International Journal of Progressive Sciences and Technologies (IJPSAT)
ISSN: 2509-0119.
© 2026 Scholar AI LLC.
https://ijpsat.org/
Vol. 60 No. 1 November 2026, pp. 488-495

Inadéquation De La Réponse Aux Cas De Violence Sexuelle Chez Les Femmes Et Les Jeunes Filles Dans La Zone De Santé De Kindu, Maniema, RDC

[Inadequacy Of The Response To Cases Of Sexual Violence Against Women And Girls In The Kindu Health Zone, Maniema, Democratic Republic Of The Congo]

John NDARABU RASHIDI[1], MUSSA AMISI Bernard[2]

[1]Institut Supérieur des Techniques Médicales de Kind, Maniema, République démocratique du Congo.

[2]Institut Supérieur des Techniques Médicales de Kindu, Maniema, République démocratique du Congo

*Auteur correspondant : John NDARABU RASHIDI, E-mail : johnndarabu@gmail.com

(cc) BY

Résumé

Introduction

Les violences sexuelles constituent un problème majeur de santé publique et de droits humains. Elles entraînent des conséquences physiques, psychologiques, sexuelles, reproductives et sociales importantes. Les adolescentes et les jeunes femmes figurent parmi les groupes particulièrement vulnérables. En République démocratique du Congo (RDC), l'accès rapide à une prise en charge adaptée demeure un défi dans plusieurs contextes. Cette étude avait pour objectif d'analyser les caractéristiques des cas documentés de violences sexuelles et d'évaluer l'état de la réponse apportée dans la Zone de Santé de Kindu entre 2019 et 2023.

Méthodes

Une étude rétrospective, documentaire, descriptive et analytique a été réalisée dans la Zone de Santé de Kindu, province du Maniema, en République démocratique du Congo. Elle a couvert la période de 2019 à 2023. Les données agrégées disponibles rapportaient 4 269 cas de violences sexuelles au cours de cette période. Une analyse détaillée a porté sur 1 065 dossiers individuels contenant les informations nécessaires. Les données ont été recueillies à l'aide d'une fiche d'enquête préétablie et analysées avec le logiciel Stata version 17. Les caractéristiques sociodémographiques, les formes de violences sexuelles, le profil des auteurs, les manifestations cliniques, les conséquences et les modalités de réponse ont été étudiés.

Résultats

L'âge moyen des victimes était de 20,63 ± 6,42 ans. Les victimes âgées de 12 à 18 ans représentaient 54,84 % des dossiers analysés et les filles 74,93 %. Les célibataires représentaient 78,65 % des victimes et les ménagères 53,71 %. Le viol constituait la principale forme de violence sexuelle documentée (50,99 %), suivi du mariage précoce (31,64 %) et de l'agression sexuelle (17,37 %). Les connaissances des victimes représentaient 40,56 % des auteurs identifiés, suivies des partenaires (21,13 %). Les principales manifestations cliniques étaient le stress (37,75 %), les lésions cutanées (24,60 %) et les manifestations émotionnelles (16,15 %). Les principales conséquences rapportées étaient les problèmes mentaux (29,30 %), les infections sexuellement transmissibles (21,03 %), les traumatismes psychologiques (20,84 %) et les grossesses non désirées (14,46 %). Parmi les 1 065 dossiers individuels, 329 (30,89 %) documentaient une réponse, tandis que 736 (69,11 %) n'en documentaient aucune. Une prise en charge holistique n'était documentée que dans 12 dossiers, soit 3,65 % des dossiers ayant documenté une réponse.

