi:10.1136/bmjopen-2021-057245. Disponible à l’adresse <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/35292500/>. Consulté le 2 mars 2024.

Rammohan A, Awofeso N, Fernandez RC. Le niveau d’éducation du père influence de manière significative la vaccination contre la rougeole des nourrissons, indépendamment du niveau d’éducation de la mère. BMC Santé publique 2012 ; 12 : 336.

Restrepo-Méndez MC,. et al. (2016). Inequalities in full immunization coverage: trends in low- and middle-income countries. Bull World Health Organ. 2016 Nov 1;94(11):794-805B. doi: 10.2471/BLT.15.162172. Epub 2016 Aug 31. PMID: 27821882; PMCID: PMC5096343.

Riddle, Alison et Isabel C. Garcia. (2019). Outils et ressources : Flowminder : Gender and Immunisation. Non publié.

Schwartz DA. (2019). Survie de la mère et du nourrisson après une infection par le virus Ebola : Leur exclusion de Essais de traitements et de vaccins et «Primum non nocere». In : Springer : 147-55.

Strong AE, Schwartz DA. (2019). Effets de l’épidémie d’Ebola en Afrique de l’Ouest sur les soins de santé des personnes âgées. Femmes enceintes : Stigmatisation avec et sans infection. Springer, Cham, 2019 : 11-30.

Thorpe S, VanderEnde K, Peters C, Bardin L, Yount KM. (2016). L’influence de l’autonomisation des femmes sur la couverture vaccinale des enfants dans les pays à faible revenu, à revenu moyen inférieur et à revenu moyen supérieur.pays à revenu élevé : A Systematic Review of the Literature. Matern Child Health J ;20 : 172-86.

Toma, Julia Andrea et al. (2018). Kasai : la province oubliée de la RDC Évaluation du genre octobre-novembre 2017. Oxfam International, Royaume-Uni.

UNDP, Human Development Insights: Access and explore human development data for 193 countries and territories worldwide: <https://hdr.undp.org/data-center/country-insights#/ranks>

UNDP, Gender Inequality Index (GII): <https://hdr.undp.org/data-center/thematic-composite-indices/gender-inequality-index#/indicies/GII>

UNICEF. (2023). La situation des enfants dans le monde 2023. Pour chaque enfant, la vaccination ; https://www.who.int/fr/health-topics/vaccines-and-immunization#tab=tab_1.

UNICEF. (2015). SONDAGE EN APPUI À LA VACCINATION CONTRE LA POLIO, LA VACCINATION DE ROUTINE ET AUTRES PRATIQUES FAMILIALES ESSENTIELLES À LA SURVIE ET AU DÉVELOPPEMENT DE L'ENFANT. UNICEF : Kinshasa, RDC.

USAID et al. (2021). Feuille de route pour la santé communautaire. (non publié).

USAID. (2020). Analyse de genre spécifique au COVIF de l'USAID/RDC : USAID ACCELERATE ! Distance Learning. Consulté le 15 novembre 2020. Disponible à l'adresse <https://banyanglobal.com/wp-content/uploads/2020/10/GITA-II-USAID-DRC-CSGA-9-October-2020.pdf>.

Vidal Fuertes, C. ; Johns, N.E. ; Goodman, T.S. ; Heidari, S. ; Munro, J. ; Hosseinpour, A.R. The Association between Childhood Immunization and Gender Inequality : A Multi-Country Ecological Analysis of Zero-Dose DTP Prevalence and DTP3 Immunization Coverage. Vaccines 2022, 10, 1032. <https://doi.org/10.3390/vaccines10071032> Academic Editor : Nicolas Vignier

Vidal Fuertes C. et al. The Association between Childhood Immunization and Gender Inequality : A Multi-Country Ecological Analysis of Zero-Dose DTP Prevalence and DTP3 Immunization Coverage. Vaccines (Bâle). 2022 Jun 27;10(7):1032. doi : 10.3390/vaccines10071032. PMID : 35891196 ; PMCID : PMC9317382. Disponible à l'adresse <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC9317382/>. Consulté le 8 décembre 2023 ; Vidal et al (2022) ; Amoah et al. (2023) ; Wendt et al (2022).

Wendt A, et al (2022). Les enfants des femmes les plus autonomes sont moins susceptibles d'être laissés sans vaccination dans les pays à revenu faible et intermédiaire : A global analysis of 50 DHS surveys. J Glob Health 12:04022.

