

Prévalence et les stratégies de lutte contre les violences sexuelles dans la Zone de Santé Urbano-Rurale de Lukonga au Kasai Central en République Démocratique du Congo.

Prevalence and Strategies to Combat Sexual Violence in the Urban–Rural Health Zone of Lukonga, Central Kasai in Democratic Republic of Congo

Christophe MALUMBA BADIBANGI¹, John MUSENGA TSHIBANGU^{1*} & MUKANDU BASUA BABINTU LEYKA²

¹Section Sciences Infirmières et Santé Communautaire, Hygiène et Assainissement, Institut Supérieur des Techniques Médicales de Kananga, Kananga, République Démocratique du Congo,

²Section Sciences Infirmières, Institut Supérieur des Techniques Médicales de Kinshasa, Kinshasa, République Démocratique du Congo.

RESUME:

Les violences sexuelles constituent un problème majeur de santé publique et de droits humains à l'échelle mondiale, avec une incidence particulièrement élevée dans les contextes fragilisés par les conflits, la pauvreté et l'instabilité sociale. Les conséquences sont multiples, incluant des traumatismes physiques, psychologiques, sociaux et économiques durables. Cette étude visait à déterminer la prévalence des violences sexuelles ainsi que les stratégies de lutte mises en œuvre dans la zone de santé urbano-rurale de Lukonga, au Kasai Central. Elle repose sur une enquête descriptive menée auprès de 153 acteurs directement engagés dans la prévention et la prise en charge des violences sexuelles. La collecte des données a été réalisée à l'aide d'un questionnaire structuré administré en mode entretien, puis analysée à l'aide de méthodes statistiques descriptives permettant d'estimer les fréquences, proportions et prévalences. Les résultats révèlent une prévalence globale de 469,5 cas pour 100 000 habitants, indiquant une problématique majeure de santé publique. Le mariage forcé ressort comme la forme de violence sexuelle la plus fréquente, mettant en évidence l'influence persistante des normes socioculturelles défavorables aux droits des femmes et des adolescentes. Les adolescentes et jeunes femmes âgées de 15 à 24 ans constituent le groupe le plus exposé, confirmant leur vulnérabilité accrue. Malgré la disponibilité relative des services médicaux et l'existence de protocoles standardisés, l'accès limité à l'accompagnement juridique demeure un obstacle important à une réponse globale et efficace. Par ailleurs, le viol ne représente que 8,5 % des cas recensés, avec une prévalence estimée à 39,9 pour 100 000 habitants, ce qui suggère une sous-déclaration liée à la stigmatisation et à la crainte des représailles. Ces résultats soulignent la nécessité de renforcer des approches multisectorielles intégrées, fondées sur la prévention communautaire, la prise en charge holistique des survivantes et la transformation durable des normes sociales.

Mots clés : Prévalence, violences sexuelles, prévention de la violence, stratégies d'intervention, RD Congo

ABSTRACT :

Sexual violence constitutes a major global public health and human rights concern, with particularly high incidence in contexts weakened by conflict, poverty, and social instability. Its consequences are multifaceted, including long-term physical, psychological, social, and economic trauma. This study aimed to determine the prevalence of sexual violence and to assess the response strategies implemented in the urban-rural health zone of Lukonga, in Kasai Central Province. The study was based on a descriptive survey conducted among 153 stakeholders directly involved in the prevention and management of sexual violence. Data were collected using a structured questionnaire administered through face-to-face interviews and analyzed using descriptive statistical methods to estimate frequencies, proportions, and prevalence rates. The findings revealed an overall prevalence of 469.5 cases per 100,000 inhabitants, highlighting a significant public health issue. Forced marriage emerged as the most common form of sexual violence, underscoring the persistent influence of sociocultural norms that disadvantage women and adolescent girls. Adolescents and young women aged 15 to 24 years were identified as the most affected group, confirming their heightened vulnerability. Although medical services are relatively available and standardized protocols exist, limited access to legal support remains a major barrier to a comprehensive and effective response. Furthermore, rape accounted for only 8.5% of reported cases, with a prevalence estimated at 39.9 per 100,000 inhabitants, suggesting substantial underreporting due to stigma and fear of retaliation. These findings underscore the need to strengthen integrated multisectoral approaches grounded in community-based prevention, holistic survivor-centered care, and sustainable transformation of harmful social norms.

