

International Journal of Health, Medicine and Nursing Practice

(IJHMNP)

La Primauté de l'Intérêt Supérieur de l'Enfant sur
l'Autonomie Parentale : Analyse Juridique de l'Effectivité du
Refus Vaccinal dans la Zone de Santé de Kunda (2016-2018)



CARI

La Primauté de l'Intérêt Supérieur de l'Enfant sur l'Autonomie Parentale : Analyse Juridique de l'Effectivité du Refus Vaccinal dans la Zone de Santé de Kunda (2016-2018)



^{1,2*}Malipizi Mbungi Victor, ²Abasi Manara Pierre, ²Sadiki Mateso Aimé, ²Morisho Manara Théophile, ²Baibandja Ramazani Kester, ²Mugeni Kingombe Claude,

¹Défenseur judiciaire près le Tribunal de Grande Instance de Kasongo

^{2,3,4,5,6}Assistant à l'Institut Supérieur des Techniques Médicales (ISTM) Kasongo.

Accepted: 25th June, 2026, Received in Revised Form: 5th July 2026, Published: 11th July, 2026



RÉSUMÉ

Objectif : La présente étude examine la tension persistante entre le droit à la santé de l'enfant et l'autonomie parentale dans la zone de santé de Kunda entre 2016 et 2018. Elle évalue la portée et l'effectivité de la primauté de l'intérêt supérieur de l'enfant face au phénomène récurrent du refus vaccinal, en s'appuyant sur l'analyse de la Loi n° 09/001 du 10 janvier 2009 portant protection de l'enfant, de la Constitution de la RDC de 2006 et des rapports internes de la zone de santé.

Méthodologie : Sur le plan méthodologique, cette recherche combine une exégèse juridique des textes légaux et une analyse critique des données statistiques issues des archives, registres et rapports de la zone de santé de Kunda.

Résultats : L'analyse révèle une profonde dissonance entre le cadre juridique protecteur, qui consacre la supériorité de l'intérêt supérieur de l'enfant, et la réalité socioculturelle marquée par de fortes résistances parentales. Ces résistances, ancrées dans des croyances traditionnelles et exacerbées par un faible niveau de sensibilisation juridique et administrative, constituent un obstacle majeur à l'application des protocoles de vaccination. L'étude montre que la neutralité des autorités administratives durant cette période représente une carence qui a compromis la protection fondamentale des enfants.

Recommandations : L'étude recommande une reconfiguration de l'intervention judiciaire afin d'instaurer une collaboration contraignante entre les autorités sanitaires et les acteurs judiciaires locaux. Elle propose des mécanismes *lege ferenda* visant à faire de l'autonomie parentale un droit strictement subordonné à l'impératif de survie et de santé de l'enfant, conformément aux engagements nationaux et internationaux de la République Démocratique du Congo.

Mots-clés : *Intérêt supérieur de l'enfant, Autonomie parentale, Refus vaccinal, Zone de santé de Kunda, Protection juridique.*

Codes JEL: *I18, K37, O12.*

ABSTRACT

Purpose: This study investigates, through both a doctrinal and empirical approach, the persistent normative tension between the child's right to health and the exercise of parental autonomy within the rural context of the Kunda Health Zone, in the Democratic Republic of the Congo. Drawing on an in-depth exegetical analysis of the mandatory provisions of Law No. 09/001 of January 10, 2009, on child protection, the constitutional framework guaranteeing the right to health (Constitution of the DRC, 2006, as amended), and internal reports from the Kunda Health Zone, this research evaluates the scope and effectiveness of the primacy of the child's best interests in the face of the recurring phenomenon of vaccine refusal.

Methodology: This investigation combines rigorous legal exegesis with an exhaustive and critical exploitation of statistical data from the Kunda Health Zone archives and internal reports.

Findings: The analysis reveals a profound structural dissonance between the protective legal framework, which enshrines the superiority of the child's fundamental needs, and a sociocultural reality marked by significant parental resistance. These resistances, rooted in traditional paradigms and dogmatic interpretations (Haugen, 2019; Ndaya, 2022), and exacerbated by persistent deficiencies in administrative and legal outreach, represent a major obstacle to the implementation of public health protocols.