World Bank, DRC Overview <https://www.worldbank.org/en/country/drc/overview>



(Province de Maniema, 5 March 2024. Crédit: Flowminder)

13. Annexes

Annexe 1: Recommandations globales

La principale recommandation de cet audit est de :

Développer en 2024-2025 une stratégie, un plan d'action et des critères de rendements avec ressources humains et financières adéquates d'intégration d'une approche sensible au genre, inclusive et équitable de cinq ans (2025-2030) par le PEV et soutenu par ces bailleurs de fond et partenaires :

- Examiner et exploiter les recommandations de cet audit pour élaborer la stratégie de la génération à la demande et l'offre de service ainsi que les niveaux central, provincial et opérationnel.
- Aligné le contenu et stratégie des directives de l'Agenda d'Immunisation 2030 et inclure un plan d'action, cadre de responsabilité et de suivi et d'évaluation et d'apprentissage. Le plan doit être intégré chaque année au plan d'action opérationnel du PEV.
- Dirigé par le PEV, en partenariat avec ses principaux bailleurs de fonds, et partenaires de mise en œuvre, GAVI, USAID, OMS, UNICEF, Flowminder, Sanru et en coordination avec le secrétariat général et la cellule genre et structure de points focaux du MSPHPS et d'autres structures de coordination multisectorielles des quatre provinces de cet audit comme priorité.
- Rassurer un partenariat équitable avec des organisations de la société civile, y compris des organisations et groupements qui représentent les femmes, les jeunes et d'autres groupes vulnérables.
- Mettre en place un réseau d'ambassadeurs du genre au niveau central du PEV et dans les quatre provinces de cet audit (à titre de projet pilote), afin d'aider ces acteurs à devenir un réseau de modèles et de membres du personnel qui soulèvent les questions d'inégalité et d'exclusion qui ont un impact sur l'environnement de travail et contribuent à trouver des solutions pour réduire les barrières liés au genre et l'exclusion sociale qui contribuent à la faible taux de vaccinations en RDC.

Recommandations au niveau de la demande

1. Promouvoir l'autonomisation des femmes et filles adolescentes :

- Soutenir les femmes et filles adolescentes mères leaders des réseaux et groupements de femmes et filles adolescentes à promouvoir les avantages de la vaccination à travers leurs activités. aux droits des patients et des femmes et à la santé et au bien-être, y compris l'importance des vaccinations des adultes et des enfants. Les messages devraient inclure les droits humains des patients et des femmes et la santé et le bien-être, y compris l'importance des vaccinations des adultes et des enfants.
- Sensibiliser les parents, surtout les femmes, sur la vaccination et ses bénéfices.
- Organiser des séances de vaccination adaptées aux horaires des femmes travaillant, y compris des séances du soir et des vaccinations de porte à porte.

Voix des participant(e)s

“Que les mamans prennent le devant, se conscientisent entre elles en montrant le bien fondé du vaccin.”

“Se conseiller entre les femmes parce que c’est elles qui souffrent parfois avec les problèmes de maladies des enfants,»«Vacciner son enfant c’est l’aimer,”

“Que les femmes aient le temps pour la vaccination et ne pas céder à la méchanceté des hommes”

(GD, femmes, Kailo, Maniema).

“Aider le CODESA à créer les activités génératrices de revenu”

(GD, Leaders communautaires, Kindu, Maniema)

2. Soutien socio-économique aux ménages aux revenus modestes et socialement isolés

- Offrir une aide matérielle aux ménages pauvres, comme des vêtements, pagnes, moustiquaires ou pendant la distribution de PLUMPYNUT (un complément alimentaire pour les enfants) pour encourager la participation à la vaccination, surtout en ciblant les mères et les familles en difficulté financière, et par un critère de sélection basé sur des facteurs intersectionnelles comme les parents jeunes (15-24 ans), handicapées, avec l'albinisme, et ou déplacées à l'intérieur du pays.
- Faire des liens avec des programmes qui soutiennent d'activités génératrices de revenus des femmes et hommes parents et autres aidants des ministères de l'agriculture, ministère de la Jeunesse, Initiation à la Nouvelle Citoyenneté et Cohésion Nationale et ministère de la famille, des enfants et le genre.

Voix des participant(e)s

““Pour la pauvreté, il serait préférable d’aider ce foyer en dotation comme les MILDAS; ‘Dans le même ordre d’idée donner une motivation pour stimuler la venue des mères aux séances de vaccinations,””

(GD, relais communautaires, Binga, Mongala)

“Doter les habits aux parents pauvres; ‘Donner le cadeau aux parents qui vont terminer la vaccination de leurs enfants.”

(GD, filles adolescentes, Lisala, Mongala).

“Sur le plan socioculturel et économique, certaines personnes ont un sérieux problème financier, incapable de s’acheter une carte et un habit pour amener l’enfant à l’hôpital”

(GD, leaders d'opinion, Binga, Mongala)

3. Promouvoir l'engagement des hommes dans la vaccination des enfants :

- Encourager la participation des hommes aux efforts de vaccination afin de garantir le soutien des ménages.
- Utiliser des modèles masculins et de couple et une communication ciblée pour changer les attitudes à l'égard de la vaccination.
- Promouvoir des messages qui encouragent la collaboration et l'engagement de papas et mamans de façon équitable dans le développement, la croissance et la vaccination des enfants. C'est la responsabilité des hommes et des femmes.
- Engager les leaders d'opinions comme les chefs religieux et les autorités locaux à être des champions pour l'engagement des pères comme partenaire dans la vaccination et la santé des enfants.

