

DOUBLE PEINE

L'URGENCE D'UNE RÉPONSE GLOBALE
AUX BESOINS **DES SURVIVANTS DE**
VIOLENCES SEXUELLES EN RÉPUBLIQUE
DÉMOCRATIQUE DU CONGO



> TABLE DES MATIÈRES

RÉSUMÉ	05
RECOMMANDATIONS	06
INTRODUCTION	09
MÉTHODOLOGIE	10
VIOLENCES SEXUELLES : UN DRAME QUOTIDIEN POUR DES MILLIERS DE PERSONNES EN RDC	11
LA CRISE PROLONGÉE ALIMENTE LES VIOLENCES SEXUELLES	16
EN FAISONS-NOUS ASSEZ ?	18
CONCLUSIONS	22

Nous tenons à rendre hommage aux milliers de survivants de violences sexuelles en RDC ainsi qu'aux institutions, organisations, individus et membres de la société civile qui leur viennent en aide.

IMAGE DE COUVERTURE

2018, Salamabila, dans la province du Maniema
©Carl Theunis/MSF

RÉDACTION ET COORDINATION

Drew Aiken et Diletta Salviati

CONTRIBUTIONS

Merci aux nombreuses personnes et équipes de terrain qui ont rendu ce rapport possible en République démocratique du Congo (RDC) et au-delà, en particulier les équipes MSF actives dans la prise en charge des violences sexuelles et fondées sur le genre. Un merci spécial à Olivier Alimasi, François Libabo Baeni, Rosette Radhili Banyungu, Clémentine Sifa Banzira, Gina Bark, Anne Boher, Michel Biringanine, Adelaide Davis, Stephanie Dreze, Lucille Guenier, Yvette Kanyeri, Ester Kalere Katungu, Juliette Müller, Héritier Nteziryayo, Alberto Dal Poz, Gabriela Romero, Magali Roudaut, Juliette Seguin, and Jimmy Matumona Tana.

RÉVISION

Frédéric Janssens et Lisa Veran

MISE EN PAGE ET INFOGRAPHIES

DSI CONCEPTION

Ce rapport a été réalisé par les équipes de Médecins Sans Frontières en RDC à partir de données quantitatives et qualitatives recueillies dans les zones d'intervention de l'organisation non-gouvernementale.

©MSF 2021

PROVINCE	ZONE DU PROJET	NOMBRE DE VICTIMES PRISES EN CHARGE EN 2020 DANS LES STRUCTURES APPUYÉES PAR MSF
KASAÏ-CENTRAL	KANANGA	3 278
	MASISI	817
NORD-KIVU	MWESO	1 046
	WALIKALE	247
	GOMA	662
	RUTSHURU	1 026
	BAMBU	160
	BIRAMBIZO	43
	KIBIRIZI	77
	ANGUMU	52
ITURI	DRODRO	124
	NIZI	169
	MAMBASA	423
	BUNYAKIRI	109
SUD-KIVU	KATASOMWA (BUNYAKIRI)	135
	MULUNGU	11
	ITOMBWE-MINEMBWE	3
	KIMBI-LULENGE	229
	BARAKA	420
	SALAMABILA	1 722
HAUT-KATANGA	LUBUMBASHI	57
TOTAL		10 810

VIOLENCES SEXUELLES : PERSONNES PRISES EN CHARGE PAR MSF



> RÉSUMÉ

Année après année, les équipes de Médecins Sans Frontières (MSF) sont les témoins directs de l'impact des violences sexuelles en République démocratique du Congo (RDC).

En 2020, 10 810 survivantes¹ de violences sexuelles ont eu accès à des soins médicaux et/ou psychologiques dans les structures médicales publiques appuyées par MSF à travers le pays.

Si les mouvements armés et les combats accroissent clairement le risque et le nombre d'agressions sexuelles, ces violences persistent en-dehors de ce cadre, y compris dans un contexte familial et de violence entre partenaires.

Les violences sexuelles sont une urgence médicale qui nécessite des soins médicaux et psychologiques immédiats afin de limiter les conséquences pour les survivantes.

Au-delà des répercussions physiques et psychologiques immédiates², les personnes prises en charge par MSF soulignent que ces violences ont des conséquences à long terme – parfois toute une vie – du fait notamment de la stigmatisation sociale, de leur exclusion et de la perte de leurs moyens de subsistance qui peut en découler.

Malheureusement, la prise en charge immédiate et à long terme des victimes de violences sexuelles reste largement indisponible en RDC.

Face à l'ampleur du problème et de ses conséquences, MSF considère que davantage de programmes de soutien d'urgence et à long terme doivent être mis en place au plus vite et bénéficier de financements ambitieux et continus afin d'accompagner les survivantes jusqu'à leur rétablissement médical, psychologique et socio-économique complet.

