



Prévalence et impact psycho-socioprofessionnel des violences basées sur le genre chez les professionnels de santé du Katanga, (RDC) : étude transversale multicentrique

Félix Momat K.¹, Aïda Kalenga M.², Fataki M.², Thierry Yav I.³, Denis Bwana M.⁴, Alain Mbayo K.⁴, Hugues Ngweij I.⁵, Yowa M.⁵, Laddyslas Kazadi M.⁵, Evie Ndombe N.⁶, Cecile Kisimba M.⁷, René Numbe O.⁸, Joseph Mulunda S.⁸, Steve Chitekulu E.⁹, Aimé Kakudji K.¹⁰

¹Faculté de Médecine, Université de Lubumbashi, Département de Gynécologie-Obstétrique, Lubumbashi, RDC

²Institut Supérieur de Commerce de Lubumbashi, ISC-Lubumbashi, RDC

³École de Santé Publique, Université de Lubumbashi, RDC

⁴Faculté de Médecine, Université de Kamina, Département de Gynécologie-Obstétrique, Kamina, RDC

⁵Faculté de Médecine, Université de Kolwezi, Département de Gynécologie-Obstétrique, Kolwezi, RDC

⁶Faculté de Médecine, Université de Kalemie, Département de Gynécologie – Obstétrique, RDC

⁷Medpark Clinic, Département de Chirurgie, Lubumbashi, RDC

⁸Centre d'Etudes pour le Dynamisme Social et le Développement Local, CRDL, Lubumbashi, RDC

⁹Service des Ressources Informatiques, SRI, Université de Lubumbashi, Lubumbashi, RDC

¹⁰Faculté des Lettres et Sciences Humaines, Université de Lubumbashi, Département de Philosophie, Lubumbashi, RDC

RÉSUMÉ

Objectif de l'étude : Déterminer la prévalence des violences basées sur le genre (VBG) en milieu professionnel et évaluer leur impact sur la santé mentale et la qualité des soins chez les professionnels de santé du Katanga.

Patients et méthode : Étude transversale analytique menée dans quatre villes du Katanga d'octobre 2024 à août 2025. Échantillonnage aléatoire stratifié proportionnel de 239 professionnels de santé (taux de réponse : 62,2%). Analyses multivariées multiniveaux réalisées avec SPSS v.26, seuil $p < 0,05$.

Résultats : Prévalence de VBG : 41,8% (IC95% : 35,4-48,5). Violences verbales prédominantes (37,6%), suivies des violences sexuelles (30,6%). L'exposition aux VBG était significativement associée à un stress élevé (OR=3,60 ; IC95% : 1,97-6,61 ; $p < 0,001$), un impact sur la qualité des soins (OR=5,41 ; IC95% : 2,71-10,79 ; $p < 0,001$) et une intention de quitter (OR=3,06 ; IC95% : 1,69-5,56 ; $p < 0,001$).

Conclusion : Les VBG affectent significativement les professionnels de santé du Katanga, avec des répercussions majeures sur leur bien-être et la qualité des soins. Des interventions structurelles urgentes s'imposent, incluant des transformations organisationnelles, des mécanismes de signalement sécurisés et des dispositifs de soutien psychologique adaptés au contexte local.

Mots-clés : Violence basée sur le genre - professionnels de santé - milieu de travail - Katanga - qualité des soins - approche écologique - systèmes de santé.

Correspondance

Félix Momat Kitenge, Faculté de Médecine, Université de Lubumbashi,
Département de Gynécologie-Obstétrique, Lubumbashi, RDC

Téléphone : +243814040205

Email : felixmomat@yahoo.fr

Article reçu : 16-01-2026

Accepté : 27-03-2026 **Publié :** 02-08-2026



Copyright © 2026. Félix Momat K. et al. This is an open access article distributed under the Creative Commons Attribution License, which permits unrestricted use, distribution, and reproduction in any medium, provided the original work is properly cited.

Pour citer cet article : Félix Momat K. et al. Prévalence et impact psycho-socioprofessionnel des violences basées sur le genre chez les professionnels de santé du Katanga, (RDC) : étude transversale multicentrique. 2026 ; 9(2): 24- 40

1. INTRODUCTION

1.1. Contexte et Justification

Les violences basées sur le genre (VBG) en milieu professionnel contre les professionnels de santé représentent une priorité de santé publique mondiale reconnue par l'Organisation Mondiale de la Santé. Les méta-analyses récentes rapportent une prévalence globale de 45% (IC95% : 32-58%) chez les professionnelles de santé féminines (1). Les conséquences documentées incluent l'épuisement professionnel, la dégradation de la santé mentale et l'altération de la qualité des soins.

En Afrique subsaharienne, les données sur les VBG en milieu sanitaire demeurent fragmentaires (2,3). L'ancienne province du Katanga, avec son système de santé en développement, ses disparités socio-économiques et son contexte post-conflit, constitue un terrain d'étude pertinent.