International Journal of Progressive Sciences and Technologies (IJPSAT)
ISSN: 2509-0119.
© 2026 Scholar AI LLC.
https://ijpsat.org/
Vol. 60 No. 1 November 2026, pp. 488-495

Conclusion
Les violences sexuelles représentent un problème important dans la Zone de Santé de Kindu et concernent particulièrement les adolescentes et les jeunes femmes. La faible proportion de dossiers documentant une réponse ainsi que la rareté de la prise en charge holistique témoignent d'insuffisances dans la réponse documentée. Le renforcement d'une prise en charge intégrée associant soins médicaux, soutien psychosocial, protection, assistance juridique et coordination intersectorielle apparaît nécessaire.

Mots-clés : violences sexuelles ; adolescentes ; femmes ; survivantes ; prise en charge ; réponse ; Kindu ; Maniema ; République démocratique du Congo.

Abstract

Introduction
Sexual violence is a major public health and human rights issue. It causes significant physical, psychological, sexual, reproductive and social consequences. Adolescents and young women are among the groups particularly vulnerable to sexual violence. In the Democratic Republic of the Congo (DRC), timely access to appropriate care remains challenging in several settings. This study aimed to analyze the characteristics of documented cases of sexual violence and assess the documented response in the Kindu Health Zone between 2019 and 2023.
Methods
A retrospective, documentary, descriptive and analytical study was conducted in the Kindu Health Zone, Maniema Province, Democratic Republic of the Congo. The study covered the period from 2019 to 2023. Available aggregated data reported 4,269 cases of sexual violence during this period. Detailed analysis was conducted on 1,065 individual records containing the required information. Data were collected using a pre-established survey form and analyzed using Stata version 17. Sociodemographic characteristics, forms of sexual violence, perpetrator profiles, clinical manifestations, consequences and response modalities were assessed.
Results
The mean age of victims was 20.63 ± 6.42 years. Victims aged 12–18 years accounted for 54.84% of analyzed records, while girls represented 74.93%. Single women accounted for 78.65% of victims and housewives for 53.71%. Rape was the most frequently documented form of sexual violence (50.99%), followed by early marriage (31.64%) and sexual assault (17.37%). Acquaintances accounted for 40.56% of identified perpetrators, followed by partners (21.13%). The main clinical manifestations were stress (37.75%), skin lesions (24.60%) and emotional manifestations (16.15%). The main reported consequences were mental health problems (29.30%), sexually transmitted infections (21.03%), psychological trauma (20.84%) and unintended pregnancies (14.46%). Among the 1,065 individual records, 329 (30.89%) documented a response, whereas 736 (69.11%) documented no response. Holistic care was documented in only 12 records, representing 3.65% of records documenting a response.
Conclusion
Sexual violence represents an important public health problem in the Kindu Health Zone, particularly affecting adolescent girls and young women. The low proportion of records documenting a response and the limited documentation of holistic care indicate important gaps in the documented response. Strengthening integrated care combining medical care, psychosocial support, protection, legal assistance and intersectoral coordination is essential.

Key words: sexual violence; adolescents; women; survivors; care; response; Kindu; Maniema; Democratic Republic of the Congo.

1. INTRODUCTION

Les violences sexuelles constituent aujourd'hui un problème majeur de santé publique et de droits humains. Elles affectent particulièrement les femmes et les filles et peuvent entraîner des conséquences physiques, psychologiques, sexuelles, reproductives et sociales durables. Selon l'Organisation mondiale de la Santé (OMS), environ une femme sur trois dans le monde a subi au cours de sa vie une violence physique et/ou sexuelle exercée par un partenaire intime ou une violence sexuelle commise par une personne autre que son partenaire (Organisation mondiale de la Santé [OMS], 2021).

Les conséquences de ces violences peuvent comprendre les traumatismes physiques, les infections sexuellement transmissibles (IST), le VIH, les grossesses non désirées ainsi que différentes manifestations psychologiques et psychiatriques. La prise en

charge des survivantes ne devrait donc pas se limiter aux soins médicaux, mais intégrer également les besoins psychosociaux, sécuritaires et sociaux (OMS, 2013, 2014).