Unique Contribution to Theory, Practice and Policy: In line with the findings, this study demonstrates that the administrative neutrality observed during the 2016-2018 period amounts to a culpable failure in the effective application of the law, thereby depriving the child of their fundamental protection. In conclusion, the author advocates for a reconfiguration of judicial intervention aimed at establishing a binding operational synergy between health authorities and local judicial actors. The study proposes *lege ferenda* mechanisms to ensure that parental autonomy, far from being an absolute and discretionary right, remains strictly subordinate to the biological and legal imperative of the child's survival, in accordance with the Democratic Republic of the Congo's national and international commitments.

Keywords: *Best interests of the child, Parental autonomy, Vaccine refusal, Kunda Health Zone, Legal protection.*

JEL Codes : *I18, K37, O12.*

INTRODUCTION

La protection de l'enfant, au-delà de sa dimension morale, s'affirme comme un pilier fondamental de tout État de droit, constituant un impératif catégorique qui transcende les clivages socioculturels et les prérogatives individuelles. En République Démocratique du Congo, le cadre constitutionnel, particulièrement en son article 47 qui consacre le droit à la santé, impose à l'État, aux institutions publiques et à la société civile une obligation inconditionnelle de garantir la survie, la sécurité sanitaire et le développement optimal de l'enfant. Toutefois, cette armature juridique, pourtant robuste par sa lettre, se heurte au sein de la zone de santé de Kunda à une réalité empirique préoccupante révélée tant par les données statistiques que par les rapports internes de la zone de santé : la résurgence et la persistance du refus vaccinal au nom d'une conception absolutiste et parfois rétrograde de l'autorité parentale. Ce phénomène, observé avec acuité durant la période 2016-2018, cristallise une tension normative majeure entre la liberté individuelle des familles et l'exigence d'intérêt public.

Si la famille demeure la cellule de base de la société et le premier protecteur de l'enfant, elle ne saurait être érigée en une zone d'autarcie juridique où le refus des soins — souvent porteur de conséquences létales trouverait un refuge légitime dans une interprétation discrétionnaire et unilatérale de l'autonomie parentale. La problématique centrale qui émerge de ce constat invite, avec une insistance particulière, à s'interroger sur l'effectivité réelle de la protection juridique de l'enfant dans un contexte où les normes nationales, telles que la Loi n° 09/001 du 10 janvier 2009 portant protection de l'enfant, se trouvent confrontées à des réalités sociologiques contraires, révélant une véritable crise de l'effectivité du droit positif. Dans le dessein d'analyser cette tension dialectique, notre problématique s'articule autour des trois interrogations fondamentales suivantes:

De quelle manière les déterminants socioculturels, les pesanteurs traditionnelles (Haugen, 2019) et les dogmes religieux ancrés dans la zone de santé de Kunda parviennent-ils à neutraliser, dans la pratique, les dispositions protectrices de la Loi n° 09/001 du 10 janvier 2009 portant protection de l'enfant ?

1. Quels sont les ressorts systémiques et les failles institutionnelles qui expliquent l'inertie prolongée, voire la neutralité coupable, des autorités sanitaires et administratives locales (Elenga, 2020), constatée notamment dans les rapports internes de la zone de santé (2016-2018), face à une menace caractérisée contre l'intégrité physique et la vie des enfants ?
2. Par quels mécanismes juridiques et quelles stratégies judiciaires (Manda, 2024 ; Malipizi Mbungi, 2026) pourrait-on réussir à réajuster la balance entre la liberté des parents et la primauté absolue de l'intérêt supérieur de l'enfant afin de garantir la continuité ininterrompue du droit à la santé, même contre la volonté des tuteurs légaux ? Pour guider notre analyse et orienter la démonstration de notre thèse, nous formulons les trois hypothèses de travail ci-après :

