

Evaluation du dispositif de prise en charge des survivantes des violences basées sur le genre en situation de guerre : cas de la Zone de Santé de Minova, Province du Sud-Kivu en RD Congo.

Présenté par

Freddy RUBONEZA ZIBIKA

Pour l'obtention du Master en Développement de l'Université Senghor

Département Management

Spécialité **Management de projets**

Directeur de mémoire : Justin SHERIA NFUNDIKO, PhD

Le 05 Octobre 2025

Devant le jury composé de :

ONDOUA BIWOLE Viviane	Présidente
Professeur Titulaire Responsable du programme de formation en Gestion des Politiques Economiques Université Yaoundé 2	
MAHAMAT Abdelatif	Examineur
Maître de conférences en Sciences de gestion (CNU-France) Directeur du Département Management Université Senghor d'Alexandrie	
SHERIA NFUNDIKO Justin	Examineur
Professeur Associé Université Officielle de Bukavu	

Remerciements

Je tiens à exprimer ma profonde gratitude envers toutes les personnes (physiques et morales) qui ont joué un rôle important dans la réalisation de ce travail.

Je remercie vivement les autorités de l'Université Senghor et particulièrement Le Professeur **Abdellatif Mahamat**, Directeur du département Management et le corps professoral de l'Université Senghor pour leur formation, accompagnement, recommandation et conseils durant notre séjour en Alexandrie. Je remercie également **Magui ABDO** pour le signe d'attention, sa disponibilité et sa serviabilité pendant notre séjour à Alexandrie mais aussi pendant le stage.

Mes remerciements chaleureux au **Professeur Justin SHERIA NFUNDIKO** qui s'est donné le temps, malgré ses multiples occupations, d'encadrer et d'orienter ce travail jusqu'à sa réussite.

Je remercie également les responsables de **MARAKUJA Asbl**, particulièrement Monsieur **Aimable AMANI LAMEKE**, Directeur des Opérations et tuteur de stage, pour l'accueil dans leur institution, l'encadrement durant le stage mais aussi leur accompagnement logistique dans la réalisation de ce travail.

A tous mes frères et sœurs Jules MULIHANO, Solange ZIBIKA, Alain ZIBIKA, Merda ZIBIKA, Nelly ZIBIKA, pour l'accompagnement et les efforts consentis.

Je remercie tous mes amis et collègues **Edmond CIRIMWAMI, Aline MAHANO, Patient CIRIMWAMI, Gérard MPARANYI, Samson CISHUGI, Emery LIKAKA, Patient BISIMWA, Etienne CHIKURU, Isaac BATULANI, Fabrice LUSHEKE, Pépin SHAMAMBA, Elie SALUMU** pour leurs conseils, encouragements et accompagnements durant cette période de formation ?

Je remercie mes amis senghoriens, notamment mes compatriotes congolais et mes proches pour leur accueil, soutien moral, et pour leurs mots de motivation.

Enfin, je tiens à exprimer ma profonde gratitude à toutes les personnes qui m'ont soutenue, de près ou de loin, et dont les noms n'y figurent pas forcément. Je vous remercie sincèrement pour votre soutien.

Dédicace

A mon épouse **Bénite AWEZAYE KAZINGUFU**

A mes très chers parents **Louis ZIBIKA** et **Elizabeth M'KATUNGURU**

A toutes les victimes/survivantes des violences basées sur le genre

Je dédie ce travail

Résumé

Les violences basées sur le genre (VBG), en période des conflits armés ou de guerre, représentent l'une des formes de violations des droits humains, affectant la dignité, la santé mentale et physique, ainsi que la cohésion sociale des communautés. L'objectif général de cette étude est d'évaluer l'efficacité du modèle holistique de prise en charge des survivantes des violences basées sur le genre dans la zone de santé de Minova, en RD Congo. L'étude a adopté une méthode mixte combinant les données quantitatives issues d'une enquête par questionnaire auprès de 112 survivantes et des données qualitatives provenant de 7 entretiens semi-structurés réalisés auprès des prestataires de services et des leaders communautaires. La triangulation de ces données, avec des sources documentaires, a permis de confronter les perceptions des bénéficiaires avec les perspectives et les expériences des acteurs d'orientation et de prise en charge. Les résultats issus de cette étude révèlent un niveau élevé de satisfaction et de sécurité chez les survivantes ; une majorité d'entre elles ont bénéficié d'une prise en charge médicale (97%) et psychosociale (99%). Cependant, des défis existent, notamment une orientation moins fréquente vers le service juridique en mettant en évidence le manque de financement et la situation sécuritaire comme principales barrières. Il n'existe pas de différence statistiquement significative à la fois entre l'hésitation à consulter après l'incident et le niveau de revenu ($\chi^2 = 0,3082$; $p = 0,956525 > 0,05$) mais aussi avec la distance ($\chi^2 = 1,252$; $p = 0,592 > 0,05$). Pour renforcer l'efficacité du dispositif, il est important de renforcer le pilier juridique et le pilier de réinsertion socio-économique, de mener des actions de sensibilisation ciblées et inclusives pour combattre la stigmatisation et de lever les barrières qui limitent l'accès et la continuité de soins.

Mots clés : Dispositif de prise en charge, Violences Basées sur le Genre, Prise en charge holistique, Stigmatisation, Minova.

Abstract

Gender-based violence (GBV) during periods of armed conflict or war is a form of human rights violation that affects dignity, mental and physical health, and social cohesion within communities. The overall objective of this study is to evaluate the effectiveness of the holistic model of care for survivors of gender-based violence in the Minova health zone in the Democratic Republic of Congo. The study adopted a mixed-method approach combining quantitative data from a questionnaire survey of 112 survivors and qualitative data from seven semi-structured interviews with service providers and community leaders. Triangulation of these data with documentary sources made it possible to compare the perceptions of beneficiaries with the perspectives and experiences of those involved in referral and care. The results of this study reveal a high level of satisfaction and security among survivors; the majority of them received medical (97%) and psychosocial (99%) care. However, challenges remain, notably less frequent referral to legal services, with lack of funding and the security situation identified as the main barriers. There is no statistically significant difference between hesitation to seek medical attention after the incident and income level ($\chi^2 = 0.3082$; $p = 0.956525 > 0.05$) or distance ($\chi^2 = 1.252$; $p = 0.592 > 0.05$). To enhance the effectiveness of the system, it is important to strengthen the legal and socio-economic reintegration pillars, carry out targeted and inclusive awareness-raising activities to combat stigma, and remove barriers that limit access to and continuity of care.

Keywords: Care system, Gender-Based Violence, Holistic care, Stigmatisation, Minova.

Liste des sigles et acronymes

AS	: Aire de Santé
CH	: Centre Hospitalier
CODESA	: Comité de Développement de Santé
CS	: Centre de Santé
DIU	: Diplôme Inter-Universitaire
DPS	: Division Provinciale de la Santé
FIDH	: Fédération Internationale pour les Droits Humains
FONAREV	: Fonds National pour la Réparation des Victimes de violences
GNUUD	: Groupe des Nations Unies pour le Développement Durable
HCR	: Haut-Commissariat pour les Réfugiés
HIAS	: Hebrew Immigrant Aid Society
IRC	: International Rescue Committee
IST	: Infection Sexuellement Transmissible
MONUSCO	: Mission de l'Organisation des Nations Unies pour la Stabilisation du Congo
OCDE	: Organisation de Coopération et de Développement Économique
OMS	: Organisation Mondiale de la Santé
ONG	: Organisation Non gouvernemental
OR	: Odds Ratio
RDC	: République Démocratique du Congo
SD	: Standard Deviation
SIDA	: Syndrome d'Immunodéficience Acquise
SPSS	: Statistical Package for the Social Sciences
UN	: United Nations
UNFPA	: Fonds des Nations Unies pour la Population
VBG	: Violence Basée sur Genre
VIH	: Virus d'Immunodéficience Humaine
VSBG	: Violence Sexuelle et Basée sur le Genre
ZS	: Zone de Santé

Table des matières

Remerciements	I
Dédicace	II
Résumé	III
Abstract	IV
Liste des sigles et acronymes	V
Table des matières	VI
1. Introduction.....	1
2. Problématique.....	2
3. Objectif général	6
4. Objectifs spécifiques	6
CHAPITRE 1. REVUE DE LA LITTÉRATURE	7
1.1. Définition de concepts	7
1.1.1. Violence	7
1.1.2. Violences Basées sur le Genre	8
1.1.3. Survivante/Victime	10
1.1.4. Prise en charge holistique	10
1.1.5. One Stop Center (Guichet Unique)	11
1.2. Revue de la littérature théorique	12
1.2.1. La théorie de l'intersectionnalité	12
1.2.2. Théorie du modèle de prise en charge holistique	13
1.2.3. La théorie féministe de la violence	15
1.2.4. Approche fondée sur les droits humains	16
1.3. Revue de la littérature empirique	16
CHAPITRE 2. APPROCHE MÉTHODOLOGIQUE.....	21
2.1. Cadre d'étude	21
2.2. Type d'étude	23
2.3. Echantillonnage	23
2.4. Méthodes, techniques et outils de collecte de données	24
2.4.1. Méthodes	24
2.4.2. Techniques et outils	24

2.5. Critères d'inclusion et d'exclusion	25
2.5.1. Critères d'inclusion	25
2.5.2. Critères d'exclusion et de non inclusion	25
2.6. Méthodes d'analyse et de traitement de données	25
2.7. Les considérations éthiques	26
CHAPITRE 3. PRESENTATION DES RESULTATS.....	27
1. Profil sociodémographique des répondants	27
2. Accès au dispositif de prise en charge	28
3. Qualité de prise en charge multidisciplinaire	34
4. Sentiment de respect de la confidentialité et de l'anonymat	36
5. Barrières d'accès et de continuité des soins à la structure de prise en charge	37
6. Approches communautaires et sensibilisations	39
CHAPITRE 4. DISCUSSION DES RÉSULTATS.....	43
1. Profil sociodémographique des répondants	43
2. Accès au dispositif de prise en charge	43
3. Qualité de prise en charge multidisciplinaire	46
4. Sentiment de respect de la confidentialité et de l'anonymat	46
5. Barrières d'accès et de continuité des soins à la structure de prise en charge	47
6. Approches communautaires et sensibilisations	47
CONCLUSION	50
LIMITES ET PERSPECTIVES	51
RECOMMANDATIONS	52
Références bibliographiques.....	53
Liste des tableaux.....	62
Listes des figures	63
Annexe 1 : Zone d'étude	i
Annexe 2 : Guide d'entretien adressé aux prestataires des services de VBG	ii
Annexe 3 : Guide d'entretien adressé aux leaders communautaires.....	iii
Annexe 4 : Questionnaire d'enquête adressé aux survivantes de VBG suivies au CH Bulenga	iv

1. Introduction

Les violences basées sur le genre (VBG), en particulier en période de conflit armé ou de guerre, représentent l'une des formes de violations des droits humains, affectant la dignité, la santé mentale et physique, ainsi que la cohésion sociale des communautés. En République Démocratique du Congo (RDC), notamment dans les zones touchées par des conflits armés comme l'Est, ces violences sont devenues structurelles et massivement utilisées comme stratégie de domination, d'humiliation et de déstabilisation sociale (J. T. Kelly et al., 2011).

Depuis les deux guerres du Congo (1996-2003) et d'autres qui s'en étaient suivies, les efforts de la communauté nationale et internationale ont permis de mettre en place des dispositifs de prise en charge des survivantes des VBG, dont le modèle holistique de la Fondation Panzi du Dr Mukwege est une illustration importante. Ce modèle, qui repose sur quatre piliers fondamentaux (médical, psychosocial, juridique et socioéconomique), est reconnu mondialement et implémenté dans plusieurs structures de santé à l'Est de la RDC, notamment au Centre Hospitalier Bulenga, l'une des structures de la Zone de Santé de Minova. Néanmoins, malgré la mobilisation des ressources et l'implication d'acteurs multiples, l'efficacité de ces dispositifs demeure encore insuffisamment évaluée de manière systématique, surtout dans leur capacité réelle à répondre aux besoins complexes des survivantes (C. A. Foussiakda et al., 2025).

La présente étude se focalise exclusivement sur le critère d'efficacité du dispositif de prise en charge dans la zone de santé de Minova. Ce choix est justifié par le fait que, dans un contexte où les ressources sont limitées et les besoins immenses, il est impératif de mesurer ce qui fonctionne réellement et d'identifier les failles ou insuffisances dans les mécanismes mis en œuvre. Pour l'OCDE (2023), « l'efficacité est la mesure dans laquelle une intervention a atteint, ou devrait atteindre, ses objectifs et ses résultats, y compris les résultats différenciés selon les groupes de population. L'analyse de l'efficacité suppose de prendre en compte l'importance relative des objectifs ou des résultats » (OCDE, 2023)

Dans la revue documentaire exploitée, nous n'avons pas trouvé d'étude ou de recherche qui s'est penchée particulièrement sur l'évaluation de l'efficacité du modèle holistique de prise en charge des survivantes/victimes, que ce soit dans un contexte post-conflit ou pas. Cet aspect pourrait empêcher de juger la pertinence des efforts réalisés et entrepris ou d'orienter les futures interventions dans un contexte volatile comme celui de la Zone de santé de Minova pour améliorer le bien-être des survivantes et leur autonomisation durable.

L'intérêt de cette étude est double : d'une part, de documenter de manière rigoureuse et contextuelle les forces et limites du dispositif mis en place à Minova en se basant sur les perceptions des bénéficiaires, des prestataires et leaders communautaires ; d'autre part, de contribuer à la production de connaissances applicables pour la révision des modèles d'intervention holistique dans d'autres zones affectées par les VBG en RDC et en Afrique.

Au regard du nombre de cas observés et rapportés des violences sexuelles et du besoin de répondre de manière multisectorielle à ce fléau, cette évaluation s'inscrit dans une logique d'amélioration continue de la qualité des services et des droits humains, de respect de la dignité des survivantes/victimes, conformément aux engagements du gouvernement de la RDC en matière de lutte contre les violences sexuelles en temps de conflit.

2. Problématique

La violence à l'égard des femmes est à la fois un problème social, de santé publique et un fléau mondial. Qu'il s'agisse de violence domestique, physique, émotionnelle, de viol, notamment conjugal, de crimes sexuels perpétrés au cours des conflits armés ou des violences exercées contre les femmes défenseuses des droits humains (FIDH, 2013).

Les violences sont souvent accentuées dans la période de crise, en utilisant non seulement le viol comme arme de guerre mais aussi les enlèvements et l'esclavage sexuel (Poggi & Waltmann, 2019).

Plus de 100 000 femmes ont été violées dans la région de Berlin juste après la deuxième guerre mondiale ; alors que des centaines de femmes Bengalis ont été violées par les soldats pakistanais pendant la guerre de Sécession du Bangladesh (The New Humanitarian, 2009).

Selon une étude menée par l'OMS (2021), au niveau mondial, une femme sur trois subit des violences physiques ou sexuelles infligées par un partenaire intime. Cette violence exercée par un partenaire intime touche environ 641 millions de personnes. Une jeune femme sur quatre, âgée de 15 à 24 ans, ayant eu une relation de couple aura déjà été victime de violence de la part d'un partenaire intime lorsqu'elle atteint l'âge de 25 ans. Toutefois, 6 % des femmes dans le monde déclarent avoir été agressées sexuellement par quelqu'un d'autre que leur mari ou leur partenaire (OMS, 2021).

Ainsi, quel que soit le milieu où se produisent ces violences, elles s'inscrivent souvent dans le cadre d'un rapport de force et de domination, dans un contexte d'inégalité et de discrimination. Les victimes sont essentiellement des personnes vulnérables et discriminées, des enfants, des femmes, des personnes en situation de handicap, placées en institution, racisées, ou en situation de grande précarité ou de marginalisation (M. Salmona, 2021).

En plus, les violences sexuelles s'inscrivent dans une dynamique influencée par plusieurs dimensions interconnectées. Elles incluent des facteurs économiques, tels que les relations sexuelles transactionnelles, ainsi que des aspects socioculturels, notamment la stigmatisation entourant l'éducation sexuelle et les inégalités entre les femmes et les hommes. Sur le plan sanitaire, l'accès limité aux méthodes contraceptives et l'utilisation inappropriée des préservatifs favorisent la transmission des infections sexuellement transmissibles, dont le VIH/SIDA, et augmentent le risque de grossesses non désirées (Mimche & Tanang, 2013).

Par ailleurs, ces violences sont également influencées par des rapports de pouvoir, où l'abus d'autorité joue un rôle central. La dimension de genre, qui concerne spécifiquement les violences dirigées contre les femmes et les filles, est renforcée par des normes sociales qui maintiennent l'idée d'une infériorité féminine, contribuant ainsi à la persistance de ces agressions. Une approche globale, adaptée et coordonnée est essentielle pour lutter efficacement contre ces formes de violences et leurs conséquences (Mimche & Tanang, 2013).

Le rapport de *L'International Rescue Committee (IRC)* cité par Surie von Czechowski (2024), détaille « les programmes mis en place pour la prévention et la réponse aux violences basées sur le genre et montre la grandeur des activités destinées à répondre à ces violences, particulièrement dans les camps de déplacés » (Surie von Czechowski, 2024).

Ce rapport stipule que « L'équipe chargée de la protection et de l'*empowerment* des femmes gère des centres d'accueil, des services psychosociaux, des services de soutien juridique, un soutien matériel, des abris sûrs, la gestion de cas et des références. Les activités génératrices de revenus pour les femmes comprennent la fabrication de savons, le batik et la couture. Cette expérience a montré que le fait de fournir des espaces et des réseaux sûrs, d'offrir une gestion des cas et une thérapie de groupe pour les survivantes des VBG et de fournir des activités de l'*empowerment* économique sensibles au genre a fait une différence dans la vie des femmes et des filles au monde » (Surie von Czechowski, 2024).

En France, par exemple, l'accès aux soins de santé mentale et physique reste difficile pour les personnes migrantes, ce qui limite la prise en charge des violences qu'elles ont subies. Bien que plusieurs structures spécialisées existent pour accompagner les victimes, leur accès demeure complexe (Orspere-Samdarra, 2025).

Au Mali, environ 35 % des femmes ont subi des violences sexuelles au moins une fois dans leur vie (UNFPA, 2020). Toutefois, ce chiffre sous-estime la réalité, car de nombreuses victimes, confrontées à des obstacles sociaux, économiques et culturels, ne peuvent souvent pas signaler ces agressions ni accéder à une aide appropriée (UNFPA, 2023).

Selon Baaz et Stern (2009), le phénomène des violences basées sur le genre en République Démocratique du Congo a fait l'objet de toute une série de cadres d'analyse. Tout d'abord, le viol est considéré comme une forme de butin de guerre, dans lequel les hommes violents commettent des actes de violence sexuelle contre leurs cibles pour leur satisfaction personnelle ; deuxièmement, les forces militaires ont recours à la violence sexuelle comme mécanisme d'intimidation et de domination, dans le but de porter atteinte à la dignité de leurs adversaires et troisièmement, ces actes sont stratégiquement utilisés comme instruments pour la destruction des liens communautaires essentiels. De nombreux groupes armés détruisent les liens familiaux en violant violemment les femmes congolaises pour rendre leurs victimes stériles (Baaz & Stern, 2009).

Wood E. (2014) explique ce qui suit : « les viols des femmes sont utilisés comme arme de guerre pendant les conflits armés, ils se pérennisent et persistent aussi en période post-conflit sous les mêmes modalités, ils deviennent plus inquiétants non seulement pour les victimes

d'hier et les victimes potentielles, mais encore pour toute la société congolaise et, partant, pour l'avenir de l'Afrique ». À ce sujet, Elisabeth Jean Wood refuse de parler de viols comme stratégie en période post-conflit ; elle introduit, pour cela, un nouveau paradigme qui qualifie ces viols et les inclut dans une nouvelle catégorie de « viols comme une pratique », produit d'interactions sociales » (Wood, 2014).

Quel problème en République Démocratique du Congo ?

La prise en charge de survivantes des violences basées sur le genre est essentiellement basée sur le plan psychosocial. L'attention portée à la violence sexuelle en République démocratique du Congo (RDC) a pris de l'importance pendant les guerres de 1996 à 2002, alors que les organisations locales étaient confrontées à une augmentation du nombre de femmes et de filles victimes des viols collectifs commis par des groupes armés (Nfundiko, 2015). Kandolo et ses collaborateurs (2017) ont examiné les motivations des actes de viol commis par des individus armés en RD Congo, affirmant qu'une compréhension globale de leurs points de vue faciliterait des interventions plus efficaces visant à s'attaquer aux causes profondes de ce phénomène (Kandolo et *al.*, 2017).

Eu égard à ce qui précède, en 2009, le gouvernement congolais a mis en place une Stratégie nationale de lutte contre les violences sexuelles et basées sur le genre (SNVBG), avec une priorité donnée aux provinces de l'est, particulièrement touchées par les conflits. Son application a débuté en 2011, dans un contexte de recrudescence des violences. Cette stratégie est devenue une référence pour tous les acteurs engagés dans la protection des femmes et des filles contre les violences (SNVBG, 2009). La SNVBG repose sur cinq axes principaux notamment le renforcement de l'application de la loi et lutte contre l'impunité, la prévention et protection contre les violences sexuelles, la réforme du système de sécurité et de justice, la prise en charge multisectorielle, incluant la réinsertion socio-économique et le soutien communautaire et la gestion des données et des informations pour mieux comprendre et combattre ces violences (SNVBG, 2009).

En complément, trois approches transversales ont été intégrées entre autres la mobilisation des autorités et des leaders locaux, le développement des capacités institutionnelles et le renforcement du pouvoir des femmes. Une avancée notable de cette stratégie est qu'elle inclut désormais la rééducation des auteurs de violences, une mesure absente des précédentes initiatives. Cette approche vise à réduire la récurrence et à favoriser un changement durable dans la société (UNFPA, 2019).

Les études de Salmona (2021) montrent que la prise en charge reste encore symptomatique, donc qu'elle se limite à guérir les symptômes et dans ce contexte, elle est insuffisante pour restaurer totalement la victime. Cette prise en charge limitée pousse certaines victimes à recourir à l'aide informelle et développent des stratégies de survie et d'auto-traitement très coûteuses en souffrances, douleurs et risques sur la santé (M. Salmona, 2021).

Dans la région de l'Est de la RDC, plusieurs associations (locales, nationales et internationales) s'associent et interviennent à plusieurs niveaux tant sanitaires, psychologiques, économiques, que juridiques pour restaurer ou venir en aide les victimes de violences sexuelles et celles basées sur le genre (Koudou et al., 2019).

Néanmoins, les dispositifs de prise en charge des victimes de violences basées sur le genre ne sont pas coordonnés et souvent non adaptés à leurs besoins spécifiques (UNFPA, 2023). L'anonymat et la confidentialité, qui sont des éléments importants pour garantir la sécurité et la dignité des survivantes, sont partiellement rassurant car les lieux d'accueil et d'écoute sont généralement connus au sein des communautés. De plus, l'accompagnement proposé se concentre principalement sur les conséquences physiques des violences tandis que les dimensions psychologiques, économiques et sociales restent largement ignorées (Fonteyne, 2019).

Les différents obstacles liés à l'accès aux soins en faveur des survivantes des violences basées sur le genre sont multiples en période de conflit. Les barrières socio-économiques, géographiques et culturelles, qui limitent déjà l'accès aux services de santé de manière générale et en temps normal, deviennent encore plus difficiles pour les survivantes de violences basées sur le genre. Ces difficultés limitent une prise en charge rapide, efficace et adaptée à leurs besoins, notamment en raison de la peur des représailles, de la distance avec les structures de prise en charge, du manque de ressources financières et de la crainte d'être stigmatisées ou dénoncées au sein de leur communauté (Fonteyne, 2019).

Dans cette perspective, une approche plus intégrée, coordonnée et sécurisée est nécessaire pour garantir un accès équitable aux soins et aux services de soutien, en tenant compte des réalités locales et des besoins spécifiques des survivantes (Koudou et al., 2019).

Ainsi, La gestion efficace de la violence à l'égard des femmes nécessite des efforts collaboratifs de la part de diverses parties prenantes à tous les niveaux du système socio-écologique en garantissant une prise en charge inclusif, incluant la santé physique, mentale et d'autres soutiens pour l'insertion communautaire.