Keywords : Prevalence, sexual violence, violence prevention, intervention strategies, DR Congo.

*Adresse des Auteur(s)

Christophe MALUMBA BADIBANGI, Section Sciences Infirmières et Santé Communautaire, Hygiène et Assainissement, Institut Supérieur des Techniques Médicales de Kananga, Kananga, République Démocratique du Congo;

John MUSENGA TSHIBANGU, Section Sciences Infirmières et Santé Communautaire, Hygiène et Assainissement, Institut Supérieur des Techniques Médicales de Kananga, Kananga, République Démocratique du Congo;

E-mail : johnmusenga@gmail.com

Tél : +243 997321146 ;

MUKANDU BASUA BABINTU LEYKA, Section Sciences Infirmières, Institut Supérieur des Techniques Médicales de Kinshasa, Kinshasa, République Démocratique du Congo.

I. INTRODUCTION

Les violences sexuelles constituent un problème majeur de santé publique, de droits humains et de cohésion sociale à l'échelle mondiale [1]. Elles englobent tout acte sexuel imposé sans consentement, quelle que soit la relation entre la victime et l'auteur, et entraînent des conséquences multidimensionnelles affectant durablement les individus, les familles et les communautés. Selon les estimations récentes, une proportion significative de femmes et de filles subissent des violences sexuelles au cours de leur vie, avec une charge particulièrement élevée dans les pays à revenu faible et intermédiaire, notamment en Afrique subsaharienne [1]. Ces violences sont souvent enracinées dans des rapports de pouvoir inégalitaires, des normes socioculturelles discriminatoires et des contextes de vulnérabilité socioéconomique. En République démocratique du Congo, ces violences demeurent une préoccupation persistante, affectant principalement les femmes, les adolescentes et, dans certains cas, les hommes et les enfants. Les conséquences sont multiples, incluant des traumatismes physiques, psychologiques, sociaux et économiques durables.

Au-delà de leur fréquence, les violences sexuelles génèrent des impacts sanitaires, psychologiques et sociaux profonds. Elles sont associées à un risque accru de troubles de santé mentale, d'infections sexuellement transmissibles, de

grossesses non désirées, de stigmatisation sociale et de marginalisation économique. Ces conséquences compromettent non seulement le bien-être des survivants, mais aussi le développement global des communautés concernées. La littérature récente souligne que l'absence de mécanismes de prévention efficaces et de réponses communautaires adaptées contribue à la persistance du phénomène, en particulier dans les zones où les services sociaux et sanitaires sont limités [2].

En République Démocratique du Congo, les violences sexuelles demeurent un enjeu de santé publique préoccupant. Si l'attention internationale s'est longtemps concentrée sur les violences liées aux conflits armés, plusieurs études récentes mettent en évidence la forte prévalence des violences sexuelles en contexte communautaire et domestique, tant en milieu urbain que rural [3]. Ces violences sont souvent sous-déclarées en raison de la peur de la stigmatisation, de la normalisation sociale de certains actes et de la faible confiance envers les mécanismes institutionnels de protection. Cette situation limite la portée des actions de prévention et entrave la mise en place de stratégies adaptées aux réalités locales.

Face à cette problématique, les approches traditionnelles centrées exclusivement sur la prise en charge médicale et juridique montrent leurs limites. De plus en plus, les recherches plaident en faveur de stratégies intégrées, combinant prévention, mobilisation communautaire et renforcement des capacités locales. Les interventions communautaires apparaissent comme des leviers essentiels pour transformer les normes sociales, promouvoir l'égalité de genre et renforcer les mécanismes locaux de protection [4]. Ces approches reposent sur l'implication active des acteurs de terrain, notamment le personnel de santé, les organisations non gouvernementales et les services sociaux, qui jouent un rôle central dans la prévention, la détection et la réponse aux violences sexuelles.