Voix des participant(e)s

“C’est eux qui refusent souvent la vaccination et ils ont la dernière décision,’ ça sera bon étant les grands décideurs dans des foyers, cela va améliorer les choses. Souvent aussi c’est eux qui sont à la base de refus et donc s’ils participent ça sera bon,”
(GDs, hommes et adolescents, Kailo, Maniema)

“Oui, c’est bénéfique parce que les hommes sont les chefs de ménages,’ ‘Oui car les hommes sont écoutés par leurs femmes et ils jouent un grand rôle dans la communauté et surtout dans le pouvoir de prise de décision dans le ménage,’ ‘L’homme est aussi parent, ‘Il faut tous les deux qui doivent se concerter,”
(GDs, hommes et adolescents, Kindu, Maniema).

“Que les hommes et les femmes travaillent ensemble,”
(GD, filles adolescentes, Binga, Mongala).

“La sensibilisation doit être consistante et la base de la réussite de l’opération ces les hommes et nous devons nous impliquer pour sauver la vie de nos enfants,”
(GD2, adolescents, Binga, Mongala).

“oui la participation de l’homme est très importante, il doit prendre des dispositions bien avant pour la vaccination des enfants et responsabiliser la femme pour la prise des certaines décisions dans la famille,”
(GD2, leaders d’opinion, Binga, Mongala).

Voix des participant(e)s

“Tous oui c’est bénéfique parce ce que l’acceptation ou le refus est dicté par le père alors il faut associer le père et le faire voir l’importance de la vaccination,”
(GD, garçons, Lisala, Mongala)

“Que [les papas] nous puissions prendre le devant de tout comme le premier responsable, qu’on peut nous même amener les enfants à l’hôpital si nos femmes sont distraites,”
(GD2, garçons adolescents, Lisala, Mongala)

“Si les hommes s’impliquent la vaccination réussira à 80% ça les maris qui constituent aussi les barrières,”
(GD, leaders communautaires, Kailo, Maniema)

4. Améliorer la communication sur le changement de comportement (CCC) et les stratégies avancées :

- Améliorer la planification et multiplier les sites et les sensibilisations, en évitant toute négligence, incluant des sessions de sensibilisation à des heures plus convenables pour les femmes travaillant.
- Mettre en œuvre la vaccination en porte-à-porte pour atteindre les communautés éloignées et les zéro-dose et rapprocher les sites de vaccination des communautés.
- Intensifier les campagnes de sensibilisation ciblant tous les groupes sociaux, en impliquant les dirigeants communautaires et les leaders religieux et traditionnels. Utiliser des moyens de communication tels que la radio, et adapter les méthodes de sensibilisation pour atteindre toutes les couches de la population.
- Augmenter et équiper les RECOs, impliquant aussi d’autres personnes comme les enseignants, les hommes et les leaders d’opinion.
- Lutter contre l’hésitation à se faire vacciner en engageant directement auprès des familles et des communautés réfractaires. Mettre en place une campagne de plaidoyer dirigée par les leaders respectés, financée par les bailleurs de fonds.
- Pour améliorer le processus de vaccination, il est proposé que les prestataires commencent par vacciner leurs propres enfants, renforçant la formation des relais communautaires.
- Développer et intégrer dans la communication interpersonnelle des approches et messages sensible au genre et inclusive fondées sur des normes culturelles locales qui valorisant l’égalité et la prise de décision conjointe entre les femmes et les hommes au sein des ménages et des communautés, qui encouragent les hommes à devenir de nouveaux partenaires en matière de santé de la famille et qui promeuvent l’importance de la non-discrimination et de la valorisation de tous les membres de la communauté, ainsi que de leur santé et de leur bien-être.

- Lutter contre la stigmatisation sociale des personnes handicapées, des mères adolescentes, des personnes atteintes d’albinisme. Sensibiliser tous les membres des communautés, les femmes, les hommes, les leaders d’opinions, les relais communautaires, les prestataires de santé et les autorités locales.
- Adopter et adapter des approches innovantes comme le dialogue communautaire et la création centré sur l’humain.

Voix des participant(e)s

“Il faut de la sensibilisation pour les gens plus âgés ou adolescents, qui subissent des injures ou de la diffamation. Les motiver en expliquant l’importance de la vaccination,”
“Aux moqueurs d’arrêter de telle pratique qui n’est pas constructive,” “la création des centres de rattrapage pour les analphabètes pour rehausser le niveau de certains parents,”

(GD, RECOs, Lisala, Mongala)

“Il faut parler avec eux [les leaders religieux] et leur montrer l’importance de la vaccination,”
(GD1, garçons adolescents, Mongala)

“Il faut associer les chefs du village lors des activités des vaccinations,”
(GD1, leaders d’opinion, Lisala)

“Faire vacciner les enfants de porte à porte.” “Rapprocher les sites de vaccination”
“Renforcer la sensibilisation”
(GD, leaders communautaires, ‘Kindu, Maniema)

“Échanger avec les personnes ou familles réfractrices,”
(GD, femmes, Kailo, Maniema)

“Insister auprès de parents lors de campagne pour qu’ils parviennent à laisser les enfants chez les voisins au cas où ils partent au champ. Certaines femmes partent aux champs avec leurs enfants oubliant que la vaccination aura lieu, c’est pourquoi il faut vraiment les sensibiliser,”
(GD, hommes, Kailo, Maniema).