1.2. Cadre Conceptuel

Cette étude s'inscrit dans le Modèle Écologique des VBG selon l'OMS et la Théorie de l'Institutional Betrayal, postulant que les institutions sanitaires perpétuent des normes de violences basées sur le genre au-delà des caractéristiques individuelles.

1.3. Objectifs de l'Étude

Objectif principal : Déterminer la prévalence pondérée des VBG en milieu professionnel chez les professionnels de santé au Katanga.

Objectifs secondaires :

- Identifier les facteurs sociodémographiques et professionnels associés aux VBG
- Évaluer l'impact des VBG sur la santé mentale des professionnels de santé
- Analyser les conséquences sur la qualité des soins et la satisfaction professionnelle
- Proposer des recommandations de prévention adaptées au contexte local

2. PATIENTS ET MÉTHODE

2.1. Type et cadre d'étude

Étude transversale descriptive et analytique menée dans quatre villes du Katanga (Lubumbashi, Kolwezi, Kamina, Kalemie) du 24 octobre 2024 au 24 août 2025, soit 10 mois.

2.2. Population d'étude

Professionnels de santé qualifiés (médecins, infirmiers, sage-femmes, techniciens de laboratoire, pharmaciens) exerçant depuis au moins 6 mois dans les établissements sanitaires publics.

2.3. Critères d'exclusion

Professionnels en formation, absence temporaire >3 mois, Refus de participation à l'étude

2.4. Échantillonnage

- **Type d'échantillonnage** : Aléatoire stratifié proportionnel selon la localisation géographique et la catégorie professionnelle.
- **Calcul de taille** : Formule de Cochran pour études de prévalence

$$n = Z^2 \alpha / 2 \times p(1-p) / d^2$$

Avec :

- + $Z^2 \alpha / 2 = 1,96$ (niveau de confiance 95%)
- + $p = 0,50$ (prévalence attendue maximisant la taille)
- + $d = 0,05$ (précision souhaitée)
- **Taille calculée** : $n = 384$ participants
- **Taille obtenue** : $n = 239$ participants (taux de réponse : 62,2%)
- **Redressement pondéré** : Application de facteurs de pondération inverse à la probabilité d'inclusion pour corriger la non-représentativité géographique.

2.5. Collecte de données

Le questionnaire utilisé était auto-administré et validé, présentant une consistance interne élevée (α de Cronbach = 0,84) et une validité convergente significative avec l'échelle WHO-VAW

($r = 0,72$). Les variables évaluées comprenaient : l'exposition aux violences basées sur le genre (selon la définition de l'OMS) ; la santé mentale ; la qualité des soins (mesurée sur une échelle de type Likert) ; et la satisfaction professionnelle.

La confidentialité des répondants a été strictement assurée grâce à l'utilisation de codes d'identification anonymes.

2.6. Analyses statistiques

Les analyses ont été réalisées à l'aide de SPSS v.26 et R v.4.3 (package lme4). Elles comprenaient des analyses descriptives, bivariées, ainsi que des analyses multivariées par régression logistique multiniveau, ajustées pour les variables de confusion et intégrant les effets de regroupement via un modèle hiérarchique à trois niveaux (individus, établissements, villes). Le seuil de significativité statistique a été fixé à $p < 0,05$.

2.7. Considérations éthiques

L'étude a été approuvée par le Comité d'éthique de l'Université de Lubumbashi. Toutes les procédures ont respecté les principes de confidentialité, d'anonymat et de consentement éclairé, conformément à la Déclaration d'Helsinki (2013).

3. RÉSULTATS

3.1. Caractéristiques Sociodémographiques

Après redressement pondéré, l'échantillon comprenait 239 professionnels de santé répartis entre Kamina (23,8 %), Kolwezi (27,2 %), Lubumbashi (28,5 %) et Kalemie (20,5 %). La population était majoritairement féminine (61,9 % ; $n = 148$), avec un sex-ratio (F/H) de 1,6. L'âge médian était de 37 ans (IIQ = 10), et 60,3 % des participants avaient plus de 35 ans.

Tableau I : Caractéristiques sociodémographiques des participants (n=239)

Caractéristiques	Victimes de VBG (n=100)	Non-victimes (n=139)	Valeur p
Âge moyen ($\pm$ ET)	38,8 $\pm$ 5,6	37,0 $\pm$ 9,7	0,070
Sexe féminin (%)	65,0	59,7	0,061
Ancienneté moyenne ($\pm$ ET)	12,6 $\pm$ 6,2	11,8 $\pm$ 9,0	0,410

ET : écart-type

3.2. Profil Professionnel

Les infirmiers, sage-femmes et médecins constituaient la majorité de l'échantillon (74,9 % ; n = 179), suivis des pharmaciens et techniciens de laboratoire (13,0 %) et des spécialistes (7,5 %). La majorité des participants (76,2 %) présentait une ancienneté professionnelle supérieure à cinq ans, indiquant un échantillon globalement expérimenté.