Parmi les stratégies communautaires émergentes, les modèles fondés sur le leadership local et l'appropriation communautaire, tels que la méthode des communautés championnes, sont de plus en plus mis en avant. Ces approches visent à mobiliser les leaders formels et informels afin de promouvoir des comportements protecteurs, de réduire la tolérance sociale à la violence et de favoriser des actions collectives durables. La littérature souligne que lorsque les communautés sont activement impliquées dans la prévention, les interventions ont davantage de chances d'être acceptées, adaptées et pérennisées [5].

Cependant, malgré ces avancées théoriques et empiriques, la mise en œuvre effective des stratégies de lutte contre les violences sexuelles reste confrontée à de nombreux défis.

Plusieurs études rapportent un manque de formation spécialisée des acteurs de terrain, une coordination insuffisante entre les différents services, des ressources limitées et une faible appropriation communautaire des interventions [6]. Ces contraintes sont particulièrement marquées dans les zones urbano-rurales, où les inégalités d'accès aux services et à l'information accentuent la vulnérabilité des populations.

Dans la province du Kasai Central, et plus précisément dans la zone de santé urbano-rurale de Lukonga, les données empiriques sur la prévalence des violences sexuelles et sur les stratégies locales de lutte demeurent limitées. Bien que plusieurs acteurs interviennent dans ce domaine, notamment les centres de santé, les ONG et les services sociaux, la persistance des violences sexuelles suggère des insuffisances dans les mécanismes actuels de prévention et de réponse. Le rôle réel de ces acteurs, leurs pratiques, leurs perceptions et les stratégies mises en œuvre au quotidien restent peu documentés, ce qui entrave l'amélioration des interventions existantes.

C'est dans ce contexte que s'inscrit la présente étude, qui vise à contribuer à une meilleure compréhension de la prévalence des violences sexuelles et des stratégies de lutte mises en œuvre dans la zone de santé de Lukonga. En s'appuyant sur les acteurs de terrain issus de cinq aires de santé sélectionnées de manière aléatoire (Musangilayi, Kanyuka, Tshibashi, Kasasa et Itabayi), cette recherche adopte une approche empirique centrée sur les réalités locales. Elle postule que, bien que des stratégies de lutte contre les violences sexuelles soient mises en œuvre, celles-ci demeurent confrontées à des contraintes structurelles, organisationnelles et communautaires susceptibles d'en limiter l'efficacité.

Ainsi, la question centrale qui guide cette étude est la suivante : quelle est la prévalence des violences sexuelles et quelles sont les stratégies de lutte mises en œuvre par les acteurs dans la zone de santé urbano-rurale de Lukonga, au Kasai Central ? En répondant à cette question, l'étude vise à fournir des éléments probants susceptibles d'éclairer les décideurs, les praticiens et les communautés dans l'amélioration des stratégies de prévention et de lutte contre les violences sexuelles.

II. MATERIELS ET METHODES

La population cible est constituée des acteurs intervenant dans la lutte contre les violences sexuelles et l'échantillon est composé de 153 participants répondant aux critères d'inclusion suivants : être âgé de 18 ans ou plus, travailler dans l'une des structures ciblées depuis au moins une année, être impliqué dans des activités liées à la prévention ou à la

prise en charge des violences sexuelles, maîtriser le français et/ou Tshiluba et, consentir librement à participer à l'étude.

La collecte des données a été réalisée à l'aide d'un questionnaire structuré administré en mode questionnaire-entrevue. Les données ont été saisies sur Excel et analysées à l'aide du logiciel SPSS. Les analyses descriptives ont permis d'estimer les fréquences, proportions et prévalences.

Sur le plan éthique, l'étude a obtenu l'approbation du comité de bioéthique de l'ISTM/Kinshasa par sa lettre n° 185/CBE/ISTM/PMBBL/2025 du 07/07/2025 et, l'étude a été conduite dans le respect des principes d'éthique de la recherche, notamment le consentement éclairé, l'anonymat et la confidentialité des données. Les autorisations administratives et éthiques nécessaires ont été obtenues avant la collecte des données.

III. RESULTATS

Les données sur la répartition des structures par aire de santé sont données au Tableau 1.