- L'application manifeste des textes juridiques nationaux résulterait principalement d'un déficit notoire de vulgarisation du droit de la santé et des droits de l'enfant auprès des populations rurales (Kalaba, 2019), favorisant ainsi la prédominance de paradigmes traditionnels opposés à la prophylaxie vaccinale et à la médecine moderne.
- La neutralité administrative constatée durant la période sous examen, et documentée par les rapports internes de la zone de santé, serait la manifestation flagrante d'un défaut de synergie opérationnelle entre les services étatiques de santé, le pouvoir territorial et l'appareil judiciaire, transformant l'inaction des autorités en une carence grave au regard des obligations de protection qui incombent à l'État congolais.
- L'effectivité du droit à la protection de l'enfant commanderait impérativement l'instauration d'un régime d'intervention judiciaire graduée, coercitive et protectrice, capable de lever l'obstacle de l'autonomie parentale lorsque celle-ci se mue en une entrave manifeste au droit fondamental à la vie. Au-delà de ces questionnements heuristiques, il convient de souligner que cette étude dépasse le cadre purement clinique pour s'inscrire dans une réflexion doctrinale plus vaste sur la souveraineté de la loi dans les zones rurales reculées (Scott, 1998). Elle ambitionne de démontrer que l'intérêt supérieur de l'enfant, loin d'être une notion abstraite ou un simple concept juridique (Malipizi Mbungi, 2026), doit s'imposer comme le curseur principal et infranchissable de l'action publique. Pour ce faire, notre démarche analytique se structurera selon un plan tripartite rigoureux : nous procéderons d'abord à une immersion dans la cartographie des refus vaccinaux à Kunda, suivie d'une critique juridique sans concession des failles systémiques de l'encadrement légal actuel, pour aboutir, enfin, à des recommandations *lege ferenda* visant à instaurer une synergie contraignante entre les autorités sanitaires et les acteurs judiciaires locaux, condition *sine qua non* de la restauration de l'État de droit sanitaire au sein du Maniema.

MATÉRIELS ET MÉTHODES

La présente étude s'inscrit dans une démarche de recherche juridique orientée vers l'effectivité de la norme. Elle articule une rigueur analytique, propre aux sciences juridiques, avec une exploitation documentaire ancrée dans la réalité sociosanitaire de la zone de santé de Kunda.

Cette méthodologie mixte est structurée autour de deux axes complémentaires.

1. Matériels de recherche : Un corpus diversifié La fiabilité de nos résultats repose sur le dépouillement et l'analyse critique de quatre types de sources complémentaires :
 - Le bloc de légalité et la doctrine : Notre recherche s'appuie sur une exégèse rigoureuse des textes fondamentaux, notamment la Constitution du 18 février 2006 (article 47), la Loi n° 09/001 du 10 janvier 2009 portant protection de l'enfant. Nous confrontons ces textes à la doctrine classique sur l'autorité parentale pour en délimiter les contours. À cet égard, les travaux de Lukoki (2022) sur le droit de la santé à l'épreuve des pratiques traditionnelles et

de Boutros-Ghali (2018) sur le droit en Afrique fournissent le cadre théorique nécessaire pour comprendre la collision entre normes formelles et coutumières.