En République démocratique du Congo, la problématique des violences sexuelles demeure particulièrement préoccupante. Les données disponibles montrent que les violences peuvent être commises aussi bien dans les contextes de conflit que dans les communautés et les relations interpersonnelles. À Goma, Lussy et al. (2021) ont notamment montré l'importance des violences commises par des civils connus des survivantes et la forte représentation des jeunes parmi les victimes.

L'accès rapide aux services constitue un élément essentiel de la réponse. Certaines interventions médicales, notamment la prophylaxie post-exposition au VIH, la prévention des IST et la contraception d'urgence, doivent être proposées rapidement après l'agression. Une étude réalisée en RDC a montré qu'un modèle intégré associant sensibilisation communautaire, disponibilité des médicaments et gestion des stocks pouvait améliorer la continuité des soins post-viol (Casey et al., 2019).

La prise en charge holistique constitue également une composante essentielle de la réponse. Le modèle développé à l'Hôpital Panzi en RDC associe les dimensions médicale, psychosociale, juridique et socioéconomique dans une approche centrée sur la personne survivante (Mukwege & Berg, 2016).

Dans la Zone de Santé de Kindu, les données disponibles montrent un nombre important de cas de violences sexuelles et soulèvent la question de l'adéquation de la réponse. La présente étude avait donc pour objectif d'analyser les caractéristiques des cas documentés de violences sexuelles et d'évaluer la réponse documentée dans les dossiers au cours de la période 2019–2023.

2. MÉTHODE

2.1. Design de l'étude

Il s'agissait d'une étude rétrospective, documentaire, descriptive et analytique portant sur les cas de violences sexuelles enregistrés dans la Zone de Santé de Kindu entre 2019 et 2023.

2.2. Milieu de l'étude

L'étude a été réalisée dans la Zone de Santé de Kindu, dans la province du Maniema, en République démocratique du Congo. Les sources documentaires comprenaient les formations sanitaires, notamment les centres de santé et l'Hôpital Général de Référence de Kindu, ainsi que les services et organisations impliqués dans la prévention et la réponse aux violences sexuelles. Cette description reprend le cadre présenté dans le manuscrit source.

2.3. Population d'étude et base analytique

Les données agrégées disponibles faisaient état de 4 269 cas de violences sexuelles rapportés entre 2019 et 2023. L'analyse détaillée a porté sur 1 065 dossiers individuels contenant les informations nécessaires à l'étude.

Afin d'éviter toute confusion, les deux niveaux de données ont été distingués : les 4 269 cas correspondent aux données agrégées disponibles, tandis que les 1 065 dossiers constituent la base individuelle de l'analyse détaillée.

Les résultats individuels ne doivent donc pas être interprétés comme une estimation de la prévalence de la violence sexuelle dans la population générale de Kindu.

2.4. Variables étudiées

Les variables sociodémographiques comprenaient l'âge, la situation matrimoniale, le niveau d'étude, la profession et le lieu de résidence.

Les variables relatives aux violences sexuelles comprenaient le type de violence, l'âge et le sexe de la victime, l'année de l'agression, le profil de l'auteur, le lieu de l'agression, les manifestations cliniques et les conséquences.

La variable principale de réponse correspondait à la présence ou à l'absence d'une intervention documentée dans le dossier.

2.5. Collecte et analyse des données

Les données ont été recueillies à l'aide d'une fiche d'enquête individuelle préétablie. Elles ont été saisies et analysées avec Stata version 17.

Les variables qualitatives ont été présentées sous forme de fréquences absolues et relatives. L'âge a été présenté sous forme de moyenne et d'écart-type. Le test du χ^2 a été utilisé pour explorer les différences de réponse documentée selon certaines caractéristiques sociodémographiques.

Toutefois, les résultats statistiques inférentiels ont été interprétés avec prudence, car les p-values et les degrés de liberté ne sont pas disponibles pour l'ensemble des analyses dans les données sources. Il n'a donc pas été considéré comme approprié d'affirmer une association statistiquement significative sur la seule base des valeurs de χ^2.