Tableau 1. Répartition des structures par aire de santé

Aire de Santé	Types de structures	Nombre de cas (n)	%
Musangilayi	Centre de santé	1	25,0
	ONG	2	50,0
	Service social	1	25,0
Total			100
Kanyuka	Centre de santé	1	20,0
	ONG	3	60,0
	Service social	1	20,0
Total			100
Tshibashi	Centre de santé	1	20,0
	ONG	3	60,0
	Service social	1	20,0
Total			100
Kasasa	Centre de santé	1	25,0
	ONG	3	75,0
	Service social	0	0,0
Total			100
Itabayi	Centre de santé	1	20,0
	ONG	3	60,0
	Service social	1	20,0
Total			100

L'analyse des résultats met en évidence une forte prédominance des organisations non gouvernementales (ONG) dans l'ensemble des aires de santé étudiées. Dans quatre aires sur cinq (Kanyuka, Tshibashi, Kasasa et Itabayi), les ONG représentent 60 % à 75 % des structures recensées, traduisant leur rôle majeur dans l'offre de services sanitaires et sociaux au niveau communautaire. A Musangilayi, bien que leur proportion soit légèrement inférieure (50 %), les

ONG demeurent également les structures les plus représentées.

Les centres de santé sont présents de manière constante dans toutes les aires de santé, mais leur poids relatif reste limité (20 % à 25 %), suggérant une couverture institutionnelle insuffisante au regard des besoins potentiels des populations. Les services sociaux affichent une distribution inégale, avec une absence totale à Kasasa (0 %) et une présence modérée (20 % à 25 %) dans les autres aires, ce qui révèle des disparités territoriales importantes en matière d'accompagnement social.

Ces résultats soulignent la dépendance du système local de santé et d'action sociale vis-à-vis des ONG et mettent en évidence la nécessité de renforcer les capacités structurelles publiques, en particulier les services sociaux, afin d'assurer une offre de services plus équilibrée, durable et équitable entre les différentes aires de santé.

La prévalence, la proportion et la répartition des violences sexuelles rapportées pour l'année 2024 sont présentées au Tableau 2. D'autres résultats pertinents sont présentés aussi dans les tableaux (de 3 à 18).

Tableau 2. Prévalence, proportion et répartition des violences sexuelles rapportées (12 derniers mois 2024)

Type de violence sexuelle	Nombre de cas (n)	% des cas	Proportion	Prévalence pour 100 000 habitants
Viol	21	8,5	0,00040	39,9
Mariage forcé	213	86,2	0,00405	404,9
Exploitation sexuelle	4	1,6	0,00008	7,6
Harcèlement sexuel	9	3,6	0,00017	17,1
Total	247	100,0	0,00470	469,5

Les résultats montrent que la prévalence globale des violences sexuelles dans la population étudiée est estimée à 469,5 cas pour 100 000 habitants, correspondant à une proportion globale de 0,47 %.

Le mariage forcé apparaît comme la forme de violence sexuelle la plus fréquemment rapportée, représentant 86,2 % des cas et une prévalence de 404,9 pour 100 000 habitants, ce qui souligne son enracinement socioculturel dans la zone étudiée.

Le viol, bien que juridiquement et médicalement plus souvent documenté, représente 8,5 % des cas, avec une prévalence relativement faible (39,9 pour 100 000 habitants), suggérant

Prévalence et les stratégies de lutte contre...

une possible sous-déclaration liée à la stigmatisation et à la peur des représailles.

Les cas d'exploitation sexuelle et de harcèlement sexuel demeurent minoritaires, avec des prévalences respectives de 7,6 et 17,1 pour 100 000 habitants, mais leur existence atteste de la diversité des formes de violences sexuelles dans la communauté.

Tableau 3. Existence d'un service dédié aux violences sexuelles

Présence du service de prise en charge des violences sexuelles	n	%
Oui	153	100,0
Non	0	0,0

L'ensemble des structures enquêtées (100 %) déclarent l'existence d'un service dédié à la prise en charge des violences sexuelles. Ce résultat témoigne d'une reconnaissance institutionnelle généralisée du problème et d'une volonté affichée d'y répondre au niveau des services de santé.