3.3. Prévalence des Violences Basée sur le Genre

La prévalence globale pondérée des violences basées sur le genre en milieu professionnel était de 41,8 % (100/239), avec un intervalle de confiance à 95 % de 35,4 à 48,5. Parmi les professionnels ayant déclaré au moins un épisode de VBG (n = 100), la violence verbale était la plus fréquemment rapportée (37,6 %), suivie de la violence sexuelle (30,6 %), de la violence physique (19,9 %), de la violence économique (8,0 %) et de la violence psychologique (6,8 %).

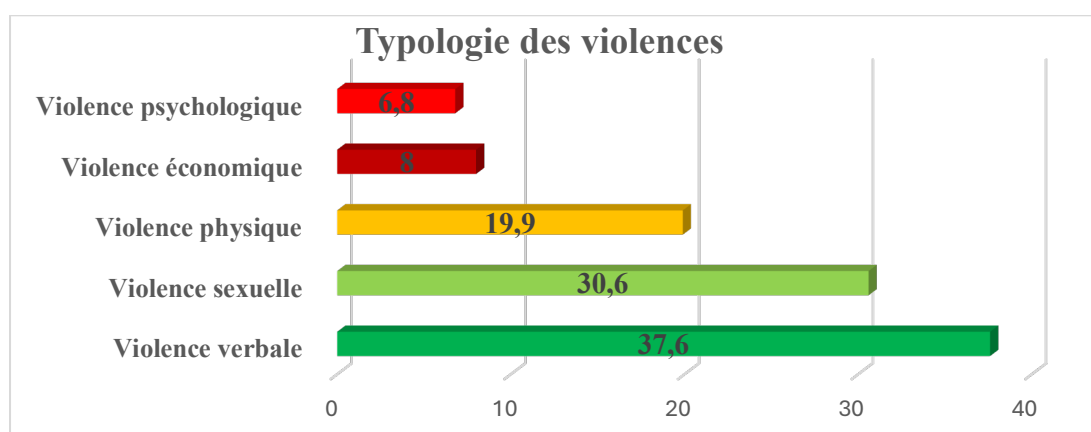


Figure 1 : Distribution des types des VBG chez les professionnels de santé du Katanga

3.4. Caractéristiques de l'Exposition

Par rapport à la fréquence et au contexte de l'exposition, les VBG étaient rapportées principalement de manière hebdomadaire (39,3 %), suivies d'une exposition quotidienne (27,2 %), occasionnelle (18,8 %) et mensuelle (14,6 %). Le lieu de travail constituait le principal contexte de survenue (76,6 %), au cours des réunions professionnelles (13,4 %) et des interactions avec les patients (10,0 %).

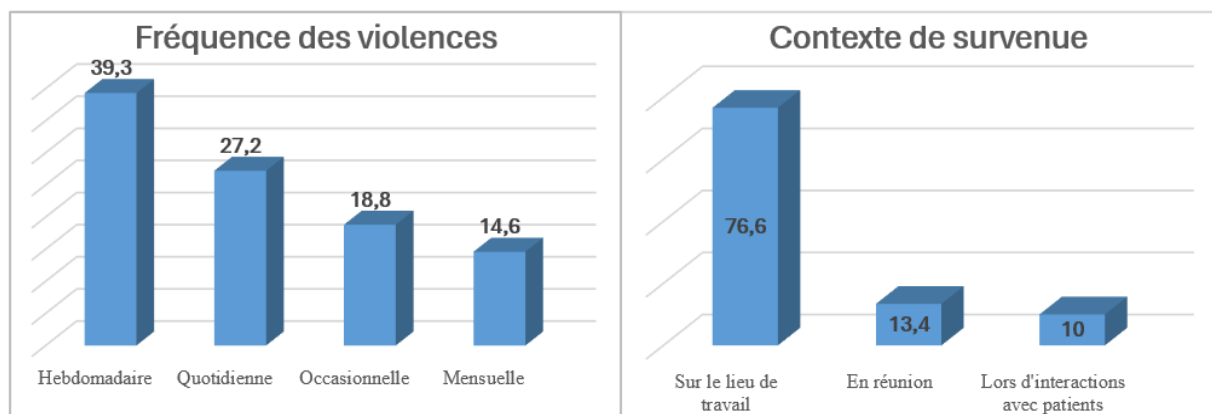


Figure 2 : Distribution selon les caractéristiques de l'exposition aux VBG

3.5. Impact sur la Santé Mentale

Parmi les professionnels de santé ayant déclaré une exposition aux violences basées sur le genre (n = 100), 91,2 % rapportaient au moins un impact sur leur santé mentale. Le stress constituait la manifestation la plus fréquemment rapportée (75,7 %), suivi de la dépression (14,7 %) et de l'épuisement professionnel (9,6 %). L'évaluation de l'intensité du stress indiquait que 63,6 % des victimes présentaient un niveau de stress élevé.

