

Exploration des obstacles institutionnels et culturels à une prise en charge holistique des survivantes de violences sexuelles à l'Hôpital Général de Référence de Kasongo

Exploration of Institutional and Cultural Barriers to a Holistic Care of Survivors of Sexual Violence at the Kasongo General Reference Hospital

John RASHIDI NDARABU ^{*1}, Kabanga MASUDI MUGENI ², and Mabakutuvangilanga Ntela SIMON-DECAP ^{3,4,5}

¹Institut Supérieur des Techniques Médicales de Kasongo, BP. 108, République Démocratique du Congo.

²Ecole Doctorale Monique Rotan-Tondeur, Institut supérieur des techniques médicales de Kindu /ISTM-KINDU, Kindu Maniema, BP 340, République Démocratique du Congo

³Ecole Universitaire de recherche en sciences infirmières, Laboratoire Educations et Pratiques de Santé (LEPS), (EA 3412), UFR SMBH, Université Paris, Sorbonne Paris Cite, F-93017 Bobigny, France

⁴Centre de Recherche en Sciences Infirmières et Innovation en Santé (CReSIIS), K-012, Kinshasa P.O. Box 11850, République Démocratique du Congo

⁵Section des sciences infirmières, Institut Supérieur des Techniques Médicales de Kinshasa, BP 774 Lemba, Kinshasa P.O. Box 11850, République Démocratique du Congo



Résumé

Introduction : Les violences sexuelles constituent un problème majeur de santé publique en République démocratique du Congo, où les survivantes font face à des obstacles institutionnels, organisationnels et socioculturels limitant l'accès à une prise en charge holistique. Cette étude analyse ces obstacles à l'Hôpital Général de Référence de Kasongo.

Méthodes : Une étude qualitative de type phénoménologique a été menée à partir d'entretiens semi-directifs auprès de survivantes de violences sexuelles et de personnels soignants (médecins, infirmiers, assistants sociaux). Les données ont été analysées par thématisations.

Résultats : Malgré l'existence de protocoles inspirés de directives nationales et internationales, leur application est entravée par l'insuffisance de ressources humaines spécialisées (notamment en santé mentale), les ruptures de stock de médicaments essentiels, des infrastructures inadéquates et une coordination interservices faible. Les obstacles culturels et sociaux (stigmatisation, tabous, peur des représailles) retardent le recours aux soins et fragilisent la continuité de la prise en charge.

Discussion : Les résultats mettent en évidence une tension entre volonté institutionnelle et contraintes structurelles et socioculturelles persistantes. Le renforcement des ressources

*John RASHIDI NDARABU : johnndarabu@gmail.com

humaines, l'amélioration de l'approvisionnement en médicaments, l'institutionnalisation de la coordination interservices et des stratégies de sensibilisation communautaire sont essentiels pour améliorer l'effectivité d'une prise en charge holistique des survivantes. . .

Mots-clés : Violences sexuelles, Prise en charge holistique, Obstacles institutionnels, Stigmatisation, République démocratique du Congo

Abstract

Introduction : Sexual violence constitutes a major public health issue in the Democratic Republic of the Congo, where survivors face institutional, organisational and socio-cultural barriers that limit access to holistic care. This study analyses these barriers at the Kasongo General Reference Hospital.

Methods : A qualitative phenomenological study was conducted using semi-structured interviews with survivors of sexual violence and healthcare professionals (doctors, nurses and social workers). Data were analysed using thematic analysis.

Results : Despite the existence of protocols inspired by national and international guidelines, their implementation is hindered by a shortage of specialised human resources (particularly in mental health), frequent stock-outs of essential medicines, inadequate infrastructure and weak inter-service coordination. Cultural and social barriers (stigma, taboos and fear of reprisals) delay care-seeking and undermine continuity of care.

Discussion : The findings highlight a tension between institutional willingness and persistent structural and socio-cultural constraints. Strengthening human resources, improving the supply of medicines, institutionalising inter-service coordination and developing community awareness strategies are essential to enhance the effectiveness of holistic care for survivors . .

Key words : Sexual violence ; Holistic care ; Institutional barriers ; Stigma ; Democratic Republic of the Congo

1. INTRODUCTION

Les violences sexuelles constituent aujourd'hui un problème majeur de santé publique et de droits humains, particulièrement dans les pays en développement tels que la République Démocratique du Congo (RDC). Ce pays, longtemps marqué par des conflits armés et des crises socio-économiques, figure parmi les nations où la prévalence des violences sexuelles demeure alarmante (MARQUIS, 2019). Ces violences touchent de manière disproportionnée les femmes et les jeunes filles, causant non seulement des souffrances physiques, mais aussi des traumatismes psychologiques, sociaux et économiques profonds (HUGGO, 2021). Selon l'Organisation mondiale de la santé (DAVID, 2023), près d'une femme sur trois dans le monde a déjà subi des violences physiques ou sexuelles au cours de sa vie, et dans les contextes fragiles, ces chiffres sont encore

plus élevés. En République Démocratique du Congo, le phénomène des violences sexuelles est particulièrement préoccupant. Dans plusieurs provinces, notamment dans l'Est du pays, les rapports indiquent que des milliers de femmes continuent de subir ces violences chaque année, que ce soit en période de conflit ou en temps de paix (NDOUR, 2023). Ces survivantes, souvent stigmatisées et marginalisées, rencontrent de multiples difficultés pour accéder à une prise en charge globale, intégrant les dimensions médicale, psychologique, juridique et sociale (FRÉDÉRIC, 2019). Pourtant, une approche holistique est reconnue comme la plus efficace pour favoriser la guérison, la réinsertion et la résilience des survivantes (DEMBA et al., 2020). Malgré les efforts consentis par le gouvernement et ses partenaires pour mettre en place des structures spécialisées, de nombreux obstacles institutionnels et culturels freinent en-