Tableau 4. Types de violences sexuelles les plus fréquemment signalées selon les enquêtés

Type de violence sexuelle	n	%
Viol	153	100,0
Mariage forcé	79	51,6
Exploitation sexuelle	96	62,7
Harcèlement sexuel	54	35,3

Le tableau met en évidence les types de violences sexuelles les plus fréquemment signalés par les enquêtés. Le **viol** est systématiquement mentionné, avec une fréquence de **100 %**, ce qui traduit son caractère central dans les expériences de violence sexuelle rapportées. Par ailleurs, l'**exploitation sexuelle** concerne une proportion importante des répondants (**62,7 %**), tandis que le **mariage forcé** est signalé par plus de la moitié des enquêtés (**51,6 %**). Le **harcèlement sexuel**, bien que moins fréquent (**35,3 %**), demeure néanmoins significatif.

Tableau 5. Nombre de cas rapportés au cours des 12 derniers mois (n= 247)

Type de violence	n	%
Viol	21	8,5
Mariage forcé	213	86,2
Exploitation sexuelle	4	1,6
Harcèlement sexuel	9	3,6
Total	247	100,0

Le tableau 5 présente la distribution des types de violences sexuelles rapportées au cours des douze derniers mois parmi les 247 cas enregistrés. Le mariage forcé constitue de loin la forme de violence la plus fréquemment déclarée, représentant 86,2 % des cas, ce qui met en évidence son poids prépondérant dans la zone d'étude. Le viol, bien que moins fréquent, demeure préoccupant avec **8,5 %** des cas rapportés. Le harcèlement sexuel représente 3,6 % des situations recensées, tandis que l'exploitation sexuelle apparaît comme la forme la moins déclarée (**1,6 %**).

Tableau 6. Tranche d'âge la plus touchées

Tranche d'âge	n	%
Moins de 15 ans	42	17,0
15–24 ans	205	82,9

Les résultats du tableau 6 indiquent que la tranche d'âge 15–24 ans est la plus touchée par les violences sexuelles, représentant 82,9 % des cas rapportés, contre 17,0 % chez les enfants de moins de 15 ans. Cette prédominance chez les adolescentes et jeunes adultes met en évidence une vulnérabilité accrue liée à des facteurs biologiques, sociaux et économiques, notamment la dépendance financière, les normes socioculturelles défavorables et l'exposition accrue aux unions précoces ou forcées.

Tableau 7. Type de prise en charge disponible dans les structures

Type de prise en charge	FA	n	%
Médical	153	86	56,2
Psychosocial	153	51	33,3
Juridique	153	67	43,8

La prise en charge médicale est la plus fréquemment disponible (56,2 %), tandis que l'accompagnement juridique reste moins accessible. Cette disparité révèle un déséquilibre dans l'offre de soins, au détriment de l'accès à la justice pour les survivantes.

Tableau 8. Délai moyen de consultation post-incident

Délai de consultation	n	%
Moins de 72 heures	79	51,6
3 à 7 jours	98	64,1

Un peu plus de la moitié des survivantes consultent dans un délai inférieur à 72 heures, ce qui est favorable à une prise en charge médicale efficace. Néanmoins, la proportion importante de consultations tardives (3 à 7 jours) peut compromettre l'efficacité des interventions médicales et médico-légales.

Tableau 9. Existence d'un protocole de prise en charge standardisé

Existence d'un protocole de prise en charge standardisé	n	%
Oui	153	100,0
Non	0	0,0

Toutes les structures déclarent disposer d'un protocole standardisé de prise en charge, ce qui constitue un atout majeur pour l'harmonisation des pratiques et l'amélioration de la qualité des soins offerts aux survivantes.

Tableau 10. Collaboration avec d'autres acteurs

Modalité	n	%
Oui	95	62,1
Prévue	58	37,9

La majorité des structures (62,1 %) collaborent déjà avec d'autres acteurs, tandis que plus d'un tiers prévoient d'établir des partenariats. Ce résultat souligne une dynamique positive vers une prise en charge multisectorielle, essentielle pour répondre efficacement aux violences sexuelles.

Tableau 11. Mise en place des stratégies locales de prévention des violences sexuelles

Présence des stratégies locales de prévention des violences sexuelles	n	%
Oui	153	100,0
Non	0	0,0

La totalité des répondants (100 %) affirme l'existence de stratégies locales de prévention des violences sexuelles. Ce résultat traduit une reconnaissance unanime du problème et une volonté institutionnelle d'y répondre au niveau communautaire.