2.6. Considérations éthiques

Le protocole de recherche a été soumis au Comité d'Éthique de la Recherche de l'ISTM Kindu. L'anonymat et la confidentialité des informations relatives aux survivantes ont été respectés.

3. RÉSULTATS

3.1. Évolution des cas rapportés

Au total, 4 269 cas de violences sexuelles ont été rapportés au cours de la période 2019–2023. Les données agrégées font état de 738 cas en 2019, 801 en 2020, 1 009 en 2021, 910 en 2022 et 811 en 2023.

Tableau 1. Évolution des cas rapportés et de la prise en charge documentée, 2019–2023

Année	Cas rapportés	Cas documentés comme pris en charge	Proportion (%)
2019	738	66	8,9
2020	801	74	9,2
2021	1 009	403	39,9
2022	910	417	45,8
2023	811	105	12,9
Total	**4 269**	**1 065**	**24,9**

Les données agrégées montrent une augmentation de la proportion de cas documentés comme pris en charge entre 2019 et 2022, suivie d'une diminution en 2023. Cette évolution est descriptive et ne permet pas, à elle seule, d'identifier les facteurs responsables de ces variations.

3.2. Caractéristiques sociodémographiques

L'âge moyen des victimes était de 20,63 ± 6,42 ans. Les victimes âgées de 12 à 18 ans représentaient 54,84 %, celles de 19 à 24 ans 24,60 %, celles de 25 à 30 ans 11,36 %, celles de 31 à 40 ans 8,45 % et celles de 41 ans ou plus 0,75 %.

Les célibataires représentaient 78,65 % des victimes. Le niveau secondaire constituait le niveau d'instruction le plus fréquent (63,47 %). Les ménagères représentaient 53,71 %, suivies des étudiantes (22,07 %) et des élèves (13,43 %).

La distribution selon le lieu de résidence était relativement équilibrée entre Kasuku (50,52 %) et Mikelenge (49,48 %).

3.3. Caractéristiques des violences sexuelles

Le viol constituait la principale forme de violence sexuelle documentée avec 543 cas (50,99 %), suivi du mariage précoce avec 337 cas (31,64 %) et de l'agression sexuelle avec 185 cas (17,37 %).

Les filles représentaient 74,93 % des dossiers contre 25,07 % pour les femmes.

Parmi les auteurs identifiés, les connaissances des victimes représentaient 40,56 %, suivies des partenaires (21,13 %), des personnes inconnues (16,43 %) et des amis (14,55 %).

3.4. Manifestations cliniques et conséquences

Les principales manifestations cliniques documentées étaient le stress (37,75 %), les lésions cutanées (24,60 %), les manifestations émotionnelles (16,15 %), les hémorragies vaginales (12,02 %) et les troubles mentaux (7,51 %).

Les principales conséquences rapportées étaient les problèmes mentaux (29,30 %), les IST (21,03 %), les traumatismes psychologiques (20,84 %) et les grossesses non désirées (14,46 %).

3.5. Réponse documentée aux violences sexuelles

Parmi les 1 065 dossiers individuels, 329 (30,89 %) documentaient une réponse, tandis que 736 (69,11 %) ne documentaient aucune réponse.

Tableau 2. Réponse documentée dans les dossiers individuels

Réponse documentée	n	%
Oui	329	30,89
Non	736	69,11
Total	**1 065**	**100,00**

Parmi les 329 dossiers documentant une réponse, seulement 12 (3,65 %) documentaient une prise en charge holistique, contre 317 (96,35 %) ne documentant pas une telle prise en charge.

Cette distinction est importante : dans cette étude, « aucune réponse documentée » ne signifie pas nécessairement que la survivante n'a reçu aucun soin. Il s'agit de l'absence d'une intervention identifiable dans le dossier analysé.