Face à cette problématique ci-haut décrite, nous essayerons de répondre aux questions suivantes :

- Comment se présente le dispositif de prise en charge des survivantes des violences basées sur le genre dans la zone de santé de Minova, à l'Est de la RD Congo ?
- Quelle est l'efficacité du modèle holistique de prise en charge des survivantes de violences basées sur le genre dans la zone de santé de Minova, à l'Est de la RD Congo ?
- Quels sont les principaux obstacles socio-économiques, géographiques et culturels qui limitent l'accès des survivantes aux services de prise en charge à Minova ?

- Dans quelle mesure les approches communautaires et sensibilisations peuvent-elles améliorer la qualité de la prise en charge des survivantes de violences basées sur le genre dans la zone de santé de Minova, à l'Est de la RD Congo ?

3. Objectif général

Le but de notre travail est d'évaluer l'efficacité du dispositif de prise en charge des survivantes des violences basées sur le genre dans la zone de santé de Minova afin de proposer des recommandations pour sa mise en œuvre.

4. Objectifs spécifiques

De manière spécifique, la présente étude poursuit les objectifs suivants :

- Évaluer le niveau d'efficacité du modèle holistique dans la prise en charge des survivantes (organisation et mise en œuvre) ;
- Analyser les obstacles socio-économiques et géographiques qui influencent l'accès des survivantes/victimes aux services de prise en charge à Minova ;
- Évaluer les perceptions des bénéficiaires sur le respect de la confidentialité et de l'anonymat dans les structures de prise en charge ;
- Évaluer l'impact des approches communautaires sur la prise en charge des survivantes dans la zone de santé de Minova, à l'Est de la RD Congo ;
- Formuler des recommandations visant à accroître l'efficacité du modèle holistique dans la zone de santé de Minova et de la RD Congo en général.

Le chapitre suivant (Chapitre 1) traite de la revue de la littérature (cadre conceptuel, revue théorique et revue empirique).

CHAPITRE 1. REVUE DE LA LITTÉRATURE

Dans ce chapitre, trois parties sont abordées entre autres la définition des concepts, la revue de littérature théorique et la revue empirique. Dans la première partie, plusieurs définitions de concepts clés sont présentées dans le but est de trouver la définition la plus adaptée à la compréhension de chaque concept dans le cadre de cette étude. La deuxième partie reprend les théories ayant un lien avec le sujet traité pour identifier son fondement théorique et la troisième partie présente les études antérieures similaires ayant été menées en lien avec celui-ci afin de dégager l'originalité de cette recherche.

Dans le cadre de cette étude, les concepts les plus récurrents sont : violence, violences basées sur le genre, modèle holistique, survivantes. Étant donné que, dans le domaine de la santé, l'OMS (Organisation Mondiale de la Santé) est une institution de renommée et une référence mondiale, plusieurs définitions sont issues de leurs publications et rapports.

1.1. Définition de concepts

Dans cette partie, il est question d'attribuer une définition aux concepts récurrents dans cette étude. Vu les idées controversées des auteurs (attribuant une définition au concept selon son domaine d'intérêt), il est difficile de trouver une définition juste mais nous essayerons de donner des définitions issues des organisations internationales de renom, mais aussi en s'appuyant à la revue bibliographique solide.

1.1.1. Violence

Avant de donner la définition des violences basées sur le genre, parlons d'abord de la violence. Toute analyse globale de la violence devrait commencer par définir les diverses formes de violence de manière à en faciliter l'évaluation scientifique. Il existe bien des façons de définir la violence. L'Organisation Mondiale de la Santé définit la violence comme étant « la menace ou l'utilisation intentionnelle de la force physique ou du pouvoir contre soi-même, contre autrui ou contre un groupe ou une communauté qui entraîne ou risque fortement d'entraîner un traumatisme, un décès, des dommages psychologiques, un mal développement ou des privations » (OMS, 2014).

En effet, de nombreux facteurs étiologiques principaux contribuant à la mortalité (tels que les maladies cardiovasculaires, les accidents vasculaires cérébraux, les néoplasmes et le VIH/sida) sont étroitement associés aux cas de violence manifestés par la consommation de tabac, d'alcool et de substances illicites, en plus de la participation à des pratiques sexuelles à haut risque. Les répercussions de la violence font peser une lourde charge sur les systèmes de santé, les cadres de justice pénale, les prestations de services sociaux, les initiatives de protection sociale et les structures économiques des communautés (OMS, 2014).

Ce rapport de situation de l'OMS (2014) sur la prévention de la violence dans le monde classifie les conséquences sous-jacentes de celle-ci :

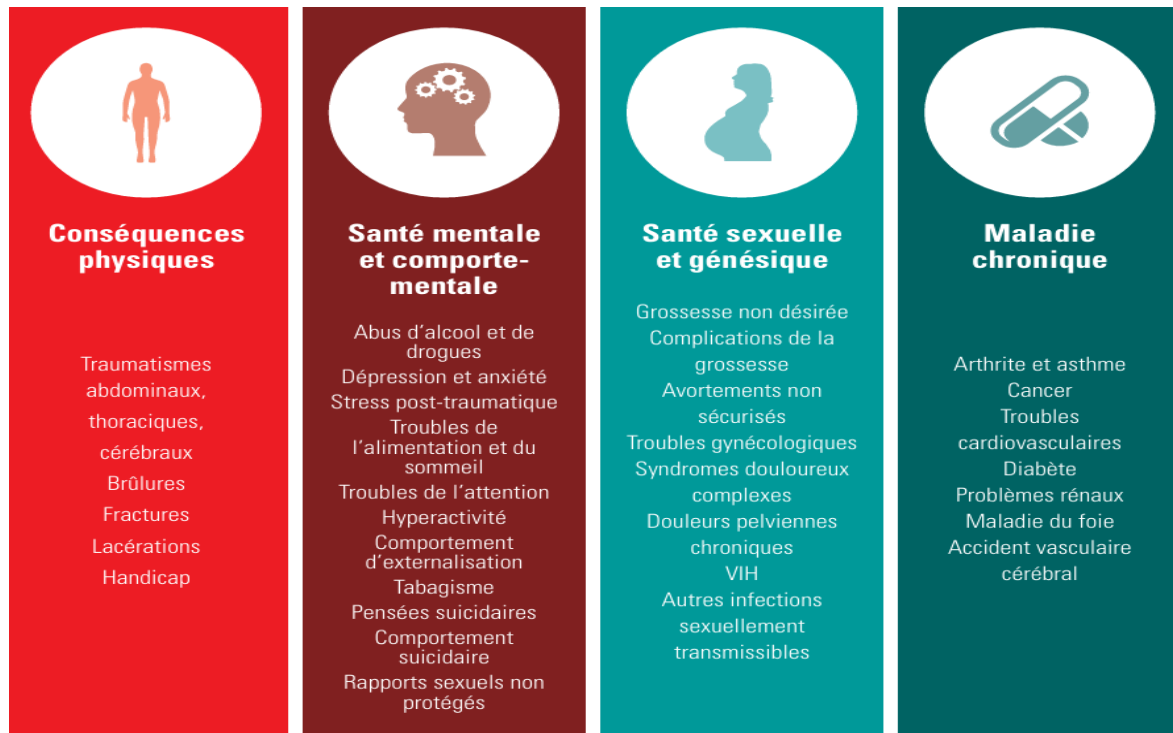


Figure 1 : conséquences comportementales et sanitaires de la violence (OMS, 2014).

Malgré l'incidence considérable de décès attribués à la violence et les répercussions considérables de la violence non mortelle sur les femmes, les enfants et les personnes âgées, les données présentent d'importantes lacunes ; ces lacunes diminuent par la suite l'efficacité des initiatives visant à prévenir la violence (OMS, 2014).

1.1.2. Violences Basées sur le Genre

Selon le l'Organisation de Nations Unies pour la Population (UNFPA), « la violence basée sur le genre ou violence sexiste est un terme regroupant tous les actes infligés à une personne contre son gré. Elle est fondée sur les différences sociales (genre) entre hommes et femmes. Les actes de VBG violent un certain nombre de droits de l'Homme fondamentaux protégés par des textes et des conventions internationales. Un grand nombre, mais pas toutes les formes de VBG sont illégales et considérées comme des actes criminels au regard des législations et politiques nationales » (UNFPA, 2015).

Pour Khan (2011), « la violence basée sur le genre est une violence exercée contre une personne à cause de son sexe biologique, de son identité sexuelle ou par rapport à certaines normes sociales de féminité et de masculinité » (Khan, 2011).

Pour l'International Rescue Committee (IRC), les violences basées sur le genre englobent les actes nuisibles perpétrés contre l'autonomie d'un individu, sur la base de la construction sociétale du genre. Ces violences sexistes sont fréquemment intensifiées dans les contextes de conflits armés et de catastrophes naturelles, touchant principalement les adolescentes, les femmes, un phénomène qui se produit même en période de stabilité sociale. Dans le contexte des urgences humanitaires, la prévalence de la violence sexuelle, de la violence domestique,

des mariages précoces et de diverses autres manifestations de violence augmente, ce qui rend les filles et femmes de plus en plus vulnérables. Les hommes, en particulier les personnes handicapées, ne sont pas non plus exempts de violences sexuelles dans le cadre des crises humanitaires (International Rescue Committee, 2024).

Selon les Nations Unies (2005), la violence basée sur le genre est définie comme un terme générique désignant « tout acte préjudiciable perpétré contre la volonté d'une personne et fondé sur des différences (de genre) socialement attribuées entre les femmes et les hommes. En d'autres termes, la violence basée sur le genre se caractérise généralement par des violences physiques, sexuelles, mentales ou économiques infligées à une personne, généralement une femme ou une fille, et cela inclut le harcèlement et les violences sexuelles, les mutilations génitales, les mariages d'enfants, et les abus psychologiques » (Nations Unies, 2005).

Les définitions ci-haut mentionnées mettent en lumière le caractère systémique, structurel et multidimensionnel des violences basées sur le genre. Elles montrent que les VBG ne se limitent pas à des actes individuels, mais qu'elles résultent de rapports de pouvoir établis par les normes sociales, culturelles et les dynamiques de genre. En contexte de crise humanitaire comme en RDC, ces violences sont nombreuses, affectant plus fortement les femmes, les filles, mais aussi d'autres groupes vulnérables tels que les personnes handicapées ou marginalisées. Cela souligne l'importance d'adopter une approche de prise en charge globale, sensible au genre, tenant compte à la fois des spécificités contextuelles, des mécanismes de protection existants, et de la nécessité de restaurer la dignité, l'autonomie et les droits fondamentaux des survivantes.

- **Typologie de violences basées sur le genre**

Selon le GBVIMS (2006), la communauté humanitaire n'est pas en mesure de recueillir, de classer et d'analyser les informations sur la Violence basée sur le genre (VBG) de manière à pouvoir produire des statistiques comparables. Pour traiter ce problème, le Fonds des Nations Unies pour la population (UNFPA), l'International Rescue Committee (IRC) et le Haut-Commissariat des Nations Unies pour les réfugiés (HCR) ont mis au point un nouvel outil de classification de la VBG strictement destiné à permettre de standardiser la collecte des données relatives à la VBG chez l'ensemble des prestataires de services VBG (GBVIMS, 2006).

Ainsi, ils classent six principaux types de VBG pour permettre la collecte de données et l'analyse de statistiques des données sur les VBG :

- a. **Viol** : pénétration vaginale, anale ou buccale sans consentement (même superficielle), à l'aide du pénis ou d'une autre partie du corps. Il s'applique également à l'insertion d'un objet dans le vagin ou l'anus (Banque Mondiale, 2022).
- b. **Agression sexuelle** : toute forme de contact sexuel sans consentement ne débouchant pas ou ne reposant pas sur un acte de pénétration. Entre autres exemples : les tentatives de viol, ainsi que les baisers, les caresses et les attouchements non désirés aux parties génitales ou aux fesses (Banque Mondiale, 2022).

- c. **Agression physique** : Violence physique n'étant pas de nature sexuelle. Elle englobe les coups, gifles, strangulation, coupures, bousculades, brûlures, tirs ou usage d'armes, quelles qu'elles soient, attaques à l'acide ou tout autre acte occasionnant des douleurs, une gêne ou des blessures (Thera, 2025).
- d. **Mariage forcé/précoce** : Mariage d'une personne contre sa volonté ou d'une personne n'ayant pas atteint 18 ans (UNFPA, 2019).
- e. **Déni de ressources, d'opportunité et services** : déni d'accès légitime à des ressources/actifs économiques ou à des opportunités de subsistance, et à des services éducatifs, sanitaires ou autres services sociaux. Par exemple, lorsqu'on empêche une veuve de recevoir un héritage, lorsque les revenus d'une personne sont confisqués de force par son compagnon intime ou un membre de sa famille, lorsqu'une femme se voit interdire l'usage des moyens de contraception, lorsqu'on empêche une fille d'aller à l'école, etc. (Thera, 2025).
- f. **Violences psychologiques/émotionnelles** : infliction de douleurs ou de blessures mentales ou émotionnelles. Par exemple, les menaces de violence physique ou sexuelle, intimidation, humiliation, isolement forcé, poursuite, harcèlement verbal, attention non souhaitée, remarques, gestes ou écrits de nature sexuelle et/ou menaçants, destruction de biens précieux, etc. (Banque Mondiale, 2022).

1.1.3. Survivante/Victime

L'IRC définit ce terme comme étant « une personne qui a été victime de violence basée sur le genre. Les termes "victime" et " survivante" peuvent être utilisés de manière interchangeable, bien que "victime" soit généralement préféré dans les secteurs juridique et médical, et " survivante" dans les secteurs de soutien psychologique et social » (International Rescue Committee, 2024).

Dans ses travaux, Salmona (2024) affirme que « ce qui est particulièrement sidérant pour les victimes de viols c'est la confrontation soudaine à l'intentionnalité implacable d'un ou de plusieurs agresseurs de les détruire, de les faire souffrir, de porter atteinte à leur intégrité et à leur dignité en les chosifiant et en les dégradant, et d'en jouir. Cette intentionnalité et le non-sens de violences inexplicables et inconcevables font basculer les victimes dans un monde cruel et inhumain, ce qui leur fait perdre tout repère et les met en état de choc » (D. M. Salmona, 2024).

1.1.4. Prise en charge holistique

Le terme "holistique" vient du grec "holos", qui signifie « entier » ou « total ». Cette étymologie reflète parfaitement l'essence de la pratique : une prise en charge *complète* de l'être humain (Guérir autrement, 2024).

La Fondation Panzi, du Dr Mukwege (2024) milite à l'échelle mondiale pour que les soins complets soient reconnus comme un droit humain fondamental pour toutes les victimes ou survivantes, en mettant l'accent sur leur intégration dans les systèmes de santé nationaux. En

outre, elle préconise la mise en place d'une stratégie nationale de justice pour répondre à cette préoccupation pressante (Mukwege, 2024).

Cette prise en charge holistique des survivantes ou victimes est guidée par les principes directeurs en matière de VBG qui sont des principes internationalement acceptés, destinés à guider le travail de tous les assistants quel que soit leur rôle en adoptant une approche centrée sur les survivantes dans toutes leurs interactions avec les personnes qui ont vécu la violence basée sur le genre (International Rescue Committee, 2024).

1.1.5. One Stop Center (Guichet Unique)

Les "One Stop Center" sont des espaces où les femmes peuvent être prises en charge de façon holistique (Initiative Spotlight, 2024). Ils proposent une gamme de services aux victimes et survivants de VBG. De l'assistance médicale, psychosociale, en passant par la prise en charge sécuritaire, juridique et judiciaire des victimes (BOCOUM, 2021). Selon Koszotse.Agbodzavu (2021), le One Stop Center « offre de multiples avantages entre autre la facilitation du référencement, la réduction du traumatisme, la garantie de la confidentialité, le meilleur suivi des survivantes, de même que leur sécurisation » (kodzotse.agbodzavu, 2021).

Le Dr Mukwege, définit cette approche comme « une prise en charge holistique en faveur des survivantes des violences sexuelles en les faisant bénéficier de tous les services dont elles ont besoin à la carte (càd à leur choix et selon leurs besoins) et à un même endroit » (Mukwege, 2023).

Ainsi, il présente un modèle de prise en charge au sein des guichets uniques (One Stop Center) qui montre comment les quatre piliers de prise en charge (pilier médical, psychologique, juridique et réinsertion socio-économique). Cette prise en charge est centrée sur la personne et permet de répondre à ses différents besoins.

Prise en charge holistique: Guichet unique ou One Stop Center



Figure 2 : Guichet unique (Source : Fondation Panzi, 2021)

1.2. Revue de la littérature théorique

Dans cette partie, les théories relatives à aux violences basées sur le genre sont passées en revue. L'objectif est de situer cette étude dans la littérature pour une éventuelle contribution. Ainsi, plusieurs théories ont été soulevées dans la littérature et notre étude veut se situer dans celle-ci.

1.2.1. La théorie de l'intersectionnalité

Développée par Kimberlé C., (2005) ; Hill Collins P. et Bilge S., (2016), cette théorie permet d'analyser la situation de personnes subissant simultanément plusieurs formes de domination ou de discrimination dans une société donnée (Kimberlé C., 2005 ; Hill Collins P. et Sirma B., 2016).

L'intersectionnalité facilite une compréhension des dynamiques qui régissent les interactions entre l'ethnicité, la classe sociale et les contextes rural/urbain, en particulier en ce qui concerne les relations établies avec la survivante/victime. L'objectif est d'examiner les intersections entre les différentes formes de violence dans le but de comprendre comment elles s'influencent mutuellement et d'évaluer leurs répercussions sur les survivantes (Josse, 2015). Par exemple, l'examen des VBG sous l'angle de l'intersectionnalité permet d'illustrer comment une personne ayant subi un viol peut avoir déjà subi ou subira les autres types de VBG si des solutions n'ont pas été apportées (De Winter, 2006).



Figure 3 : Graphique de l'intersectionnalité des VBG

Ainsi, le viol est une violence sexuelle qui est souvent précédée par une violence physique (coups, blessures, ligotage etc.). Celle-ci est l'étape antérieure à la violence sexuelle ; en cas de survivance un traumatisme psychologique est en général vécu par la victime.

1.2.2. Théorie du modèle de prise en charge holistique

Créé et mis en place par Dr Denis Mukwege, le modèle de prise en charge holistique permettant d'offrir aux victimes des violences basées sur le genre un parcours de soins complet reposant sur quatre piliers notamment la prise en charge médicale, psychologique, juridique et socioéconomique. Ce modèle, internationalement reconnu et repris, répond aux différents besoins des survivantes et permet le rétablissement physique, la récupération émotionnelle et la reconstruction des moyens de subsistance tout en contribuant à la restauration durable et à long terme dans leurs communautés. Les établissements proposant cette prise en charge centrée sur la victime sont appelés *one stop center* (OSC) ou « guichet unique » (Mukwege, 2023).

Cette approche facilite l'intégration des survivantes dans leurs processus de reconstruction personnelle à travers de multiples dimensions ou prismes : médicale, psychosociale, juridique et socio-économique. La mise en œuvre de ces processus de manière intégrée nécessite l'évaluation de chaque facette de l'existence d'un individu (mentale, physique, émotionnelle, socio-économique) en tant que facteurs qui doivent être reconnus pour garantir sa reconstruction efficace (admin_bis, 2022).

Pour toute survivante venant consulter, les hôpitaux de la Fondation Panzi mettent en œuvre une approche globale pour toutes les victimes qui demandent une consultation après avoir

été victimes de violences sexuelles, qui est systématiquement classée en quatre piliers distincts (<https://fondationpanzirdc.org/>).

Le premier pilier comprend la fourniture de soins médicaux immédiats aux victimes, y compris des interventions chirurgicales et le traitement des infections sexuellement transmissibles. Certaines victimes présentent des symptômes également liés à un traumatisme psychologique de « dissociation », comme des maux d'estomac, des malaises. La guérison physique est un processus qui est couplé à la guérison psychologique avec des conséquences sur la victime, qui peuvent avoir un impact sur le long terme : dépression, phobies, troubles de l'alimentation, honte, culpabilité. Ces symptômes sont souvent aggravés par l'exclusion sociale au sein de la communauté, et la rupture des liens familiaux. Le troisième pilier concerne la fourniture d'une assistance juridique fondée sur le consentement éclairé. Pour de nombreuses survivantes, la reconnaissance judiciaire des violations qu'elles ont subies, notamment l'atteinte à leur dignité et à leurs droits, ainsi que la sanction de leur agresseur, revêtent une importance capitale (Hamber & Lundy, 2020).

Enfin, la réintégration socio-économique se manifeste sous diverses formes. Certaines survivantes reçoivent une aide financière d'urgence, tandis que d'autres reçoivent des formations dans les domaines de la création de revenus ou reçoivent une aide pour trouver un emploi (Fritz, 2010). Cette dimension vise à remédier à la perte du soutien socio-économique qui constituait auparavant leur lien avec la communauté. Ces différents axes sont interdépendants ; le processus de guérison du corps est considérablement amélioré lorsque les survivantes se sentent en sécurité et bénéficient d'un soutien psychologique (Haesevoets, 2018).

Cependant, pour améliorer l'efficacité de la prise en charge, la Fondation Panzi, par l'entremise du Dr Denis Mukwege, a mis en place un circuit de prise en charge qui permet de suivre de manière continue les survivantes dès l'arrivée jusqu'à la sortie. Ce circuit se présente de la manière suivante :



Figure 4 : Circuit de prise en charge de survivantes/victimes de violences basées sur le genre (adapté par la Fondation Panzi, 2021)

Ainsi, mettre les survivantes au centre de leur processus de reconstruction permet de leur donner le choix où ils ne l'ont jamais eu. En choisissant le type de soins psychologiques dont ils vont bénéficier, ils vont ressentir la sécurité, et faire confiance aux soignants, puis à autrui plus généralement. Ils ont enfin l'impression d'agir, d'être maîtresses de leurs décisions et de s'émanciper du statut de victime. La prise en charge peut être individuelle ou en groupe, la première permet d'accéder à des soins sur mesure, tandis que la seconde permet de côtoyer d'autres personnes ayant vécu des expériences similaires pour co-crée une dynamique communautaire permettant une réinsertion (admin_bis, 2022).

1.2.3. La théorie féministe de la violence

Dans les années 1970, divers mouvements ont émergé pour tenter de résoudre des problèmes tels que les agressions sexuelles, la violence domestique, les stérilisations forcées et les mutilations génitales féminines. La « campagne mondiale pour les droits humains des femmes » décrit cette violence comme « dirigée contre les femmes » et reconceptualiser les « droits des femmes » dans le cadre des droits humains, les élevant ainsi au rang de question fondamentale plutôt que d'être confinée à une catégorie spécifique, alors qu'elle représente une partie importante de l'humanité (Bunch et al., 1994).

La théorie féministe met en lumière les dynamiques de pouvoir et montre l'importance de considérer les expériences vécues des victimes comme source essentielle de connaissance (Mrabti & Alaoui, 2025) et critique les approches traditionnelles qui pathologisent les femmes en ignorant les dimensions sociales et politiques de la violence (Hooks, 2000).

Ainsi, Labica (2007) cité par (Ndonko & Tchokote, 2023), la théorie pro-féministe stipule que « pour les hommes, la violence est une façon d'exercer leur pouvoir et leur suprématie sur les femmes » (Ndonko & Tchokote, 2023).

Kelly (1988) stipule que « en insistant sur une approche holistique centrée sur la victime, la théorie du féminisme remet en question les normes institutionnelles qui reproduisent les inégalités de genre et propose des stratégies pour les transformer » (L. Kelly, 1988).

1.2.4. Approche fondée sur les droits humains

Les droits de l'homme constituent la pierre angulaire des actions entreprises par les Nations Unies depuis la création de l'Organisation en 1945 et la ratification ultérieure de la Charte des Nations Unies (Schutter et al., 2022).