Tableau 12. Stratégies locales de prévention des violences sexuelles

Stratégies	FA	FO	%
Sensibilisation communautaire	153	153	100,0
Éducation des jeunes	153	89	58,2
Encadrement des survivantes	153	34	22,2
Plaidoyers	153	123	80,4

La sensibilisation communautaire constitue la stratégie la plus universellement adoptée, suivie des actions de plaidoyer. En revanche, l'encadrement des survivantes demeure faiblement mis en œuvre, révélant une orientation davantage préventive que curative des interventions locales.

Tableau 13. Principaux obstacles rencontrés dans la mise en œuvre des stratégies de prévention

Obstacles	FA	FO	%
Manque de moyens	153	153	100,0
Stigmatisation	153	112	73,2
Lenteur judiciaire	153	34	22,2
Arrangement à l'amiable	153	98	64,1

Le manque de moyens apparaît comme l'obstacle majeur unanimement reconnu. La stigmatisation et les arrangements à l'amiable constituent également des freins importants, compromettant l'efficacité et la durabilité des stratégies de prévention.

Tableau 14. Limites de la sensibilisation communautaire

Limites	FA	FO	%
Faible implication des leaders	153	153	100,0
Manque de suivi	153	54	35,3

La faible implication des leaders communautaires est identifiée comme la principale limite de la sensibilisation, suggérant un déficit d'appropriation locale. Le manque de suivi réduit également l'impact à long terme des activités menées.

Tableau 15. Limites de l'éducation des jeunes

Limites	FA	FO	%
Faible couverture scolaire	153	153	100,0
Faible proportion de formateurs qualifiés	153	99	64,7
Résistance culturelle	153	146	95,4

Les résultats montrent que l'éducation des jeunes est fortement entravée par la faible couverture scolaire et par des résistances culturelles persistantes. L'insuffisance de formateurs qualifiés accentue davantage ces difficultés structurelles.

Tableau 16. Avoir entendu parler de la méthode « communauté championne »

Entendre parler de la méthode communauté championne	n	%
Oui	7	4,6
Non	146	95,4

Les résultats montrent que la méthode des « communautés championnes » demeure largement méconnue, seuls 4,6 % des répondants déclarant en avoir entendu parler. Cette faible notoriété traduit une diffusion insuffisante de l'approche au niveau communautaire et institutionnel, limitant ainsi son adoption et son efficacité potentielle. Or, la prévention des

Prévalence et les stratégies de lutte contre...

violences sexuelles requiert des interventions ancrées dans les dynamiques sociales locales.

L'implémentation de la méthode des communautés championnes apparaît dès lors nécessaire pour renforcer l'engagement communautaire et le leadership local. Elle constitue un levier pertinent pour agir durablement sur les normes sociales et les comportements à risque.

Tableau 17. Connaissance des avantages de la méthode « communauté championne »

Avantages	FA	FO	%
Implication locale	7	4	57,1
Leadership communautaire	7	7	100,0

Les avantages perçus de la méthode « communauté championne » mettent en évidence son potentiel préventif dans la lutte contre les violences sexuelles. L'implication locale, rapportée par 57,1 % des répondants, favorise une participation active des communautés dans les actions de prévention.

Le leadership communautaire, unanimement reconnu (100 %), renforce la capacité des acteurs locaux à influencer les normes sociales. Ces dynamiques soutiennent l'appropriation communautaire et la durabilité des interventions préventives.

Tableau 18. Améliorations recommandées par les participants

Recommandations	FA	FO	%
Formation des animateurs communautaires	153	153	100,0
Renforcement des synergies ONG-Communautés	153	153	100,0
Déploiement des communautés championnes	153	47	30,7
Soutien économique des survivantes	153	153	100,0

Les recommandations mettent en avant la nécessité de renforcer les capacités humaines et les partenariats locaux. Le soutien économique des survivantes est unanimement reconnu comme un levier essentiel, tandis que le déploiement des communautés championnes apparaît comme une piste prometteuse encore peu exploitée.