3.6. Réponse documentée selon les caractéristiques sociodémographiques

La proportion de réponse documentée était de 32,53 % chez les victimes âgées de 12 à 18 ans, 27,10 % chez celles de 19 à 24 ans, 25,62 % chez celles de 25 à 30 ans, 37,78 % chez celles de 31 à 40 ans et 37,50 % chez celles âgées de 40 ans ou plus.

Selon la situation matrimoniale, elle était de 39,85 % chez les femmes mariées, 42,31 % chez celles en union libre, 30,30 % chez les divorcées et 29,17 % chez les célibataires.

La réponse documentée concernait 61,68 % des victimes ayant un niveau supérieur ou universitaire, contre 21,15 % au niveau secondaire, 14,89 % au primaire et 14,29 % chez celles sans niveau d'étude.

Selon la profession, la proportion était de 39,57 % chez les étudiantes, 37,76 % chez les élèves et 16,90 % chez les agricultrices. Elle était de 32,71 % à Kasuku contre 29,03 % à Mikelenge.

Ces différences sont présentées comme descriptives. En l'absence de p-values complètes, aucune association statistiquement significative ne peut être affirmée.

International Journal of Progressive Sciences and Technologies (IJPSAT)
ISSN: 2509-0119.
© 2026 Scholar AI LLC.
https://ijpsat.org/
Vol. 60 No. 1 November 2026, pp. 488-495

4. DISCUSSION

La présente étude montre une forte concentration des violences sexuelles chez les adolescentes et les jeunes femmes. Les victimes âgées de 12 à 18 ans représentaient plus de la moitié des dossiers individuels analysés. La prédominance des jeunes parmi les survivantes rejoint les résultats de Lussy et al. (2021), qui ont également observé une forte représentation des mineures parmi les survivantes de violences sexuelles à Goma.

La proportion élevée de filles dans notre série, soit 74,93 %, souligne la nécessité de renforcer les stratégies de prévention et de prise en charge spécifiquement destinées aux adolescentes. Ces stratégies devraient notamment être développées dans les familles, les établissements scolaires et les communautés.

Un autre résultat important concerne le profil des auteurs. Les connaissances des victimes représentaient 40,56 % des auteurs identifiés et les partenaires 21,13 %. La violence sexuelle apparaît donc non seulement comme un problème lié aux auteurs inconnus, mais également comme un phénomène pouvant survenir dans l'environnement social et relationnel immédiat des victimes. Cette observation rejoint les résultats de Lussy et al. (2021) à Goma, où une proportion importante des violences était commise par des civils connus des survivantes.

Les manifestations cliniques observées confirment la dimension multidimensionnelle des conséquences des violences sexuelles. Le stress représentait la manifestation la plus fréquente, tandis que les problèmes mentaux et les traumatismes psychologiques constituaient des conséquences importantes. Ces résultats soulignent l'importance d'intégrer systématiquement le soutien psychologique et psychosocial dans les soins. L'OMS recommande en effet une réponse qui associe les soins cliniques aux besoins émotionnels, psychologiques et sécuritaires des survivantes (OMS, 2013, 2014).

Les IST et les grossesses non désirées constituent également des conséquences préoccupantes. À Goma, Lussy et al. (2021) ont rapporté des besoins importants en matière de contraception d'urgence et de prévention des conséquences reproductives. Dans ce contexte, la rapidité de l'accès aux soins demeure essentielle.

Casey et al. (2019) ont montré en RDC que l'intégration de la sensibilisation communautaire, de la disponibilité des médicaments et d'une meilleure gestion des stocks pouvait améliorer la continuité de certains soins post-viol. Ces résultats soutiennent la nécessité de renforcer les systèmes d'approvisionnement et de référencement dans les structures de santé.