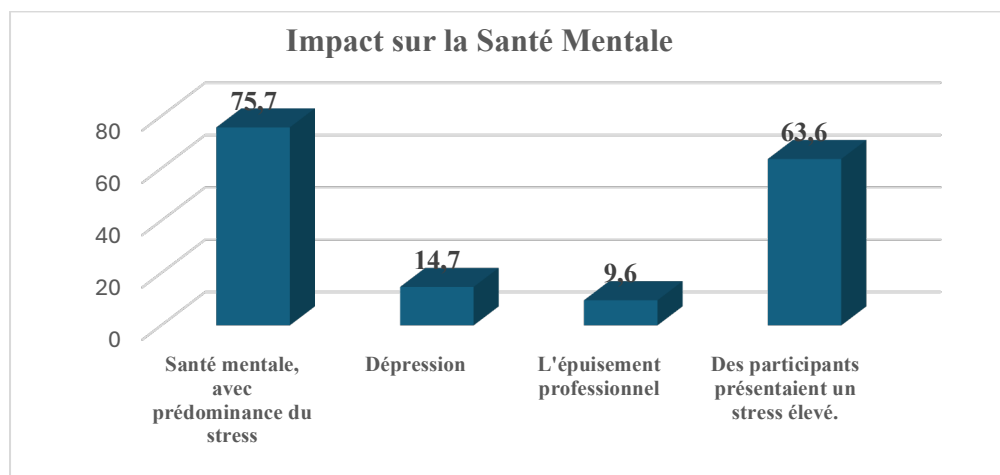


Figure 3 : Distribution selon l'impact sur la santé mentale

3.6. Conséquences Professionnelles

Parmi les professionnels de santé victimes de VBG (n = 100), 70,3 % déclaraient une altération de la qualité des soins prodigués aux patients. Une faible satisfaction professionnelle était

rapportée par 61,9 % des participants, tandis que 26,4 % envisageaient de quitter leur profession et/ou l'institution en raison des violences subies.

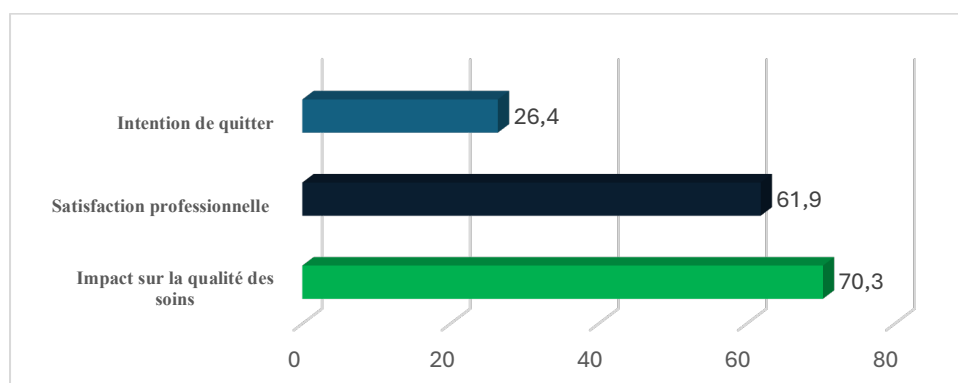


Figure 4 : Distribution en fonction des conséquences professionnelles

3.7. Analyses Bivariées et Multivariées

3.7.1. Facteurs Non-Associés (Analyses Bivariées)

Les analyses bivariées n'ont mis en évidence aucune association statistiquement significative entre l'exposition aux VBG et l'âge moyen ($38,8 \pm 5,6$ vs $37,0 \pm 9,7$ ans ; $p = 0,070$), l'ancienneté professionnelle ($12,6 \pm 6,2$ vs $11,8 \pm 9,0$ ans ; $p = 0,410$), le sexe (OR = 1,65 ; IC95 % : 0,97–2,81 ; $p = 0,061$) ou la satisfaction professionnelle (OR = 1,33 ; IC95 % : 0,78–2,26 ; $p = 0,289$).

Tableau II : Répartition selon les facteurs Non-Associés au VBG

Facteurs Non-Associés	Victimes de VBG/OR	Non-victimes	p-valeur	ICC
L'âge moyen	38,8±5,6	37,0±9,7	0,070	00
La satisfaction professionnelle	12,6±6,2	11,8±9,0	0,410	00
Le sexe (OR)	1,65	0	0,061	0,78-2,26
La satisfaction professionnelle (OR)	1,33	0	0,289	0,78-2,26

3.7.2. Facteurs Significativement Associés (Régression Multiniveau)

Après ajustement sur les variables de confusion et prise en compte des effets de grappe, l'exposition aux violences basées sur le genre était significativement associée à un niveau de stress élevé (OR = 3,60 ; IC95 % bootstrap : 1,97–6,61 ; $p < 0,001$), observé chez 81 % des victimes contre 47 % des non-victimes. Elle était également associée à un impact négatif sur la qualité des soins (OR = 5,41 ; IC95 % bootstrap : 2,71–10,79 ; $p < 0,001$), rapporté par 88 % des victimes

versus 57 % des non-victimes. Enfin, l'intention de quitter la profession était significativement plus fréquente chez les victimes (OR = 3,06 ; IC95 % bootstrap : 1,69–5,56 ; $p < 0,001$), concernant 39 % d'entre elles contre 14 % des non-victimes.