core l'accès des survivantes à des soins holistiques et de qualité. Ces obstacles se traduisent notamment par une faible coordination intersectorielle, un manque de formation du personnel de santé, des tabous socioculturels persistants et une stigmatisation au sein même des communautés (DAVID, 2023). À l'Hôpital Général de Référence de Kasongo, comme dans plusieurs établissements de santé de la RDC, ces défis se posent avec acuité et compromettent l'efficacité des interventions en faveur des survivantes. En effet, pour garantir une prise en charge holistique des survivantes de violences sexuelles, il est indispensable que les institutions de santé disposent de ressources adéquates, d'un personnel compétent et empathique, d'une bonne organisation du système de soins, ainsi que d'un environnement socio-culturel favorable à la réintégration des victimes (BOWEN & DESBIENS, 2022). L'absence de ces conditions peut non seulement compromettre la qualité des soins, mais aussi aggraver la souffrance des survivantes, déjà fragilisées par leur expérience traumatique. Ainsi, cette étude vise à comprendre les facteurs qui entravent la mise en œuvre effective d'une approche intégrée et centrée sur la personne survivante. Elle s'inscrit dans une perspective d'amélioration de la qualité de la prise en charge et de renforcement du rôle des institutions sanitaires dans la lutte contre les violences basées sur le genre.

2. METHODE

2.1. Design de l'étude

Le présent travail adopte une approche qualitative de type phénoménologique. Ce choix méthodologique vise à comprendre en profondeur l'expérience vécue des participants face au phénomène étudié, plutôt qu'à mesurer des variables ou à établir des relations de cause à effet. L'approche phénoménologique cherche à décrire et interpréter le sens que les individus attribuent à leurs expériences, en mettant en lumière leurs perceptions, leurs émotions et leurs représentations subjectives (KRUG, 2021).

2.2. Milieu de l'étude

L'étude a été réalisée à l'Hôpital Général de Référence de Kasongo, situé dans la province du Maniema, en République Démocratique du Congo. Cet établissement constitue une structure sanitaire de référence assurant la prise en charge des patients dans le territoire de kasongo

2.3. Population d'étude et Echantillon

2.3.1. Échantillonnage

L'échantillon de cette étude a été constitué selon une technique de choix raisonné, permettant de sélectionner délibérément les participants les plus à même de fournir des informations pertinentes et complètes. Cette approche garantit que les données recueillies reflètent fidèlement les réalités et les pratiques observées, tout en ciblant les personnes ayant une expérience directe et significative du phénomène étudié (MONGARYAS & BIBALOU, 2021)

2.4. Outil de collecte des données

L'outil de collecte des données a été un guide d'entretien semi-structuré, conçu pour permettre une exploration approfondie des obstacles institutionnels et culturels à la prise en charge holistique des survivantes de violences sexuelles

2.5. Gestion des données

Les données issues des entretiens avec les survivantes et le personnel hospitalier ont été enregistrées de manière sécurisée, par des enregistrements audio avec le consentement préalable des participants. Chaque entretien a été ensuite transcrit intégralement pour permettre une analyse qualitative approfondie. Les informations personnelles et identifiables seront codées afin de garantir l'anonymat des participants. Les fichiers de données ont été stockés dans des supports sécurisés, accessibles uniquement aux membres de l'équipe de recherche autorisés.

2.6. Analyse des données

Les données recueillies à partir des entretiens ont été d'abord transcrites intégralement, puis lues attentivement pour se familiariser avec le contenu. Ensuite, une analyse thématique a été réalisée : les informations pertinentes ont été codées, regroupées en catégories et sous-thèmes reflétant les principaux obstacles rencontrés, les pratiques existantes et les perceptions des participants. Cette méthode a permis de faire émerger des patterns, convergences et divergences dans les réponses

2.7. Aspect Ethique

Cette étude a été conduite dans le strict respect des normes éthiques requises pour la recherche scientifique impliquant des participants humains. Avant le début de l'enquête, toutes les participantes ont été informées des objectifs de l'étude, de la nature volontaire de leur participation, et de leur droit de se retirer à tout moment sans préjudice. La confidentialité et l'anonymat des informations collectées ont été rigoureusement garantis, et les données ont été utilisées exclusivement à des fins scientifiques. Par ailleurs, le protocole de l'étude a été conçu de manière à minimiser tout risque physique, psychologique ou social pour les participantes, conformément aux directives nationales et internationales en matière d'éthique de la recherche. .

3. RESULTATS

3.1. Tableau n° 1 : caractéristiques sociodémographique des participantes

Statut	Niveau d'étude				Confession religieuse				Etat civil			
	Sans niveau	primaire	Secondaire	universitaire	catholique	musulman	évangélique	révélée	marié	célibataire	Veuf (ve)	divorcé
soignants	0	0	5	11	4	7	5	5	10	3	1	2
survivantes	5	7	2	2	4	8	4	2	12	1	1	1

FIGURE 1

Ce tableau fait remarquer que la majorité des soignants enquêtés avaient un ni-

veau d'étude universitaire (11), de confession musulmane (7), et étaient en grande partie mariés (10). Quant aux survivantes, les résultats montrent qu'elles étaient majoritairement sans niveau scolaire (5) ou de niveau primaire (7), de confession musulmane (8), et surtout célibataires (12)

3.2. Sous-thème 1 : Contexte institutionnel de la prise en charge des survivantes de violences sexuelles

3.2.1. Catégorie 1 : Organisation générale de la prise en charge

Nos enquêtés déclarent que l'hôpital dispose d'un circuit de prise en charge des survivantes, qui commence par l'accueil aux urgences, suivi d'un examen médical, puis d'une orientation vers les services spécialisés. Écoutez ce qu'ils ont dit : « *Lorsqu'une survivante arrive, nous l'accueillons d'abord au service des urgences pour évaluer son état physique, puis nous la référons vers le médecin traitant et le psychologue.* »