Le principal résultat de notre étude concerne toutefois la réponse documentée. Seulement 30,89 % des dossiers individuels documentaient une réponse. Ce résultat doit cependant être interprété avec prudence. Dans une étude rétrospective, l'absence d'information dans le dossier peut correspondre à une absence de prise en charge, mais également à une insuffisance de documentation. Il est donc méthodologiquement plus rigoureux de parler de **« réponse non documentée »** plutôt que d'affirmer que 69,11 % des survivantes n'ont reçu aucun soin.

La prise en charge holistique était encore moins fréquemment documentée : seulement 12 dossiers sur les 329 documentant une réponse. Ce résultat apparaît en décalage avec les modèles intégrés développés en RDC. Le modèle One-Stop Centre de Panzi repose notamment sur l'intégration des soins médicaux, psychosociaux, juridiques et socioéconomiques (Mukwege & Berg, 2016).

Cette faible documentation de la prise en charge holistique peut également être rapprochée des difficultés organisationnelles observées dans l'article publié par la même revue sur l'Hôpital Général de Référence de Kasongo. Cette étude qualitative rapportait notamment l'insuffisance des ressources humaines spécialisées, les ruptures de médicaments essentiels, l'inadéquation des infrastructures et la faiblesse de la coordination interservices. Ces éléments apportent un éclairage contextuel intéressant, mais ils ne doivent pas être présentés comme des résultats de la présente étude, puisqu'ils proviennent d'une autre population et d'un autre site.

L'évolution annuelle montre une augmentation de la proportion de cas documentés comme pris en charge entre 2019 et 2022, puis une diminution en 2023. Cette variation peut être liée à plusieurs facteurs, notamment la disponibilité des services, les ressources, le référencement, l'enregistrement des données ou l'accès des survivantes. Cependant, les données de la présente étude ne

permettent pas d'identifier la cause de cette évolution. Il serait donc excessif de l'attribuer à un programme, à un financement ou à un acteur particulier sans analyse complémentaire.

Les différences descriptives observées selon le niveau d'étude sont également importantes. Les victimes ayant un niveau supérieur ou universitaire avaient une proportion de réponse documentée plus élevée. Plusieurs hypothèses peuvent être envisagées, notamment une meilleure connaissance des services ou une plus grande capacité à rechercher de l'information. Cependant, ces mécanismes n'ont pas été mesurés directement dans l'étude et ne peuvent donc pas être considérés comme des relations causales.

5. CONCLUSION

Cette étude met en évidence l'importance des violences sexuelles documentées dans la Zone de Santé de Kindu entre 2019 et 2023. Les adolescentes et les jeunes femmes constituent le groupe le plus représenté, les filles comptant pour près des trois quarts des dossiers individuels analysés.

Le viol constitue la principale forme de violence sexuelle documentée et les auteurs sont fréquemment des personnes connues des victimes. Les conséquences rapportées touchent notamment la santé mentale, la santé reproductive et la santé physique.

La réponse documentée apparaît insuffisante : seulement 30,89 % des dossiers individuels documentaient une réponse et la prise en charge holistique n'était documentée que dans 3,65 % des dossiers ayant documenté une réponse.

Ces résultats doivent toutefois être interprétés en tenant compte de la nature rétrospective de l'étude : l'absence de documentation ne signifie pas nécessairement l'absence réelle de soins.

Le renforcement d'une approche intégrée associant soins médicaux, soutien psychosocial, protection, assistance juridique, référencement et coordination intersectorielle apparaît nécessaire. Une meilleure qualité de la documentation des soins devrait également constituer une priorité afin de permettre un suivi fiable du parcours des survivantes.

6. FORCES ET LIMITES DE L'ÉTUDE

Cette étude présente l'intérêt d'exploiter des données couvrant une période de cinq années et de combiner une vision agrégée de l'évolution des cas avec une analyse détaillée de dossiers individuels.