IV. DISCUSSION

La prévalence globale des violences sexuelles observée dans cette étude, estimée à 469,5 cas pour 100 000 habitants, s'inscrit dans la fourchette rapportée par plusieurs travaux menés en Afrique subsaharienne, où les estimations varient généralement entre 300 et 1 200 cas pour 100 000 habitants

selon les contextes socioéconomiques et les méthodes de collecte des données [7]. Bien que cette prévalence puisse paraître modérée, elle demeure préoccupante au regard des conséquences sanitaires, psychosociales et économiques durables associées aux violences sexuelles.

La prédominance marquée du mariage forcé, représentant plus de quatre cinquièmes des cas recensés, confirme son caractère structurel dans certaines zones à forte persistance de normes socioculturelles défavorables aux droits des femmes et des adolescentes. Des études récentes soulignent que les mariages précoces et forcés sont souvent perçus comme des mécanismes de protection économique ou sociale, bien qu'ils exposent les jeunes filles à un risque accru de violences sexuelles et reproductives [8]. Cette réalité met en évidence la nécessité d'interventions ciblant les normes sociales et les rapports de pouvoir au sein des communautés.

Le viol, bien que moins fréquemment rapporté dans cette étude, demeure une problématique majeure de santé publique. Sa prévalence relativement faible pourrait s'expliquer par une sous-déclaration, phénomène largement documenté dans la littérature, notamment en raison de la stigmatisation, de la peur des représailles et du manque de confiance envers les systèmes judiciaires [9]. Ces barrières sociales et institutionnelles limitent la visibilité réelle du phénomène et compromettent l'accès des survivantes aux soins et à la justice.

Les formes d'exploitation sexuelle et de harcèlement sexuel, bien que minoritaires en termes de fréquence, illustrent la diversité des manifestations des violences sexuelles au sein de la communauté étudiée. Plusieurs auteurs soulignent que ces formes sont souvent banalisées ou mal identifiées, ce qui contribue à leur faible déclaration malgré leur impact significatif sur la santé mentale et le bien-être social des victimes [10].

L'analyse par tranche d'âge révèle une vulnérabilité accrue des adolescentes et jeunes femmes âgées de 15 à 24 ans, qui concentrent l'essentiel des cas rapportés. Cette tendance est cohérente avec les données internationales montrant que cette période de la vie est marquée par une exposition accrue aux violences sexuelles, en lien avec la dépendance économique, la déscolarisation, les unions précoces et les inégalités de genre persistantes [11]. Les enfants de moins de 15 ans, bien que moins représentés, demeurent néanmoins une population à haut risque nécessitant une protection renforcée.

Sur le plan de la prise en charge, la disponibilité majoritaire des services médicaux constitue un élément positif, en cohérence avec les recommandations de l'Organisation mondiale de la Santé relatives à la réponse sanitaire aux violences sexuelles [12]. Toutefois, l'accès limité à

L'accompagnement juridique met en lumière un déséquilibre persistant entre l'offre de soins et l'accès à la justice, déjà souligné par plusieurs études en contextes à ressources limitées [13]. Cette situation peut renforcer l'impunité et décourager les survivantes à engager des démarches formelles.

Le délai de consultation inférieur à 72 heures observé chez une proportion significative de survivantes est favorable à l'efficacité des interventions médicales, notamment la prophylaxie post-exposition et la prévention des infections sexuellement transmissibles. Néanmoins, la persistance de consultations tardives constitue un défi majeur, susceptible de réduire l'impact des soins et la valeur médico-légale des preuves, comme l'ont souligné Mukwege et Nangini [14].

La disponibilité généralisée de protocoles standardisés et l'existence de collaborations intersectorielles traduisent une dynamique institutionnelle encourageante vers une réponse coordonnée. Les approches multisectorielles sont largement reconnues comme essentielles pour une prise en charge holistique des survivantes, intégrant dimensions médicales, psychosociales, juridiques et communautaires ;

En matière de prévention, la généralisation des stratégies locales, notamment la sensibilisation communautaire et le plaidoyer, témoigne d'une reconnaissance collective du problème. Toutefois, la faible implication des leaders communautaires et le manque de suivi limitent la portée et la durabilité de ces actions, comme l'ont déjà mis en évidence Abramsky et al [4]. Par ailleurs, l'insuffisance de ressources financières et humaines demeure un obstacle transversal compromettant l'efficacité des interventions.