Voix des participant(e)s

“Faire la stratégie avancée,”
(GD, femmes, Kindu)

“Adopter la vaccination de porte à porte dans chaque parcelle. Conseiller les parents. Ajouter une forte sensibilisation qui va toucher toutes les couches sociales de la population ici chez nous,” “intensifier les sensibilisations,” “Donner plus d’informations sur le vaccin aux mamans et les rassurer de la prise en charge des effets secondaires,” “Continuons à les conseiller,” “Continuer à les sensibiliser pour qu’ils comprennent l’importance du vaccin,” “Continuons à sensibiliser les autres,”
(GD, femmes, Kailo, Maniema).

“Utilise des méthodes de communication adaptées à la culture locale et aux langues parlées dans la communauté,” “Impliquer les leaders communautaires, tels que les chefs religieux, dans la promotion de la vaccination. Leur soutien et leur influence peuvent aider à surmonter les barrières socioculturelles et à encourager la participation des familles”
(GD, Leaders communautaire, Kindu, Maniema).

Recommandations au niveau de l’offre

5. Renforcer la gestion des vaccins et effets secondaires :

- Assurez une bonne gestion des vaccins afin d’éviter les ruptures de stock et de réduire les effets secondaires.
- Renforcer les campagnes de sensibilisation des parents sur l’importance de la vaccination et des effets secondaires. Sensibiliser les parents, mères, pères et la famille élargie, les leaders d’opinions et les relais, des effets secondaires potentiels, avantages, et inconvénients du vaccin et de la manière de gérer.
- Fournir gratuitement un ensemble de médicaments pour gérer les effets secondaires dans les 48 heures.
- Former et motiver les prestataires de soins de santé avec l’équipement et les ressources nécessaires.
- Équiper les structures pour assurer la chaîne de froid, stockage des vaccins et les médicaments pour garantir la gratuité des soins liés à la vaccination.

Voix des participant(e)s

“Tout dépendra de la prise en charge gratuite des effets secondaire de la vaccination et aussi de la prise en charge gratuite de toute maladie qui pourra survenir après la vaccination, si les pères voient que c’est gratuit tout père autorise facilement la vaccination de ses enfants,”

(GD, femmes, Lisala, Mongala).

“On doit veiller sur la prise en charge gratuite des effets secondaires de la vaccination pour nous permettre de faire vacciner sans peur nos enfants,”

(GD, hommes, Binga, Mongala)

“Informer les mamans en cas des effets secondaires, quelle conduite à tenir, que faire,”

(GD, femmes, Kailo, Maniema)

“Que le MAPI puisse commencer à être traiter gratuitement,’ ‘prise en charge des MAPI dans les 48h,”

(GDs, leaders communautaires, Kailo, Maniema)

6. Améliorer la qualité de services pour les rendre plus accessible, abordable, approprié, inclusive et sensible au genre :

- Adapter les services de vaccination pour être plus inclusifs, en prenant en compte les besoins spécifiques des personnes handicapées et marginalisées, et en améliorant l’accessibilité des services.
- Créer un accueil pour les malades, de former les mères aux CPN et CPS, et d’éviter toute formes de discrimination lors des activités de vaccination.
- Offrir des récompenses aux mères respectant le calendrier vaccinal
- Assurer des horaires de vaccination flexibles et multiplier les sites de vaccination. Adapter les horaires de vaccination pour les femmes et les pères travaillant.
- Équiper les centres de santé pour garantir la chaîne de froid et la disponibilité des vaccins.
- Garantir un financement transparent, motivant pour le personnel de santé.

- Assurer une rémunération équitable pour le personnel de santé par une stratégie de parité et de promotion des services non-discriminatoire et qui respectent la confidentialité et le consentement informé des parents et aidants.
- Former les prestataires de santé et les relais communautaires sur les approches d’engagement des hommes et la communication de changement de comportement sensible au genre et inclusive.

Voix des participant(e)s

“Les équipes sont moins nombreuses et on doit ajouter les équipes et associer les personnes du quartier ou soit faire deux équipes une pour le matin et l’autre pour l’après midi”

(GD2, hommes, Binga, Mongala)

[Les personnes négligées] “il faut conseiller les gens qui se moquent d’eux ou soit aller vers eux dans leurs habitations pour vacciner leurs enfants ou leur chercher les habits,”
[Pour les handicapés] “il faut leur donner les moyens de transport ou que les prestataires aillent vers eux,”

(GD1, garçons adolescents, Lisala, Mongala)

“Pour ceux qui subissent les moqueries,’ ‘il faut leur donner les habits pour qu’elles soient propres ou soit que les prestataires partent chez eux pour vacciner leurs enfants,”

(GD1, RECOs, Lisala, Mongala)

7. Soutenir les agents de santé communautaires souvent les critères de l’OMS sur les standards de base :

- La standardisation des conditions de travail des RECOs, avec des motivations monétaires et non-monétaires, est essentielle. Il est nécessaire de leur fournir des équipements, des moyens de transport, et une formation continue. Enfin, il faut renforcer les capacités et améliorer les conditions de travail des prestataires, notamment par des incitations matérielles et une formation continue.
- Augmenter la rémunération et fournir les outils nécessaires aux relais communautaires (RECOs) pour améliorer leur efficacité.
- Normaliser les paquets de travail avec des incitations monétaires et non monétaires.
- Assurez le transport, l’équipement et la formation continue des agents de santé communautaires.