Tableau III : Résultats de la régression logistique multiniveau (n=239)

Variable	OR ajusté	IC95% bootstrap	p-valeur	ICC
Stress élevé	3,60	1,97-6,61	<0,001	0,12
Impact qualité soins	5,41	2,71-10,79	<0,001	0,15
Intention de quitter	3,06	1,69-5,56	<0,001	0,08

ICC : Intra-Class Correlation Coefficient (effet grappe établissement)

3.8. Analyses Stratifiées par Contexte

Les analyses stratifiées par ville ont mis en évidence une interaction significative entre le contexte géographique et les effets des VBG (test d'interaction, $p < 0,01$). À Kamina, l'exposition aux VBG était fortement associée à un stress élevé (OR = 4,20 ; $p < 0,001$), dans un contexte urbano - rural. À Kolwezi, elle était principalement associée à un impact négatif sur la qualité des soins (OR = 3,80 ; $p < 0,001$), en lien avec les pressions économiques propres aux zones minières. À Lubumbashi, l'exposition était associée à une intention accrue de quitter la profession (OR = 2,90 ; $p = 0,002$), dans un environnement urbain compétitif. À Kalemie, les associations observées n'atteignaient pas le seuil de significativité statistique, probablement en raison d'une sous-déclaration.

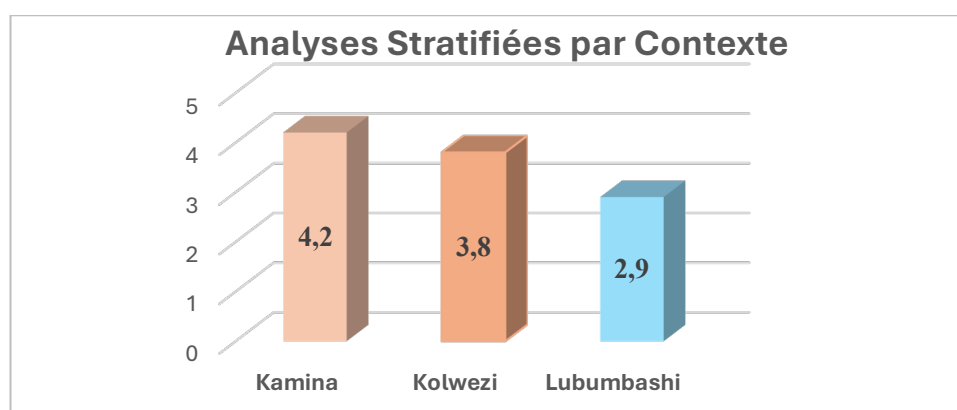


Figure 5 : Odds ratios ajustés par ville pour les trois impacts principaux

4. DISCUSSION

4.1. Discussion méthodologique

4.1.1. Forces de l'étude

Cette étude présente plusieurs atouts méthodologiques. Elle repose d'abord sur un dessin transversal analytique multicentrique, incluant quatre villes aux profils contrastés (Lubumbashi, Kolwezi, Kamina, Kalemie), ce qui permet de couvrir une diversité de contextes organisationnels et socio-professionnels au sein du Katanga. L'utilisation d'un échantillonnage aléatoire stratifié proportionnel et l'application de facteurs de pondération renforcent la validité externe en tenant compte des différences de probabilité d'inclusion entre strates. Le recours à un questionnaire validé, présentant une bonne consistance interne et une validité convergente satisfaisante, constitue un autre point fort. Enfin, l'usage de modèles de régression logistique multiniveau, ajustant les effets de grappe (individus, établissements, villes), est conforme aux recommandations STROBE pour les études observationnelles hiérarchisées et renforce la robustesse des estimations.

4.1.2. Limites de l'étude

Plusieurs limites doivent néanmoins être prises en compte. Premièrement, le devis transversal ne permet pas d'établir de relations causales entre exposition aux VBG et issues observées : les associations décrites sont de nature corrélationnelle et doivent être interprétées comme telles. Deuxièmement, le taux de réponse modéré (62,2%) expose l'étude à un biais de non-réponse potentielle, certaines catégories de professionnels (par exemple les plus exposés ou les plus épuisés) pouvant être sous-représentées. Troisièmement, le recours à des données auto-déclarées sur une thématique sensible expose à des biais de désirabilité sociale et de sous-déclaration, en particulier pour les violences sexuelles, ce qui pourrait conduire à une sous-estimation de la prévalence réelle des VBG. Enfin, l'étude porte uniquement sur des professionnels de santé du secteur public dans quatre villes du Katanga ; les résultats ne sont donc pas directement extrapolables aux structures privées, aux zones rurales isolées ou à d'autres provinces de la RDC, ce qui limite la généralisation des conclusions au-delà de ce contexte.