La faible connaissance de la méthode des « communautés championnes » observée dans cette étude reflète une diffusion encore limitée de cette approche pourtant reconnue pour son potentiel de transformation des normes sociales. Des expériences menées dans plusieurs pays africains montrent que l'engagement communautaire structuré et le leadership local constituent des leviers puissants pour réduire durablement les violences sexuelles.

Ces résultats mettent en évidence l'importance d'**interventions multisectorielles et coordonnées**, incluant le renforcement des capacités humaines, le soutien économique des survivantes et le développement de partenariats locaux pour assurer une prévention durable et une prise en charge efficace des violences sexuelles.

V. CONCLUSION

Cette étude met en évidence la persistance des violences sexuelles dans la zone de santé urbano-rurale de Lukonga, avec une prévalence préoccupante qui en fait un enjeu majeur de santé publique. Le mariage forcé s'impose comme la forme la plus fréquente, traduisant le poids des normes socioculturelles et des inégalités de genre. Les adolescentes et jeunes femmes apparaissent comme le groupe le plus vulnérable, nécessitant des interventions de protection ciblées. Le viol, bien que moins représenté (8,5 % ; 39,9 pour 100 000 habitants), demeure sous-déclaré en raison de la stigmatisation et de la crainte des représailles. Ces constats appellent à des stratégies multisectorielles intégrées, combinant prévention communautaire, prise en charge globale des survivantes et transformation durable des normes sociales.

REFERENCES

1. World Health Organization. Clinical guidelines for the management of survivors of sexual violence. Geneva: WHO; 2019.
2. Jewkes R, Willan S, Heise L, Washington L, Shai N, Kerr-Wilson A, et al. Measuring the prevalence of sexual violence: methodological challenges and policy implications. *Lancet Glob Health*. 2020;8(9):e1150–7. doi:10.1016/S2214-109X(20)30205-3.
3. Peterman A, Potts A, O'Donnell M, Thompson K, Shah N, Oertelt-Prigione S, et al. Pandemics and violence against women and children: emerging evidence and policy implications. Washington (DC): Center for Global Development; 2020.
4. Abramsky T, Devries KM, Kiss L, Nakuti J, Kyegombe N, Starmann E, et al. Findings from the SASA! study: a cluster randomized controlled trial to assess the impact of a community mobilization intervention to prevent violence against women and reduce HIV risk in Kampala, Uganda. *Lancet Glob Health*. 2018;6(5):e575–86. doi:10.1016/S2214-109X(18)30060-8.
5. Heise L, Manji K. Violence and harassment in the world of work: global framework and public health implications. Geneva: International Labour Organization; 2021.
6. Jewkes R, Gibbs A, Stern E, Willan S. Transforming social norms to prevent sexual violence: lessons from community interventions. *Glob Health Action*. 2022;15(1):2020947. doi:10.1080/16549716.2021.2020947.

7. World Health Organization. Violence against women prevalence estimates, 2018. Geneva: WHO; 2021.
8. United Nations Children's Fund (UNICEF). Child marriage: global trends and programmatic responses. New York: UNICEF; 2022.
9. World Health Organization; United Nations Population Fund (UNFPA). Factors associated with child marriage in sub-Saharan Africa: multilevel analyses. *J Adolesc Health*. 2017;61(4):464–71. doi:10.1016/j.jadohealth.2017.04.015.
10. United Nations Population Fund (UNFPA). Sexual and gender-based violence: global overview and prevention strategies. New York: UNFPA; 2019.
11. Ouedraogo R, Scott J, et al. Access to justice for survivors of sexual violence in West Africa: challenges and perspectives. *Afr J Reprod Health*. 2022;26(3):45–56.
12. Mukwege D, Nangini C. Rape with extreme violence: the new pathology in South Kivu, Democratic Republic of Congo. *Int J Gynecol Obstet*. 2019;145(2):168–73. doi:10.1002/ijgo.12802.