Voix des participant(e)s

“Que le partenaire veille sur les relais communautaires, ils fondent un sérieux travail mais ils ne sont pas bien rémunérés. Ils n’ont pas le mégaphone,”

(GD2, hommes, Lisala, Mongala)

“Avoir des imperméables pour les RECOS + Godio (botte), ‘Renforcement de capacités des RECOS et redynamiser les CEAC en renouvellement des équipes des RECOS,”

(GDs, leaders communautaires, Kailo, Maniema)

“Motiver les équipes des prestataires et les Relais Communautaire,” “Multiplier les formations en faveurs des Recos et prestataires des Soins,” “Effectuer un bon choix de relais communautaires, Qualités de Reco : -Capable de convaincre, éloquent, - Sensibiliser au fin fonds et disponibilité les piles et matériels nécessaires aux sensibilisateurs,”

(GDs, hommes, Kindu, Maniema)

8. Recommendations: rôle du gouvernement

- Prendre des mesures pour soutenir la vaccination, comme la gratuité des fiches de vaccination, la prise en charge des effets secondaires, et la fourniture de moyens de transport pour les prestataires.
- La transparence financière est cruciale, avec un soutien financier et des paiements ponctuels pour les prestataires, en particulier les RECOs.
- Assurer la logistique, le soutien financier et la qualité des vaccins, y compris le maintien de la chaîne du froid et un stockage adéquat.
- Améliorer l’infrastructure des centres de santé, créer de nouveaux centres dans les zones difficiles d’accès.
- Construire des infrastructures pour améliorer les conditions d’accueil des parents lors des séances de vaccination.
- Améliorer les routes et les moyens de transport (asphaltage et éclairage).
- Assurer le paiement et l’indemnisation équitable des prestataires de santé, incluant les RECO, CAC, IT, et infirmiers.

Voix des participant(e)s

“Le gouvernement doit prendre sa charge de responsable de la population,’ ‘La logistique doit être assurée,”

(GDs, femmes et adolescentes, Kindu, Maniema)

“Le gouvernement doit disposer d’une politique de pris en charge des enfants qui tombent malades après la vaccination,”

(GD1, hommes, Binga, Mongala)

“Le gouvernement prend en charge le service de vaccination,” “Paiement des prestataires à temps,” “Augmentation des médicaments,”

(GDs, hommes et adolescents, Kindu, Maniema)

“Bien motiver les vaccinateurs pour suivre les gens qui sont loin,”

(GD2, adolescents, Binga, Mongala)

9. Améliorer les conditions de travail et capacités des prestataires de santé

- Motiver les prestataires de santé, augmenter leur nombre, et les équiper de moyens de transport et de communication pour faciliter leur travail, surtout dans les zones éloignées.
- Former et motiver adéquatement les RECOs et le personnel de santé.
- Renforcer la viabilité technique et financière des structures sanitaires.
- Doter le personnel de moyens de transport pour accéder aux zones éloignées.
- Assurer la motivation des RECO, CAC, IT, et du personnel infirmier.
- Augmenter le personnel soignant pour mieux répartir les tâches et assurer les stratégies avancées.
- Renforcer les capacités des prestataires de santé par des formations et de meilleures conditions de travail.

Voix des participant(e)s

“Les prestataires doivent savoir sensibiliser la population,’ “On doit renforcer les prestataires en équipement et communication ainsi que les moyens de transport et une dotation en équipement avec les médicaments essentiels,’ ‘les prestataires doivent être social et éviter les conflits,’ ‘une rémunération pour les vaccinateurs pendant les routines,”

(GD, leaders d’opinion, Lisala, Mongala).