- Les rapports internes de la zone de santé de Kunda (2016-2018) : Ces documents officiels fournissent une base empirique indispensable pour documenter les cas de refus, les interventions des agents de santé et l'inaction administrative notée localement.
 - Les archives de gestion sanitaire (2016-2018) : L'exploitation des registres de vaccination et rapports annuels de la zone de santé de Kunda permet d'identifier les foyers de résistance et de corrélérer les zones géographiques avec la fréquence des refus notifiés. Ces données sont complétées par les recherches de Djamba (2022) et Luboya (2024) sur la gouvernance locale et la responsabilité de l'État dans la gestion des services publics en milieu rural.
 - Les documents de médiation et rapports contentieux : Les procès-verbaux de comités de santé et rapports de missions offrent une vision qualitative de la psychologie des refus. Cette approche s'inspire de Tshibanda (2024), qui souligne l'importance des contextes de crise pour évaluer l'effectivité des droits de l'enfant.
1. Méthodes d'investigation : Approche exégétique et empirique La confrontation des sources est opérée par deux méthodes convergentes :
- L'analyse exégétique et critique : Cette méthode, appuyée par les analyses de Kalaba (2019), vise à déterminer si l'intérêt supérieur de l'enfant dispose de mécanismes coercitifs effectifs en cas de défaillance parentale. Nous mobilisons également les travaux d'Elenga (2020) pour qualifier juridiquement l'inaction administrative, confirmée par les rapports internes, en tant que « neutralité fautive ».
 - L'approche anthropologique et empirique : Nous empruntons la méthodologie de Jaffré & Olivier de Sardan (2003) pour analyser la « médecine inhabituée ». Cette approche est renforcée par les travaux de Fassin (2008) et Désilles (2021) sur les enjeux de la vaccination en contexte de méfiance institutionnelle, permettant d'objectiver le phénomène de résistance au-delà de la simple méconnaissance médicale. Enfin, nous intégrons les réflexions de Kanyinda (2020) sur le pluralisme juridique pour expliquer pourquoi certaines populations se tournent vers des structures alternatives plutôt que vers le droit positif. Cette dualité méthodologique évite l'écueil d'une analyse purement théorique. En croisant le « prescrit » législatif et le « réalisé » de terrain, nous sommes en mesure de formuler des recommandations *lege ferenda* qui répondent aux blocages observés dans le Maniema, tout en respectant l'esprit de la protection de l'enfance.

RÉSULTATS : ANALYSE JURIDIQUE ET SOCIO-CULTURELLE DES DÉFAILLANCES

L'exploitation croisée des données de terrain et des rapports internes permet de mettre en lumière la complexité multifactorielle du refus vaccinal au sein de la zone de santé de Kunda. Loin d'être un phénomène univoque, le désengagement vaccinal résulte d'une sédimentation complexe où s'entremêlent représentations sociales ancestrales, dogmes religieux rigides, précarité économique et carences de l'appareil étatique.

1. L'ineffectivité de la Loi n° 09/001 : Une norme aphone L'analyse juridique révèle une carence criante dans l'application des dispositions protectrices. Bien que la Loi n° 09/001 du 10 janvier 2009 érige l'intérêt supérieur de l'enfant en principe directeur et socle de la protection de la santé mineure, cette norme demeure, dans la pratique locale, une « coquille vide ».
 - Déjudiciarisation du litige : Les résultats, appuyés par les registres internes, démontrent une absence quasi totale de recours aux mécanismes de coercition légale.
 - Vide procédural : Cette passivité judiciaire contraint les agents de santé à naviguer dans un vide où la loi, faute d'être activée par une autorité judiciaire compétente, ne constitue plus un rempart contre les manquements parentaux. Le droit est ici impuissant face à une culture de l'évitement.
2. Le poids des dogmes religieux et des courants « Baraza la Asili » La résistance vaccinale à Kunda s'ancre dans des convictions profondes qui s'affranchissent des évidences sanitaires :
 - L'influence des courants religieux : Chez certains groupes, comme les Témoins de Jéhovah, le refus vaccinal ne relève pas d'une méconnaissance médicale, mais d'une opposition doctrinale où le principe de santé publique est subordonné au dogme. Le refus est ici une affirmation identitaire et un acte de foi, rendant inopérante toute médiation fondée sur la seule logique scientifique.
 - Le retour aux sources (Baraza la Asili) : Le recours aux structures traditionnelles, tel le Baraza la Asili, illustre un repli identitaire. Ces structures véhiculent des narratifs de défiance, qualifiant le vaccin de « poison retardé ». Il s'agit d'une réaction politique et psychologique contre une science occidentale perçue comme un instrument de contrôle néocolonial sur le corps de l'enfant.
3. Le paradoxe de la rémunération et le « Croissant céréalié » L'étude met en exergue des facteurs structurels qui dénaturent la mission de santé publique :
 - La marchandisation du soin : Le syndrome du « vaccinateur rémunéré » a créé une confusion dommageable. La population, observant les indemnités des agents, perçoit désormais l'acte vaccinal comme une opportunité de profit. Ce basculement transforme la santé de l'enfant en un objet de transaction financière.