« *La prise en charge est organisée de manière séquentielle : soins médicaux immédiats, traitement prophylactique, puis orientation vers le service social pour un suivi.* »

3.2.2. Catégorie 2 : Protocoles et procédures appliqués

Nos enquêtés soulignent que l'hôpital suit des protocoles standards inspirés des directives nationales et internationales, notamment l'administration de la prophylaxie post-exposition, la prise en charge des blessures, et le soutien psychologique. Ils l'ont dit en ces mots : « *Nous appliquons le protocole national qui prévoit la prophylaxie post-exposition au VIH et aux IST, ainsi que la contraception d'urgence.* »

« *Les survivantes reçoivent systématiquement un traitement médical de base, puis sont orientées vers le psychologue pour un suivi émotionnel.* » De leur part, les assistants sociaux confirment l'existence de procédures, mais déplorent leur application inégale faute de ressources. Ils ont dit ceci : « *Le protocole prévoit un accompagnement psycholo-*

gique, mais faute de personnel spécialisé, ce suivi n'est pas toujours assuré. »

« Nous avons des directives claires, mais leur mise en œuvre dépend souvent des moyens disponibles et de la volonté des responsables. »

3.2.3. Catégorie 3 : Collaboration interservices dans le contexte institutionnel

Nos enquêtés insistent sur l'importance de la collaboration entre les services médicaux, psychologiques et sociaux, mais reconnaissent des difficultés dans la coordination. Ils expliquent : « Après les soins médicaux, nous orientons les survivantes vers le psychologue, mais parfois la communication entre services est lente. »

« La collaboration existe, mais elle n'est pas systématique, ce qui fragilise la continuité de la prise en charge. » De leur côté, les assistants sociaux mettent en avant le besoin d'un travail en synergie pour une prise en charge holistique. Ils ont dit ceci : « Nous travaillons avec les médecins et psychologues, mais il faudrait renforcer les réunions de coordination pour harmoniser nos interventions. »

« La prise en charge holistique exige une meilleure collaboration interservices, car chaque survivante a des besoins multiples. »

3.3. Sous-thème 2 : Obstacles organisationnels dans la prise en charge des survivantes

3.3.1. Catégorie 1 : Insuffisance des ressources humaines

Nos enquêtés expliquent que le personnel compétant est en nombre limité et souvent surchargé, ce qui affecte la qualité de la prise en charge. Ils insistent sur le manque de spécialistes formés pour gérer les aspects médicaux, psychologiques et sociaux des survivantes. Écoutez ce qu'ils ont dit : « Dans notre hôpital, nous avons très peu de médecins et infirmiers comptants disponibles pour s'occuper des survivantes de violences sexuelles. Souvent, un seul médecin doit gérer plusieurs cas en même temps, en plus des autres patients qui arrivent aux urgences.

Cela crée une surcharge énorme et nous empêche de consacrer assez de temps à chaque survivante »

« Nous avons reçu quelques formations ponctuelles sur la prise en charge des violences sexuelles, mais elles ne sont pas régulières. Beaucoup de collègues n'ont pas les compétences nécessaires pour gérer les aspects psychosociaux. Cela fait que la prise en charge reste très médicale, sans un vrai accompagnement psychologique et social, alors que les survivantes ont besoin d'un soutien global. »

3.3.2. Catégorie 2 : Manque d'équipements et de médicaments

Nos enquêtés soulignent que l'hôpital souffre d'un déficit chronique en équipements et médicaments essentiels pour la prise en charge des survivantes. Les ruptures de stock de prophylaxie post-exposition, de kits de soins et de matériel de diagnostic sont fréquentes. Ils l'ont dit en ces mots : « Le protocole prévoit que chaque survivante reçoive la prophylaxie post-exposition contre le VIH et les IST, ainsi que la contraception d'urgence. Mais dans la réalité, ces médicaments ne sont pas toujours disponibles. Il arrive que nous soyons en rupture de stock pendant plusieurs semaines, et dans ce cas, les survivantes doivent acheter elles-mêmes les produits dans les pharmacies privées, ce qui est impossible pour la plupart d'entre elles. »

« Nous manquons aussi d'équipements de base pour faire les examens médicaux et les tests de laboratoire. Parfois, nous devons envoyer les survivantes dans des structures privées pour des examens complémentaires, ce qui retarde la prise en charge et augmente les coûts. »

3.3.3. Catégorie 3 : Infrastructures inadéquates

Nos enquêtés insistent sur le fait que les infrastructures de l'hôpital ne sont pas adaptées pour offrir une prise en charge holistique et confidentielle. Le manque de salles spécialisées et d'espaces privés compromet la confidentialité et la dignité des survivantes. Ils expliquent : « L'hôpital n'a pas de salle

dédiée uniquement à la prise en charge des survivantes de violences sexuelles. Souvent, elles sont reçues dans les mêmes salles que les autres patients, ce qui ne garantit pas la confidentialité. Certaines survivantes se sentent exposées et humiliées, ce qui les décourage de revenir pour le suivi. »

« Les infrastructures sont vétustes et surchargées. Nous n'avons pas d'espaces adaptés pour offrir un accompagnement psychologique dans un cadre calme et sécurisé. Les survivantes doivent parfois attendre dans des couloirs bondés, ce qui n'est pas approprié pour des personnes en détresse émotionnelle. »