L'approche fondée sur les droits de l'homme (« *Human Rights-Based Approach* ») représente un cadre théorique utilisé dans le processus de développement humain, fondé sur les normes internationales relatives aux droits de l'homme, l'objectif opérationnel principal étant la défense et la sauvegarde des droits de l'homme (GNUDD, 2019). Cette méthodologie vise à examiner les disparités qui sont au cœur des défis du développement et à faire face aux pratiques discriminatoires et à la répartition inégale du pouvoir, qui entravent la réalisation des avancées en matière de développement et aboutissent souvent à la marginalisation de groupes démographiques entiers (HIAS, 2015).

Conformément aux conclusions présentées par le Rapporteur spécial sur les droits de l'homme, De Schutter (2021), « cette approche permet d'identifier les voies par lesquelles ces objectifs peuvent être atteints : les principes de la redevabilité, de non-discrimination et de participation, en particulier, fournissent des orientations essentielles pour la formulation des politiques de développement, en veillant à ce qu'elles donnent la priorité aux intérêts des populations plutôt qu'à l'augmentation de la richesse monétaire uniquement ou principalement » (De Schutter, 2021).

L'approche axée sur les survivants complète l'approche fondée sur les droits de l'homme en plaçant les droits, les besoins et les désirs des survivants de la violence sexuelle et sexuelle au cœur de la réponse. Il faut pour cela considérer les multiples besoins et vulnérabilités des survivants et l'impact des décisions et des mesures prises pour soutenir cette approche. Cette approche garantit que les services sont adaptés aux besoins et aux priorités uniques des survivants, en reconnaissant le rôle primordial qu'ils jouent dans leur propre rétablissement.

1.3. Revue de la littérature empirique

Cette partie du travail permet de recenser les travaux ayant porté sur un sujet similaire afin de situer l'originalité de cette étude.

Plusieurs études ont été menées dans le cadre de violences basées sur le genre, que ce soit au niveau mondial, africain, RD Congo et en particulier dans la province du Sud-Kivu.

Combien de personnes sont touchées par la violence basée sur le genre ?

Le rapport de l'OMS, cité par Global Citizen (2021) expose des chiffres alarmants car 200 millions de femmes ont subi les mutilations génitales, tandis que 33 à 51% de femmes et des filles âgées de 15 à 49 (âge de procréation) en Océanie, en Asie du Sud et en Afrique subsaharienne ont subi une forme de violence de la part d'un partenaire sexuel ou d'une autre personne. On estime que 37% des femmes vivant dans les pays les plus pauvres ont subi des violences physiques et/ou sexuelles de la part d'un partenaire intime au cours de leur vie, certains de ces pays ayant une prévalence s'élevant à une sur deux (Global Citizen, 2021).

L'étude de situation menée par l'Organisation Mondiale de la Santé (2014) au niveau mondial a montré qu'il est important de proposer des services de soins et d'accompagnement de qualité aux victimes pour réduire le traumatisme, les aider à guérir et éviter que les personnes concernées ne deviennent une nouvelle fois victimes ou auteurs de violences (OMS, 2014). Cette étude a ressorti les données suivantes sur la situation des pays mettant en place des services de santé mentale dans le monde :

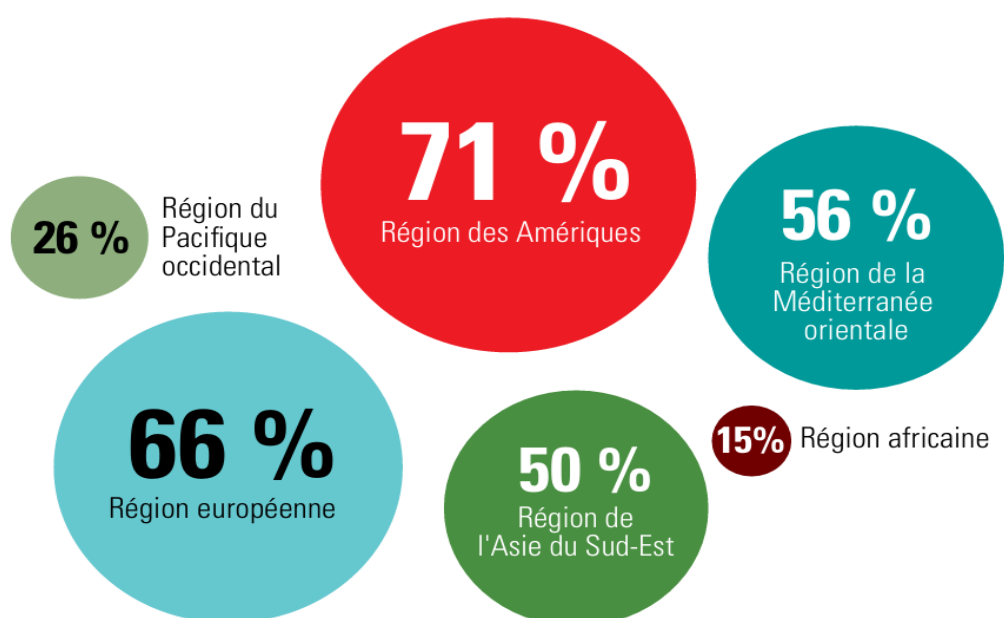


Figure 5 : pourcentage de pays déclarant qu'ils mettent en place des services de santé mentale pour les victimes de violence à grande échelle (n = 133 pays).

Ces résultats montrent que les services d'accompagnement des victimes vont au-delà des soins médicaux ou autres. La représentation juridique dans les tribunaux et le versement d'une indemnité par l'État sont des éléments importants, non seulement pour les cas de violence sexuelle, mais également pour les autres types de violences commises (OMS, 2014).

L'étude précise en outre que 86 % des pays reconnaissent des cadres juridiques qui offrent aux victimes la possibilité d'être représentées par un avocat et de participer activement aux procédures judiciaires pénales ; toutefois, 52 % seulement révèlent l'existence de lois relatives

à l'indemnisation des victimes. La disponibilité de telles dispositions légales et le degré de leur mise en œuvre varient considérablement en fonction de la classification des revenus du pays, ces lois étant nettement plus répandues et rigoureusement appliquées dans les pays à revenu élevé que dans leurs homologues à faible revenu (OMS, 2014).

Le rapport d'évaluation final de UNPA (2015) sur l'ampleur et les déterminants des Violences Basées sur le Genre en République du Niger montre que 93,4% des victimes des VBG sont des femmes et, dans 72% des cas, les hommes, auteurs de l'acte sont des conjoints des victimes ; c'est-à-dire qu'il y a une forte présence de VBG au sein des ménages au Niger. Ces violences perpétrées sont à 72% physiques et sexuelles, 5% culturelles (excision), 7% économiques et 17% psychologiques (UNFPA, 2015).

Une étude effectuée au Tchad indique que le mariage précoce est la forme de violence la plus citée dans les entretiens. Le mariage précoce est une coutume dans notre communauté, mais un vrai danger pour la fille : grossesse, intervention chirurgicale, mort et aussi plusieurs cas de fugue » (Le Masson et *al.*, 2017).

En effet, à l'issue de son enquête menée en 2016, la Mission de l'Organisation des Nations Unies pour la Stabilisation en République Démocratique du Congo (MONUSCO) révèle que 68% des auteurs des violences basées sur le genre appartenaient aux groupes armés non étatiques, 27% aux forces armées et 5% à la Police Nationale Congolaise et à l'Agence Nationale de Renseignements (MONUSCO, 2017).

Les résultats du baromètre de sécurité pour le Kivu établi par Women Rights Watch en collaboration avec le Groupe d'Études sur le Congo, documentent de nombreux nouveaux incidents impliquant des violences sexuelles de masse contre des femmes, tueries et des enlèvements, enregistrés entre juin et novembre 2017 uniquement dans les provinces du Nord et du Sud-Kivu. En outre, ces résultats indiquent une augmentation considérable de la présence de combattants locaux et étrangers actifs dans cette région, le nombre de groupes armés passant de 70 à 120 en deux ans dont de nombreux cas de violences sexuelles de masse ont été documentés, entraînant la mort de plus de 526 civils et l'enlèvement de plus de 1 087 personnes (Kivu Security Tracker, 2017).

De cette manière, le phénomène du viol est de plus en plus conceptualisé comme une un crime de genre, un crime de souillure, et en particulier comme un génocide silencieux dont les femmes constituent une multitude de victimes. Ceci sous-entend que le viol est associé au « statut des femmes dans les sociétés », à « l'exploitation du pouvoir qui se manifeste dans un contexte sexuel », à un « système de relations interpersonnelles », à une « dynamique des relations de pouvoir » et à « l'échange disproportionné qui souligne la domination d'une partie sur une autre » (Fagnoli, 2012). Ces femmes subissent des drames insupportables, avant, pendant et après le viol (Mumbere, 2016).

Une étude menée à Lubumbashi sur les violences sexuelles en milieu urbain en 2017, fait ressortir une prévalence hospitalière 3,35 %, soit 116 cas des violences sexuelles sur les

3 459 patients accueillis à l'Hôpital Général de Référence Kampemba au cours de l'année 2013 (Kandolo et *al.*, 2017).

Cette étude indique également que 71,6% des répondants ont eu un retentissement psychologique et ont été pris en charge ; le viol a été la violence basée sur le genre la plus observée soit 79,3 % des cas ; 10,4% des cas de mariage forcé post viol, 4,3 % d'harcèlement sexuel ainsi que 3,4 % de tentative de viol. Quant à la profession, les agresseurs sexuels étaient le plus souvent de profession libérale, soit 54,3 % contre 12,1 % des cas des militaires. Les élèves (12,1 %), les étudiants (6 %), les travailleurs (10,3 %) et les désœuvrés (5,2 %) ont aussi été incriminés (Kandolo et *al.*, 2017)..

Une étude menée auprès de 700 femmes ayant consulté pour VS (Violences Sexuelles) dans les quatre hôpitaux de Goma entre janvier 2019 et décembre 2020 indique que la tranche d'âge des survivantes était de 12 à 67 ans, avec un âge moyen de $31,7 \pm 14,6$ ans. Les femmes âgées de 20 à 29 ans étaient les plus touchées (28 %) ; la majorité des survivantes de VS ont subi leur première agression (88,29 %) et ont consulté dans les 72 heures (60,6 %) ; les agressions ont eu lieu principalement à l'extérieur du domicile des survivantes de VS, sous la menace armée (84,29 %), principalement par des hommes en civil (61,43 %), contre des hommes en uniforme militaire (38,57 %). Plus de la moitié des survivantes ont été agressées par un inconnu (64,71 %), et parmi celles-ci, plus de la moitié ont été commises par un seul auteur (57,29 %) (Kiakuvue et *al.*, 2024).

Une étude menée sur les tendances des violences sexuelles entre 2004 et 2008 au Sud-Kivu, indique que le nombre d'agressions sexuelles signalées comme perpétrées par des combattants armés a diminué de 77 % ($p = 0,086$) et le nombre d'agressions signalées comme perpétrées par des auteurs non spécifiés a diminué de 92 % ($p < 0,0001$) (ICART, 2010). Dans le même temps, selon le registre de l'hôpital de Panzi, le nombre d'agressions sexuelles signalées comme perpétrées par des civils a été multiplié par 17 ($p < 0,0001$) (Bartels et *al.*, 2011).

Une étude menée à l'Est de la RD Congo portant sur les expériences des femmes survivantes de violences sexuelles ressort que près de la moitié des femmes interrogées (44,6 %) ont attendu un an ou plus avant de solliciter des services de prise en charge contre les VSS ; 55% d'entre elles ont déclaré avoir mis plus d'une journée pour se rendre dans les centres de prise en charge des VSS ; seulement 4,2 % d'entre elles ont bénéficié de services de prise en charge dans les 72 heures suivant l'agression (qui représente un délai médicalement important pendant lequel les victimes peuvent bénéficier d'une prophylaxie contre les infections sexuellement transmissibles (IST) et le VIH). Cette même étude ressort que deux tiers des femmes (68,9 %) ont déclaré avoir été victimes de viol collectif (viol commis par plus d'un agresseur à la même occasion) et 46 % des femmes ont déclaré avoir été enlevées (emmenées de force du lieu du premier viol pendant plus d'une journée) par leur agresseur. Quarante-trois pour cent des femmes ont identifié leur agresseur comme portant une sorte d'uniforme militaire ; Ces femmes étaient trois fois plus susceptibles d'avoir été victimes de viol collectif que les femmes signalant des agresseurs non uniformes (OR 3,31 ; IC à 95 % 1,16-9,51 ; $p =$

0,022) (J. Kelly et *al.*, 2011). Dans une étude menée au Sud-Kivu territoire de Kabare, plus de 75 % des répondantes (tant les survivantes de viol que les femmes du groupe témoin) présentaient des besoins d'assistance psychologique (C. A. Foussiakda et *al.*, 2025).

Entre juillet 2013 et décembre 2017, l'hôpital de Panzi, dans son rapport annuel, a prodigué des soins post-agression sexuelle à 1 766 patients (1 623 femmes et 93 hommes) (Fondation Panzi, 2018). Les femmes survivantes étaient plus susceptibles d'être mineures de moins de 18 ans ($p < 0,0001$) avec un âge moyen de 16,5 ans contre 22,3 ans pour les hommes. Après une agression sexuelle, les hommes (79,6 %) étaient plus susceptibles que les femmes (55,7 %) de se présenter à l'hôpital dans les 72 heures ($p < 0,0001$) (Lussy et *al.*, 2021).

- ***Le programme de sensibilisation en faveur des survivantes de violences basées sur le genre***

Dans ses travaux, Foussiakda (2022) ressort que le viol peut être considéré comme un fait social qui peut être combattu par l'ensemble communauté. Certains membres de la communauté pensent comment œuvrer pour faire aux hommes qu'ils ne doivent pas rejeter leurs épouses (C. Foussiakda et *al.*, 2022).

Mukwege et Berg (2016) ont réalisé des activités de sensibilisation dans un village situé à 33 km au Nord de Bukavu dans lequel 82 filles de moins de dix ans ont été violées en peu de temps, dont 29 ont été prises en charge par l'hôpital de Panzi. L'hôpital de Panzi a mis en place une équipe composée du directeur médical et de V-Men (un mouvement d'hommes engagés dans la lutte contre les violences sexuelles), qui était chargée de mener des activités de sensibilisation et de mobilisation dans la communauté locale contre ces viols d'enfants. Des tables rondes ont été organisées avec des représentants des autorités politiques et administratives, de la police, de la justice et de l'armée locale (Mukwege & Berg, 2016).

Une étude menée par Christian et ses collaborateurs (2011) sur les violences sexuelles faites aux femmes et filles a indiqué une mise en place d'un plan de plaidoyer pour l'amélioration de programmes dans plusieurs domaines. Ce plan a ressorti 3 axes :

1. Les services de soins de santé, y compris la capacité à identifier les survivants et un accès accru aux soins cliniques et au soutien psychosocial pour les survivants masculins ;
2. Les initiatives de développement économique, y compris les programmes de microfinance, pour les hommes et leurs familles afin de les aider à retrouver leur rôle productif au sein de la famille ;
3. La sensibilisation et l'éducation de la communauté aux VSBG contre les femmes afin de réduire la stigmatisation et la discrimination et d'accroître l'acceptation des survivants par la famille et la communauté au sens large (Christian et *al.*, 2011).

Le chapitre suivant traite de l'approche théorique utilisée pour atteindre les résultats de cette étude.

CHAPITRE 2. APPROCHE MÉTHODOLOGIQUE

Dans ce chapitre, nous essayerons de présenter le cadre d'étude (zone de collecte de terrain), l'échantillonnage de l'étude, les méthodes, techniques et outils de collecte de données adoptée, les critères d'inclusion et d'exclusion, la méthode d'analyse et de traitement de données adoptée et les considérations éthiques tout en exposant les critères d'évaluation de la qualité de la recherche.

2.1. Cadre d'étude

La Zone de Santé de Minova est le résultat d'un long processus. En effet, elle était une partie de la ZSR de Kirotshé en province du Nord Kivu. Cette dernière était à cheval sur deux provinces (Nord et Sud Kivu) et deux territoires (Masisi dans la province du Nord-Kivu et Kalehe au Sud-Kivu) Elle est issue de la décision du redécoupage des zones de santé intervenue en novembre 2003 et entérinée par l'arrêté n°1250/CAB/MINISA/AS/088/2003.

Le ministère provincial de la santé du Sud-Kivu la certifia par sa lettre n°255/431/BSSP/SK/2004 du 09 Août 2004, avec l'arrivée à Minova de deux cadres de l'IPS pour faire l'état de lieux permettant de constituer les données utiles à une prise des décisions adéquates.

Cette zone est dominée par des montagnes et de quelques petites vallées. Le sol de cette dernière est argilo-sablonneux. Dictées par le relief, les vallées sont caractérisées par la présence des sols alluvionnaires. Ceux-ci influencent beaucoup la production agricole du milieu. La végétation de haute altitude est caractérisée par les bambous et arbres, forêts de montagne (actuellement en extinction). La zone au bord du lac quant à elle est caractérisée par la savane herbacée.

La Zone de Santé de Minova est constituée de 21 Aires de Santé réparties et a une population totale estimée à 406574 habitants. Sur le plan de la multiculturalité, cette zone est composée des plusieurs tribus entre autres Havu (majoritairement dominante), Shi, Hunde, Hutu, Nande, etc., ce qui l'expose à certains conflits.

Le CH Bulenga étant considéré comme la structure de déploiement du modèle holistique de prise en charge de survivantes/victimes des violences basées sur le Genre, nos recherches se sont concentrées sur cette structure et ses espaces sûrs actifs.

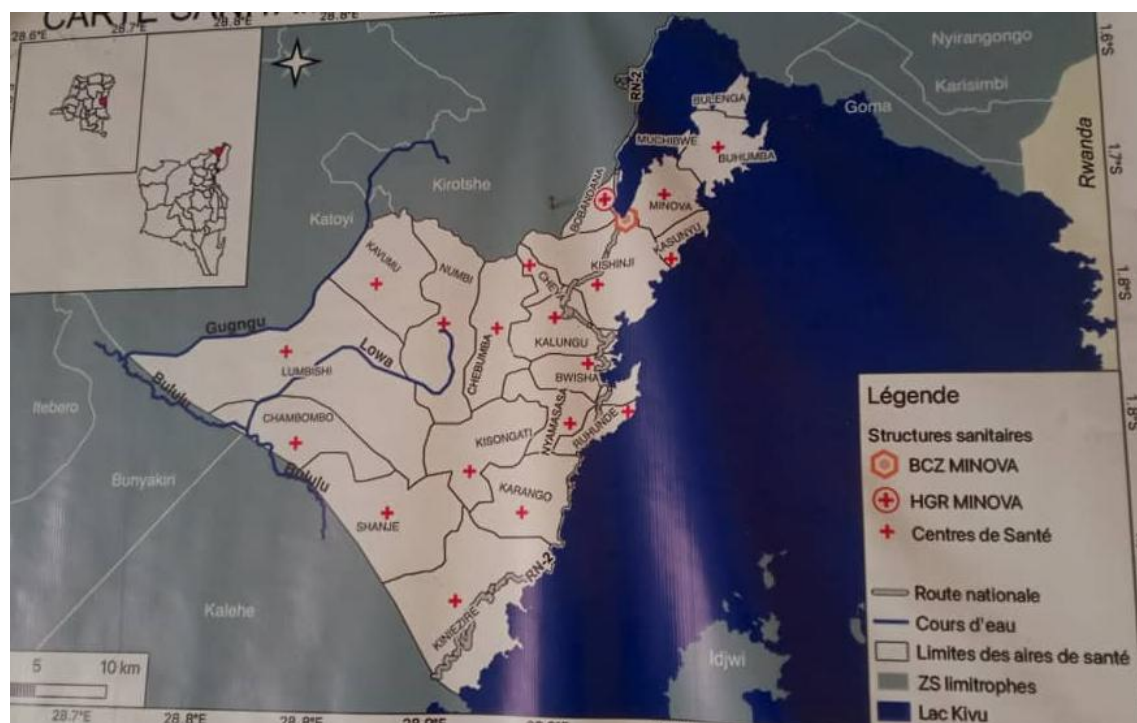


Figure 6 : Carte sanitaire de la Zone de Santé de Minova (Source : Zone de Santé de Minova)

Tableau 1: Population de la zone de santé de Minova en 2024 par Aire de santé et villages

CODE/AS	Villages	Population
(62260401) Bobandana	3	22850
(62260402) Buhumba	4	12742
(62260403) Bulenga	6	22575
(62260404) Bwisha	4	10870
(62260405) Chambombo	5	15172
(62260406) Chebumba	3	12276
(62260407) Cheya	4	13570
(62260408) Kalungu	5	17314
(62260409) Karango	7	15801
(62260410) Kasunyu	5	11562
(62260411) Kavumu	3	18636
(62260412) Kiniezire	6	20264
(62260413) Kishinji	3	11516
(62260414) Kisongati	4	14668
(62260415) Lumbishi	7	30629
(62260416) Minova	6	45422
(62260417) Muchibwe	7	13009
(62260418) Numbi	4	30865
(62260419) Nyamasasa	8	15781
(62260420) Ruhunde	4	11743
(62260421) Shanje	5	39309
Total	103	406574

Source : Pyramide sanitaire des zones de santé (source : DPS Sud-Kivu)

2.2. Type d'étude

Il s'agit d'une étude descriptive transversale. La population d'étude est constituée des survivantes/victimes des violences basées sur le genre, ayant visité la structure de prise en charge sur la période allant du 01 au 31 Juillet 2025. L'étude a mobilisé aussi une population des personnes ressources (les informateurs clés) afin de recueillir leurs opinions, leurs expériences sur les VBG pour mieux comprendre le phénomène étudié.

2.3. Echantillonnage

Dans le cadre de cette étude, pour la recherche quantitative, nous avons considéré tous les bénéficiaires (victimes/survivantes des VBG) ayant visité le centre de prise en charge (CH Bulenga) pour solliciter une prise en charge. Ainsi, l'échantillon quantitatif est constitué de 112 survivantes/vivantes qui ont été enquêtées pendant cette période d'étude.

Pour la recherche qualitative, nous avons utilisé l'échantillonnage non probabiliste basé sur une approche de choix raisonné qui consiste à sélectionner des participants en fonction du jugement du chercheur (Claude, 2019). L'objectif est d'obtenir des informations détaillées sur un phénomène particulier et précis.

Selon Imbert (2010), la recherche qualitative est inductive, récursive et souple, ce qui signifie qu'elle s'appuie sur l'expérience des participants pour construire progressivement une compréhension du phénomène (Imbert, 2010).

Nous nous sommes basés sur nos connaissances des violences basées sur le genre pour identifier les participants qui constituent les informateurs clés et pouvant fournir les informations pertinentes recherchées.

Ceci étant, les répondants pour cette recherche étaient constitués des prestataires de services dans la gestion de cas (Médecins, infirmiers, psychologues, juriste, Gestionnaire de cas VBG, Chargé de réinsertion, etc.), des leaders communautaires (chefs locaux, religieux, etc.).

Tableau 2 : Echantillonnage qualitatif

N°	Titre/Poste	Sexe	Organisation
1	Médecin Directeur	M	Fondation Panzi
2	Infirmier Superviseur	M	Zone de Santé de Minova
3	Psychologues	M	Fondation Panzi
4	Psychologue	M	Fondation Panzi
5	Infirmier	F	Fondation Panzi
6	Gestionnaire de cas VBG	F	Fondation Panzi
7	Chargé de réinsertion	M	Fondation Panzi
8	Représentant du Chef de Groupement	M	Groupement Buzi/Minova
9	Chef de Village Butumba	M	Village Butumba
10	Infirmier Titulaire	M	CS Bulenga
11	Point Focal Genre et Famille	F	Territoire de Kalehe/Minova

Un total de 11 personnes a été interviewé pour fournir des informations valides et pertinentes par rapport au phénomène étudié.

Lors de la collecte de données qualitatives, nous avons atteint 7 personnes et nous avons constaté la saturation au vu des informations que nous disposions de ces personnes, au regard de la répétition de mêmes avis.

2.4. Méthodes, techniques et outils de collecte de données

2.4.1. Méthodes

Pour collecter les données, nous utiliserons les méthodes mixtes (méthodes quantitatives et qualitatives). Pour les méthodes quantitatives, nous avons fait recours au type d'échantillonnage exhaustif prenant en compte toutes les survivantes/victimes venant à la structure (CH Bulenga) pour la prise en charge pendant une période d'un mois (du 01 au 31 Juillet 2025). Pour les méthodes qualitatives, nous avons utilisé les entretiens semi-structurés. Les guides d'entretien ont été adressés aux informateurs clés entre autres susceptibles de fournir des données valides et de qualité afin de répondre aux questions de recherche.