Annexe 2: Voix des participant(e)s

Les déterminants sociaux de la vaccination

Lieu de la résidence et distance au centre de santé

“Dans la province de tshopo les enfants sous vacciné et 0 dose sont nombreuses et il ne sont vacciner à cause de problème lié à la distance et la couverture sanitaire n’est pas totale, parce que qu’il y a de communauté qui vivent très loin et les états de route pose problème,’ ‘La zone en conflit cause problème souvent c’est difficile à vivre parce que chaque famille cherche à se protéger et la population se déplace à chaque fois et cherche à s’adapter dans un autre milieu n’est pas facile et certaine des familles oublient leur carnet vaccinal et ça crée un désordre pour les parent qui cherche à survivre,”

(GD, PdS, BCZ, Tshopo)

Le manque de ressources des ménages

“S’occuper des champs et manque du temps,”

(GD, PdS, BCZ, Maniema)

“Les femmes vendeuses, par exemple, sont confrontées à une contrainte de temps qui constitue une barrière pour elles lorsqu’il s’agit de faire vacciner les enfants. De plus, les influences négatives de certaines femmes sur le vaccin peuvent constituer des obstacles pour d’autres femmes. Les activités champêtres quotidiennes des femmes constituent également une barrière pour se rendre à la vaccination avec leurs enfants,”

(EI, MCZ, Kailo, Maniema)

“Les femmes qui devraient amener les enfants à la vaccination partent à la recherche de la nourriture et cela est un problème”

(GD, BCZ, Maniema)

“Occupation, travaux champêtres,”

(GD, PdS, Kailo, Maniema)

“Nous avons aussi la charge professionnelle des parents dans les ménages comme chez nous ici les grandes activités sont les champs et le diamant alors quand les parents se déplacent, ils ont toujours tendance à ramener les enfants avec eux et quand les vaccinateurs passent ils se rendent compte que les enfants sont absents de la maison”

(GD, DPS, Kasai-Oriental)

“Sont les mauvaises conditions socio-économique ; les parents sont obligés de sortir tôt et effectuer des longues distances pour aller chercher à manger, aller au marché, au champs et n’ont pas suffisamment le temps pour faire vacciner leurs enfants”

(GD, Partenaires, Kasai-Oriental)

“La pauvreté est un obstacle majeur à la vaccination des enfants. Les familles qui vivent dans des conditions de pauvreté ne donnent pas priorité à la vaccination des enfants car ils cherchent quoi manger, les femmes qui devraient amener les enfants à la vaccination partent à la recherche de la nourriture et cela est un problème”

(GD, BCZ, Maniema).

“Les réfracteurs et pauvres qui n’ont pas le moyen de transport pour aller loin” ‘Les pauvres et les gens qui vivent à la campagne,”

(GD, BCZ, Maniema).

Les effets secondaires

“Non prise en compte de la prise en charge des effets secondaires du vaccin, pousse certains parents à refuser la vaccination de leurs enfants,”

(GD femmes adultes, Kailo, Maniema)

“Le refus parce que quand mes enfants reçoivent le vaccin ils ne manquent pas de tomber malade”

(Groupe de discussion des femmes adultes de l’aire de santé de Tshopo)

“Les effets secondaires comme la fièvre,’ L’enfant se portait bien et juste après la vaccination tombe malade et les parents doivent encore payer les soins, conséquence prochainement refus de faire vacciner son enfant”

(GD2, hommes, Binga, Mongala)

Les rumeurs, la méfiance et les croyances religieuses et culturelles

“Pour les croyants des églises; ils affrontent ces barrières en donnant plus des confiances à des pasteurs qui le dit seul le sang de Jésus qui peut guérir les différentes maladies”

(GD, garçons adolescents, Kindu. Maniema)

“Certaines mères et adolescentes ont des mauvaises mentalités qui peuvent entraver la vaccination de leurs enfants (ex : il y a ici les mamans qui font de lavement en cas de rougeole) elles disent que la rougeole ne peut pas être protégée ni traitée à l’hôpital. Cela est fréquent malheureusement dans notre zone”

(GD, garçons rurales, Kailo, Maniama)

“Les rumeurs disant que le vaccin crée les maladies. Les rumeurs communiquent que le vaccin donne la rougeole. Les rumeurs sur le vaccin disant qu’il tue les enfants. Les rumeurs et croyances que le vaccin est à la source des maladies”

(GD, mères adolescentes, Kailo).

“Communauté des témoins de Jéhovah, ils refusent le vaccin voire-même la perfusion,’ ‘Pour les témoins de Jéhovah, ils ne veulent pas seulement la transfusion, mais le vaccin, ils acceptent,”

(GD, PdS, Kailo, Maniema)

“Oui il y en a qui refusent la vaccination, ils disent que le vaccin est dangereux. D’autres disent que les blancs envoient le vaccin pour tuer leurs enfants”

(Groupe de discussion d’adolescents garçons de l’AS de Bandjwade, Tshopo)

Discrimination sociale

“Les parents souffrant d’un handicap : Les parents ayant un handicap rencontrent de stigmatisation affectant leur capacité à obtenir des vaccins pour leurs enfants»«‘Les enfants de familles qui se déplacent dans la forêt pour faire les champs,”

(EI, PdS, CD)

Les ruptures de stock

“Aussi l’organisation dans les établissements hospitalières créent aussi des barrières car je peux amener mon enfant au centre de santé et ce que je trouve aussi là-bas comme mauvais accueil, mauvaise organisation,”

(EI, CD, Kasai-Oriental)

“Ces dernières fois, il n’y a pas des ruptures des vaccins au centre de santé seulement les années passées ou il y a des cas des ruptures des antigènes”

(GD, femmes adultes, l’AS Adventiste)

“Moi, lorsque j’avais mis au monde , on m’a dit qu’il n’y a pas de BCG mais il faut que repasse un autre jour”

(GD, femmes adultes, l’aire de santé Tshikama 1, Kasai-Oriental).