3.4. Sous-thème 3 : Obstacles culturels et sociaux dans la prise en charge

3.4.1. Catégorie 1 : Stigmatisation et rejet social

Nos enquêtés déclarent que Les survivantes subissent la stigmatisation et cela entraîne un obstacle majeur. Elles sont souvent rejetées par leurs familles ou leurs communautés, ce qui les empêche de chercher de l'aide médicale. Le personnel soignant confirme que ce rejet social complique la prise en charge. Écoutez ce qu'ils ont dit : « Quand je suis arrivée à l'hôpital après ce qui m'est arrivé, j'avais peur que les gens de mon quartier apprennent que j'étais victime de viol. Dans notre culture, on pense que c'est la femme qui attire le malheur, alors les voisins commencent à nous pointer du doigt. Même ma propre famille m'a dit de ne pas en parler, car cela allait salir notre nom. »

« Nous constatons que beaucoup de survivantes arrivent tard à l'hôpital parce qu'elles ont peur d'être rejetées par leurs familles ou leurs maris. Certaines femmes nous disent que leurs époux les ont abandonnées après avoir appris qu'elles avaient été victimes de violences sexuelles. »

3.4.2. Catégorie 2 : Tabous et croyances culturelles

Les croyances locales autour de la sexualité et du viol influencent fortement la prise

en charge. Certaines familles considèrent le viol comme un sujet tabou qu'il ne faut pas évoquer publiquement. Nos enquêtés soulignent que ces croyances limitent l'accès aux soins. « Dans notre village, parler de viol est interdit. On dit que c'est un sujet honteux qui ne doit pas sortir de la maison. Quand j'ai voulu venir à l'hôpital, ma tante m'a dit que je devais garder le silence, car si les gens apprenaient que j'avais été violée, personne ne voudrait plus m'épouser. J'ai dû venir en cachette, sans en informer ma famille, parce que je savais que j'avais besoin de soins. »

« Les croyances culturelles jouent un rôle important. Beaucoup de familles pensent que le viol est une malédiction ou une punition. Elles préfèrent recourir aux guérisseurs traditionnels ou aux prières plutôt que d'amener la survivante à l'hôpital. »

3.4.3. Catégorie 3 : Silence imposé et peur des représailles

Nos enquêtés estiment que Les survivantes gardent souvent le silence par peur des représailles de leurs agresseurs ou de la communauté. Le personnel soignant confirme que ce silence est un obstacle majeur à l'accès aux soins et à la justice. « J'ai gardé le silence pendant plusieurs jours parce que j'avais peur que mon agresseur revienne me faire du mal. Dans notre quartier, les hommes qui commettent ces actes sont parfois des personnes influentes ou des chefs locaux. Si on parle, on risque d'être menacée ou battue. »

« Beaucoup de survivantes ne parlent pas de ce qu'elles ont vécu, par peur des représailles ou du jugement de la communauté. Certaines nous disent que leurs agresseurs sont des personnes connues et qu'elles craignent des menaces si elles dénoncent. »

3.4.4. Catégorie 4 : Perceptions genrées et inégalités sociales

Nos enquêtés mettent en évidence que les normes de genre renforcent les obstacles. Les femmes sont souvent perçues comme responsables de ce qui leur arrive, et cette perception influence la manière dont elles sont traitées. « Quand je suis arrivée à l'hôpi-

tal, certaines personnes m'ont demandé ce que j'avais fait pour mériter cela. On pense toujours que c'est la femme qui provoque l'homme. Cette manière de voir les choses fait très mal, car au lieu de recevoir du soutien, on reçoit des reproches. »

« Dans notre société, il existe une perception selon laquelle la femme est coupable lorsqu'elle est victime de violences sexuelles. Cette perception influence même certains agents de santé, qui peuvent avoir des attitudes de jugement. »

3.5. Sous-thème 4 : Formation et compétences du personnel dans la prise en charge des survivantes

3.5.1. Catégorie 1 : Formations reçues et limites

Nos enquêtés expliquent que le personnel a bénéficié de certaines formations ponctuelles organisées par des ONG ou par le Ministère de la Santé, mais que ces formations restent limitées et insuffisantes pour couvrir tous les aspects de la prise en charge holistique. « Nous avons reçu quelques formations organisées par des partenaires extérieurs, notamment sur la prophylaxie post-exposition et la prise en charge médicale immédiate des survivantes. Mais ces formations sont très ponctuelles et ne touchent pas tout le personnel. »

« J'ai participé à une formation sur la gestion des cas de violences sexuelles, mais c'était une formation de deux jours seulement. On nous a montré les protocoles médicaux, mais il n'y a pas eu de volet approfondi sur l'accompagnement psychologique ou social. »

3.5.2. Manque de compétences spécialisées

Nos enquêtés reconnaissent que les compétences manquent dans plusieurs domaines essentiels : accompagnement psychologique, soutien social, et orientation juridique. Les survivantes confirment que certains agents de santé ne savent pas toujours comment les écouter ou les soutenir. « Le personnel médical est compétent pour les soins physiques,

mais il manque de formation en psychologie du traumatisme. Beaucoup de survivantes ont besoin d'un accompagnement émotionnel, mais les infirmiers et médecins ne savent pas toujours comment les écouter sans jugement. »

« Quand je suis venue à l'hôpital, le médecin m'a donné des médicaments, mais il ne m'a pas parlé de ce que je ressentais. J'avais besoin qu'on m'écoute, qu'on me rassure, mais je sentais qu'il n'avait pas les mots pour ça. »

3.5.3. Catégorie 3 : Absence de formation continue et besoin de renforcement

Nos enquêtés insistent sur le fait que la formation continue est quasi inexistante. Le personnel n'a pas accès à des mises à jour régulières sur les protocoles, ni à des ateliers pratiques pour améliorer ses compétences. « Nous avons besoin de formations continues pour renforcer nos compétences. Actuellement, il n'y a pas de programme régulier de mise à jour. Les protocoles évoluent, mais nous ne sommes pas toujours informés des nouvelles directives. »

« Le manque de formation continue est un grand problème. Nous travaillons souvent avec des connaissances limitées, acquises il y a plusieurs années. Les réalités changent, les besoins des survivantes évoluent, mais nous n'avons pas l'occasion de nous perfectionner »

3.6. Sous-thème 5 : Coordination interservices dans la prise en charge

3.6.1. Catégorie 1 : Collaboration entre services médicaux et sociaux

Nos enquêtés expliquent que la collaboration se fait principalement entre le service médical et le service social, puisque l'hôpital ne dispose pas de psychologue. Les survivantes confirment que leur accompagnement repose surtout sur les soins médicaux et l'assistance sociale. « Quand une survivante arrive, nous faisons les soins médicaux de base, notamment les traitements prophylactiques et la prise en charge des blessures.