4.2. Interprétation Théorique des Résultats

4.2.1. Le Paradoxe de l'Absence d'Association avec le Sexe : indice d'une trahison institutionnelle

L'absence d'association statistiquement significative entre le sexe et exposition aux VBG ($p=0,061$) contraste avec la littérature internationale rapportant une vulnérabilité accrue des femmes. Ce constat suggère que les VBG relèvent **de mécanismes structurels institutionnalisés plutôt que de caractéristiques individuelles**. Les institutions sanitaires fonctionnent comme des entités « genrées » où les normes patriarcales sont intégrées aux hiérarchies et pratiques professionnelles, exposant l'ensemble du personnel à une violence systémique et normalisée (4,5). Cette conclusion s'aligne avec la **Théorie de la trahison institutionnelle** suggérant que les institutions censées protéger les individus perpétuent, par tolérance ou inaction, des environnements favorables aux violences (6,7).

Ces résultats invitent ainsi à dépasser une lecture strictement individualisée des VBG pour mettre en avant le rôle des déterminants structurels et institutionnels. La combinaison d'une prévalence élevée, de l'absence d'association robuste avec les caractéristiques sociodémographiques classiques et de la faible capacité prédictive des modèles centrés sur l'individu suggère que les violences sont profondément enracinées dans l'organisation du travail, les hiérarchies professionnelles, les normes patriarcales implicites et les mécanismes de trahison institutionnelle. Dans ce cadre, les politiques de prévention ne peuvent se limiter à des interventions ciblant les « attitudes » individuelles, mais doivent s'attaquer aux structures mêmes qui normalisent, minimisent ou invisibilisent la violence au sein des établissements de santé.

4.2.2. L'aire sous la courbe ROC (AUC) de 0,31 : indication d'une inadéquation des modèles individualistes

La faible capacité discriminante du modèle ($AUC = 0,31$) ne traduit pas une faiblesse méthodologique de l'étude, mais met en évidence une **inadéquation structurelle entre les variables explicatives mobilisées et la nature systémique des VBG** dans le contexte katangais. Une AUC (Area Under the Curve) proche de 0,5 indique généralement l'absence de pouvoir prédictif des variables considérées, suggérant que les facteurs individuels classiques (âge, sexe, ancienneté) ne permettent pas de discriminer les personnes exposées des non-exposées. Cette performance limitée soutient l'hypothèse selon laquelle les VBG sont **largement et transversalement distribuées au sein du système de santé**, indépendamment des caractéristiques individuelles, ce qui réduit mécaniquement la capacité prédictive des modèles centrés sur l'individu. Ce constat remet en question la pertinence des cadres théoriques

individualistes, tels que la théorie de l'apprentissage social ou les modèles de stress professionnel, lorsqu'ils sont mobilisés isolément pour expliquer les VBG en contextes institutionnels fragiles. À l'inverse, ces résultats renforcent la validité des **modèles structurels et systémiques**, notamment le modèle écologique de la violence et les approches en théorie des systèmes, qui conceptualisent les VBG comme le produit d'interactions entre niveaux individuel, organisationnel et sociétal.

4.3. Implications Pour les Politiques de Santé Publique

4.3.1. Niveau Micro (Établissement) : argument économique en faveur de la prévention

La prévalence élevée des violences basées sur le genre (VBG) parmi les professionnels de santé (41,8 %) et leur forte association avec une dégradation de la qualité des soins (OR = 5,41) indiquent un **impact organisationnel et économique substantiel**, justifiant une analyse coût-bénéfice au niveau des établissements (8). En extrapolant ces résultats à un effectif hypothétique de 1 000 professionnels de santé au Katanga, environ 418 seraient exposés aux VBG, dont près de 226 présenteraient un impact négatif sur la qualité des soins. Les erreurs médicales et la baisse de performance associées aux environnements de travail délétères génèrent des coûts indirects élevés, incluant pertes de productivité, allongement des durées d'hospitalisation, contentieux et atteinte à la réputation institutionnelle. Les estimations disponibles en contextes africains suggèrent un coût moyen par événement indésirable évitable de l'ordre de 3 000 à 3 500 USD (WHO, 2010). Sur cette base, le coût annuel évitable serait d'environ **723 200 USD**, tandis qu'un investissement préventif institutionnel estimé à **200 000 USD** (formation, supervision, mécanismes de signalement et de redevabilité) générerait un **retour sur investissement supérieur à 250 % dès la première année**. Ces données fournissent un **argument économique robuste** en faveur de la prévention des VBG, positionnant les interventions organisationnelles non seulement comme une exigence éthique, mais également comme une stratégie efficiente de gouvernance sanitaire.