L’influence des dynamiques de genre sur la vaccination des enfants

Rôles et responsabilité des hommes et des femmes

“Préparer l’enfant et l’amener au vaccin,’ ‘Communiquer le programme de vaccin au papa”

(GD, femmes adultes, Kailo, Maniema)

“Elle est responsable de la croissance de l’enfant et donc d’amener l’enfant à la vaccination”

(GD, RECOs, Kailo, Maniema)

“Maman peut amener l’enfant en cas d’absence de papa”

(GD, hommes, Lisala, Mongala)

“C’est le mari qui peut décider, ‘Rôle de papa est de donner les frais des soins”

(GD, filles adolescentes, Binga, Mongala)

“Quand l’enfant tombe malade c’est papa qui fait sortir son argent pour l’amener à l’hôpital. Lorsqu’elle s’apprête à partir, je lui réserve un montant pour l’achat de jeton ou de fiche de la même manière s’il s’agit de la vaccination,”

(GD, hommes, Binga, Mongala)

“Elle est responsable de la croissance de l’enfant et donc d’amener l’enfant à la vaccination”

(GD, RECOs, Kailo, Maniema)

“C’est le mari qui peut décider,” “Rôle de papa est de donner les frais des soins”

(GD, filles adolescentes, Binga, Mongala)

Le pouvoir décisionnel

“Maman prend la décision si papa n’est pas là ;Maman peut prendre la décision si papa ne s’occupe pas de cette affaire”

(GD, filles adolescentes, Lisala, Mongala)

**“Cela proviens souvent de la dépendance de l’homme chez sa femme (manque de moyen),”
“Si vous voyez un papa poussait sa femme à la vaccination, il faut vite comprendre que le monsieur connaît plus l’importance de la vaccination, ceux qui ne connaissent pas le fond est un problème,”**

(GD, PdS, Binga, Mongala)

“La décision vient chez papa, Le Papa a la décision finale. Le Papa paie les frais”

(GD, hommes, Lisala, Mongala)

“Oui, la femme peut prendre sa propre décision même si son mari refuse,” “Quand elle est dans une bonne voie ses décisions sont prises en compte,” “Pour la santé des enfants, tout ce que la femme peut dire est toujours vrai puisque c’est elle qui observe avec attention l’enfant toujours,” “La femme est aussi parent malgré le refus de l’homme, elle s’impose,”

(GD, leaders d’opinion, Kindu, Maniema)

**“Les hommes autorisent la femme ou soit ils refusent qu’elles partent au CS,”
“D’habitude ils refusent seulement, c’est tout,” “Décider sur ce qu’on va faire concernant le soin de l’enfant,”**



(Province de Mongala, 7 March 2024. Crédit: Flowminder)

Voix des participant(e)s

Effets secondaires

“En grande partie c’est à cause des effets secondaires, vraiment cela constituent un problème majeur ici chez nous qui nécessite une solution d’urgence”

(GD, adolescents, Kailo, Maniema)

“Je n’aime pas donner le vaccin à mon enfant parce qu’après un mois cela le dérange, et l’enfant commence à boiter, ‘il arrive que juste après la vaccination, l’enfant vacciné devient infirme”

(GD1, hommes, Binga, Mongala)

Communautés religieuses qui interdisent la vaccination

“Les sectes et coutumes jouent sur la mentalité de parents ; le pasteur des églises donne l’heure de l’église et les mamans préfèrent passer tout le temps à l’église que faire vacciner son enfant”

“Certain[s] négligent et disent non à la vaccination et la mauvaise interprétation de la rumeur sur la vaccination”

(GD, PdS, Bengamisa, Tshopo)

“C’est le problème de leurs doctrines”

“L’église Bongola de Pasteur [...] est une communauté à 17 Km à l’AS LIWEYA”

(GD, PdS, Binga, Mongala)

Certaines communautés ethniques

“Comme nous avons dit dans la première question qu’ils proviennent souvent des sinistrés de conflits tribaux à Lubunga et des nouveaux lotissements de l’ancien cimetière 10ème avenue Tshopo”

(GD, PdS, Makiso-Kisangani, Tshopo)

“Il n’y en avait pas mais avec l’arrivée des Tetela, ça donne une nouvelle. Les tetela se parlent dans leurs langues et communiquent pour refuser le vaccin. Il diabolise le vaccin.”

“Les autres personnes voisines aux Tetela imitent ça et à leur tour ils refusent aussi le vaccin”

(GD, PdS, Kailo, Maniema)

Communautés les plus pauvres

“Non les pauvres et démunies ne reçoivent pas et surtout la population riveraine par manque des moyens de bien se vêtir devant les autres”

(GD, PdS, Binga, Mongala)

“D’autres disent que leurs enfants sont bien mais une fois vaccinés ils tombent malades et quand vous amenez l’enfant à l’hôpital, on demande l’argent que eux n’en ont pas”

(GD, adolescentes, AS de Bandjwade, Tshopo)

Rumeurs

“Sans citer les adeptes de religions comme les Ba baba, les croyants de mufumishi, il y a également les gens qui refusent [de] se faire vacciner ou vacciner leurs enfants soit disant que les vaccins sont des produits toxiques et par conséquent ils peuvent tuer.”