- La contrainte agricole : Le rythme de vie imposé par le « croissant céréalié » entre en collision avec les protocoles sanitaires. Pour le parent-agriculteur, la vaccination devient une contrainte administrative perturbant la chaîne de production. La mobilité induite par les cycles agricoles sert alors de « paravent » pour justifier l'absence de l'enfant, masquant un refus idéologique derrière une indisponibilité matérielle.
4. La neutralité administrative : Une abstention fautive L'administration locale, entre 2016 et 2018, a adopté une position de neutralité qui s'analyse juridiquement comme une faute (Elenga, 2020). Les rapports internes de la zone de santé documentent cette abstention systématique. En traitant le refus comme une simple divergence d'opinion plutôt que comme une violation du droit à la santé, l'État a abdiqué sa souveraineté sanitaire.
- L'amalgame sur l'autonomie parentale : Les parents invoquent une liberté totale, confondant la « tutelle » (devoir de protection) avec un droit de propriété illimité sur le corps du mineur. En l'absence de jurisprudence tranchant ce conflit, l'intérêt supérieur de l'enfant demeure une notion purement théorique, sacrifiée sur l'autel d'une interprétation abusive de la liberté parentale.

Nature du défi	Impact observé	Facteurs explicatifs
Juridique	Ineffectivité de la Loi n° 09/001 Vide procédural ; passivité des autorités. ; « Déjudiciarisation » ; absence de sanction effective.	
Religieux/Culturel	Dogmes et Baraza la Asili ; Opposition doctrinale ; repli Résistance identitaire ; vaccin identitaire. perçu comme « poison ».	
Économique	Syndrome du « vaccinateur rémunéré » ; Marchandisation ; basculement de la santé en de l'acte de soin ; perte de confiance.	Confusion entre vaccin et profit
Structurel	Calendrier agricole ; Conflit Mobilité agricole ; inadéquation entre survie économique et des protocoles. exigences sanitaires.	
Politique	Abstention administrative ; Abdication de la souveraineté Confusion entre autonomie sanitaire ; faute de service. parentale et propriété du mineur.	

VIII. DISCUSSION

L'analyse des données recueillies dans la zone de santé de Kunda permet de mettre au jour une crise structurelle de la gouvernance sanitaire. Il ne s'agit pas d'un refus vaccinal isolé, mais de la manifestation d'une rupture profonde entre l'appareil étatique et les logiques de survie communautaires.

1. La crise de l'effectivité normative : L'État face à la concurrence des normes La Loi n° 09/001 du 10 janvier 2009, qui place l'intérêt supérieur de l'enfant au cœur de sa protection, se heurte à une réalité de pluralisme juridique. À Kunda, l'État ne dispose pas du monopole de la contrainte, le Baraza la Asili et les structures confessionnelles agissant comme des autorités de régulation parallèles.
 - Aphonie de la norme : L'ineffectivité de la loi n'est pas seulement un problème d'application, c'est un problème de légitimité institutionnelle. En ne mobilisant pas les mécanismes judiciaires, l'État a, par son inertie (Elenga, 2020) et son abstention documentée dans les rapports internes, entériné la suprématie des systèmes normatifs locaux sur le droit positif, fragilisant ainsi les fondements mêmes de l'État de droit (Delpérée, 2018). Comme le rappelle Kabila (2022), une norme juridique privée de sanction perd sa force obligatoire et s'efface devant les usages sociaux, créant un espace de non-droit où la protection de l'enfant devient aléatoire.
 - La substitution d'autorité : Lorsque la loi est perçue comme un concept exogène, elle est supplantée par des dogmes qui promettent une cohérence identitaire (Haugen, 2019). La neutralité administrative s'analyse ici comme une abdication de la souveraineté sanitaire, confirmant les thèses de Baye (2017) sur l'émiettement de l'autorité publique en milieu rural, où l'administration, faute de moyens coercitifs, préfère le compromis avec les forces traditionnelles à l'application stricte du droit.
2. Le paradoxe de la transactionnalisation : La perversion du contrat social La gestion des campagnes de vaccination a engendré une perversion symbolique du soin, éloignant les populations de la rationalité médicale.
 - La mutation de la prestation : L'injection de financements logistiques lors des campagnes a transformé la nature même de l'acte vaccinal. La vaccination n'est plus perçue comme un soin, mais comme une « opération » génératrice de revenus, brouillant la perception du bénéfice sanitaire (Savy, 2020). Cette "marchandisation" de la santé publique, décrite par Tshibangu (2023), délégitime l'intervention étatique et nourrit une méfiance structurelle : le vaccin n'est plus une protection, mais un produit politique.
 - Le calcul rationnel du refus : En observant les flux financiers, les parents ont intégré une logique de contrepartie (Scott, 1998) : si la vaccination est une « affaire de projet », alors