2.4.2. Techniques et outils

Pour la collecte des données, nous avons procédé aux techniques ci-après :

- Revue documentaire

A travers la revue documentaire nous avons consulté les recherches antérieures sur les thématiques relatives à notre étude. Ainsi, cette technique nous a permis de consulter la littérature grise sur les aspects liés aux VBG mais aussi les rapports administratifs de différentes institutions (OMS, UNFPA, IRC, Fondation Panzi, etc.).

- Méthode d'enquête

Grâce à cette technique, nous avons collecté les données primaires auprès de la population cible (victimes/survivantes des VBG) en utilisant un questionnaire d'enquête contenant des questions fermées et logé dans le logiciel KoboCollect. Ce questionnaire comprend 7 sections distinctes qui permettent de répondre aux objectifs et aux propositions de recherche de l'étude :

- Section A : Informations générales et profil socio-démographique des répondantes
- Section B : Accès au dispositif de prise en charge
- Section C : Qualité de la prise en charge multidisciplinaire
- Section D : Confidentialité et anonymat
- Section E : Obstacles à l'accès et à la continuité des soins
- Section F : Approche communautaire et sensibilisation
- Section G : Perceptions et satisfaction globale

- **Entretien semi-structuré**

Cette étude a fait recours aux entretiens semi-structurés auprès des informateurs clés (Key Informant). Il s'agit d'une technique de collecte de données qualitatives qui nous a permis de recueillir des informations détaillées et approfondies sur les expériences, les opinions, les histoires de succès et les perceptions des participants/répondants. Cette méthode donne au répondant une certaine liberté d'expression tout en permettant à l'intervieweur de guider et orienter l'entretien. Nos guides d'entretiens couvrent plusieurs points, entre autres le parcours professionnel et le fonctionnement du dispositif, Accessibilité, qualité et participation des bénéficiaires, les ressources, collaborations et perspectives. La dernière partie du guide porte sur les conclusions et les recommandations générales.

2.5. Critères d'inclusion et d'exclusion

2.5.1. Critères d'inclusion

De manière générale, nous avons inclus dans notre étude les personnes remplissant les critères ci-après :

- Être victime/survivante des violences Basées sur le Genre ;
- Être pris en charge au à la structure de prise en charge (CH Bulenga) sur la période allant du 01 au 31 juillet 2025 ;
- Être Leader communautaire ;
- Être gestionnaire de cas de VBG dans la zone de santé de Minova ;
- Accepter et être apte à répondre à nos questions.

2.5.2. Critères d'exclusion et de non inclusion

Ont été exclus et non inclus dans cette étude :

- Les personnes ne remplissant pas les critères d'inclusion énumérés ci-haut énumérés ;
- Les personnes remplissant les critères ci-haut énumérés mais qui ne sont pas apte à répondre au questionnaire ;
- Les personnes ayant accepté de participer mais qui ont interrompu l'entretien avant d'éplucher toutes les questions.

2.6. Méthodes d'analyse et de traitement de données

Les données quantitatives collectées ont été soumises à un contrôle rigoureux de la qualité et effectué via Excel ou un contrôle de la qualité à haute fréquence (HFC) pour supprimer toutes les erreurs dans la base des données avant d'être analysées. Après ce nettoyage, les données ont été importées dans le logiciel SPSS version 27 pour les analyses statistiques. Pour décrire les données, nous avons utilisé les moyennes et leur déviation standard (SD) pour les distributions symétriques après avoir effectué le test de normalité avec un seuil de 0,05 de comparaison. Les analyses descriptives ont été présentées sous forme de tableaux d'effectifs et pour les mesures d'association, la comparaison des proportions a été faite avec le test chi-carré de Pearson ou le test exact de Fisher pour les proportions inférieures ou égales à 5. Les tableaux et les graphiques ont été traités dans Excel (Office 2016) pour une meilleure visualisation.

Pour les données qualitatives, après les avoir recueillies à travers des entretiens, nous avons procédé à leur retranscription. Une fois les entretiens intégralement retranscrits mot pour mot (pour avoir les verbatims), nous avons procédé à leur codage, qui consistait à identifier les unités de sens dans les données et à les regrouper en catégories thématiques.

Le codage de données qualitatives a été effectué avec le logiciel NVIVO version 14, qui nous a permis de générer une matrice à condensée pour mieux apercevoir tous les verbatims et leurs différents contenus. Cette analyse nous a permis d'utiliser le contenu des perceptions, d'expériences, d'opinions de l'ensemble des répondants pour chaque niveau de thème et sous-thème.

Ces données qualitatives ont été utilisées pour expliquer et compléter les données quantitatives collectées auprès de bénéficiaires afin de bien expliciter le phénomène et proposer un plan d'action adapté.

2.7. Les considérations éthiques

Cette étude a respecté les principes éthiques fondamentaux entre autres la validation du protocole et tous les outils de recherche par le Directeur de la recherche ; le consentement éclairé (explication claire des objectifs de la recherche aux participants, obtention d'un consentement écrit ou verbal avant toute administration du questionnaire) ; la confidentialité et anonymat (protection des données personnelles des participants, anonymisation des réponses dans les analyses et les publications) ; respect des normes institutionnelles (conformité aux directives en matière de collecte, d'analyse et d'utilisation des données), le respects des principes directeurs mais aussi au principe de « do no harm » compte tenu de la sensibilité du sujet exploité et du contexte sécuritaire de la zone d'étude.

Après cette approche méthodologique, le chapitre suivant présente les résultats atteints. Ces résultats sont issus des données quantitatives collectées sur terrain auprès des bénéficiaires (survivantes/victimes des VBG) et complétées par les données qualitatives collectées auprès des informateurs clés (incluant les prestataires des services et les leaders communautaires)

CHAPITRE 3. PRESENTATION DES RESULTATS

Ce troisième chapitre présente les résultats obtenus à travers le concours des méthodes mixtes (quantitatives et qualitatives). Ce chapitre présente les résultats de l'analyse quantitative sous forme des tableaux et figures. Les résultats de l'analyse qualitative viennent apporter une lumière ou une explication aux données quantitatives par des opinions, des expériences et des pratiques.

1. Profil sociodémographique des répondants

Tableau 3 : Répartition des répondantes selon les caractéristiques socio-démographiques

Variabes	Effectifs (n = 112)	%	Moyenne (écart type)
<u>Age des répondantes</u>			
≤ 25 ans	24	22%	35 ± 11,5
26 à 37 ans	46	41%	
38 à 49 ans	26	23%	
≥ 50 ans	16	14%	
<u>Niveau d'étude</u>			
Aucun	57	51%	
Primaire	37	33%	
Secondaire	18	16%	
<u>Etat Civil</u>			
Célibataire	25	22%	
Divorcée/Séparée	26	23%	
Mariée	39	35%	
Veuve	22	20%	
<u>Activité principale</u>			
Agriculture	33	29%	
Couturière	8	7%	
Formatrice en coupe et couture	2	2%	
Formatrice en pâtisserie	1	1%	
Petit commerce	55	49%	
Sans emploi	13	12%	
<u>Taille de ménage</u>			
≤ 5 personnes	50	45%	6 ± 2,7
6 à 9 personnes	48	43%	
≥ 10 personnes	14	12%	
<u>Nombre d'enfants à charge</u>			
≤ 5 enfants	70	63%	4 ± 2,8
6 à 9 enfants	37	33%	
≥ 10 enfants	5	4%	

Revenu mensuel moyen de la répondante

≤ 20 000 FC	60	54%	32 913 ± 44 585
21 000 à 40 000 FC	33	29%	
41 000 à 60 000 FC	10	9%	
≥ 61 000 FC	9	8%	

Lieu de Résidence par rapport à la structure de prise en charge

Moins de 5 km	34	30%
5 à 10 km	52	47%
Plus de 10 km	26	23%

Au vu de ce tableau, nous remarquons que 41% des répondantes ont un âge compris entre 26 et 37 ans, 14% ont un âge supérieur ou égale à 50 ans avec une moyenne d'âge de 35 ans ($35 \pm 11,5$); 51% n'ont aucun niveau d'étude contre 16% de niveau d'étude secondaire. Il démontre encore que 35% des répondantes sont mariées, 23% divorcées ou séparées tandis que 22 et 20% sont respectivement célibataires et veuves. Parmi les répondantes, 49% exercent le petit commerce comme activité principale, 29% sont agricultrices et 1% seulement est formatrice en pâtisserie. La taille moyenne de ménage est de 6 personnes par ménage ($6 \pm 2,7$), 45% ont une taille de ménage inférieure ou égale à 5 personnes, 43 ont entre 6 et 9 personnes et 12% ont une taille de ménage supérieure ou égale à 10 personnes. 63% des répondantes ont un nombre d'enfant à charge inférieur ou égal à 5 enfants (≤ 5 enfants) et 4% seulement ont un nombre d'enfants supérieur ou égal à 10 enfants (≥ 10 enfants) avec une moyenne de 4 enfants par répondante ($4 \pm 2,8$). Nous remarquons enfin que 54% des répondantes ont des revenus mensuels inférieurs ou égaux à 20 000 FC, 29% ont un revenu variant entre 21 000 à 40 000 FC et 8% seulement ont un revenu supérieur ou égal à 61 000 FC avec une moyenne des revenus de 32 913 FC ($32 913 \pm 44 585$).

Le calcul de la moyenne ou de la médiane a été décidé en effectuant le test de normalité au seuil de comparaison de 0,05 et tous les tests ont été supérieurs. D'où le calcul de la moyenne pour toutes les variables quantitatives.

2. Accès au dispositif de prise en charge

Tableau 4 : Relation entre l'hésitation de visiter la structure de PEC après l'incident et le niveau de revenu mensuel des répondantes

Variables	≤ 20 000 FC	21 000 à 40 000 FC	41 000 à 60 000 FC	≥ 61 000 FC	Total	Valeur du test	p
Non	28%	16%	4%	4%	52%	0,3082	0,956525
Oui	26%	13%	4%	4%	48%		
Total	54%	29%	8%	8%	100%		

Ce tableau montre que 52% n'ont pas hésité à visiter une structure de prise en charge après l'agression. En ce qui concerne le revenu mensuel moyen, il se remarque que 54% des répondantes ont un revenu inférieur ou égal à 20 000 FC alors que seulement 8% ont à la fois un revenu variant entre 41 000 à 60 000 FC mis aussi plus ou moins 61 000 FC.

Le test de Khi-carré montre qu'il n'y a pas de lien entre l'hésitation à visiter une structure de prise en charge et le revenu car la valeur de p est supérieure à 0,05 (valeur Khi2 = 0,3082 ; p= 0,956525).

Tableau 5 : Relation entre l'hésitation de visiter la structure de PEC et la distance

Variables	Moins de 5km	5 à 10km	Plus de 10km	Total	Valeur de Khi2	p
Non	17%	22%	13%	52%	1,252	0,592
Oui	13%	25%	10%	48%		
Total	30%	47%	23%	100%		

Il ressort de ces résultats que 52% des répondantes n'ont pas hésité à visiter une structure de prise en charge après l'agression. En ce qui concerne la distance, il se remarque que 47% parcourent 5 à 10km entre la résidence et la structure de prise en charge alors que 23% parcourent plus de 10km. Le test de Khi-carré montre qu'il n'y a pas de lien entre l'hésitation à visiter une structure de prise en charge et la distance car la valeur de p est supérieure à 0,05 (valeur Khi2 = 1,252 ; p= 0,592).

Les prestataires de services affirment de manière répétée que la distance est un défi majeur pour l'accès aux soins en faveur des survivantes. Un des prestataires précise que « à cause des défis de la distance, les personnes vivant loin de la structure ne peuvent pas arriver à temps, surtout dans le délai recommandé de 72h pour la prise en charge préventive »¹ ; une autre affirme que « la structure de prise en charge est excentrée et les aires de santé sont inaccessibles en raison de l'insécurité due aux rebelles, cela empêche le suivi à domicile pourtant ce suivi est important essentiel pour une prise en charge de qualité. A cause de la guerre, il y a des coins où les interventions ne sont plus possibles, ce qui empêche une meilleure prise en charge ».²

Tableau 6 : Répartition des répondants selon l'accès au dispositif

Variables	Effectifs (n=112)	%
Source de Connaissance de l'existence de la structure		
Agents ONG	62	55%
Amis, famille, connaissance	13	12%
Chefs communautaires ou relais	34	30%
Radio	3	3%

¹ Entretien 1, CH Bulenga, 16 Juillet 2025

² Entretien 3, CH Bulenga, 15 Juillet 2025

Délai entre l'incident et la première visite de la structure		
Moins de 72h	71	63%
Plus de 72h	41	37%
L'accueil au centre était-il rapide		
Oui	112	100%
La structure paraît-elle sûre et accueillante		
Oui	112	100%
Type d'incident		
Agression physique	21	19%
Agression sexuelle	39	35%
Déni de ressources, d'opportunités et des services	13	12%
Mariage précoce/forcé	5	4%
Viol	20	18%
Violences émotionnelles et psychologiques	14	12%
Auteur de l'incident		
Civil, autre partenaire	39	32%
Civil, partenaire intime	49	24%
Militaire/homme en uniforme	24	44%

Les données montrent l'efficacité des programmes de sensibilisation menés par les partenaires sur terrain car la structure est connue des survivantes à partir des agents d'ONG (55%) et les chefs communautaires (30%). L'existence d'une équipe de mobilisation communautaire chargée de vulgariser et diffuser l'information, les émissions radios diffusées sont des éléments qui permettent non seulement une connaissance du modèle mais aussi un accès efficace au dispositif de la prise en charge. Une leader communautaire interrogé affirme ce qui suit : « *les formations destinées à plusieurs couches de la population, en particulier les leaders communautaires qui deviennent aussi des relais d'information font à ce que l'accessibilité au modèle holistique soit effective* ». ³

En ce qui concerne la visite à la structure médicale après l'incident, nos résultats démontrent la rapidité dans la visite des structures de prise en charge avec 63% qui ont eu accès moins de 72 heures après l'incident. La visite de la structure dans les 72h qui suivent l'incident est importante pour assurer la prise en charge préventive de la victime mais la distance reste un facteur favorisant. Un des prestataires a souligné que « *la distance affecte la prise en charge préventive en ce sens qu'une personne vivant loin de la structure devrait parcourir plusieurs kilomètres, ce qui prend beaucoup de temps pour qu'elle arrive au centre, tantôt après que les qu'elle ait dépassé les 72h requises pour la prise en charge préventive* ». ⁴ Les données

³ Entretien 6, Village Bulenga, 16 Juillet 2025,

⁴ Entretien 1, CH Bulenga, 16 Juillet 2025

montrent encore que l'insécurité due aux rebelles et à la guerre peut rendre certaines zones inaccessibles et empêcher les survivantes de se rendre à la structure.

Les données explicitent les types de violences le plus fréquentes dans la zone de santé de Minova et les répondants citent les violences physiques, les agressions sexuelles, le viol, le mariage précoce/forcé et les dénis des ressources ou violences économiques.

Selon un leader : « *le mariage forcé/précoce est une conséquence directe de la situation économique précaire des parents qui forcent leurs filles à se marier avant l'âge de 18 ans pour avoir des moyens financiers* »⁵.

Quant aux auteurs des incidents, les chiffres sont directement liés au contexte de violence et d'insécurité décrit par les personnes interrogées. Le propos d'un des répondants fait le lien entre les conflits armés et les violences basées sur le genre en affirmant que « *les violences sexuelles sont causées par les mouvements de guerre qui sont encore ici au sein de notre communauté parce que, d'après ce que nous avons vu, beaucoup de personnes fuient leurs villages et ces fuites créent des agressions par-ci par-là* ».⁶

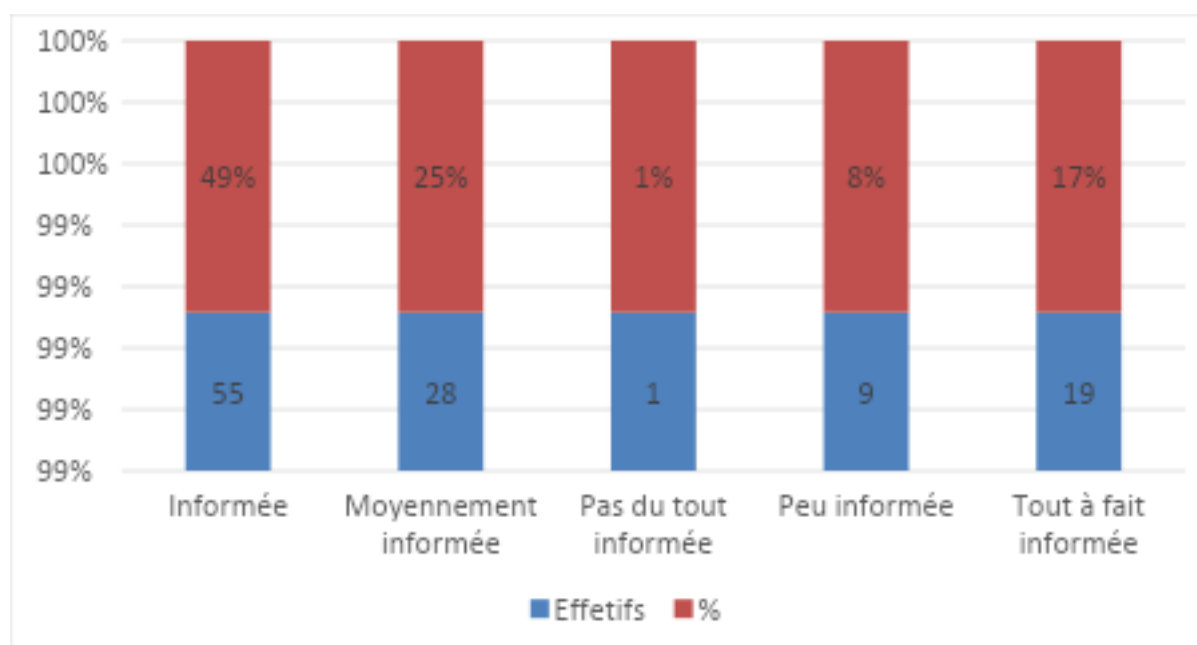


Figure 7 : Répartition de répondantes selon le niveau d'information sur le modèle holistique de prise en charge des VBG au CH Bulenga

Cette figure montre que 17% sont tout à fait informées sur l'existence du modèle holistique de prise en charge des VBG (Violences Basées sur le Genre) au CH Bulenga, 49% des répondantes sont informées, 25% sont moyennement informées, alors que seulement 1 seule répondante (soit 1%) n'est pas du tout informée. Cette forte proportion de personnes

⁵ Entretien 5, Minova, 14 Juillet 2025

⁶ Entretien 5, Minova, 14 Juillet 2025

informées est le résultat d'un effort de communication active mis en place. Plusieurs répondants affirment que le modèle holistique est connu entre autres un qui affirment que « nous sommes convaincus que le modèle est connu par la population parce que nous recevons des cas des VBG qui viennent de toute la zone de santé, et d'autres qui proviennent même d'autres provinces, ce qui nous rassure que nous sommes connus là aussi »⁷ ; un autre renchérit cela en expliquant que « l'hôpital a une équipe de mobilisation communautaire dont la mission est de divulguer et diffuser tout comme paquet que nous avons ici au niveau de la structure » avant de poursuivre « qu'il y a des pancartes qui orientent les patientes, ce qui permet à une survivante de comprendre le circuit même si on ne parle pas. Ces informations ne se limitent pas au niveau des prestataires de soins parce que les leaders communautaires rencontrés ont aussi étayé cela en affirmant que « la communauté est informée⁸ », il précise que « l'information sur le modèle holistique est diffusée lors des formations qui se déroulent dans plusieurs milieux et avec plusieurs couches de la population et les participants ont, à leur tour, la mission d'aller informer la communauté »⁹.

La connaissance ou l'information sur le modèle holistique est en effet le résultat d'un écosystème alliant la communication et la collaboration avec l'hôpital, les médias locaux et les leaders communautaires qui agissent comme relais d'information.

Tableau 7 : Répartition des répondantes selon l'orientation dans les différents services

Variables	Effectifs (n=112)	%
Avoir été orienté dans plusieurs services		
Non	2	2%
Oui	110	98%
Orientation dans le service médicale		
Non	3	3%
Oui	109	97%
Orientation dans le service Psychosocial		
Non	1	1%
Oui	111	99%
Orientation dans le service juridique ou judiciaire		
Non	39	35%
Oui	73	65%
Orientation dans le service de réinsertion socio-économique		
Non	5	5%
Oui	107	95%%

⁷ Entretien 1, CH Bulenga, 16 Juillet 2025

⁸ Entretien 2, CH Bulenga, 15 Juillet 2025

⁹ Entretien 2, CH Bulenga, 15 Juillet 2025

Rendez-vous pour un suivi à domicile		
Non	15	13%
Oui	97	87%
Période de rendez-vous		
Moins d'un mois	53	55%
1 à 3 mois	37	38%
Plus de 3 mois	7	7%

Les répondants affirment majoritairement la connaissance des services et que le modèle est bien connu et que l'orientation des survivantes dans les différents services est clairement effective même si quelques défis persistent. Les chiffres élevés sur l'orientation des survivantes affirment non seulement une validation des efforts de la structure mais aussi l'approche intégrée de la prise en charge.

Eu égard à ce qui précède, les prestataires expliquent simultanément que « *le centre est un One Stop Center spécialisé dans la prise en charge de cas de VBG et le modèle holistique repose sur différents piliers ou services qui tournent autour de la prise en charge* »¹⁰ et « *l'équipe est pluridisciplinaire et qu'elle se rencontre tous les lundis pour discuter des cas, et ceci garantit une prise en charge complète et coordonnée* »¹¹.

Malgré ces tendances statistiques optimistes sur l'orientation de manière générale, le service ou pilier juridique présente un taux d'orientation faible (65%) ; Ce qui pourrait être expliqué en partie par la situation actuelle d'occupation rebelle. Les répondants expliquent que ce pilier n'est pas toujours opérationnel en raison de la situation sécuritaire mais aussi par manque de financement. Ils précisent que le centre dépend des bailleurs de fonds mais aussi avec des juristes (hommes de droit) qui ne sont malheureusement pas permanents, ce qui affecte directement la capacité à recourir à la justice en initiant des procès pour le rétablissement des survivantes.

De manière générale, les résultats soulignent un succès partiel du modèle holistique, tout en mettant en lumière les défis sécuritaires, structurels et financiers qui expliquent non seulement la moindre performance du pilier juridique mais aussi les difficultés de suivi à domicile.

¹⁰ Entretien 1, CH Bulenga, 16 Juillet 2025

¹¹ Entretien 2, CH Bulenga, 15 Juillet 2025

3. Qualité de prise en charge multidisciplinaire

Tableau 8 : Répartition des répondants selon leur perception sur la qualité de la prise en charge multidisciplinaire

Variables	Effectifs (n=112)	%
Avoir reçu une prise en charge médicale		
Non	3	3%
Oui	109	97%
Avoir reçu une prise en charge psychologique		
Non	1	1%
Oui	111	99%
Avoir bénéficié d'un accompagnement juridique		
Non	36	32%
Oui	76	68%
Avoir bénéficiée d'un accompagnement socio-économique		
Non	5	4%
Oui	107	96%
Avoir été traitée avec respect et dignité		
Moyennement d'accord	2	2%
D'accord	16	14%
Tout à fait d'accord	94	84%
Se sont senties en sécurité lors des entretiens avec le personnel		
Moyennement d'accord	7	6%
D'accord	40	36%
Tout à fait d'accord	65	58%
Avoir participé aux décisions tout au long de la prise en charge		
Moyennement d'accord	4	4%
D'accord	57	51%
Tout à fait d'accord	51	45%
Sentiment d'avoir respecté la confidentialité		
Oui	112	100%

Les données montrent un taux élevé de la prise en charge médicale évaluée à 97% et psychologique (99%) et ces chiffres reflètent une satisfaction des survivantes et représentent le résultat direct de la structure et de la qualité de soins. En parlant du modèle holistique, l'utilisation de l'expression « one stop center » signifie que le centre offre l'ensemble des services en un seul lieu, c'est-à-dire que les survivantes sont prises en charge directement au centre et que cette prise en charge est gérée par des prestataires qualifiés dans chaque service. Raison pour laquelle, un répondant insiste sur le fait que « l'équipe est pluridisciplinaire constituée d'un Médecin, un Psychologue, un Juriste, une assistante

psychosociale, un infirmier et un spécialiste en réinsertion socio-économique, et que ces acteurs se rencontrent régulièrement (tous les lundis) pour discuter des différents cas, et ceci garantit non seulement une coordination parfaite mais aussi une prise en charge complète »¹². En revanche, le fait que les survivantes se sentent en sécurité et sont traitées avec respect et dignité est également un témoignage de l'efficacité de l'approche mise en place au centre.