Ensuite, nous l'orientons vers l'assistant social, qui l'accompagne dans les démarches administratives et parfois juridiques. »

« Après avoir reçu les médicaments, on m'a orientée vers l'assistant social. Il m'a parlé des démarches possibles pour porter plainte et m'a conseillé sur le suivi. Mais je n'ai pas eu de soutien psychologique, car on m'a dit que l'hôpital n'a pas de psychologue. »

3.6.2. Catégorie 2 : Difficultés de communication entre services

Nos enquêtés insistent sur le manque de communication formelle entre les services médicaux et sociaux. Les informations ne circulent pas toujours correctement, ce qui entraîne des retards et une prise en charge fragmentée. *« Nous n'avons pas un système de communication efficace entre les services. Parfois, l'assistant social n'est pas informé qu'une survivante a été reçue aux urgences, et il découvre le cas seulement quand la survivante vient d'elle-même »*

« La communication est un grand problème. Nous ne recevons pas toujours les dossiers médicaux complets des survivantes, ce qui rend difficile notre accompagnement. »

3.6.3. Catégorie 3 : Absence de coordination formelle et besoin de synergie

Nos enquêtés insistent sur le fait que la coordination interservices n'est pas institutionnalisée. Il n'existe pas de comité ou de réunions régulières pour harmoniser les interventions. Les survivantes ressentent ce manque de synergie dans leur parcours de soins. *« Il n'existe pas de comité formel qui regroupe les médecins, les infirmiers et les assistants sociaux pour discuter des cas. Chacun intervient séparément, ce qui limite la prise en charge holistique. »*

« J'ai senti que les services ne travaillaient pas ensemble. Le médecin m'a donné des médicaments, et l'assistant social m'a parlé des démarches juridiques. Mais personne ne m'a expliqué comment tout cela allait s'articuler pour m'aider. »

3.7. Sous-thème 6 : Suggestions d'amélioration de la prise en charge holistique

3.7.1. Catégorie 1 : Renforcement des ressources humaines et recrutement de spécialistes

Nos enquêtés insistent sur la nécessité d'augmenter le nombre de prestataires et de recruter des spécialistes, notamment des psychologues, pour compléter la prise en charge. *« Pour que la prise en charge soit vraiment holistique, il faudrait recruter davantage de personnel, surtout des spécialistes comme les psychologues et les assistants sociaux. Actuellement, nous faisons ce que nous pouvons avec les moyens disponibles, mais nous ne sommes pas assez nombreux et nous ne pouvons pas répondre à tous les besoins des survivantes. »*

« Nous avons besoin de formations régulières et de renforts en personnel. Les formations ponctuelles ne suffisent pas, et beaucoup de collègues n'ont pas les compétences nécessaires pour gérer les aspects psychosociaux. »

3.7.2. Catégorie 2 : Disponibilité des médicaments et amélioration des équipements

Nos enquêtés soulignent que l'hôpital doit être mieux approvisionné en médicaments essentiels et disposer d'équipements adaptés. *« Il faudrait que l'hôpital soit régulièrement approvisionné en médicaments essentiels comme la prophylaxie post-exposition, les antibiotiques et la contraception d'urgence. Actuellement, nous avons trop de ruptures de stock, ce qui oblige les survivantes à acheter elles-mêmes les produits dans les pharmacies privées. »*

« Quand je suis venue, on m'a donné quelques médicaments, mais on m'a dit que certains n'étaient pas disponibles. J'ai dû aller acheter dans une pharmacie privée, ce qui m'a coûté cher. »

3.7.3. Catégorie 3 : Mise en place d'une coordination interservices et d'un comité de suivi

Nos enquêtés insistent sur la nécessité d'institutionnaliser la coordination entre les services médicaux et sociaux, avec l'appui des ONG partenaires. *« Il faudrait mettre en place un comité de coordination qui regroupe les médecins, les infirmiers et les assistants sociaux. Ce comité pourrait se réunir régulièrement pour discuter des cas et harmoniser nos interventions. »*

« Nous avons besoin d'un système de communication interne plus efficace. Si les services pouvaient partager les informations sur chaque survivante, cela éviterait les doublons et les retards. Un comité de suivi, avec l'appui des ONG, pourrait aussi aider à renforcer la synergie entre les différents acteurs. »

3.7.4. Catégorie 4 : Sensibilisation communautaire et lutte contre la stigmatisation

Nos enquêtés insistent sur l'importance d'impliquer la communauté pour réduire la stigmatisation et encourager les survivantes à chercher de l'aide. *« Ce qui m'a manqué le plus, c'est quelqu'un pour m'écouter et m'aider à gérer ce que je ressentais. Si l'hôpital pouvait avoir des personnes formées pour le soutien psychologique, cela nous aiderait beaucoup. »*

« Nous devons travailler avec les leaders communautaires et les ONG pour sensibiliser la population. Si les gens comprennent que les survivantes ont besoin de soins et de soutien, cela réduira la stigmatisation et encouragera les femmes à venir à l'hôpital. »