l'acceptation doit être récompensée, faute de quoi le refus devient un acte de résistance logique.

3. La violence du temps : Le déterminisme agraire comme frontière La corrélation avec le « croissant céréalié » met en lumière l'inadéquation des politiques publiques avec les réalités locales.
 - La temporalité comme variable oubliée : La médecine moderne impose une temporalité linéaire, alors qu'à Kunda, le temps est cyclique, dicté par les impératifs de la terre. Mbuyi (2021) souligne que toute politique publique ignorant les rythmes agraires est vouée à l'échec, car elle impose une contrainte externe incompatible avec la survie économique des ménages.
 - La rationalité du refus : Ignorer ce déterminisme, c'est pratiquer une politique de santé qui méprise les conditions de survie des familles, transformant un refus structurel en une étiquette « d'ignorance » qui dédouane l'État de sa responsabilité d'adaptation (Scott, 1998 ; Dupont, 2023).
4. Responsabilité juridique et rupture institutionnelle Sur le plan juridique, l'abstention des autorités locales constitue une défaillance grave. En ne traduisant pas les manquements parentaux devant les instances compétentes (Manda, 2024), et en négligeant les alertes contenues dans les rapports internes, les autorités ont instauré un climat d'impunité.
 - La réification du mineur : La confusion doctrinale entre « tutelle » et « droit de propriété » — point régulièrement souligné dans les enseignements sur la protection juridique (Malipizi Mbungi, 2026) — exprime une défense de l'intégrité communautaire. Le droit, soutenu par la jurisprudence sur l'intérêt supérieur (Kabila, 2022), ne peut tolérer qu'une conception erronée de la liberté individuelle serve de paravent à la mise en danger d'autrui. Il convient de rappeler, avec Mukendi (2019), que la puissance paternelle est une fonction sociale et non un droit discrétionnaire, soumise au contrôle juridictionnel de l'État-protecteur.
 - La reconstruction nécessaire : La solution commande une refonte de la présence étatique. L'administration doit réinvestir le terrain comme un médiateur de santé, car, comme l'indique Ngoyi (2025), un citoyen qui ne reçoit rien de son État est un citoyen qui se sent libre de refuser tout ce que cet État lui demande.

CONCLUSION

L'étude de la problématique du refus vaccinal dans la zone de santé de Kunda a mis en évidence une tension dialectique majeure entre deux principes fondamentaux : le droit à la santé de l'enfant et l'exercice de l'autonomie parentale. À travers cette analyse, il est apparu que la protection de l'enfant, telle que consacrée par le bloc de légalité nationale, se heurte à des obstacles structurels qui en neutralisent l'effectivité. Il ressort de nos investigations, confirmées par les données des