Plusieurs défis ont été explicitement mentionnés en ce qui concerne l'accompagnement juridique et judiciaire qui est le pilier le moins performant. Un leader communautaire confirme cette situation en affirmant que « la situation actuelle ne permet pas à ce que les bourreaux soient poursuivis mais aussi les parents n'ont pas de moyens financiers suffisants pour initier le dossier en cas de viol »¹³. Cela montre que, malgré l'existence du service dans le modèle holistique, la situation sécuritaire et le manque de financement peuvent empêcher son plein fonctionnement.

En conclusion, les données révèlent que le modèle holistique de prise en charge est un succès particulièrement pour les aspects médicaux et psychologiques. Cependant, il est judicieux de renforcer les piliers juridique et socio-économique pour surmonter les défis logistiques, afin de garantir une prise en charge complète et durable.

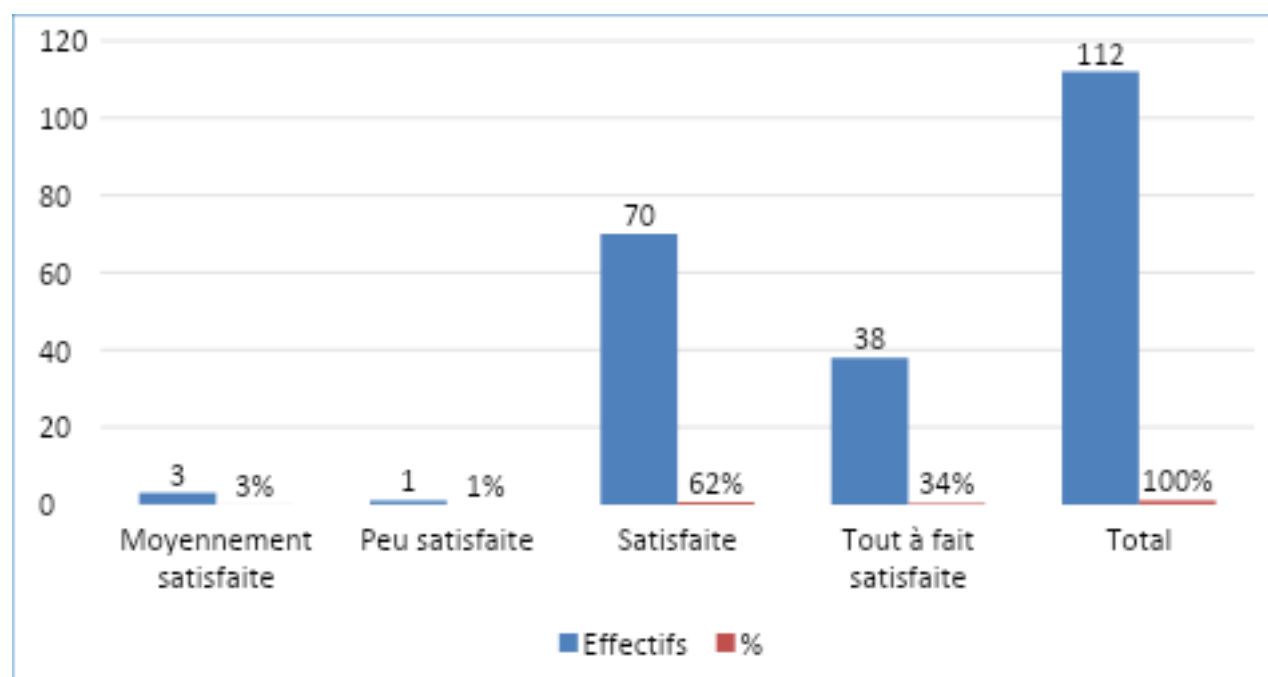


Figure 8: Répartition des répondantes selon leur satisfaction globale des services reçus

A la lumière de cette figure, nous constatons que 62% des répondantes sont satisfaites de la qualité de services reçus, 34% sont tout à fait satisfaites alors que seulement 1% est peu satisfaite.

¹² Entretien 1, CH Bulenga, le 16 Juillet 2024

¹³ Entretien 5, Minova, le 15 Juillet 2025

Ces résultats ne se résument pas seulement à un simple chiffre, ils reflètent une prise en charge holistique existante mais non atteinte et d'une approche centrée sur la personne. Les répondants ont insisté sur l'approche pluridisciplinaire et la coordination de l'équipe qui est une fierté pour le centre. Un des prestataires affirme même que « *les survivantes ont la possibilité de se décharger et oublier ce qu'elles ont vécu et ceci est un aspect fondamental de la guérison* »¹⁴. En plus, la notion du « One Stop Center » évoquée par les prestataires est un élément central qui assure les patientes. La confidentialité est un facteur déterminant pour que les survivantes se sentent en sécurité et en confiance, et cette approche permet aux victimes de s'ouvrir et de recevoir l'aide nécessaire. Les témoignages des leaders communautaires et des prestataires confirment que la prise en charge a un impact significatif sur la vie des survivantes, du fait qu'elles sont « *rétablies physiquement, moralement et psychologiquement* », ce qui traduit une amélioration de leur bien-être.

Les résultats montrent que la forte satisfaction globale des répondantes est le fruit d'une prise en charge de qualité, centrée sur le respect et la confidentialité mais ils mettent en évidence la nécessité de renforcer les piliers juridique et réinsertion socio-économique pour atteindre une satisfaction totale et garantir une guérison complète et durable des survivantes.

4. Sentiment de respect de la confidentialité et de l'anonymat

Tableau 9 : Répartition des répondantes selon le sentiment de respect de confidentialité et anonymat

Variables	Effectifs (n=112)	%
<i>Sentiment de respect de l'anonymat</i>		
Non	18	16%
Oui	94	84%
<i>Existence des cadres garantissant la confidentialité</i>		
Oui	112	100%
<i>Mesure dans lequel le caractère confidentiel de la structure encourage à y retourner</i>		
Peu	5	5%
Moyen	10	9%
Beaucoup	27	24%
Énormément	70	62%

Les données indiquent une grande majorité des répondantes (84%) qui estiment que leur anonymat a été respecté et 100% affirment l'existence des cadres garantissant la confidentialité. Ces chiffres reflètent l'efficacité du système mis en place par le centre de prise en charge. Les prestataires insistent sur l'importance de cette confidentialité en indiquant que la confidentialité et l'anonymat font partie des principes directeurs internationalement reconnus dans la prise en charge des survivantes des violences basées sur

¹⁴ Entretien 2, CH Bulenga, 15 Juillet 2025

le genre. Le fait même qu'un seul dossier de la patiente soit utilisé dans tous les services et qu'il soit codifié explique que les principes de confidentialité et d'anonymat soient beaucoup respectés.

Ces constats poussent à dire que la structure de prise en charge est efficace dans la mise en œuvre des mécanismes de confidentialité, ce qui renforce non seulement la confiance mais aussi encourage les survivantes à y retourner en cas de besoin.

5. Barrières d'accès et de continuité des soins à la structure de prise en charge

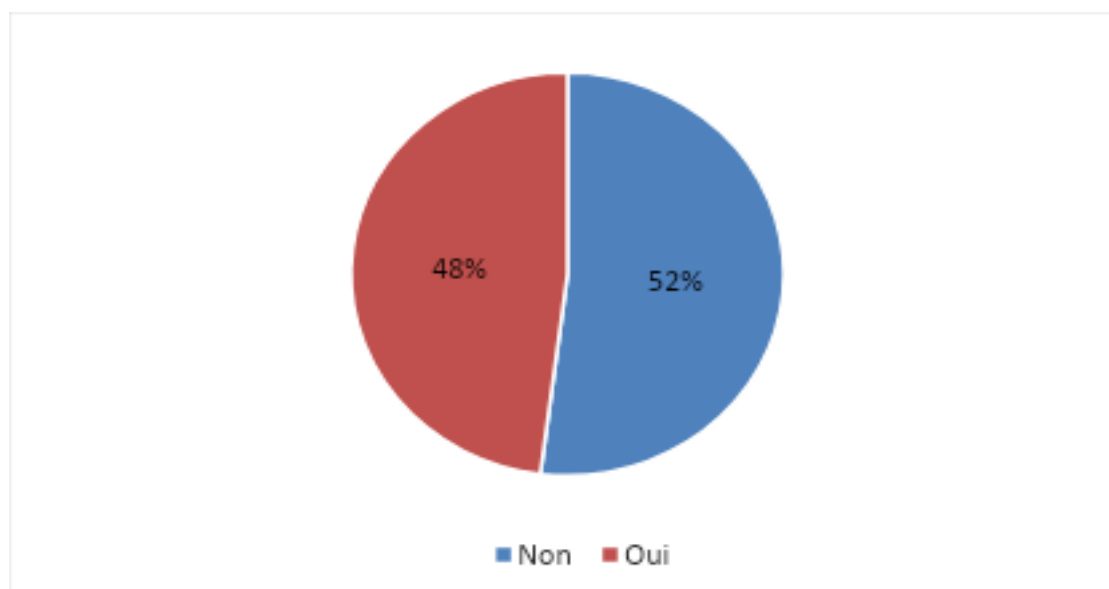


Figure 9 : Répartition des répondantes selon l'hésitation à aller à la structure après l'incident

Cette figure fait ressortir que 52% des répondantes ont hésité avant d'aller à la structure de prise en charge après l'incident alors que 48% n'ont pas hésité à y aller directement pour la prise en charge.

L'un des points qui ressort de manière répétée dans les données qualitatives est la peur de la stigmatisation et le poids des us et coutumes. *L'exemple d'une patiente (Entretien 1) qui a attendu plus de 72h pour se présenter à la structure par crainte de la stigmatisation dans la communauté est un élément important expliquant cette situation et illustre la réticence d'une survivante à chercher de l'aide immédiatement¹⁵. Un autre prestataire illustre cela comme « une ignorance du droit positif et les pratiques coutumières peuvent aussi créer des obstacles ».*

En somme, l'hésitation à se rendre à la structure peut être le résultat d'une interaction entre la peur de la stigmatisation sociale, les poids des traditions, des us et coutumes.

¹⁵ Entretien 1, CH Bulenga, le 16 Juillet 2025

Tableau 10 : Répartition de répondantes selon les barrières d'accès à la prise en charge

Variables	Effectifs (n=112)	%
<i>Raison principale de l'hésitation de visiter une structure de prise en charge</i>		
Coût de prise en charge	3	6%
Honte	40	74%
Peu d'informations sur la prise en charge	4	7%
Peur de représailles du bourreau ou de l'auteur	7	13%
<i>Mesure dans laquelle l'insécurité a constitué un frein à l'accès aux services</i>		
Pas du tout	34	30%
Peu	56	50%
Moyennement	17	15%
Beaucoup	5	5%
<i>Mesure dans laquelle le jugement des autres dans votre communauté a découragé de consulter</i>		
Pas du tout	18	16%
Peu	54	48%
Moyennement	33	30%
Beaucoup	7	6%
<i>Mesure dans laquelle le manque de soutien de la famille a affecté vos démarches pour recevoir une prise en charge</i>		
Pas du tout	46	41%
Peu	37	33%
Moyennement	22	20%
Beaucoup	6	5%
Énormément	1	1%
<i>Mesure dans laquelle la peur de la stigmatisation a empêché de parler librement</i>		
Pas du tout	7	6%
Peu	14	13%
Moyennement	18	16%
Beaucoup	58	52%
Énormément	15	13%
<i>Mesure dans laquelle les croyances religieuses ont constitué un obstacle dans la prise en charge</i>		
Pas du tout	64	57%
Peu	29	26%
Moyennement	15	13%
Beaucoup	3	3%
Énormément	1	1%

Mesure dans laquelle les normes culturelles et traditionnelles constituent un obstacle dans la prise en charge des survivantes

Pas du tout	67	60%
Peu	32	28%
Moyennement	10	9%
Beaucoup	3	3%

Les données indiquent que la honte (74%) est la principale raison d'hésitation, suivie de la peur des représailles du bourreau (13%). Ces chiffres sont en corrélation avec la perception de la stigmatisation (65% qui disent « beaucoup ou « énormément » pour parler librement) et du jugement des autres (36% comme « moyennement » ou « beaucoup » pour un obstacle pour consulter). Partant des récits identifiés dans les transcriptions, un prestataire a partagé l'histoire d'une survivante ayant retardé son accès aux soins par crainte de stigmatisation dans la communauté. Ces opinions mettent en évidence que les obstacles psychologiques et sociaux tels que la honte, la peur du jugement sont souvent plus importants que les barrières matérielles, financières et logistiques.

Les données montrent en plus que les croyances religieuses et les normes culturelles sont généralement considérées comme obstacles (respectivement 85% et 88% sont « pas du tout » ou « peu » concernées), ce qui pourrait indiquer une certaine tolérance. Cependant, le manque d'information sur les services disponibles reste un défi important, ce qui explique le besoin de sensibilisation. Un prestataire soutient ces éléments en rappelant l'importance de travailler sur les us et coutumes et de sensibiliser les communautés pour que les victimes connaissent leurs droits et puissent accéder aux services. Cela suggère que si les croyances ne sont pas un obstacle direct pour la majorité, le manque de connaissance sur la prise en charge peut limiter l'accès à l'aide.

Au vu de ces résultats, plusieurs barrières sont à la base de l'accès à la prise en charge dans la zone de santé de Minova, et parmi elles on peut observer la stigmatisation, le jugement des autres membres de la communauté, le manque d'information sur les services disponibles, le manque de soutien familial après l'incident, la peur des représailles des bourreaux ou des auteurs, etc.

6. Approches communautaires et sensibilisations

Tableau 11 : Approches communautaires et sensibilisations au sein de la communauté

Variables	Effectifs (n=112)	%
Niveau d'information sur les services disponibles pour les survivantes de VBG dans la communauté		
Peu informée	14	12
Moyennement informée	14	12
Informée	59	53
Tout à fait informée	25	23

<i>Avoir déjà assisté à une séance de sensibilisation sur les VBG</i>		
Non	4	4
Oui	108	96
<i>Canal par lequel les sensibilisations ont été dispensées</i>		
Agents ONG	69	64
Ami/Famille/Connaissance	1	1
Leaders communautaires (chefs locaux, religieux...)	2	2
Radio	9	8
Sensibilisation par les agents de santé (CODESA, relais...)	27	25
<i>Mesure dans laquelle les campagnes de sensibilisation ont contribué à améliorer la compréhension sur les VBG</i>		
Moyennement contribué	5	5
Contribué	64	59
Tout à fait contribué	39	36
<i>Mesure dans laquelle les leaders communautaires soutiennent les victimes lors de l'incident</i>		
Pas du tout soutenu	4	4
Peu soutenu	32	29
Moyennement soutenu	34	30
Beaucoup soutenu	39	35
Énormément soutenu	3	3
<i>Existence des groupes de soutien dans la communauté</i>		
Non	59	53
Oui	53	47
<i>Mesure dans laquelle les survivantes sont acceptées aujourd'hui dans la communauté</i>		
Pas du tout acceptées	1	1
Peu acceptées	14	12
Moyennement acceptées	48	43
Acceptées	46	31
Très acceptées	3	3

Les données quantitatives montrent que la majorité des répondantes sont informées (53%) ou tout à fait informées (19%) des services disponibles. Cette connaissance est largement attribuée aux agents d'ONG (64%) et, dans la moindre mesure, aux agents de santé communautaires (25%). Les entretiens ont étalé ces résultats en ce sens qu'un prestataire de services a expliqué que « *le centre dispose des agents de mobilisation communautaire dont rôle est de diffuser et divulguer les informations sur le paquet de services* »¹⁶. Il mentionne que « *les missions radios et les formations sont des canaux de communication efficaces, parce que*

¹⁶ Entretien 2, CH Bulenga, le 15 Juillet 2025

les survivantes viennent témoigner de cela »¹⁷. Quant au leader communautaire, il précise que « l'information est diffusée à travers des formations qui se sont déroulées dans plusieurs milieux et avec plusieurs couches de la population et que les leaders ont la mission d'aller informer la communauté par des sensibilisations »¹⁸.

Les résultats montrent en plus un niveau de perception moyen du soutien communautaire, avec 62% des répondantes estimant que les leaders communautaires soutiennent « moyennement » ou « beaucoup » les victimes. Cependant, il existe des groupes de soutien parce que 53% des répondantes affirment qu'il n'en existe pas. Ce constat est important car un leader communautaire, dans ses propos, déclare « la création d'un espace d'encadrement de victimes est essentiel pour leur permettre d'apprendre différents métiers et d'être équipé en matériels »¹⁹, ce qui met en évidence d'une part un manque de soutien organisé et d'autre part, un accompagnement des leaders communautaires.

En ce qui concerne l'acceptation des survivantes, les personnes interviewées insistent sur la nécessité de lutter contre les us et coutumes et la stigmatisation dans la communauté, des pratiques sociales qui rendent difficile l'expression des survivantes mais aussi leur acceptation et considération au sein de la communauté.

Tableau 12 : Répartition des répondantes selon le sentiment de changement et de sécurité après la prise en charge

Variables	Effectifs (n=112)	%
Changement d'état de santé après la prise en charge à la structure		
Non, aucun changement	1	1
Léger	1	1
Moyen	12	11
Important	98	87
Perceptions sur la qualité des soins et services offerts		
Oui	112	100
Reprise de confiance en soi après la prise en charge		
Oui	112	100
Adéquation entre les services reçus à la structure et les besoins spécifiques		
Non	35	31
Oui	77	69

Les données quantitatives montrent un succès de la prise en charge, avec 87% des répondantes déclarent un changement « important » de leur état de santé et une perception

¹⁷ Entretien 2, CH Bulenga, le 15 Juillet 2025

¹⁸ Entretien 7, Minova, le 14 Juillet 2025

¹⁹ Entretien 6, Bulenga, le 16 Juillet 2025

de la sécurité (100%) et de la qualité de soins (100%). Ces chiffres reflètent un modèle holistique de soins mis en place. Ainsi, un prestataire décrit le centre comme un « *one Stop Center où les survivantes peuvent bénéficier de tous les services nécessaires au même endroit* »²⁰. Il mentionne également que « *la prise en charge se fait au travers des différents piliers, ce qui garantit que tous les aspects de la santé physique, mentale et émotionnelle soient couverts* ». Une autre prestataire insiste sur le fait que « *la prise en charge va au-delà des soins médicaux car son objectif est de permettre à la survivante de se décharger de son fardeau et d'oublier ce qu'elle a vécu* »²¹. Dans ce même angle, un leader communautaire affirme que « *les survivantes, après la prise en charge sont rétablies physiquement, moralement et psychologiquement* »²².

En ce qui concerne la reprise de confiance, le fait que 100% des personnes interrogées aient retrouvé confiance en soi après la prise en charge et que 89% considèrent que les services ont répondu à leurs besoins confirme l'impact positif du centre sur la prise en charge. Deux prestataires ont été interrogés à ce sujet ; l'un évoque cela dans le cadre de la confidentialité et souligne que « *le principe de confidentialité est sacré pour l'équipe, ce qui contribue à créer un environnement sûr et à restaurer la confiance des survivantes* »²³ ; l'autre a également souligné que « *les survivantes participent activement aux décisions sur leur propre prise en charge* »²⁴. Ces approches incluant la confidentialité et la participation aux décisions renforcent l'autonomie et le sentiment de contrôle, ce qui est essentiel pour reconstruire une confiance en soi plus durable et qui va au-delà de la prise en charge.

²⁰ Entretien 1, CH Bulenga, le 16 Juillet 2025

²¹ Entretien 2, CH Bulenga, le 15 Juillet 2025

²² Entretien 7, Minova, le 14 Juillet 2025

²³ Entretien 1, CH Bulenga, le 16 Juillet 2025

²⁴ Entretien 3, CH Bulenga, le 15 Juillet 2025

CHAPITRE 4. DISCUSSION DES RÉSULTATS

1. Profil sociodémographique des répondants

Les résultats de notre étude montrent que la tranche d'âge des répondantes est comprise entre 18 à 68 ans dont 41% ayant un âge compris entre 26 et 37 ans, 14% un âge supérieur ou égale à 50 ans. L'âge modal est de 27, avec une moyenne d'âge de 35 ans ($35 \pm 11,5$). Ces résultats sont proches de ceux trouvés par Kiakuvue et ses collaborateurs dans une étude menée à Goma auprès de 700 femmes ayant consulté dans quatre hôpitaux entre janvier 2019 et décembre 2020, qui ont indiqué que la tranche d'âge des survivantes était de 12 à 67 ans, avec un âge moyen de $31,7 \pm 14,6$ ans. Les femmes âgées de 20 à 29 ans étaient les plus touchées (28 %) (Kiakuvue et al., 2024).

Nos résultats s'écartent de ceux de l'étude menée à Lubumbashi où l'âge des victimes variait entre 2 à 34 ans, avec la tranche d'âge la plus frappée de 14 et 17 ans (62,93 %) (Kandolo et al., 2017c) mais également de l'étude menée Kalemie où l'âge des victimes variait entre 3 et 53 ans, avec l'âge modal égal à 13 ans (Madaki KC, 2008).

Une autre étude menée entre juillet 2013 et décembre 2017 à l'hôpital de Panzi révèle que les femmes survivantes étaient plus susceptibles d'être mineures de moins de 18 ans ($p < 0,0001$) avec un âge moyen de 16,5 ans contre 22,3 ans pour les hommes (Lussy et al., 2021).

Plusieurs facteurs peuvent contribuer à cette disparité, notamment les variations dans la durée de l'étude et le fait que notre étude se déroule en milieu rural, alors qu'ils se sont concentrés sur le milieu urbain. De plus, Lussy et al. (2021) ont inclus des hommes survivants dans leur étude, et ceci pourrait également contribuer aux différences observées (Lussy et al., 2021).

2. Accès au dispositif de prise en charge

Les résultats de notre étude montrent des chiffres alarmants sur le recours à la structure de santé après l'incident parce que 37% des répondantes ont visité la structure après les 72h recommandées. La distance affecte la prise en charge préventive en ce sens qu'une personne vivant loin de la structure devrait parcourir plusieurs kilomètres, ce qui prend beaucoup de temps pour qu'elle arrive au centre, tantôt après que les qu'elle ait dépassé les 72h requises pour la prise en charge préventive. En plus de cela, l'insécurité due aux rebelles et à la guerre peut rendre certaines zones inaccessibles et empêcher les survivantes de se rendre à la structure.

L'étude de Kiakuvue et al. (2024) ressort que la majorité des survivantes interrogées ont subi leur première agression (88,29 %) et ont consulté dans les 72 heures (60,6 %) ; alors que Lussy et al. (2021) montre qu'après une agression sexuelle, les hommes (79,6 %) étaient plus susceptibles que les femmes (55,7 %) de se présenter à l'hôpital dans les 72 heures ($p <$

0,0001) (Kiakuvue et *al.*, 2024). Tandis qu'une étude menée à l'Est de la RD Congo portant sur les expériences des femmes survivantes de violences sexuelles a montré que près de la moitié des femmes interrogées (44,6 %) ont attendu un an ou plus avant de solliciter des services de prise en charge ; 55% d'entre elles ont déclaré avoir mis plus d'une journée pour se rendre dans les centres de prise en charge ; seulement 4,2 % d'entre elles ont bénéficié de services de prise en charge dans les 72 heures suivant l'agression (qui représente un délai médicalement important pendant lequel les victimes peuvent bénéficier d'une prophylaxie contre les infections sexuellement transmissibles (IST) et le VIH) (J. Kelly et *al.*, 2011).