4. DISCUSSION

4.1. Variables sociodémographiques

L'analyse des caractéristiques sociodémographiques de nos participants révèle une nette asymétrie entre soignants et survivantes. La majorité des soignants interrogés possède un niveau d'études universitaire, est

socialement stable et mariée, ce qui correspond aux observations de NAZET, 2022 à Brazzaville, où la stabilité sociale et professionnelle favorisait l'autonomie des soignants et leur engagement dans la qualité des soins. Ces profils permettent aux soignants de développer une vision critique des conditions de travail et des lacunes institutionnelles, tout en maintenant un effort pour appliquer les protocoles malgré les contraintes. HUGGO, 2021 souligne de manière similaire que la stabilité sociale et l'expérience professionnelle renforcent la motivation et l'efficacité des équipes médicales, ce qui est cohérent avec nos résultats. À l'inverse, les survivantes présentent un faible niveau scolaire et sont majoritairement célibataires, témoignant d'une vulnérabilité sociale et éducative élevée. Cette situation contraste avec les observations de MARCEL, 2023 en RDC, où la diversité du niveau scolaire et du statut matrimonial des victimes était plus marquée. Le profil homogène et fragilisé de nos participantes semble refléter l'impact direct des violences sexuelles sur le statut social, notamment à travers le rejet familial et communautaire, ce qui concorde avec les travaux de RODRYC, 2019 montrant que la stigmatisation sociale aggrave la marginalisation des survivantes et limite leur recours aux soins. La prépondérance des participants de religion musulmane reflète davantage la composition locale que des facteurs influençant directement la prise en charge, rejoignant les conclusions de NDOUR, 2023 au Sénégal. L'asymétrie entre le niveau d'instruction des soignants et celui des survivantes illustre une relation de soins inégalitaire : les soignants disposent de compétences suffisantes pour appliquer les protocoles, tandis que les survivantes, peu instruites, rencontrent des difficultés à comprendre et à adhérer aux dispositifs, comme le souligne MARQUIS, 2019 en Ouganda.

4.2. Contexte institutionnel

Nos résultats mettent en évidence une tension entre la reconnaissance d'une organisation institutionnelle structurée et la

réalité de sa mise en œuvre. Le circuit de soins, bien que clairement défini accueil aux urgences, soins immédiats, prophylaxie post-exposition, orientation psychosociale est fragilisé par un manque de ressources humaines et matérielles. FRÉDÉRIC, 2019 note de même que la mise en place de protocoles nationaux dans l'Est de la RDC est souvent compromise par l'insuffisance de personnel spécialisé et la faible coordination interservices. MARCEL, 2023 observent également que, malgré la valorisation des directives claires, les contraintes logistiques limitent leur application systématique. Contrairement aux observations de DAVID, 2023 au Vietnam, où l'absence de ressources était perçue comme normale dans un contexte sous-financé, nos participants considèrent le déficit de ressources non pas comme une fatalité, mais comme un obstacle majeur entravant la continuité et la qualité de la prise en charge holistique. Cette perception met en évidence une résilience institutionnelle, les équipes de Kasongo, conformément à l'étude de BOWEN et DESBIENS, 2022, développent des stratégies informelles pour contourner les difficultés, en renforçant les synergies entre services. Cependant, cette résilience reste limitée, car l'absence de coordination formalisée et la dépendance aux initiatives individuelles peuvent entraîner un épuisement professionnel et une démotivation, conformément aux analyses de NDOUR, 2023 dans des contextes de crise sanitaire.

4.3. Obstacles organisationnels

Trois obstacles organisationnels principaux compromettent la qualité et la continuité des soins : l'insuffisance des ressources humaines, le manque de matériel et de médicaments, et l'inadéquation des infrastructures hospitalières. Le déficit de personnel qualifié provoque une surcharge de travail, limitant le temps consacré à chaque survivante et fragmentant l'accompagnement psychosocial. HUGGO, 2021 en RDC montrent que le déficit de psychologues et d'assistants sociaux spécialisés réduit la capacité des hôpitaux à offrir une prise en charge globale.

De manière similaire, MIMCHE et TANANG, 2020 au Kenya soulignent que la surcharge des soignants entraîne une priorisation des urgences vitales au détriment du suivi psychologique. Le manque chronique d'équipements et de médicaments essentiels compromet l'application des protocoles nationaux et internationaux. DAVID, 2023 rapporte que l'indisponibilité des médicaments de base oblige certaines survivantes à recourir à des structures privées, accentuant les inégalités d'accès aux soins. Ces résultats diffèrent de ceux de NDOUR, 2023 au Vietnam, où l'absence de matériel était perçue comme une contrainte « normale » et ne constituait pas une source majeure de démotivation. Dans notre contexte, au contraire, l'absence de médicaments est vécue comme une entrave directe à la mission de soin et comme une injustice pour les survivantes. Les infrastructures hospitalières insuffisantes fragilisent la confidentialité et la dignité des patientes. L'absence de salles dédiées et la vétusté des locaux peuvent décourager le suivi, comme le souligne KRUG, 2021 en Jordanie, et COULIBALY, 2020 en Côte d'Ivoire, qui mettent en évidence l'impact des espaces inadaptés sur le sentiment d'abandon et l'efficacité des interventions.

4.4. Obstacles culturels et sociaux

La stigmatisation, les tabous et la peur des représailles constituent des obstacles majeurs à l'accès aux soins. Les survivantes sont accusées d'avoir « attiré le malheur » et marginalisées, retardant leur recours aux soins, ce qui rejoint les observations de BADO, 2019 en Éthiopie et de CARRA, 2021 en RDC. Les tabous et croyances culturelles favorisent le recours à des guérisseurs traditionnels plutôt qu'aux soins médicaux, comme le montrent CÔTÉ, 2021 en Jordanie. Cependant, ces résultats contrastent avec DEMBA et al., 2020 au Vietnam, où les croyances locales ne constituaient pas un frein majeur, mais un cadre de résilience. La peur des représailles limite la dénonciation des agressions, comme l'indiquent RUBEN, 2021. Cette combinaison de stigmatisation, tabous et peur illustre

l’ambivalence culturelle : les survivantes expriment un besoin urgent de soins, mais les normes sociales et la peur limitent leur accès. NZE, 2022 souligne que la transformation des représentations sociales est indispensable pour une prise en charge holistique effective.