Elle présente toutefois plusieurs limites. Premièrement, son caractère rétrospectif expose les résultats aux insuffisances de complétude des dossiers. Deuxièmement, les 1 065 dossiers individuels ne représentent pas nécessairement l'ensemble des 4 269 cas rapportés dans les données agrégées. Troisièmement, l'étude porte sur les cas documentés et ne permet donc pas d'estimer la prévalence réelle des violences sexuelles dans la population de Kindu.

Enfin, l'absence de documentation d'une intervention ne peut être assimilée automatiquement à l'absence de prise en charge. Certaines différences entre catégories sociodémographiques restent également descriptives en raison de l'absence de p-values complètes pour les analyses statistiques.

7. IMPLICATIONS POUR LA PRATIQUE INFIRMIÈRE ET LA SANTÉ COMMUNAUTAIRE

Les résultats présentent plusieurs implications pour les sciences infirmières et la santé communautaire.

Le personnel infirmier occupe une position centrale dans l'accueil, l'écoute, l'orientation, le suivi clinique et le référencement des survivantes. La formation continue devrait donc inclure non seulement les aspects biomédicaux, mais également l'écoute active, la communication non jugeante, le soutien psychosocial de première ligne, la confidentialité et le référencement.

Au niveau communautaire, les stratégies de prévention devraient cibler particulièrement les adolescentes et renforcer l'information sur les services disponibles. La lutte contre la stigmatisation et la mobilisation des relais communautaires devraient également contribuer à favoriser un recours plus précoce aux soins.

Enfin, la qualité des dossiers de prise en charge devrait être améliorée afin de disposer de données fiables permettant de suivre le parcours des survivantes et d'évaluer la qualité de la réponse.

8. REMERCIEMENTS

L'auteur exprime sa gratitude aux autorités sanitaires de la Zone de Santé de Kindu ainsi qu'aux responsables des structures ayant permis l'accès aux données nécessaires à la réalisation de cette étude.

Une reconnaissance particulière est adressée à toutes les personnes et institutions ayant contribué à la disponibilité et à la conservation des données relatives aux cas de violences sexuelles.

9. CONFLIT D'INTÉRÊTS

L'auteur déclare n'avoir aucun conflit d'intérêts financier ou non financier susceptible d'avoir influencé la conception, la conduite, l'analyse ou la rédaction de cette étude.

10. CONTRIBUTION DE L'AUTEUR

John NDARABU RASHIDI : conception de l'étude, revue documentaire, collecte et analyse des données, interprétation des résultats et rédaction du manuscrit.

L'auteur a approuvé la version finale du manuscrit et assume la responsabilité de son contenu scientifique.

11. FINANCEMENT

Cette étude n'a bénéficié d'aucun financement externe. Elle a été réalisée sur ressources propres de l'auteur.

RÉFÉRENCES

[1]. Casey, S. E., Chynoweth, S. K., Cornier, N., Gallagher, M. C., & Wheeler, E. E. (2019). Delivering integrated care after sexual violence in the Democratic Republic of the Congo. *BMJ Global Health, 4*(1), e001150. https://doi.org/10.1136/bmjgh-2018-001150

[2]. Lindsey, E., et al. (2024). Care-seeking patterns and timely access to care among survivors of sexual violence in North Kivu, the Democratic Republic of the Congo: A retrospective file-based study. *BMC Women's Health, 24*.

[3]. 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*, 59. https://doi.org/10.1186/s13031-021-00398-x

[4]. Mukwege, D. M., & 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

[5]. Organisation mondiale de la Santé. (2013). *Lutter contre la violence entre partenaires intimes et la violence sexuelle à l'encontre des femmes : Recommandations cliniques et politiques*. Organisation mondiale de la Santé.

[6]. Organisation mondiale de la Santé. (2014). *Health care for women subjected to intimate partner violence or sexual violence: A clinical handbook*. World Health Organization.

[7]. Organisation mondiale de la Santé. (2021). *Estimations de la prévalence de la violence à l'égard des femmes, 2018*. Organisation mondiale de la Santé.