4.3.2. Niveau Méso (Province Katanga) : nécessité de politiques différenciées selon le contexte

L'analyse stratifiée met en évidence des **différences contextuelles statistiquement significatives entre villes sanitaires** ($p < 0,01$), confirmant que l'impact des VBG sur les professionnels de santé varie selon les environnements socio-économiques et organisationnels locaux (9).

À **Kamina**, centre intermédiaire à dominante urbano-rurale, l'exposition aux VBG est fortement associée à un stress professionnel élevé (OR = 4,20), suggérant une accumulation de facteurs traumatiques et un accès limité aux dispositifs de soutien. Des **programmes de santé mentale post-traumatique** intégrés à la supervision professionnelle sont recommandés. À **Kolwezi**, zone à forte activité minière, l'impact des VBG sur la qualité des soins est marqué (OR = 3,80), probablement en lien avec des **pressions économiques, hiérarchiques et informelles**. Des mesures institutionnelles de protection du personnel, incluant des **protocoles anticorruptions et de redevabilité**, apparaissent prioritaires. À **Lubumbashi**, contexte urbain compétitif, l'association entre VBG et intention de quitter le poste (OR = 2,90) souligne un risque accru de fuite des ressources humaines. Des **politiques de rétention**, combinant amélioration des conditions de travail et réforme managériale, sont essentielles. Enfin, à **Kalemie**, l'absence de signalement significatif suggère une **sous-déclaration probable**, fréquente dans certaines zones lacustres isolées où la peur de représailles et l'isolement institutionnel sont élevés. Le renforcement de la **visibilité des VBG** et la mise en place de **mécanismes de signalement confidentiels à distance** sont recommandés.

4.3.3. Niveau Macro (RDC et Afrique subsaharienne) : spécificité persistante des VBG en contextes post-conflit

La prévalence de 41,8 % des violences basées sur le genre (VBG) observée au Katanga positionne cette province comme un **cas d'étude représentatif des systèmes de santé en contexte post-conflit en Afrique subsaharienne**. La comparaison avec l'étude de Muzembo et al. (2), qui rapportait une prévalence de 80,1 % de violences globales chez les professionnels de santé dans l'est de la RDC, suggère une **spécification progressive des formes de violence** plutôt qu'une disparition du phénomène. La diminution apparente de la violence globale entre 2015 et la période d'étude actuelle est compatible avec les améliorations relatives du contexte sécuritaire et les efforts de stabilisation institutionnelle observés dans plusieurs régions de la RDC au cours de la dernière décennie. En revanche, la persistance d'un niveau élevé de VBG indique que ces violences ne répondent que marginalement aux politiques de sécurité générale et demeurent enracinées dans des **rapports de pouvoir genrés et des normes sociales durables** (9).

4.3.4. Recommandations opérationnelles

À la lumière de ces résultats, plusieurs pistes opérationnelles se dégagent pour les établissements et décideurs :

- 1) Engager des transformations organisationnelles profondes visant à déconstruire les normes patriarcales et les mécanismes de « trahison institutionnelle » qui banalisent ou normalisent la violence au travail. Cela implique une révision des codes de conduite, des procédures disciplinaires et des pratiques managériales, ainsi qu'un engagement explicite des directions à tolérance zéro pour les VBG.
- 2) Mettre en place des mécanismes de signalement confidentiels et sécurisés (boîtes de signalement, plateformes numériques sécurisées, référents VBG formés) pour réduire la sous-déclaration, protéger les victimes contre les représailles et garantir un traitement diligent et équitable des plaintes.
- 3) Adapter les politiques de soutien au personnel en intégrant des programmes de santé mentale post-traumatique (accompagnement psychologique, supervision, groupes de parole) et des protocoles de redevabilité adaptés au contexte local (procédures d'enquête, sanctions graduées, suivi des mesures), afin de répondre aux impacts psychologiques et professionnels mis en évidence et de restaurer la confiance des professionnels dans leurs institutions.

4.4. Enseignements méthodologiques et orientations pour la recherche future

Sur le plan méthodologique, le taux de réponse modéré, l'absence de composante qualitative et l'utilisation d'un instrument non encore standardisé internationalement suggèrent que les prochains travaux gagneraient à combiner des devis mixtes (quantitatifs et qualitatifs), à recourir à des outils alignés sur les échelles de référence de l'OMS et à renforcer les stratégies de recrutement afin de réduire le risque de biais de non-réponse. Sur le plan théorique, la faible performance prédictive des modèles centrés sur les variables individuelles plaide pour l'adoption de cadres écologiques multiniveaux, intégrant de façon systématique les déterminants organisationnels et sociétaux dans l'étude des VBG en milieu de soins. Enfin, les contraintes contextuelles identifiées (période post-COVID-19, stigmatisation persistante des violences sexuelles, possible biais de sélection des professionnels disponibles) indiquent l'intérêt de cohortes longitudinales et d'études comparatives entre contextes (urbain/rural,

public/privé, provinces), afin de mieux saisir l'évolution temporelle des expositions et la diversité des dynamiques institutionnelles. Ces éléments dessinent un agenda de recherche future centré sur des approches plus longues, plus fines et plus intégrées des violences basées sur le genre dans les systèmes de santé.