4.5. Formation et compétences du personnel

Nos résultats montrent que le personnel bénéficie de formations ponctuelles centrées sur les aspects biomédicaux, mais manque de compétences spécialisées en psychologie du traumatisme, communication empathique et orientation juridique. FRÉDÉRIC, 2019 en RDC et BOUDABOUS et al., 2023 au Kenya soulignent que les formations courtes ne suffisent pas à préparer le personnel à la complexité des traumatismes liés aux violences sexuelles. HERNANDEZ, 2020 en Jordanie confirment que l’absence de formation en gestion du traumatisme limite l’instauration d’une relation de confiance. L’absence de formation continue accentue l’écart entre directives nationales et pratique quotidienne, conduisant à une stagnation des compétences et à une démotivation progressive, comme le montrent MONGARYAS et BIBALOU, 2021 et BLAYA et al., 2022.

4.6. Coordination interservices

La collaboration entre services médicaux et sociaux reste limitée et informelle, ce qui fragilise la cohérence des soins et entraîne des retards. CÔTÉ, 2021 Côté et RUBEN, 2021 soulignent que l’absence de spécialistes et de coordination formalisée limite la prise en charge des besoins complexes. MIMCHE et TANANG, 2020 met en évidence l’impact négatif d’une communication interne insuffisante sur la duplication des efforts et la fatigue des patientes. À l’inverse, BLAYA et al., 2022 au Vietnam montre qu’une forte culture de travail collectif peut pallier l’absence de structures formelles. La mise en place de comités de coordination, comme le suggèrent MONGARYAS et BIBALOU, 2021, apparaît indispensable pour renforcer la cohérence des

interventions et la confiance des patientes.

4.7. Pistes d’amélioration

Les résultats montrent que l’environnement hospitalier influence également la satisfaction des patients. Les participants ont signalé des problèmes liés à l’entretien des installations, à l’insuffisance des équipements et à certaines difficultés organisationnelles. Ces résultats sont cohérents avec ceux RODRYC, 2019, qui montrent que la qualité de l’environnement hospitalier contribue significativement à la perception des soins et au sentiment de sécurité des patients. Dans la perspective du modèle de Donabedian, les infrastructures et les ressources matérielles constituent des éléments fondamentaux de la structure des soins. Un environnement propre, organisé et bien équipé favorise une meilleure expérience des patients et améliore les conditions de travail du personnel soignant. Ces résultats mettent en évidence l’importance d’investir dans l’amélioration des infrastructures hospitalières et dans la gestion efficace des ressources matérielles afin de renforcer la qualité des soins infirmiers.

5. CONCLUSION

Cette étude met en évidence une réalité complexe et contrastée. D’un côté, l’existence de protocoles nationaux et internationaux, ainsi que la volonté manifeste des prestataires de santé d’apporter un soutien aux survivantes, témoignent d’un cadre organisationnel relativement structuré. De l’autre, la mise en œuvre de ces dispositifs se heurte à des contraintes majeures qui fragilisent la qualité et la continuité des soins. Les résultats montrent que les obstacles institutionnels et organisationnels se traduisent par un déficit de ressources humaines spécialisées, un manque chronique d’équipements et de médicaments, ainsi que des infrastructures inadéquates pour garantir confidentialité et dignité. À cela s’ajoute une faiblesse dans la coordination interservices, marquée par une communication insuffisante et l’absence de mécanismes formels de synergie. Sur le plan

culturel et social, la stigmatisation, les tabous et le silence imposé par la peur des représailles constituent des freins puissants à l'accès aux soins. Ces dynamiques sociales renforcent la marginalisation des survivantes et retardent leur prise en charge médicale et psychosociale. Enfin, l'analyse met en évidence le manque de formation continue et de compétences spécialisées du personnel, ce qui limite la capacité à offrir un accompagnement véritablement holistique. Les suggestions formulées par les enquêtés – recrutement de psychologues, renforcement des ressources humaines, disponibilité des médicaments, institutionnalisation de la coordination interservices et sensibilisation communautaire – apparaissent comme des pistes prioritaires pour améliorer la prise en charge.

6. FORCE ET LIMITE DE L'ETUDE

Cette étude présente plusieurs forces. L'approche qualitative phénoménologique a permis de saisir en profondeur les expériences vécues et les perceptions des survivantes et des professionnels de santé à l'Hôpital Général de Référence de Kasongo, offrant une compréhension fine des obstacles institutionnels, organisationnels et socioculturels. La triangulation des points de vue (soignants et survivantes) renforce la crédibilité des résultats et met en lumière la complexité de la prise en charge holistique dans un contexte réel de soins en République démocratique du Congo. Cependant, l'étude comporte des limites. Le recours à un échantillonnage raisonné et le cadre d'un seul établissement limitent la généralisation des résultats à d'autres contextes hospitaliers. De plus, la sensibilité du sujet peut avoir entraîné des biais de désirabilité sociale ou une réticence à livrer certains éléments, malgré les garanties de confidentialité. Enfin, l'absence de données quantitatives ne permet pas d'estimer l'ampleur précise des obstacles identifiés, ce qui invite à compléter ces résultats par des études mixtes ou multi-sites.

7. REMERCIEMENTS

Nous exprimons notre profonde gratitude aux autorités sanitaires locales, à la direction et à l'ensemble du personnel de l'Hôpital Général de Référence de Kasongo pour leur disponibilité, leur collaboration et leur appui administratif, qui ont grandement facilité la réalisation de cette étude. Nous remercions également les participantes survivantes pour leur confiance et leur courage dans le partage de leurs expériences.