En ce qui concerne la distance, nos résultats montrent que 47% parcourent 5 à 10 km entre la résidence et la structure de prise en charge alors que 23% parcourent plus de 10km. Malgré que la distance soit implicitement considérée comme une barrière à l'accès au dispositif de prise en charge, nos résultats montrent qu'il n'existe pas de différence statistiquement observable entre l'hésitation à visiter une structure de prise en charge et la distance car la valeur de p est supérieure à 0,05 (valeur $\chi^2 = 1,252$; $p = 0,592$).

Ces résultats sont similaires à ceux trouvés par Foussiakda (2022) dans le territoire où la distance entre les ménages des répondants étaient éloignés des structures de prise en charge (soit à plus de 10 km). Le test effectué avait montré qu'il n'y avait pas de lien entre la distance et le recours aux services de santé ($p = 0,9523 > 0,05$) (Foussiakda et *al.*, 2025).

- ***Les types des VBG et leurs auteurs dans la Zone de Santé de Minova***

Les résultats de notre étude montrent que les types de violences les plus fréquentes dans la zone de santé de Minova sont les violences physiques, les agressions sexuelles, le viol, le mariage précoce/forcé et les dénis des ressources ou violences économiques. Selon un leader, « le mariage forcé/précoce est une conséquence directe de la situation économique précaire des parents qui forcent leurs filles à se marier avant l'âge de 18 ans pour avoir des moyens financiers ». ces résultats sont différents de ceux trouvés à Lubumbashi où le viol a été la violence sexuelle la plus observée, soit 79,3 % des cas, 10,4% des cas de mariage forcé post viol, 4,3 % d'harcèlement sexuel ainsi que 3,4 % de tentative de viol (Kandolo et *al.*, 2017).

Le rapport d'évaluation final de UNPA (2015) sur l'ampleur et les déterminants des Violences Basées sur le Genre en République du Niger montre que la part des violences perpétrées sont à 72% physiques et sexuelles, 5% culturelles (excision), 7% économiques et 17% psychologiques (UNFPA, 2015).

Quant aux auteurs des incidents, les chiffres (44% d'agresseurs militaires) sont directement liés au contexte de violence et d'insécurité décrit par les personnes interrogées contre 24% de partenaire intime. Les violences sexuelles sont causées par les mouvements de guerre qui s'observent dans la zone de santé de Minova parce que, d'après ce qui est vu, beaucoup de personnes fuient leurs villages et ces fuites créent des agressions par-ci par-là.

L'étude de J. Kelly et *al.* (2011) corrobore ces résultats parce qu'ils ressortent que deux tiers des femmes (68,9 %) ont déclaré avoir été victimes de viol collectif (viol commis par plus d'un agresseur à la même occasion) et 46 % des femmes ont déclaré avoir été enlevées (emmenées de force du lieu du premier viol pendant plus d'une journée) par leur agresseur ; 83% de femmes interrogées ont identifié leur agresseur comme portant une sorte d'uniforme militaire ; ces femmes étaient trois fois plus susceptibles d'avoir été victimes de viol collectif que les femmes signalant des agresseurs non uniformes (OR 3,31 (1,16-9,51) ; $p = 0,022$) (J. Kelly et *al.*, 2011). La MONUSCO (2017), à l'issue de son enquête menée en 2016, révèle que 68% des auteurs des violences basées sur le genre appartenaient aux groupes armés non étatiques, 27% aux forces armées et 5% à la Police Nationale Congolaise et à l'Agence Nationale de Renseignements (MONUSCO, 2017).

Les résultats de Kiakuvue et ses collaborateurs (2024) ressortent que les agressions ont eu lieu principalement à l'extérieur du domicile des survivantes sous la menace d'une arme (84,29 %), principalement par des hommes en civil (61,43 %), contre des hommes en uniforme militaire (38,57 %). Plus de la moitié des survivantes (64,71 %) ont été agressées par un inconnu et parmi celles-ci, plus de la moitié ont été commises par un seul auteur (57,29 %) (Kiakuvue et *al.*, 2024).

Nos données s'écartent de celles du rapport de l'OMS (2021) qui a ressorti 37% des femmes vivant dans les pays les plus pauvres qui ont subi des violences physiques et/ou sexuelles de la part d'un partenaire intime au cours de leur vie (OMS, 2021).

- ***Orientation dans les différents services pour la prise en charge***

Nos résultats montrent que, malgré les chiffres encourageants pour l'orientation de manière générale, le service ou pilier juridique présente un taux d'orientation faible compte tenu de la situation actuelle d'occupation rebelle. Les différentes données expliquent que ce pilier n'est pas toujours opérationnel en raison de la situation sécuritaire mais aussi du manque de financement vu que le centre dépend des bailleurs de fonds mais aussi avec des juristes (hommes de droit) qui ne sont malheureusement pas permanents, ce qui affecte directement la capacité à recourir à la justice en initiant des procès pour le rétablissement des survivantes.

Koudou O. et *al.* (2019) affirment que les victimes déjà déstabilisées par le viol n'ont pas de volonté réelle à se soumettre à une longue procédure, et précise que l'intégration de tous les services impliqués dans l'aide aux victimes dans le même espace pourrait encourager et rassurer la victime d'un service rapide et discret (Koudou et *al.*, 2019).

Le rapport d'analyse sur les « Enfants victimes des violences basées sur le genre en République du Congo » effectuée par l'UNICEF (2022) fait ressortir que « en dehors des cas pour lesquels le guichet unique d'assistance des victimes de violence est saisi, ou lorsque les parents de la victime en ont les moyens, la victime ne bénéficie ni de l'appui médical gratuit, ni de l'appui psychologique gratuit, ni d'aucune autre assistance. Il arrive que les victimes soient intimidées

par les auteurs des faits ou leurs parents pendant la détention de l'auteur des violations de la loi (UNICEF, 2022).

Par rapport à l'orientation et au suivi post prise en charge, nos résultats montrent que le suivi est effectué mais ce suivi présente des difficultés d'ordre sécuritaire et géographique. Ces défis limitent le suivi et poussent les survivantes à remettre en question la prise en charge reçue. L'étude menée par Mrabti L. et Belamfedel A. (2025) montrent que le suivi post-intervention pour les femmes victimes de violence est souvent insuffisant, les exposant à un risque accru de récidive et d'isolement (Mrabti & Alaoui, 2025). Pour bien assurer ce suivi, les résultats de Erick D.A. et *al.* (2025) recommandent l'intégration des technologies, telles que les applications de suivi sécurisées ou les plateformes numériques pour maintenir le contact, pour améliorer la régularité et la personnalisation du soutien (Erick et *al.*, 2024).

3. Qualité de prise en charge multidisciplinaire

Les résultats de notre étude indiquent un taux élevé de la prise en charge médicale évaluée à 97% et psychologique (99%).

Le rapport annuel de la fondation Panzi étaye ces réalités et fait ressortir les données sur la prise en charge des victimes des violences basées sur le genre et rapporte 425 femmes prise en charge sur le plan médical et 521 femmes sur le plan psychologique (Fondation Panzi RDC, 2024).

Ces données sont complétées par ceux de Foussiakda et *al.* (2022), qui expliquent que les victimes de VBG, à leur arrivée aux différentes structures, bénéficient d'une prise en charge sur le plan médical et psychologique, ce qui leur permet de se remettre et de pouvoir s'intégrer dans la communauté et leur éviter les traumatismes liés aux incidents dont elles sont victimes (C. Foussiakda et *al.*, 2022).

4. Sentiment de respect de la confidentialité et de l'anonymat

Les résultats de notre étude indiquent une grande majorité des répondantes (84%) qui estiment que leur anonymat a été respecté et 100% affirment l'existence des cadres garantissant la confidentialité. Ces chiffres reflètent l'efficacité du système mis en place par le centre de prise en charge. Les différentes réactions insistent sur l'importance de cette confidentialité en indiquant que la confidentialité et l'anonymat font partie des principes directeurs internationalement reconnus dans la prise en charge des survivantes des violences basées sur le genre. Le fait même qu'un seul dossier de la patiente soit utilisé dans tous les services et qu'il soit codifié explique que les principes de confidentialité et d'anonymat soient beaucoup respectés.

Ainsi, les résultats de Mrabti & Belamfedel (2025) viennent appuyer nos résultats car ils leur étude montre que les infrastructures des de prise en charge sont essentielles pour créer un environnement sécurisé et confidentiel mais la configuration des espaces d'accueil pose des

défis, comme la présence d'autres personnes dans les mêmes espaces, ce qui compromet la confidentialité et augmente l'anxiété des victimes (Mrabti & Alaoui, 2025).

Othman et *al.* (2014) insistent sur la création d'espaces séparés ou l'utilisation de paravents, ainsi que des formations spécifiques pour le personnel sur la gestion des espaces dédiés mais aussi sur la confidentialité, et affirment que ces interventions pourraient renforcer cet aspect de l'accueil. Ils montrent que plus quo aligne ces formations sur les normes de l'OMS garantit une prise en charge respectueuse des besoins des victimes (Othman S. et *al.*, 2014).

5. Barrières d'accès et de continuité des soins à la structure de prise en charge

Les résultats de notre étude indiquent que la honte (74%) est la principale raison d'hésitation, suivie de la peur des représailles du bourreau (13%). Ces chiffres sont en corrélation avec la perception de la stigmatisation (65% qui disent « beaucoup ou « énormément » pour parler librement) et du jugement des autres (36% comme « moyennement » ou « beaucoup » pour un obstacle pour consulter). Les résultats montrent que plusieurs survivantes retardent leur accès aux soins par crainte de stigmatisation dans la communauté. Les différentes opinions mettent en évidence que les obstacles psychologiques et sociaux tels que la honte, la peur du jugement, la stigmatisation sont souvent plus importants que les barrières matérielles, financières et logistiques.

L'étude menée à Abidjan par Koudou et ses collaborateurs (2019) soutient ces résultats en situant les obstacles à divers niveaux. En premier lieu, il décrit l'environnement social de la victime, les stéréotypes, la peur de l'exclusion sociale et le manque d'information sur l'existence de structures de prise en charge. Deuxièmement, il évoque le déficit de ressources humaines qualifiées et un manque d'actions inclusives entre les différents acteurs, en précisant que très souvent, les mécanismes de référencement ne sont pas coordonnés. Au troisième niveau, il précise qu'il y a une insuffisance de structures qualifiées et équipées pour une prise en charge des victimes de viol et la non-intégration de tous les services impliqués dans le circuit ; ce qui constitue un obstacle à la prise en charge adéquate des victimes (Koudou et *al.*, 2019). Ces auteurs poursuivent en affirmant que « Sur le plan culturel, les victimes sont contraintes par les leaders religieux à ne pas dénoncer le viol pour la dignité de la communauté religieuse, surtout si l'auteur est de la même communauté de culte que la victime » (Koudou et *al.*, 2019).

6. Approches communautaires et sensibilisations

Selon les résultats de notre étude, la majorité des répondantes sont informées (53%) ou tout à fait informées (19%) des services disponibles à la structure de prise en charge. Cette connaissance est largement attribuée aux agents d'ONG (64%) et, dans la moindre mesure, aux agents de santé communautaires (25%). Ces résultats expliquent l'importance d'une stratégie de communication pour garantir une grande information à la population et cela a poussé le centre de disposer des agents de mobilisation communautaire dont le rôle est de

diffuser et divulguer les informations sur le paquet de services. Les résultats montrent en plus un niveau de perception moyen du soutien communautaire, avec 62% des répondantes estimant que les leaders communautaires soutiennent « moyennement » ou « beaucoup » les victimes/survivantes. Cependant, l'existence des groupes communautaires de soutien aux victimes/survivantes pose problème dans la zone de Minova parce que 53% des répondantes affirment qu'il n'en existe pas.

Une enquête de satisfaction menée par la Fondation Panzi (2024) auprès des bénéficiaires, révèle que le taux de participation aux sensibilisations diffusant les informations sur les services dispensés par le CH Bulenga s'élève à 72% et que 27% de bénéficiaires n'y ont pas participé à cause des différentes raisons personnelles ou par manque d'information (Fondation Panzi, 2024).

L'étude menée par Mrabti & Belamfedel (2025) au Maroc étaye des réalités similaires et montre la nécessité d'améliorer les compétences en réseautage et en communication, car ces lacunes privent souvent les victimes des ressources nécessaires à leur rétablissement (Mrabti & Alaoui, 2025). Quant au niveau du soutien communautaire, Richie (2000) souligne l'importance d'un réseau exhaustif de soutien pour les femmes victimes de violence, et évoque le concept d'intersectionnalité qui, pour lui, souligne la nécessité de cadres juridiques et institutionnels pour traiter les discriminations croisées. En adoptant des approches holistiques et intersectionnelles, et en améliorant les compétences en réseautage et communication, on pourra mieux orienter les femmes survivantes de violence vers les ressources nécessaires à leur rétablissement (Richie, 2000).

Westbrook (2007) recommande des stratégies de communication adaptées, telles que l'utilisation de stratégies de communication adaptées au contexte, à la culture, des supports visuels pour les victimes analphabètes ou de les adapter à la langue de la région dans le but d'améliorer l'accès aux services. De plus, il suggère le développement des partenariats solides avec d'autres organismes communautaires, les travailleurs sociaux peuvent mieux orienter les victimes vers les ressources disponibles, comme l'aide juridique, l'aide médicale ou le soutien psychologique (Westbrook, 2007).

Mukwege et Berg (2016), par l'entremise de l'hôpital de Panzi ont mis en place une équipe composé du directeur médical et de V-Men (un mouvement d'hommes engagés dans la lutte contre les violences sexuelles), qui était chargée de mener des activités de sensibilisation et de mobilisation dans la communauté locale contre les viols ; des tables rondes ont été organisées avec des représentants des autorités politiques et administratives, de la police, de la justice et de l'armée locale (Mukwege & Berg, 2016).

Dans ses travaux, Foussiakda et *al.* (2022) ressort que le viol peut être considéré comme un fait social qui peut être combattu par l'ensemble communauté. Certains membres de la communauté pensent la manière à œuvrer pour faire prendre conscience aux victimes masculines qu'elles ne doivent pas rejeter leurs épouses (C. Foussiakda et *al.*, 2022).

Quant à l'acceptation au niveau de la communauté, les résultats du rapport de 2003 du Réseau des Femmes pour un Développement Associatif (RFDA) s'écartent de nos résultats parce qu'il a révélé que 26 % de femmes ayant déclaré avoir été rejetées par leur famille. Le fait que les survivantes de violences sexuelles soient perçues avec une déconsidération, les expose à un risque de rejet par leur famille ou leur communauté. La perception d'une femme dite « contaminée » augmente le risque d'être abandonnées par leurs maris (RFDA, 2003).

Pour remédier à ce problème, Trenholm et *al.* (2011) dans leur étude ont suggéré une thérapie de couple pour aider le mari et la femme à surmonter le traumatisme de l'agression, éventuellement en parallèle de la présentation des résultats des tests d'IST et de VIH à leur mari (Trenholm et *al.*, 2011).

- ***Qualité de la prise en charge***

Les résultats de notre étude montrent un succès de la prise en charge, avec 87% des répondantes déclarent un changement « important » de leur état de santé et une perception de la sécurité (100%) et de la qualité de soins (100%). Ces chiffres reflètent un modèle holistique de soins mis en place qui constitue un « One Stop Center » où les survivantes peuvent bénéficier de tous les services nécessaires au même endroit. Cette prise en charge se fait au travers des différents piliers, ce qui garantit que tous les aspects de la santé physique, mentale et émotionnelle soient couverts.

L'étude de situation menée par l'organisation Mondiale de la Santé (2014) au niveau mondial soutient ces résultats en déclarant qu'il est important de proposer des services de soins et d'accompagnement de qualité aux victimes pour réduire le traumatisme, les aider à guérir et éviter que les personnes concernées ne deviennent une nouvelle fois victimes ou auteurs de violences (OMS, 2014b).

L'adéquation entre nos résultats dans la littérature existante montre l'importance de d'une innovation continue dans l'amélioration des services offerts aux victimes de violences basées sur le genre. En intégrant des pratiques fondées sur des preuves et en adaptant les interventions aux besoins spécifiques des femmes, les prestataires des services et les leaders communautaires peuvent contribuer à l'amélioration de l'impact et l'efficacité de leur travail, tout en garantissant que chaque femme reçoive le soutien nécessaire pour surmonter ses épreuves dans un environnement sécurisé et respectueux.

CONCLUSION

Notre étude a porté sur l'évaluation du dispositif de prise en charge des survivantes/victimes des violences basées sur le genre dans la zone de santé de Minova, Province du Sud-Kivu en RDC.

En République Démocratique du Congo, particulièrement dans la zone de santé de Minova, les violences basées sur le genre constituent un véritable problème de santé et social. Elles ne sont pas de simples incidents mais un phénomène structurel qui tire ses racines dans la pauvreté, l'injustice sociale, les inégalités de genre et de pouvoir, l'insécurité due aux conflits armés. Les résultats de cette étude ont mis en lumière les défis rencontrés par les survivantes ainsi que les limites du dispositif de prise en charge mis en place dans cette zone de santé.

Les résultats de l'évaluation du modèle holistique ou dispositif de prise en charge des survivantes/victimes révèle quelques avancées notamment par la présence d'acteurs engagés, l'existence des structures d'accueil et des services de soins qui s'inscrivent dans une approche multidimensionnelle (médicale, psychologique, juridique et socio-économique). Ces différents efforts traduisent une volonté de répondre aux besoins des victimes de manière intégrée et coordonnée.

En plus, les résultats révèlent que la confidentialité et l'anonymat sont respectés, et contribuent à la garantie de la sécurité et la dignité des survivantes. Ce qui pourrait diminuer la peur, la stigmatisation et le rejet social.

Cependant, l'efficacité du dispositif reste limitée par différents obstacles :

- L'accessibilité des services demeure un problème majeur : les résultats montrent que les facteurs géographiques (la distance entre les villages reculés et les structures de prise en charge) constituent une barrière considérable à laquelle s'ajoute le manque de moyens financiers des survivantes pour assurer leurs transports. Cette contrainte est due à la pauvreté des ménages, qui pourrait avoir un impact direct sur la capacité des survivantes/victimes à chercher de l'aide ;
- Les résultats ont révélé qu'une faiblesse de la réinsertion socio-économique : la réinsertion socio-économique est essentielle pour briser à la fois le cycle de la dépendance et de la vulnérabilité. La plupart des répondants ont exprimé le besoin d'un soutien durable qui puisse aller au-delà de soins médicaux et du simple accompagnement psychologique ;
- Il existe des approches communautaires mises en place mais celles-ci demeurent sous-exploitées, pourtant l'implication des communautés est un levier important dans la prévention des violences, la réduction de la stigmatisation et favorise la réinsertion sociale. Les résultats montrent que les leaders locaux, les associations à base communautaire et même les familles peuvent jouer un rôle essentiel mais ils manquent de formation, des ressources pour assurer durablement cette responsabilité ;

- Le modèle holistique prévoit un accompagnement juridique et judiciaire, mais compte tenu de la situation d'occupation socio-politique et au manque de financement, ce pilier reste inaccessible pour les survivantes, et limite une prise en charge complète.

Cette étude montre que malgré l'existence de lois, des politiques publiques (comme la stratégie Nationale de lutte contre les VBG) et l'engagement des acteurs tant nationaux qu'internationaux, l'écart reste grand entre les textes et leur application effective. L'impunité demeure une réalité et tant que les auteurs de violences continueront à échapper aux sanctions, les efforts de prévention et de prise en charge restent incomplets.

Ainsi, la lutte contre les violences dans la zone de santé de Minova nécessite une approche multisectorielle, coordonnée, inclusive et durable car il ne s'agit pas seulement de soigner les blessures visibles mais de restaurer la dignité, l'autonomie et l'espérance des survivantes/victimes tout en adaptant les dispositifs existants aux réalités locales.

Les résultats de cette recherche ont démontré que, si le modèle holistique constitue une avancée dans la prise en charge des survivantes, il doit être renforcé pour répondre de manière durable aux atteintes des bénéficiaires et aux défis dans un contexte post-conflit comme celui du Sud-Kivu.

LIMITES ET PERSPECTIVES

- Limites

Comme toute recherche, cette étude présente certaines limites qu'il convient de souligner :

1. L'étude s'est focalisée uniquement sur la zone de santé de Minova et sur un échantillon limité de survivantes (112), prestataires et leaders communautaires (7). Cela pourrait restreindre la possibilité de généraliser les résultats à l'ensemble de la région de l'est où les contextes sécuritaires et socioculturels restent volatiles.
2. La sensibilité du sujet a peut-être influencé la collecte malgré les principes éthiques mis en place. Certaines survivantes par peur de la stigmatisation ou des représailles, ont probablement minimisé leurs expériences dans les réponses fournies.
3. L'étude s'est focalisée uniquement sur le critère d'efficacité du dispositif de prise en charge en évaluant ses forces et faiblesse. Elle n'a pas pu explorer d'autres critères du CAD de l'OCDE (pertinence, cohérence, efficacité, durabilité et impact).
4. Les contraintes de temps et de ressources limitées n'ont pas permis de mettre en place un suivi sur le long terme et d'explorer d'autres aspects sur les effets de la prise en charge.

- Perspectives

Compte tenu des résultats de cette étude, plusieurs questions pourraient guider les futures recherches pour approfondir la compréhension du phénomène étudié :

- Quels sont les effets durables (psychologiques, économiques et sociaux) du modèle holistique sur la vie des survivantes/victimes après la prise en charge ?
- Dans quelle mesure les programmes de réinsertion économique permettent-ils de réduire la vulnérabilité des survivantes ?
- Quelles stratégies pourraient être développées par l'état congolais et ses partenaires pour institutionnaliser de manière durable la lutte contre les VBG dans les politiques publiques nationales ?

RECOMMANDATIONS

A l'issue de cette étude et sur base des résultats obtenus, nous avons trouvé utile de formuler quelques recommandations aux autorités gouvernementales et aux organisations impliquées dans la lutte contre les VBG. Ainsi, nous recommandons ce qui suit :

1. A l'Etat congolais

- Renforcer le système de santé et de protection en multipliant les structures de prise en charge holistique des survivantes ;
- Assurer l'application effective des lois sur les violences basées sur le genre en renforçant la protection judiciaire des victimes et intégrer, de manière effective, la lutte contre les VBG dans les politiques publiques ;
- Renforcer l'applicabilité de la loi FONAREV (Fonds National de Réparation des Victimes) pour assurer leur insertion sociale et économique des survivantes/victimes.

2. Aux organisations impliquées dans la lutte contre les VBG (ONG, agences onusiennes, société civile...)

- Renforcer les stratégies de mobilisation communautaire pour lutter contre la stigmatisation des survivantes en impliquant les leaders traditionnels et religieux ;
- Améliorer la coordination des interventions entre les acteurs nationaux et internationaux afin d'optimiser les ressources ;
- Renforcer les capacités des structures locales (centres de santé, associations communautaires, société civile...) afin qu'elles deviennent des relais durables des populations ;
- Renforcer les capacités des prestataires de services (agents de santé, psychologues, policiers, animateurs communautaires...) par des formations pour une prise en charge adaptée aux besoins des survivantes.

Références bibliographiques

- *Ouvrages et chapitres d'ouvrages*

BOCOUM, A. (2021, décembre 20). One Stop Center CV : 1131 survivants assistés en quatre ans. *Benbere*. <https://benbere.org/terre-dopportunités/one-stop-center-cv-1131-survivants-assistes-quatre-ans/>

Brown, L. S. (2018). *Feminist therapy, 2nd ed* (p. xvi, 188). American Psychological Association. <https://doi.org/10.1037/0000092-000>

De Winter M. (2006). Les violences sexuelles dans les conflits et au-delà : un appel à l'action, Dimension 3. *Le journal de la Coopération belge*, 16p, Bruxelles.

Fagnoli V. (2012). *Viol(s) comme arme de guerre*. Questions contemporaines. Paris : L'Harmattan. 164 pages.