rapports internes, que le refus vaccinal ne saurait être réduit à une simple résistance individuelle ou culturelle. Il est le symptôme d'une carence institutionnelle profonde, caractérisée par une défaillance de la synergie entre les autorités sanitaires, le pouvoir territorial et l'appareil judiciaire. Cette abstention administrative, qui s'apparente à une faute de service, a favorisé l'émergence de systèmes normatifs parallèles qui, en se substituant au droit positif, privent les mineurs de leur droit fondamental à la survie et à la santé. Sur le plan juridique, notre démonstration a permis de clarifier que l'autorité parentale ne peut en aucun cas être interprétée comme une prérogative absolue ou un droit de propriété discrétionnaire sur le corps du mineur. Au contraire, elle doit être entendue comme une fonction sociale soumise au contrôle de l'État, dont l'exercice est impérativement limité par l'intérêt supérieur de l'enfant. La confusion doctrinale entre tutelle et libre arbitre parental constitue, dès lors, le nœud de la crise de l'effectivité observée. En somme, cette recherche démontre que la restauration de l'ordre sanitaire dans la zone de santé de Kunda exige un double dynamique. D'une part, une réactivation des mécanismes judiciaires pour sanctionner les manquements parentaux lorsque ceux-ci mettent en péril la vie des enfants. D'autre part, une transformation de l'administration locale, qui doit passer d'une posture de neutralité passive à un rôle actif de médiateur et de garant de l'intérêt supérieur de l'enfant. Pour garantir l'avenir des générations futures, l'appareil judiciaire doit impérativement sortir de son aphonie et s'imposer comme le rempart ultime contre les dérives de l'autonomie parentale. La souveraineté de la loi dans le Maniema est à ce prix : celui d'une justice capable de traduire le prescrit légal en une réalité protectrice, faisant ainsi du droit à la santé un impératif non négociable, au-dessus des convenances traditionnelles et des dogmes identitaires.

SUGGESTIONS ET PISTES DE RÉFORME

Pour remédier à l'ineffectivité de la Loi n° 09/001 et briser le cycle de la résistance vaccinale, il est impératif d'adopter une stratégie de gouvernance sanitaire intégrée, fondée sur une exploitation systématique des rapports internes de la zone de santé, articulée autour des axes suivants : I. Réforme de l'Architecture Juridique et Institutionnelle

- Institutionnalisation de la « Médiation Sanitaire de Proximité » : Créer des Comités de Dialogue Sanitaire (CDS) associant obligatoirement les chefs du Baraza la Asili, les responsables des confessions religieuses et les autorités administratives locales. L'objectif est de transformer la loi d'une contrainte imposée en une norme négociée, en obtenant l'aval des garants de la tradition pour valider l'acte vaccinal comme une « protection de la lignée ».
- Activation de la saisine préventive : Instaurer une procédure de conciliation obligatoire avant toute poursuite judiciaire en cas de refus vaccinal. Le juge, assisté d'un médiateur culturel, doit entendre les parents pour lever les malentendus avant d'appliquer les sanctions prévues par la loi.
- II. Stratégies Opérationnelles : Vers une « Santé Agrosensible »
- Synchronisation temporelle des calendriers : Aligner strictement les calendriers de vaccination sur le rythme du « croissant céréalier ». Les campagnes doivent être

programmées lors des creux d'activité agricole pour supprimer l'argument de l'indisponibilité physique et réduire le coût d'opportunité pour les familles.

- Mobilité et décentralisation : Déployer des brigades mobiles vers les champs et les marchés afin de « porter le soin » là où se trouve la population, réduisant ainsi la barrière géographique des 5 km qui constitue le seuil de basculement vers l'abstention. III. Assainissement du Contrat Social
- Désactivation du « syndrome de la transaction » : Réformer le système de motivation financière des agents en remplaçant les « per diem » directs par des dotations en équipements ou des investissements dans les infrastructures de santé communautaire, visibles par toute la population. Cela vise à casser le lien mental entre vaccination et « profit financier » pour restaurer la valeur morale et altruiste de la santé publique.
- Communication par la preuve (Réseaux de confiance) : Utiliser des ambassadeurs locaux — personnes respectées au sein du Baraza ayant vacciné leurs propres enfants — pour remplacer les messages institutionnels descendants par une transmission horizontale du savoir, plus apte à contrer la désinformation. IV. Gouvernance de la Responsabilité
- Politique de fidélisation du personnel : Instaurer des primes de stabilité pour les agents de santé exerçant dans les zones à forte résistance, car la continuité de la relation humaine est le premier vecteur de confiance.
- Plaidoyer pour une offre intégrée : Adosser la vaccination à d'autres services essentiels (accès à l'eau, intrants agricoles) pour faire de l'acte vaccinal un élément d'un « pack de services » bénéfique au quotidien des familles, rendant le refus moins attractif face à l'utilité globale de l'offre étatique.