“Il y a des personnes qui refusent la vaccination de suite des mauvaises rumeurs véhiculées sur les vaccins”

(GD, adolescentes, AS Adventiste, Kasai-Oriental)

“Groupe d’individus qui disent que le vaccin est un poison et extermine les enfants”

“Groupe de ceux la qui influencent ou propagent les rumeurs sur les vaccins”

“L’inexpérience des prestataires de santé qui parfois n’injectent pas bien à l’endroit indiqué, le vaccin et certains enfants restent handicapés.”

(GD, adolescentes, Kailo, Maniema)

Autres facteurs

“La population riveraine par ce que la plupart de nos populations habite au bord du fleuve,”

“La population NGWAKA, les croyances religieuses”

(MCZ, Lisala, Mongala)

“Pour le problème des enfants sous-vaccinés et enfants zéro dose, vous le trouverez chez les filles-mères et les femmes adultes dues à la négligence et d’autres raisons citées”

(GD, PdS, Mukumbi)



(Province de Kasai-Oriental, 14 March 2024. Crédit: Flowminder)



(Province de Maniema, 7 March 2024. Crédit: Flowminder)

Voix des participant(e)s

“Connaissant les effets secondaires de la vaccination, je prends la décision seule même en désaccord avec mon mari, je pars seule au centre de santé”

“Amener l’enfant à l’hôpital à l’absence du mari. On informe le mari d’abord qu’il y a la vaccination (on discute entre époux-épouse), le mari ignorant peut refuser”

(GD, femmes, Kailo, Maniema).

“Les femmes prennent parfois des décisions si leurs maris n’acceptent pas. Donc les femmes sont capables de prendre seules la décision. Nous pensons à cela car ce sont des choses que nous voyons souvent”

“Les hommes sont impliqués car ils sont responsables de leurs familles, ils participent dans la prise de décision surtout si la femme est négligente.”

“Le papa prend la décision finale.”

(GD, adolescents, Kailo, Maniema).

“Chez moi, je demande également mon mari l’autorisation pour amener l’enfant à la vaccination et il me l’accorde”

(GD, femmes, la Commune, Kasai-Oriental)

“Les hommes prennent la décision, c’est Papa qui prend la décision”

“Nous avons le devoir de surveiller les enfants et au cas de problème informer l’homme et il prend la décision et nous donne l’argent pour amener l’enfant en question à l’hôpital”

(GD, femmes, Lisala, Mongala)

“Nous nous décidons ensemble pour la vaccination de nos enfants, les décisions se prennent souvent entre moi et mon mari et personne d’autre ne viendra décider à nos places, donc chez moi nous nous concertons avec mon mari pour la prise des décisions”

(GD, adolescentes, La Commune, Kasai-Oriental)

“C’est le responsable de la famille qui prend la décision qui est le père, quand l’enfant tombe malade c’est papa qui fait sortir son argent pour l’amener à l’hôpital»

(GD, adolescents, Binga, Mongala)

“Prendre la décision pour envoyer la femme faire vacciner l’enfant”

“Ordonne à la femme d’amener l’enfant à l’hôpital si l’enfant est malade”

(GD, adolescents, Binga, Mongala)

“En collaboration”

“Ça dépend de la famille, d’autres familles discutent ensemble et trouve une attente commune”

“Pendant la discussion, on montre l’importance du vaccin et on prend la décision”

“Tous les deux à la fois, [tous les participants du GD dit] «Tous Peuvent payer ça dépend de celui qui a le moyen en ce moment-là”

(GD, hommes, Kindu, Maniema)

“Les femmes aussi décident même si le papa ne veut pas elle prend l’enfant et l’amener à la vaccination en cachette”

(GD, adolescentes, Kindu, Maniema)



(Province de Mongala, 28 February 2024. Crédit: Flowminder)



(Province de Maniema, 1 March 2024.
Crédit: Flowminder)



**MINISTÈRE DE LA SANTÉ
PUBLIQUE, HYGIÈNE ET
PRÉVOYANCE SOCIALE**



FLOWMINDER.ORG

Audit Genre et Inclusion Sociale des interventions de vaccination des enfants dans quatre provinces de la République démocratique du Congo

Kasaï-Oriental, Maniema, Mongala et Tshopo

Nous contacter

 www.flowminder.org  [/company/flowminder](https://www.linkedin.com/company/flowminder)

 info@flowminder.org  [@flowminderfoundation](https://www.youtube.com/channel/UCqWz0t0t0t0t0t0t0t0t0t0)

 [@Flowminder](https://twitter.com/Flowminder)

avec le soutien et la participation de



FLOWMINDER.ORG