Fonteyne, G. (2019). Chapitre 20. Approche interculturelle dans un projet d'amélioration des soins de santé aux victimes de violences sexuelles au Congo. In *La psychologie interculturelle en pratiques* (p. 297-314). Mardaga. <https://doi.org/10.3917/mard.heine.2019.01.0297>

Fritz, J. M. (2010). Sécurité des femmes et des filles par pays : Un plan d'action national « 1325 » peut-il prévenir et/ou traiter la question de la violence conjugale ? In *Tu me fais peur quand tu cries !* (p. 253-261). éres. <https://doi.org/10.3917/eres.franc.2010.01.0253>

Haesevoets, Y.-H. (2018). Chapitre 6. Victime de viol : L'effraction du corps psychique. In *Victimologie* (p. 55-70). Dunod. <https://doi.org/10.3917/dunod.couta.2018.02.0055>

Hamber, B., & Lundy, P. (2020). Lessons from Transitional Justice? Toward a New Framing of a Victim-Centered Approach in the Case of Historical Institutional Abuse. *Victims & Offenders*. <https://www.tandfonline.com/doi/abs/10.1080/15564886.2020.1743803>

Heise, L. (1998), Violence against women: An integrated, ecological framework, « Violence against Women », 4, pp. 262–290.

Hill Collins P. et Bilge S. (2016). *Intersectionality*, Cambridge, Polity Press.

Hooks, B. (2000). *Feminist Theory: From Margin to Center*. Pluto Press. Disponible sur https://books.google.cd/books/about/Feminist_theory.html?id=uvlQbop4cndsC&redir_esc=y

Kelly, L. (avec Internet Archive). (1988). *Surviving sexual violence*. Minneapolis : University of Minnesota Press. <http://archive.org/details/survivingsexualv0000kell>

Kimberlé C. (2005). Cartographie des marges : Intersectionnalité, politiques de l'identité et violences contre les femmes de couleur », *Cahiers du genre*, n° 39.

Mumbere, Gaston Ndaleghana. (2016). *La cloche ne sonnera plus : le viol n'était pas assez*. Saint-Joseph.

OCDE (2023). *Glossaire des principaux termes relatifs à l'évaluation et la gestion axée sur les résultats pour le développement durable (Deuxième édition)*. (2023, juin 26). OCDE. https://www.oecd.org/fr/publications/glossary-of-key-terms-in-evaluation-and-results-based-management-for-sustainable-development-second-edition_632da462-en-fr-es.html

Samuels, F., & Jones, N. (2017, mars 3). *Tackling intimate partner violence in South Asia: Why working with men and boys matters for women*. ODI: Think Change. <https://odi.org/en/publications/tackling-intimate-partner-violence-in-south-asia-why-working-with-men-and-boys-matters-for-women/>

Schutter, O. D., Lamara, F., & Rabier, S. (2022). L'approche fondée sur les droits humains et la réduction des inégalités multidimensionnelles : Une combinaison indissociable à la réalisation de l'Agenda 2030. *Papiers de recherche*, 1-71.

- **Articles de revues**

admin_bis. (2022a, octobre 28). L'approche holistique pour la reconstruction des survivant·e·s de violences sexuelles liées aux conflits. *Institut du Genre en Géopolitique*. <https://igg-geo.org/2022/10/28/lapproche-holistique-pour-la-reconstruction-des-survivant-e-s-de-violences-sexuelles-liees-aux-conflits/>

Baaz, M. E., & Stern, M. (2009). Why Do Soldiers Rape? Masculinity, Violence, and Sexuality in the Armed Forces in the Congo (DRC). *International Studies Quarterly*, 53(2), 495-518. <https://doi.org/10.1111/j.1468-2478.2009.00543.x>

Bartels, S. A., Scott, J. A., Leaning, J., Kelly, J. T., Mukwege, D., Joyce, N. R., & VanRooyen, M. J. (2011). Sexual violence trends between 2004 and 2008 in South Kivu, Democratic Republic of Congo. *Prehospital and Disaster Medicine*, 26(6), 408-413. <https://doi.org/10.1017/S1049023X12000179>

Christian et al. (2021): *Sexual based violence against men is an important and neglected public health issue for male survivors in rural DRC. Men are vulnerable to being sexually assaulted as a strategy of war by armed groups and cannot be seen as perpetrators alone* [Reddit Post]. r/MensRights. https://www.reddit.com/r/MensRights/comments/m3fgim/christian_et_al_2011_sexual_based_violence/

Claude, G. (2019, octobre 22). Étude qualitative : Définition, techniques, étapes et analyse. *Scribbr*. <https://www.scribbr.fr/methodologie/etude-qualitative/>

Dworkin, A., & Dufresne, M. (2006). « Le Pouvoir ». *Nouvelles Questions Féministes*, 25(3), 94-108. <https://doi.org/10.3917/nqf.253.0094>

Erick D.A. Yonfa, Malinda F., Cueva M. et Zavgorodniaya C. (2024). Intimate Partner Violence: A Literature Review. *The open psychology journals*. 14(1) 11-16. DOI : [10.2174/1874350102114010011](https://doi.org/10.2174/1874350102114010011).

Foussiakda, C.A., Balegamire, J. B., Claire, G., Mugumaarhahama, Y., & Blavier, A. (2025). Posttraumatic Stress Disorder, Dyadic Adjustment, Sexual Desire, and Couple Resilience 10 Years After the Experience of Rape by Survivors in the Eastern Democratic Republic of the Congo. *Social Sciences*, 14(3), Article 3. <https://doi.org/10.3390/socsci14030131>

Foussiakda, C.A., Mutama Kabesha, N., Furaha Mirindi, G., Gavray, C., & Blavier, A. (2022). Gender Relations and Social Reintegration of Rape Survivors in South Kivu : An Analysis of Favorable and Unfavorable Factors for Reintegration. *Journal of Aggression, Maltreatment & Trauma*, 31(9), 1168-1186. <https://doi.org/10.1080/10926771.2022.2133655>

Freedman, J. (2018). La lutte contre les violences sexuelles et « basées sur le genre » en République démocratique du Congo (RDC) : Les impacts locaux d'une politique internationale. In *La globalisation du genre* (p. 209-228). Presses universitaires de Rennes. <https://doi.org/10.3917/pur.lacom.2018.01.0209>

Garcia-Moreno, C., Jansen, H. A., Ellsberg, M., Heise, L., & Watts, C. H. (2006). Prevalence of intimate partner violence : Findings from the WHO multi-country study on women's health and domestic violence. *The Lancet*, 368(9543), 1260-1269. [https://doi.org/10.1016/S0140-6736\(06\)69523-8](https://doi.org/10.1016/S0140-6736(06)69523-8)

Hamber B. et Lundy P. (2020). « Lessons from transitional justice? toward a new framing of a victim-centered approach in the case of historical institutional abuse”, *Vistims and Offenders* 15(6), p.761.

Imbert, G. (2010). L'entretien semi-directif : À la frontière de la santé publique et de l'anthropologie. *Recherche en soins infirmiers*, 102(3), 23-34. <https://doi.org/10.3917/rsi.102.0023>

Josse, E. (2015). *Les violences sexuelles dans les contextes de conflit et de post-conflit*. *Journal de médecine légale* (58(3) ; 205-212.

Kandolo, S. I., Much'Apa, B. M., Matungulu, C. M., & Zambeze, J.-B. K. S. (2017). Les violences sexuelles en milieu urbain : Cas de la ville de Lubumbashi, République Démocratique du Congo. *Santé Publique*, 29(1), 125-131. <https://doi.org/10.3917/spub.171.0125>

Kelly, J. T., Betancourt, T. S., Mukwege, D., Lipton, R., & VanRooyen, M. J. (2011). Experiences of female survivors of sexual violence in eastern Democratic Republic of the Congo: A mixed-methods study. *Conflict and Health*, 5(1), 25. <https://doi.org/10.1186/1752-1505-5-25>

Khan A. (2011). Violence basée sur le genre et VIH : guide pour intégrer la prévention et les actions de lutte contre la violence basée sur le genre dans les programmes PEPFAR. Arlington (VA): Aidstar-One; 82p. (AIDS support and technical assistance ressources, sector 1; Task order 1)

Kiakuvue, Y. N., Kanyere, F. S., Mukubu, D. M., Ruhindiza, B. M., & Mukuku, O. (2024). Sexual violence among female survivors in Goma, in the Democratic Republic of the Congo: Epidemiology, clinical features, and circumstances of occurrence. *Scientific Reports*, 14, 14863. <https://doi.org/10.1038/s41598-024-65412-7>

Kivu Security Tracker (2017). « Baromètre sécuritaire du Kivu ». *Kivu Security Tracker Crisis Mapping in Eastern Congo*. <https://kivusecurity.org>.

Kodzotse.agbodzavu. (2021, décembre 22). Un « one stop center » contre les violences basées sur le genre. *Ministère de l'Action Sociale, de la Solidarité et de la Promotion de la femme*. <https://actionsociale.gouv.tg/un-one-stop-center-contre-les-violences-basees-sur-le-genre/>

Koudou, O., Crizoa, H., & Serifou, M. D. (2019). Déterminants des obstacles à la prise en charge des femmes victimes de viol à Abidjan. *Sciences & Actions Sociales*, 11(1), 123-138. <https://doi.org/10.3917/sas.011.0123>

Le Masson V., Colette Benoudji C., Sotelo Reyes S. et Bernard G. (2017). Les violences contre les femmes et les filles et la résilience : Quels liens ? quels enjeux ? quels impacts ? perspectives du contexte tchadien. *Resources | Global Citizenship Education (GCED) Clearinghouse | UNESCO & APCEIU*. Consulté 30 juin 2025, à l'adresse <https://www.gcedclearinghouse.org/fr/resources/les-violences-contre-les-femmes-et-les-filles-et-la-r%C3%A9silience-quels-liens-quels-enjeux>

Lussy, J. P., Dube, A., Lusi, J. K. M., Kikoli, A. M., Mukekulu, E. K., & Bartels, S. A. (2021). Trends in sexual violence patterns and case management: A sex disaggregated analysis in Goma, Democratic Republic of Congo. *Conflict and Health*, 15(1), 59. <https://doi.org/10.1186/s13031-021-00398-x>

Mimche, H., & Tanang, P. (2013). Les violences basées sur le genre à l'école en République centrafricaine. *Recherches & éducations*, 8, Article 8. <https://doi.org/10.4000/rechercheseducations.1563>

Mrabti L. et Belamfedel A. (2025). Doubles Perspectives : Analyse des interventions des assistants sociaux auprès des femmes victimes de violence conjugale | Cairn.info. Revue santé

publique. 37(1), 141-150. Consulté sur https://stm.cairn.info/revue-sante-publique-2025-1-page-141?site_lang=fr.

Mrabti, L., & Alaoui, Z. B. (2025). Doubles Perspectives : Analyse des interventions des assistants sociaux auprès des femmes victimes de violence conjugale. *Santé Publique*, 37(1), 141-150. <https://doi.org/10.3917/spub.251.0141>

Mukwege D. (2023). Le combat du Docteur Denis Mukwege, prix Nobel de la paix 2018, contre les violences sexuelles et basées sur le genre. (2023). *La Presse Médicale Formation*, 4(3), 245-250. <https://doi.org/10.1016/j.lpmfor.2023.07.007>

Mukwege D. (2024). Healing the survivors of sexual violence. (2024). *Bulletin of the World Health Organization*, 102(3), 157-158. <https://doi.org/10.2471/BLT.24.030324>

Mukwege, D., & Berg, M. (2016). A Holistic, Person-Centred Care Model for Victims of Sexual Violence in Democratic Republic of Congo: The Panzi Hospital One-Stop Centre Model of Care. *PLOS Medicine*, 13(10), e1002156. <https://doi.org/10.1371/journal.pmed.1002156>

Ndonko, P., & Tchokote, E. C. (2023). Viol et inceste au Cameroun : Analyse anthropologique et psychopathologique de la violence de genre. *Le Journal des psychologues*, HS1, 88-100. <https://doi.org/10.3917/jdp.hs1.0088>

Nelson, B. D., Collins, L., VanRooyen, M. J., Joyce, N., Mukwege, D., & Bartels, S. (2011). Impact of sexual violence on children in the Eastern Democratic Republic of Congo. *Medicine, Conflict, and Survival*, 27(4), 211-225. <https://doi.org/10.1080/13623699.2011.645148>

Nfundiko, J. S. (2015). Femmes du Sud-Kivu, victimes et actrices en situation de conflit et postconflit. *Hérodote*, 158(3), 182-199. <https://doi.org/10.3917/her.158.0182>

Othman S., Goddard C., Piterman L. (2014). Victims' Barriers to Discussing Domestic Violence in Clinical Consultations: A Qualitative Enquiry. *J Interpers Violence*. 29(8):1497-513.

Poggi, C., & Waltmann, J. (2019). La (re)production des inégalités de genre : Quels enjeux dans l'éducation, la santé et la protection sociale ? *Papiers de recherche*, 1-38. <https://doi.org/10.3917/afd.poggi.2019.01.0001>

Richie B.E. (2000). A Black Feminist Reflection on the Antiviolence Movement. *Feminisms at a Millennium* ; 25(4), pp. 1133-1137, à l'adresse <https://www.jstor.org/stable/3175500>

Salmona, D. M. (2024, février 25). Stop aux violences familiales, conjugales et sexuelles : Nouvel article de la Dre Muriel SALMONA : La sidération traumatique lors de viols Mécanismes et conséquences. <https://stopauxviolences.blogspot.com/2024/02/nouvel-article-de-la-dre-muriel-salmona.html>

Salmona, M. (2018). La mémoire traumatique : Violences sexuelles et psycho-trauma. *Les Cahiers de la Justice*, 1(1), 69-87. <https://doi.org/10.3917/cdlj.1801.0069>

Salmona, M. (2021a). Légitimer les victimes pour délégitimer les violences. *Rhizome*, 8081(2), 6-8. <https://doi.org/10.3917/rhiz.080.0006>

Surie von Czechowski, A. (2024). « Vous devez travailler avec nous ». Participation des réfugiées aux programmes de lutte contre les violences de genre en Tanzanie. *Journal des anthropologues*, 176177(1), 143-162. <https://doi.org/10.3917/jda.176.0143>

Trenholm JE, Olsson P, Ahlberg BM (2011). Batailles sur le corps des femmes : guerre, viol et traumatisme dans l'est de la République Démocratique du Congo. *Santé publique mondiale* ; 6(2).

Westbrook, L. (2007). Digital information support for domestic violence victims: Research Articles. *J. Am. Soc. Inf. Sci. Technol.*, 58(3), 420-432.

Wood, E. J. (2014). Violences sexuelles liées aux conflits et implications politiques des recherches récentes. *Revue Internationale de la Croix-Rouge*, 96(2), 35-59. <https://international-review.icrc.org/sites/default/files/04-ricr-sf-894-wood.pdf>

- **Rapports**

De Schutter O. (2021). Rapport du Rapporteur spécial sur les droits de l'homme et l'extrême pauvreté, à la 76^{ème} session de l'Assemblée Générale (A/76/177). <https://www.ohchr.org/fr/special-procedures/sr-poverty>

Fondation Panzi RDC. (2024). *Rapport annuel des activités*.

Fondation Panzi. (2018). *Rapports annuels d'activités*.

MONUSCO. (2017). *Rapport du Secrétaire général sur les violences sexuelles liées aux conflits (S/2017/249) - World | Relief Web*. <https://docs.un.org/fr/S/2017/249>

OMS (2014). *Rapport de situation 2014 sur la prévention de la violence dans le monde : Résumé d'orientation*. Consulté 24 juin 2025, à l'adresse <https://www.who.int/fr/publications/i/item/WHO-NMH-NVI-14.2>

OMS (2021). *Rapport mondial sur la violence et la santé*. Consulté 24 juin 2025, à l'adresse <https://www.who.int/fr/publications/i/item/9241545615>

UNFPA. (2015). *Enquête sur l'Ampleur et Déterminants des Violences Basées sur le Genre au Niger*. UNFPA Niger. <https://niger.unfpa.org/sites/default/files/pub-pdf/Etude%20VBG%20Rapport%20Final%201er%20septembre%202015.pdf>

UNFPA. (2019). *Evaluation conjointe des programmes de lutte contre les violences sexuelles en République Démocratique du Congo 2005-2017*. Consulté le 24 Juin 2025 à l'adresse <https://gbvaor.net/sites/default/files/2019-07/Evaluation%20Conjointe%20des%20Programmes%20de%20Lutte%20Contre%20les%20S%20DRC%202019.pdf>

UNFPA. (2020). *Violences basées sur le genre : Pratiques néfastes et santé de la reproduction dans les zones d'intervention du projet Spotlight*. <https://mali.unfpa.org/sites/default/files/pub-pdf/rapport-etude-vbg-unfpa-instat-dans-les-zones-du-programme-si-vf.pdf>

UNFPA. (2023). *Évaluation Finale indépendante du Projet « Prévention et Réponse aux Violences Sexuelles et Basées sur le Genre à Madagascar »*. UNFPA Madagascar. <https://madagascar.unfpa.org/fr/publications/e%CC%81valuation-finale-inde%CC%81pendante-du-projet-pre%CC%81vention-et-re%CC%81ponse-aux-violences>

UNICEF. (2022). *Rapport d'analyse sur « Enfants victimes des violences basées sur le genre en République du Congo »*. <https://www.unicef.org/congo/media/2511/file/Etude%20enfants%20victimes%20VBG.pdf>

- **Webographie**

Bunch, C., Reilly, N., College D. (1993). Center for Women's Global Leadership, United Nations Development Fund for Women, Global Campaign for Women's Human Rights, Global Tribunal on Violations of Women's Human Rights (1993: Vienna, A., & United Nations World Conference on Human Rights (2nd: 1993: Vienna, A. (avec Internet Archive). (1994). *Demanding accountability: The Global Campaign and Vienna Tribunal for Women's Human Rights*. New Brunswick, NJ : Center for Women's Global Leadership, Rutgers University ; New York : United Nations Development Fund for Women. <http://archive.org/details/demandingaccount0000bunc>

FIDH (2013). *Droits des femmes de la Fédération Internationale pour les Droits Humains*. Consulté 27 mai 2025, à l'adresse <https://www.fidh.org/fr/themes/droits-des-femmes/>

Global Citizen. (2021). *La violence basée sur le genre : Tout ce qu'il faut savoir*. Consulté le 06 Août 2025 à l'adresse <https://www.globalcitizen.org/fr/content/gender-based-violence-everything-to-know/>

GNUDD (2003). *Approche fondée sur les droits de l'homme*. Consulté 1 juillet 2025, à l'adresse <https://unsdg.un.org/fr/2030-agenda/universal-values/human-rights-based-approach>, <https://unsdg.un.org/fr/2030-agenda/universal-values/human-rights-based-approach>

Guérir autrement (2019). *Pratique holistique : Définition et approche globale*. Consulté 30 juin 2025, à l'adresse <https://www.guerir-autrement.com/pratique-holistique-definition-et-approche-globale-de-la-sante/>

HEISE L. (1998). *Violence Against Women*. Consulté 30 juin 2025, à l'adresse <https://journals.sagepub.com/doi/10.1177/1077801298004003002>

HIAS. (2015). *Triple péril : Protection pour les réfugiés survivants à risque de violence sexuelle et sexiste Réponse à la violence sexuelle et sexiste*. Consulté le 01 Septembre 2025 à l'adresse https://hias.org/wp-content/uploads/pwd3_-_facilitators_guide-fr-eu.pdf

ICART. (2010). ICART : Sexual Violence Research & Training. *Panzi Foundation*. Consulté le 22 Août 2025 à l'adresse <https://panzifoundation.org/icart-research-training/>

Initiative Spotlight (2020) : *Les "ONE STOP CENTER" équipés pour encourager plus de survivantes à briser le silence | Les Nations Unies au Mali*. Consulté 1 juillet 2025, à l'adresse <https://mali.un.org/fr/36553-initiative-spotlight-les-%E2%80%99Cone-stop-center%E2%80%9D-%C3%A9quip%C3%A9s-pour-encourager-plus-de-survivantes-%C3%A0>, <https://mali.un.org/fr/36553-initiative-spotlight-les-%E2%80%99Cone-stop-center%E2%80%9D-%C3%A9quip%C3%A9s-pour-encourager-plus-de-survivantes-%C3%A0>

OCHA, HCR et IRC. (2006). GBV Classification Tool. *GBVIMS: Gender-Based Violence Information Management System*. Consulté 4 juillet 2025, à l'adresse <https://www.gbvims.com/gbvims-tools/classification-tool/>

OMS. (2021). *Violence à l'encontre des femmes*. Consulté 27 mai 2025, à l'adresse <https://www.who.int/fr/news-room/fact-sheets/detail/violence-against-women>

ONU (2005). *La violence basée sur le genre : Tout ce qu'il faut savoir*. Global Citizen. Consulté 30 juin 2025, à l'adresse <https://www.globalcitizen.org/fr/content/gender-based-violence-everything-to-know/>

Orspere-Samdarra (2025). DIU Santé, société et migration. Consulté le 3 juin 2025, à l'adresse <https://orspere-samdarra.com/evenements-et-formations/diplomes-universitaires/diu-sante-societe-migration/>

The New Humanitarian (2009). *Corps meurtris, rêves brisés : La violence à l'égard des femmes mise à jour*. (2009, juillet 31).

WHO (2021). *Violence à l'encontre des femmes*. Consulté 27 mai 2025, à l'adresse <https://www.who.int/fr/news-room/fact-sheets/detail/violence-against-women>

- **Mémoires et travaux**

Banque Mondiale. (2022). *Plan d'action pour la prévention et réponse aux Violences Basées sur le Genre, Exploitation et Abus Sexuels, Harcèlement Sexuel (VBG/EAS/HS) des financements additionnels 1, 2 et 3 en République du Congo*. Consulté le 15 Juin 2025 à l'adresse https://sante.gouv.cg/wp-content/uploads/2022/06/P178126_AF3-Republic-of-Congo-COVID-19-Emergency-Response-Project-GBV-Plan_version-finale.pdf

International Rescue Committee. (2024). *Les Directives sur la Prestation des Services VBG Mobiles et à Distance au Burundi*. Consulté le 26 Juin 2025

Madaki KC (2008). Le profil des violeurs et des victimes des violences sexuelles. Mémoire pour le diplôme d'études appliquées en Santé Publique – épidémiologie. Université de Lubumbashi. 58p.