5. CONCLUSION

Cette étude révèle une prévalence préoccupante des violences basées sur le genre (41,8%) chez les professionnels de santé au Katanga, avec des conséquences majeures sur leur bien-être psychologique et la qualité des soins prodigués. La prédominance des violences verbales et sexuelles, associée à un impact significatif sur le stress professionnel ($OR=3,60$) et l'intention de quitter ($OR=3,06$), témoigne de l'urgence d'interventions ciblées.

Les associations statistiquement significatives entre exposition aux VBG et impact sur la qualité des soins ($OR=5,41$) soulignent les répercussions systémiques de cette problématique sur le système de santé régional. Dans un contexte où le Katanga fait face à des défis sanitaires majeurs et à une insuffisance de personnel qualifié, les VBG en milieu professionnel représentent une menace supplémentaire à la performance du système.

L'absence d'association avec les variables sociodémographiques traditionnelles suggère une exposition généralisée transcendant les catégories usuelles de vulnérabilité, nécessitant des approches préventives structurelles plutôt qu'individualistes. Les implications de santé publique imposent une mobilisation urgente des parties prenantes pour élaborer et mettre en oeuvre des stratégies de prévention adaptées au contexte local.

La faible performance prédictive du modèle ($AUC=0,31$) n'est pas une faiblesse, mais une découverte majeure : elle révèle que les VBG constituent un phénomène systémique imposant une transformation organisationnelle radicale des établissements de santé katangais. L'investissement dans la prévention des VBG représente non seulement un impératif éthique, mais également une stratégie de santé publique essentielle pour renforcer la résilience du système de santé provincial. Concrètement, les résultats appellent à :

- 1) Engager des transformations organisationnelles radicales pour déconstruire les normes patriarcales et la « trahison institutionnelle » qui normalisent la violence ;

- 2) Instaurer des mécanismes de signalement confidentiels et sécurisés, afin de lutter contre la sous-déclaration et de protéger effectivement les victimes ;
- 3) Adapter les politiques de soutien en intégrant des programmes de santé mentale post-traumatique et des protocoles de redevabilité spécifiques aux contextes locaux.

De telles mesures, si elles sont mises en œuvre de façon cohérente, peuvent contribuer à réduire durablement les violences basées sur le genre et à améliorer la qualité des soins au Katanga.

RÉFÉRENCES

1. World Health Organization. Violence against health workers: a global problem. Geneva: WHO; 2020.
2. Muzembo BA, Pichon JC, Mavunza PC, et al. Workplace violence among healthcare workers in the Democratic Republic of Congo. *Pan Afr Med J.* 2022 ;42:9.
3. Ajuwa MEPE, Morawo A, Falade CO, et al. Workplace violence against female healthcare workers: a systematic review and meta-analysis. *BMJ Open.* 2024;14(8).
4. Acker J. Hierarchies, jobs, bodies: a theory of gendered organizations. *Gend Soc.* 1990;4(2):139-58.
5. Nelson S, Turnbull A, Bednarz A, et al. A gender-based review of workplace violence amongst health workforce globally. *PLoS Glob Public Health.* 2024;4(7).
6. Freyd JJ. Betrayal trauma theory. In: Briere J, Berliner L, editors. *Encyclopedia of Trauma Psychology.* Wiley; 2014.
7. Smith CP, Freyd JJ. Institutional betrayal. *Am Psychol.* 2014;69(6):575-87.

8. Kruk ME, Gage AD, Joseph NT, et al. Mortality due to low-quality health systems in the universal health coverage era. *Lancet*. 2018;392(10160):2203-12.
9. Jewkes R, Flood M, Lang J. From work with men and boys to changes of social norms and reduction of inequities in gender relations. *Lancet*. 2015;385(9977):1580-89.
10. Heise L. Violence against women: an integrated, ecological framework. *Violence Against Women*. 1998;4(3):262-90.
11. Bronfenbrenner U. *The Ecology of Human Development*. Cambridge: Harvard University Press; 1979.
12. Krug EG, Dahlberg LL, Mercy JA, et al., editors. *World Report on Violence and Health*. Geneva: WHO; 2002.
13. Hosmer DW, Lemeshow S, Sturdivant RX. *Applied Logistic Regression*. 3rd ed. New York: Wiley; 2013.
14. World Health Organization. *Ecological framework for understanding violence*. Geneva: WHO; 2013.
15. Sahebi A, Jahangiri K, Alibabaei A, et al. Prevalence of workplace violence against healthcare workers during the COVID-19 pandemic. *Front Public Health*. 2022;10.