8. CONFLIT D'INTERET

Les auteurs déclarent qu'il n'existe aucun conflit d'intérêts, financier ou non financier, susceptible d'avoir influencé la conception, la conduite, l'analyse des données ou la rédaction de cette étude.

9. CONTRIBUTION DES AUTEURS

Tous les auteurs ont contribué de manière significative à la conception de l'étude, à la collecte et à l'analyse des données, ainsi qu'à la rédaction et à la révision critique du manuscrit. Ils ont tous approuvé la version finale du travail et assument collectivement la responsabilité de son contenu scientifique.

10. FINANCEMENT

Cette étude n'a bénéficié d'aucun financement externe. Elle a été entièrement réalisée grâce aux ressources propres des auteurs, sans soutien financier d'aucune institution ou organisme.

Références

- BADO, A. (2019). *Violence à l'école : Recherches et interventions*.
- BLAYA, C., DEBARBIEUX, É., & RUBI, S. (2022). Violence à l'école et genre : Les filles, victimes ou agresseurs ? – Une revue de question.

- BOUDABOUS, J., KHEMAKHEM, K., HAMZA, D., KRAIEM, M., AYADI, H., & MOALLA, Y. (2023). Violence sexuelle en milieu scolaire : Étude de 30 dossiers d'expertises psychiatriques. *Neuropsychiatrie de l'Enfance et de l'Adolescence*. <https://doi.org/10.1016/j.neurenf.2023.10.002>
- BOWEN, F., & DESBIENS, N. (2022). La prévention de la violence en milieu scolaire au Québec : Réflexions sur la recherche et le développement de pratiques efficaces. *Éducation et francophonie*, 32(1), 69-86. <https://doi.org/10.7202/1079116ar>
- CARRA, C. (2021). *Violences à l'école élémentaire*. Consulté le 13 juin 2026 à <http://journals.openedition.org/lectures/2445>
- CÔTÉ, A.-M. (2021). *Mémoire présenté à la Faculté des études supérieures en vue de l'obtention de M.Sc. en criminologie* [Mémoire de maîtrise].
- COULIBALY, M. L. (2020). Les victimisations scolaires au Sénégal à l'épreuve de l'analyse de « genre ». *Recherches & éducations*, (8), Article 8. <https://doi.org/10.4000/rechercheseducations.1564>
- DAVID, V. (2023). *La prévention de la violence dans les écoles québécoises : Des pratiques d'hier à aujourd'hui*. Cairn.info. Consulté le 13 juin 2026 à <https://www.cairn.info/revue-la-nouvelle-revue-de-l-adaptation-et-de-la-scolarisation-2011-1-page-101.htm>
- DEMBA, J. J., BERNARD, M.-C., & MBAZOGUE-OWONO, L. (2020). L'éducation dans un contexte d'inégalités et de violences : L'Afrique francophone subsaharienne à l'étude.
- FRÉDÉRIC, L. (2019). *Focus : Prévention des violences sexistes et sexuelles à l'École*. eduscol | Ministère de l'Éducation nationale et de la Jeunesse | Direction générale de l'enseignement scolaire. Consulté le 13 juin 2026 à <https://eduscol.education.fr/2180/focus-prevention-des-violences-sexistes-et-sexuelles-l-ecole>
- HERNANDEZ, X. (2020). *Violences à l'école élémentaire*. Cairn.info. Consulté le 13 juin 2026 à <https://www.cairn.info/revue-l-annee-sociologique-2008-2-page-319.htm>
- HUGGO, L. (2021). Du délicat usage de la prévention des violences sexuelles en milieu scolaire. *Enfances & Psy*. Consulté le 13 juin 2026 à <https://www.cairn.info/revue-enfances-et-psy-2021-4-page-51.htm>
- KRUG, E. G. (2021). *Rapport mondial sur la violence et la santé*. Organisation mondiale de la Santé (OMS).
- MARCEL, D. (2023). *Écoles et violences : Les leçons brésiliennes*. Cairn.info. Consulté le 13 juin 2026 à <https://www.cairn.info/revue-enfances-et-psy-2009-4-page-109.htm>
- MARQUIS, K. (2019). *Faculté des sciences sociales* [Mémoire de maîtrise]. Université Laval.
- MIMCHE, H., & TANANG, P. (2020). Les violences basées sur le genre à l'école en République centrafricaine. *Recherches & éducations*, (8), Article 8. <https://doi.org/10.4000/rechercheseducations.1563>
- MONGARYAS, R. F. Q. D., & BIBALOU, E. (2021). Violences en milieu scolaire au Gabon. Regards croisés autour de l'analyse de contenu des mémoires professionnels des étudiants en fin de cycle à l'ENS de Libreville. *Éducation et socialisation. Les Cahiers du CER-FEE*, (62), Article 62. <https://doi.org/10.4000/edso.17640>
- NAZET, M. (2022). *50 fiches d'actualité et de culture générale : Société, économie, politique, géopolitique*.
- NDOUR, B. B. (2023). *Étude sur les violences faites aux filles en milieu scolaire* (Rapport d'étude).
- NZE, M. V. N. (2022). *Les violences sexuelles faites aux filles en milieu scolaire : La problématique du harcèlement sexuel en milieu scolaire gabonais* [Mémoire].

RODRYC, R. (2019). *Violences à l'école élémentaire : Victimations et déclassements*. Cairn.info. Consulté le 13 juin 2026 à <https://www.cairn.info/revue-deviance-et-societe-2010-1-page-115.htm>

RUBEN, S. (2021). *Les violences sexuelles en milieu scolaire ivoirien*. Cairn.info. Consulté le 13 juin 2026 à <https://www.cairn.info/revue-perspectives-psy-2015-3-page-263.htm>