SNVBG. (2009). *Stratégie nationale de lutte contre les violences basées sur le genre (SNVBG / Ministère du Genre, Famille et Enfants)*. <https://genre.gouv.cd/ressources-et-publications/8/strategie-nationale-de-lutte-contre-les-violences-basees-sur-le-genre-snvbg>

Thera, K. (2025). *Bilan de la prise en charge des violences basées sur le genre à l'unité one stop center de l'hôpital Nianankoro Fomba de Ségou*. [Thesis, USTTB]. <https://www.bibliosante.ml/handle/123456789/14238>

Liste des tableaux

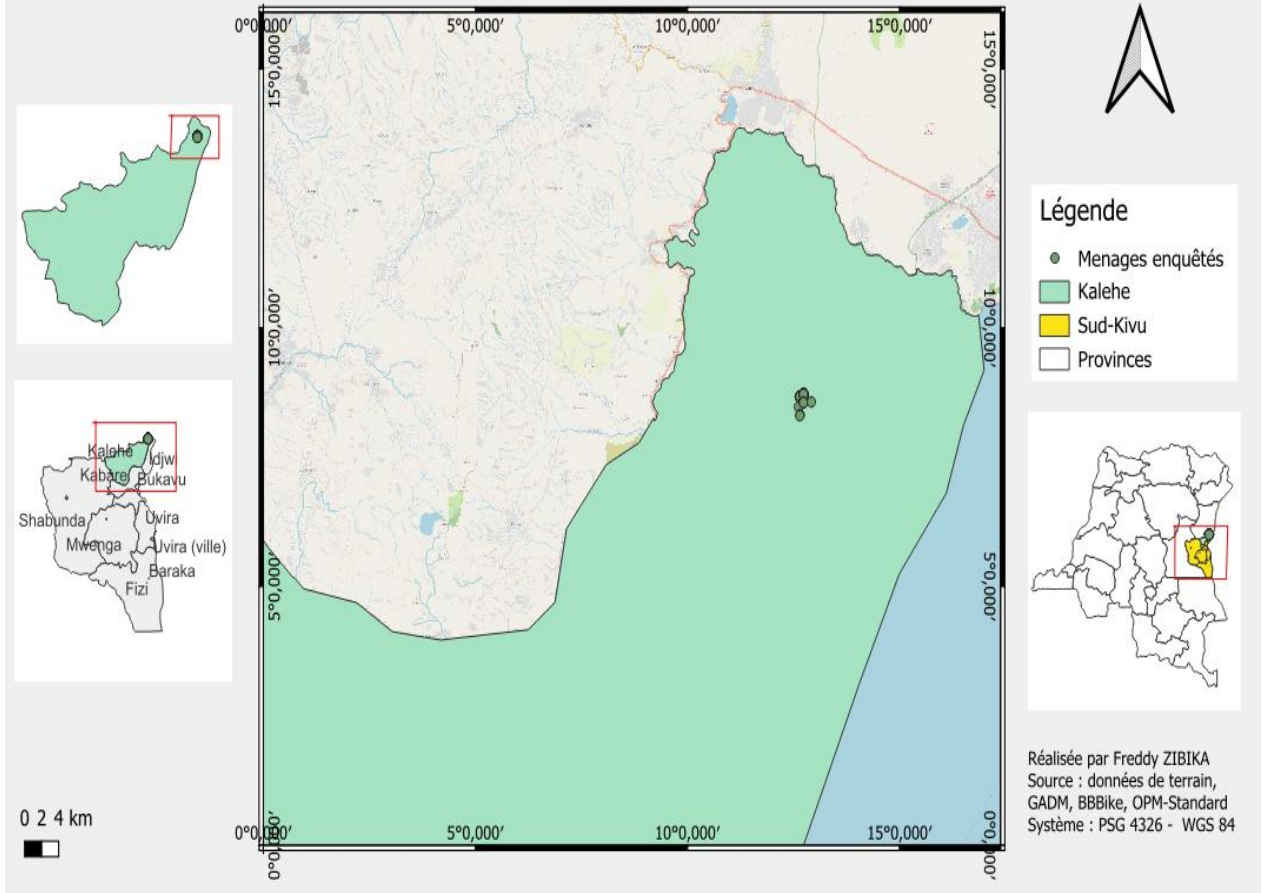
Tableau 1: Population de la zone de santé de Minova en 2024 par Aire de santé et villages	22
Tableau 2 : Echantillonnage qualitatif	23
Tableau 3 : Répartition des répondantes selon les caractéristiques socio-démographiques	27
Tableau 4 : Relation entre l'hésitation de visiter la structure de PEC après l'incident et le niveau de revenu mensuel des répondantes	28
Tableau 5 : Relation entre l'hésitation de visiter la structure de PEC et la distance	29
Tableau 6 : Répartition des répondants selon l'accès au dispositif	29
Tableau 7 : Répartition des répondantes selon l'orientation dans les différents services	32
Tableau 8 : Répartition des répondants selon leur perception sur la qualité de la prise en charge multidisciplinaire	34
Tableau 9 : Répartition des répondantes selon le sentiment de respect de confidentialité et anonymat	36
Tableau 10 : Répartition de répondantes selon les barrières d'accès à la prise en charge	38
Tableau 11 : Approches communautaires et sensibilisations au sein de la communauté	39
Tableau 12 : Répartition des répondantes selon le sentiment de changement et de sécurité après la prise en charge	41

Listes des figures

Figure 1 : conséquences comportementales et sanitaires de la violence (OMS, 2014)	8
Figure 2 : Guichet unique (Source : Fondation Panzi, 2021)	12
Figure 3 : Graphique de l'intersectionnalité des VBG	13
Figure 4 : Circuit de prise en charge de survivantes/victimes de violences basées sur le genre (adapté par la Fondation Panzi, 2021)	15
Figure 5 : pourcentage de pays déclarant qu'ils mettent en place des services de santé mentale pour les victimes de violence à grande échelle (n = 133 pays).	17
Figure 6 : Carte sanitaire de la Zone de Santé de Minova (Source : Zone de Santé de Minova)	22
Figure 7 : Répartition de répondantes selon le niveau d'information sur le modèle holistique de prise en charge des VBG au CH Bulenga	31
Figure 8: Répartition des répondantes selon leur satisfaction globale des services reçus	35
Figure 9 : Répartition des répondants selon l'hésitation à aller à la structure après l'incident	37

Annexe 1 : Zone d'étude

Carte de la zone d'étude



Annexe 2 : Guide d'entretien adressé aux prestataires des services de VBG

Guide d'entretien semi-structuré – prestataires de services VBG / CH Bulenga	
Introduction et consentement	
<p>Bonjour ! Je m'appelle Freddy Zibika, je réalise un mémoire de Master sur « l'évaluation du dispositif de prise en charge des survivantes de violences basées sur le genre dans la ZS de Minova », appuyé par la Fondation Panzi. L'état des lieux de cette étude et les échanges permettront de mieux comprendre le déploiement de ce modèle. Votre expérience en tant que prestataire de services est essentielle pour comprendre les forces, les faiblesses et les opportunités du système en place afin de proposer des recommandations pour l'amélioration de son efficacité dans les interventions futures. Nous souhaitons à cet effet vous poser quelques questions sur cette thématique. Nous tenons à vous assurer que toutes les informations renseignées au niveau de ce guide sont strictement confidentielles, anonymes et ne seront traitées que par les habilités dans ce sens. Nous vous rassurons également qu'il n'y a pas de bonne ou de mauvaise réponse. Pour nous permettre de bien assurer la retranscription des éléments de cet entretien, nous allons réaliser un enregistrement (qui sera détruit à la fin des retranscriptions). Notre échange va prendre environ 30 minutes. L'entretien sera enregistré</p>	
Module 1. Parcours professionnel et fonctionnement du dispositif	
<ol style="list-style-type: none"> 1. Pouvez-vous vous présenter brièvement (fonction, institution, nombre d'années d'expérience) et décrire votre rôle spécifique dans la prise en charge des survivantes VBG ? 2. Avez-vous reçu des formations spécifiques sur la prise en charge des VBG ? Si oui, lesquelles ? 3. Comment est structuré le circuit de prise en charge dans votre centre (orientation, coordination interservices) ? Pensez-vous que ce circuit est connu ? 4. Pensez-vous que le dispositif est pertinent ? que pensez-vous de son importance par rapport au contexte de la contrée ? 5. Quels sont, selon vous, les principaux points forts et défis du modèle holistique de prise en charge actuellement en place ? 	
Module 2. Accessibilité, qualité et participation des bénéficiaires	
<ol style="list-style-type: none"> 6. Les survivantes accèdent-elles facilement aux services ? Quelles sont les principales barrières rencontrées ? 7. Le centre est-il géographiquement et économiquement accessible aux femmes les plus vulnérables ? 8. Comment évaluez-vous la qualité globale des services, y compris la confidentialité, le respect de l'anonymat et la participation active des survivantes ? 9. Existe-t-il des outils de suivi ou d'évaluation de la qualité des services rendus ? 	
Module 3. Ressources, collaboration et perspectives	
<ol style="list-style-type: none"> 10. Selon vous, disposez-vous de ressources suffisantes (humaines, matérielles, financières) pour assurer une prise en charge efficace ? 11. Que pensez-vous de la collaboration entre services (médical, psychosocial, juridique, réinsertion socio-économique) est-elle fluide ? Comment est-elle organisée ? 12. Quelles améliorations, innovations ou bonnes pratiques recommandez-vous pour renforcer l'efficacité du dispositif ? 	
Module 4. Conclusion et recommandations	
<ol style="list-style-type: none"> 13. Quelles sont vos suggestions pour améliorer l'efficacité du dispositif ? 14. Quel message souhaiteriez-vous transmettre aux décideurs et partenaires pour améliorer durablement la prise en charge des survivantes VBG ? 	

Annexe 3 : Guide d'entretien adressé aux leaders communautaires

Guide d'entretien semi-structuré – Leaders communautaires / Zone de santé de Minova	
Introduction et consentement	
<p>Bonjour ! Je m'appelle Freddy Zibika, je réalise un mémoire de Master sur « l'évaluation du dispositif de prise en charge des survivantes de violences basées sur le genre dans la ZS de Minova », appuyé par la Fondation Panzi. L'état des lieux de cette étude et les échanges permettront de mieux comprendre le déploiement de ce modèle. Votre expérience en tant que leader communautaire est essentielle pour comprendre les dynamiques communautaires, les soutiens et les collaborations/gouvernance en matière de prise en charge afin de proposer des recommandations pour l'amélioration de son efficacité dans les interventions futures. Nous souhaitons à cet effet vous poser quelques questions sur cette thématique. Nous tenons à vous assurer que toutes les informations renseignées au niveau de ce guide sont strictement confidentielles, anonymes et ne seront traitées que par les habilités dans ce sens. Nous vous rassurons également qu'il n'y a pas de bonne ou de mauvaise réponse. Pour nous permettre de bien assurer la retranscription des éléments de cet entretien, nous allons réaliser un enregistrement (qui sera détruit à la fin de la retranscription). Notre échange va prendre environ 30 minutes. L'entretien sera enregistré.</p>	
Module 1. Parcours professionnel et fonctionnement du dispositif	
<ol style="list-style-type: none"> 1. Pouvez-vous vous présenter brièvement (fonction, communauté, années d'expérience) et préciser votre rôle face aux VBG ? 2. Avez-vous déjà reçu une formation sur les VBG ? Si oui, par qui et sur quels aspects ? 3. Quels types de violences sont les plus fréquents dans votre communauté ? Quelles en sont, selon vous, les principales causes ? 4. Pensez-vous que les survivantes parlent-elles librement de ce qu'elles ont vécu ? Qu'est-ce qui facilite ou empêche cette expression ? 	
Module 2. Accessibilité, qualité et participation des bénéficiaires	
<ol style="list-style-type: none"> 5. Connaissez-vous le modèle holistique de la Fondation Panzi ? Pensez-vous que les survivantes sont suffisamment informées sur ce modèle ? 6. Avez-vous déjà orienté une survivante vers un centre de prise en charge ? Quels retours avez-vous reçus ? 7. Quelles actions de prévention ou de protection menez-vous contre les VBG dans votre communauté 8. Pensez-vous que les leaders communautaires disposent des outils nécessaires pour lutter efficacement contre les VBG ? 	
Module 3. Ressources, collaboration et perspectives	
<ol style="list-style-type: none"> 9. Travaillez-vous avec d'autres structures de prise en charge (ONG, services juridiques ou de santé) ? 10. Comment se passe la collaboration entre les leaders communautaires et les prestataires de services au sein du CH Bulenga ? 11. Selon vous, que faut-il renforcer dans votre communauté pour mieux prévenir ou réduire les violences 	
Module 4. Conclusion et recommandations	
<ol style="list-style-type: none"> 12. Quelles recommandations formulerez-vous aux décideurs et bailleurs pour améliorer la lutte contre les VBG à Minova ? 13. Quelles sont vos propositions pour améliorer la prise en charge des survivantes dans votre communauté ? 	

Annexe 4 : Questionnaire d'enquête adressé aux survivantes de VBG suivies au CH Bulenga

Questionnaire d'enquête quantitatif adressé aux des survivantes de violences basées sur le genre

Introduction et consentement

Bonjour ! Je m'appelle (**Nom de l'enquêteur**), je vous parle de la part de Freddy Zibika, qui réalise un mémoire de Master sur « **l'évaluation du dispositif de prise en charge des survivantes de violences basées sur le genre dans la ZS de Minova** », appuyé par la Fondation Panzi. L'état des lieux de cette étude et les échanges permettront de mieux comprendre le déploiement de ce modèle. Votre expérience en tant que bénéficiaire est essentielle pour comprendre les forces, les faiblesses et les opportunités du système en place afin de proposer des recommandations pour l'amélioration de son efficacité dans les interventions futures. Nous souhaitons à cet effet vous poser quelques questions sur votre parcours et sur les expériences vécues pendant la prise en charge. Nous tenons à vous assurer que toutes les informations renseignées au niveau de ce guide sont strictement confidentielles, anonymes et ne seront traitées que par les habilités dans ce sens. Nous vous rassurons également qu'il n'y a pas de bonne ou de mauvaise réponse. Notre échange va prendre environ 20 minutes. Acceptez-vous de participer à cette étude ?

Section A : Informations générales et profil socio-démographique des répondantes

1. Âge :
2. Niveau d'instruction :
 - a. Aucun
 - b. Primaire
 - c. Secondaire
 - d. Supérieur
 - e. Formation professionnelle certifiante
3. Situation matrimoniale :
 - a. Célibataire
 - b. Mariée
 - c. Divorcée/Séparée
 - d. Veuve
4. Activité principale :
 - a. Sans emploi
 - b. Agriculture
 - c. Petit commerce
 - d. Fonction publique
 - e. Autre (préciser) : _____
5. Taille de ménage :
6. Nombre d'enfants à charge :
7. Lieu de résidence par rapport à la structure de prise en charge :
 - a. Moins de 5 km du centre
 - b. 5-10 km
 - c. Plus de 10 km
8. Revenu mensuel moyen (en francs congolais – taux de change 2800FC) :

Section B : Accès au dispositif de prise en charge

9. Par quel moyen avez-vous connu l'existence du CH Bulenga pour la prise en charge ?
 - a. Radio
 - b. Amis/Famille
 - c. Agent de santé
 - d. Chef communautaire ou relais
 - e. ONG
 - f. Autre (préciser) : _____
10. Délai entre l'incident et la première visite au centre :
 - a. Moins de 72h
 - b. Plus de 72h
11. Le transport vers le centre a-t-il constitué un obstacle ?
 - a. Oui

- b. Non
12. L'accueil au centre hospitalier était-il rapide ?
- a. Oui
 - b. Non
13. Le personnel vous a-t-il expliqué les services disponibles ?
- a. Oui
 - b. Non
14. Les services ont-ils été accessibles sans frais ?
- a. Oui
 - b. Non
- 6.a. Si non, combien avez-vous payé pour la prise en charge ?
15. Le cadre du centre hospitalier vous paraissait-il sûr et accueillant ?
- a. Oui
 - b. Non
16. Type de violences
- a. Viol
 - b. Agression sexuelle
 - c. Agression physique
 - d. Mariage précoce/forcé
 - e. Déni des ressources
 - f. Violences émotionnelles ou psychologiques
17. Auteur de l'incident
- a. Civil, partenaire intime
 - b. Civil, autre que partenaire
 - c. Militaire/homme en uniforme
18. Avez-vous été orientée vers plusieurs services ?
- a. Oui
 - b. Non
19. Dans quels services avez-vous été orientés pour la prise en charge ? (*Plusieurs réponses possibles*)
- a. Service médical
 - b. Service psychologique
 - c. Juridique
 - d. Réinsertion socio-économique
20. Le temps d'attente pour accéder aux soins était-il raisonnable ?
- a. Oui
 - b. Non
21. Avez-vous reçu un rendez-vous pour un suivi à domicile après la prise en charge ?
- a. Oui
 - b. Non
- 21.a. Si oui, après quelle période ?
- a. Moins d'un mois
 - b. 1 à 3 mois
 - c. Plus de 3 mois

Section C : Qualité de la prise en charge multidisciplinaire

22. Avez-vous reçu une prise en charge médicale ?
- a. Oui
 - b. Non
23. Avez-vous reçu une prise en charge psychologique ?
- a. Oui
 - b. Non
24. Avez-vous bénéficié d'un accompagnement juridique ?
- a. Oui
 - b. Non
25. Avez-vous accédé à un accompagnement d'une réinsertion socio-économique ?
- a. Oui
 - b. Non

Veillez indiquer dans quelle mesure vous êtes d'accord ou pas d'accord avec les affirmations suivantes :

26. Le personnel m'a traité avec respect et dignité ?
 - a. Pas du tout d'accord
 - b. Peu d'accord
 - c. Moyennement d'accord
 - d. D'accord
 - e. Tout à fait d'accord
27. Les prestations reçues sont gratuites ?
 - a. Pas du tout d'accord
 - b. Peu d'accord
 - c. Moyennement d'accord
 - d. D'accord
 - e. Tout à fait d'accord
28. Les services reçus ont-ils répondu à mes besoins ?
 - a. Pas du tout d'accord
 - b. Peu d'accord
 - c. Moyennement d'accord
 - d. D'accord
 - e. Tout à fait d'accord
29. Je me sens en sécurité lors des entretiens ?
 - a. Pas du tout d'accord
 - b. Peu d'accord
 - c. Moyennement d'accord
 - d. D'accord
 - e. Tout à fait d'accord
30. Le personnel m'a participé aux décisions tout au long de la prise en charge ?
 - a. Pas du tout d'accord
 - b. Peu d'accord
 - c. Moyennement d'accord
 - d. D'accord
 - e. Tout à fait d'accord
31. Dans l'ensemble, dans quelle mesure la qualité du service vous a-t-elle satisfaite ?
 - a. Pas du tout satisfaite
 - b. Peu satisfaite
 - c. Moyennement satisfaite
 - d. Satisfaite
 - e. Tout à fait satisfaite
32. Avez-vous reçu des kits de dignité ou d'autres matériels ?
 - a. Oui
 - b. Non
33. Avez-vous senti que le personnel a respecté votre confidentialité ?
 - a. Oui
 - b. Non

Section D : Confidentialité et Anonymat

34. Pensez-vous que votre anonymat a été respecté ?
 - a. Oui
 - b. Non
35. Le centre dispose-t-il d'espaces garantissant la confidentialité ? cela inclut un bureau bien avec des murs bien couverts, et difficilement accessible aux personnes extérieures
 - a. Oui
 - b. Non
36. Dans quelle mesure craignez-vous que d'autres personnes aient appris votre situation ?
 - a. Pas du tout
 - b. Peu
 - c. Moyennement
 - d. Beaucoup

- e. Enormément
- 37. Le personnel vous a-t-il rassurée sur la discrétion de votre dossier ?
 - a. Oui
 - b. Non
- 38. Dans quelle mesure la confidentialité du centre hospitalier vous encourage-t-elle à y retourner ?
 - a. Pas du tout
 - b. Peu
 - c. Moyennement
 - d. Beaucoup
 - e. Enormément

Section E : Obstacles à l'accès et à la continuité des soins

- 39. Avez-vous hésité avant de venir au centre hospitalier pour la prise en charge ?
 - a. Oui
 - b. Non
- 40. Si oui, quelle a été la raison principale de votre hésitation ?
 - a. Peur des représailles du bourreau
 - b. Honte
 - c. Peu d'informations sur la prise en charge
 - d. Distance entre le ménage et le centre hospitalier
 - e. Coût de prise en charge
 - f. Insécurité dans la zone
 - g. Autre (préciser) : _____
- 41. Dans quelle mesure le coût du transport a-t-il constitué un obstacle pour vous rendre au centre de prise en charge ?
 - a. Pas du tout
 - b. Peu
 - c. Moyennement
 - d. Beaucoup
 - e. Enormément
- 42. Dans quelle mesure votre situation financière a-t-elle limité votre accès aux services ?
 - a. Pas du tout
 - b. Peu
 - c. Moyennement
 - d. Beaucoup
 - e. Enormément
- 43. Dans quelle mesure la distance entre votre domicile et le centre a-t-elle été un frein pour consulter ?
 - a. Pas du tout
 - b. Peu
 - c. Moyennement
 - d. Beaucoup
 - e. Enormément
- 44. Dans quelle mesure l'insécurité ou les conflits dans votre zone ont-ils limité vos déplacements vers le centre ?
 - a. Pas du tout
 - b. Peu
 - c. Moyennement
 - d. Beaucoup
 - e. Enormément
- 45. Dans quelle mesure le regard ou le jugement des autres dans votre communauté vous a-t-il découragée de consulter ?
 - a. Pas du tout
 - b. Peu
 - c. Moyennement
 - d. Beaucoup
 - e. Enormément
- 46. Dans quelle mesure le manque de soutien de votre famille a-t-il affecté votre démarche pour recevoir une prise en charge ?
 - a. Pas du tout
 - b. Peu
 - c. Moyennement
 - d. Beaucoup

- e. Enormément
47. Selon vous, dans quelle mesure la peur de la stigmatisation vous a-t-elle empêchée de parler librement de votre situation ?
- Pas du tout
 - Peu
 - Moyennement
 - Beaucoup
 - Enormément
48. Selon vous, dans quelle mesure les croyances religieuses constituent un obstacle dans la prise en charge des survivantes ?
- Pas du tout
 - Peu
 - Moyennement
 - Beaucoup
 - Enormément
49. Dans quelle mesure les normes culturelles ou traditionnelles constituent un obstacle dans la prise en charge des survivantes ?
- Pas du tout
 - Peu
 - Moyennement
 - Beaucoup
 - Enormément
50. Dans quelle mesure le manque d'information sur les services disponibles constitue un obstacle dans la prise en charge des survivantes ?
- Pas du tout
 - Peu
 - Moyennement
 - Beaucoup
 - Enormément
51. Dans quelle mesure le manque de services disponibles près de chez vous a-t-il limité votre prise en charge ?
- Pas du tout
 - Peu
 - Moyennement
 - Beaucoup
 - Enormément

Section F : Approches Communautaires et Sensibilisation

52. Dans quelle mesure étiez-vous informée des services disponibles pour les survivantes de VBG dans votre communauté ?
- Pas du tout informée
 - Peu informée
 - Moyennement informée
 - Informée
 - Tout à fait informée
53. Dans quelle mesure êtes-vous informée du modèle holistique de prise en charge des VBG ici au CH Bulenga
- Pas du tout informée
 - Peu informée
 - Moyennement informée
 - Informée
 - Tout à fait informée
54. Avez-vous déjà assisté à une séance de sensibilisation ou reçu une sensibilisation VBG ?
- Oui
 - Non
55. Si oui, par quel canal avez-vous reçu ces sensibilisations ?
- Radio
 - Leaders communautaires (chefs locaux, religieux...)
 - Ami/connaissance/famille
 - Sensibilisation par des agents de santé (CODESA, relais...)
 - Agents ONG
 - Autre (préciser) : _____
56. Si oui, dans quelle mesure les campagnes de sensibilisation ont-elles contribué à améliorer votre compréhension sur les VBG
- Pas du tout contribué

- b. Peu contribué
- c. Moyennement contribué
- d. Contribué
- e. Tout à fait contribué

57. Dans quelle mesure les leaders communautaires vous ont-ils soutenus lors de l'incident ?

- a. Pas du tout soutenu
- b. Peu soutenu
- c. Moyennement soutenu
- d. Beaucoup soutenu
- e. Enormément soutenu

58. Existe-t-il des groupes de soutien aux survivantes dans votre communauté ?

- a. Oui
- b. Non

59. Dans quelle mesure les survivantes sont-elles mieux acceptées aujourd'hui dans votre communauté ?

- a. Pas du tout acceptée
- b. Peu acceptée
- c. Moyennement acceptée
- d. Acceptée
- e. Très acceptée

Section G : Perception et satisfaction globale

60. Êtes-vous satisfaite de la prise en charge globale reçue ?

- a. Pas du tout satisfaite
- b. Peu satisfaite
- c. Moyennement satisfaite
- d. Satisfaite
- e. Tout à fait satisfaite

61. Dans quelle mesure vous sentez-vous un changement dans votre état de santé depuis la prise en charge à ce centre ?

- a. Non
- b. Léger
- c. Moyen
- d. Important

62. Vous sentez-vous en sécurité après la prise en charge ?

- a. Oui
- b. Non

63. Pensez-vous que les services offerts sont de qualité ?

- a. Oui
- b. Non

64. Les soins reçus vous ont-ils aidée à reprendre confiance en vous ?

- a. Oui
- b. Non

65. Les services reçus étaient-ils adaptés à vos besoins spécifiques ?

- a. Oui
- b. Non

66. L'expérience avec le personnel du centre hospitalier a-t-elle changé votre perception des VBG ?

- a. Oui
- b. Non

67. Avez-vous reçu une carte de contact ou un numéro d'urgence de signalement en cas de VBG ?

- a. Oui
- b. Non

68. Qu'est-ce que vous recommanderiez pour améliorer la prise en charge des survivantes au sein de la structure et de la zone de santé ?