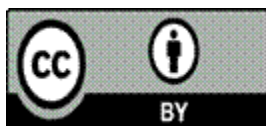
RÉFÉRENCES BIBLIOGRAPHIQUES

- Baye, M. (2017). L'émiettement de l'autorité publique en milieu rural en Afrique. Éditions Universitaires.
- Boutros-Ghali, B. (2018). Le droit en Afrique : Enjeux et perspectives. Presses Juridiques. Constitution de la République Démocratique du Congo du 18 février 2006, telle que modifiée à ce jour.
- Delpérée, F. (2018). La force obligatoire du droit dans l'État de droit. Larcier.
- Désilles, P. (2021). La méfiance institutionnelle face aux politiques de santé. Sociologie de la Santé.
- Djamba, P. (2022). La gouvernance locale et la responsabilité de l'État en RDC. Éditions du Maniema.

- Dupont, L. (2023). Santé publique et conditions socio-économiques rurales. *Journal des Sciences Sociales*.
- Elenga, A. (2020). La neutralité administrative : entre abstention et carence fautive. *Revue de Droit Public*.
- Fassin, D. (2008). L'inégalité des vies et les enjeux de la santé publique. Éditions de l'EHESS.
- Haugen, H. O. (2019). Tradition, dogmes et résistance aux soins modernes. *Anthropologie Médicale*.
- Jaffré, Y., & Olivier de Sardan, J.-P. (2003). Une médecine inhospitalière : Les difficiles relations entre soignants et soignés. Karthala.
- Kabila, J. (2022). La sanction comme socle de la norme juridique. Presses Universitaires du Congo.
- Kalaba, E. (2019). Déficit de vulgarisation et effectivité des droits de l'enfant. *Revue Congolaise de Droit*.
- Kanyinda, F. (2020). Pluralisme juridique et pratiques coutumières en RDC. Éditions Juridiques. Loi n° 09/001 du 10 janvier 2009 portant protection de l'enfant.
- Luboya, T. (2024). Responsabilité de l'État dans la gestion des services publics. *Revue d'Administration Publique*.
- Lukoki, M. (2022). Le droit de la santé à l'épreuve des pratiques traditionnelles. Presses Universitaires de Lubumbashi.
- Malipizi Mbungi, V. (2026). Protection juridique de la mère et de l'enfant [Cours inédit]. ISTM Kasongo.
- Manda, J. (2024). La synergie entre autorités sanitaires et judiciaires. Éditions du Droit de la Santé.
- Mbuyi, T. (2021). Temporalités agraires et politiques publiques. *Revue d'Études Rurales*.
- Mukendi, P. (2019). La puissance paternelle : une fonction sociale. Presses de Droit Civil.
- Ndaya, M. (2022). Paradigmes traditionnels et résistance aux soins. *Revue Africaine de Santé*.
- Ngoyi, K. (2025). Le contrat social et la confiance en l'État en milieu rural. Éditions du Progrès. Rapports internes de la zone de santé de Kunda (2016-2018).
- Savy, A. (2020). Marchandisation de la santé et perte de confiance. *Analyse économique de la santé*.
- Scott, J. C. (1998). *Seeing Like a State: How Certain Schemes to Improve the Human Condition Have Failed*. Yale University Press.

Tshibanda, S. (2024). Crise et protection de l'enfance : le cas du Maniema. Études Juridiques.

Tshibangu, R. (2023). La transformation de l'acte de soin en objet de profit. Revue de Bioéthique.



2026 by the Authors. This Article is an open access article distributed under the terms and conditions of the Creative Commons Attribution (CC BY) license (<http://creativecommons.org/licenses/by/4.0/>)