¹Ce rapport utilise indistinctement les termes « victimes » et « survivantes » de violences sexuelles, bien que ces termes aient des acceptions différentes, notamment liées à la temporalité de l'agression. Le terme « victime » insiste sur le fait qu'un acte criminel et une violation des droits humains ont eu lieu. Il est notamment utilisé dans des documents officiels tels que les certificats médicaux faisant suite à l'agression sexuelle. Le terme « survivant » insiste quant à lui sur la capacité d'action et la résilience de la personne à faire face et à récupérer. De même, bien que des hommes soient également victimes de violences sexuelles (2% des patients pris en charge par MSF), nous utilisons ici les termes « survivantes » et « patientes ».

²Au-delà des troubles psychologiques, les survivantes sont confrontées à des blessures physiques : traumatismes violents, fractures, hémorragies, fistules vaginales, lésions anales, etc. Les survivantes sont également plus susceptibles de développer des infections sexuellement transmissibles (y compris VIH) et des grossesses non-désirées qui, si elles sont gérées dans un cadre non médical, peuvent avoir un impact sur la santé reproductive, voire entraîner la mort. Voir Whitehouse, K and Sieber, S. LUXOR Literature Review, Sexual Violence in DRC Brussels, Luxembourg, March 2020.

> RECOMMANDATIONS

1. DES PROGRAMMES CENTRÉS SUR LES SURVIVANTES ET LEURS BESOINS

DOIVENT ÊTRE DISPONIBLES ET DISPOSER DE FONDS EN SUFFISANCE POUR EN GARANTIR LA QUALITÉ ET LA GRATUITÉ. LA SUPERVISION RÉGULIÈRE DOIT FAIRE PARTIE INTÉGRANTE DU PROCESSUS DE PLANIFICATION DE CES PROGRAMMES.

Face à l'urgence médicale que constituent les violences sexuelles, MSF appelle tous les acteurs – bailleurs, autorités, organisations non-gouvernementales – à mettre en place une offre de soutien de qualité et gratuite, incluant une prise en charge médicale et psychologique complète et accessible à tous.

Cet appui d'urgence et à long terme est indispensable, quelles que soient les causes de ces violences et qu'elles soient ou non liées à des affrontements armés.

Ainsi, toutes les mesures doivent être prises aux niveaux national, provincial et local pour assurer la disponibilité de **kits post-viol complets** qui comprennent une prophylaxie post-exposition au VIH (PEP) et les vaccins essentiels, une contraception d'urgence ainsi que des tests et des médicaments pour prévenir et soigner les infections sexuellement transmissibles (IST). L'accès à ces soins doit être disponible et gratuit, en assurant la livraison

jusqu'au dernier kilomètre pour toutes les victimes de violences sexuelles, notamment en :

- > mettant sur pied des formations sur le processus de commande et d'utilisation des kits post-viol à chaque niveau ;
- > réalisant le monitoring des stocks aux niveaux local et zonal en collaboration avec la société civile, ainsi que la réponse aux alertes de rupture afin que le nombre de kits post-viol complets soient disponibles à tout moment ;
- > garantissant des financements suffisants.

Afin de proposer une prise en charge de qualité, il est essentiel que les bailleurs de fonds et les autres acteurs se mobilisent autour de la **formation du personnel des centres de santé**. Ce personnel doit être formé à la prise en charge médicale et psychologique des victimes dans tous les programmes d'appui au niveau primaire : protocole de prise en charge, importance de la confidentialité, consentement éclairé, respect et compassion, circuit des patients, accès gratuit aux soins et mise à disposition des documents permettant un suivi juridique.

Les programmes axés sur le **soutien psychosocial d'urgence et à long terme** doivent être reconnus et intégrés comme éléments essentiels du « paquet de soins » pour toutes les survivantes. Ces programmes doivent être adaptés aux besoins de chaque patient et au contexte local mais aus-

si connectés aux initiatives qui couvrent les autres besoins : protection, soutien socio-économique, juridique, etc.

Les violences sexuelles pouvant entraîner des grossesses non-désirées, il est essentiel que, conformément au Protocole de Maputo, des **soins d'avortement médicalisés** pour toutes les victimes soient compris dans le paquet de soins, notamment pour éviter des avortements à risque et des décès maternels. Des formations cliniques sur l'avortement médicalisé et le planning familial doivent être réalisées et les intrants doivent être disponibles dans les structures de soins.

Dans les zones où l'accès aux structures sanitaires est difficile pour des raisons géographiques ou sécuritaires, **des approches décentralisées et/ou communautaires** adaptées au contexte local et aux besoins spécifiques des survivantes doivent être développées, en assurant la formation de points focaux capables de sensibiliser les communautés et les victimes, de fournir les premiers soins en toute confidentialité, ainsi qu'un soutien psychosocial de base. Une **attention particulière doit être accordée aux zones en proie aux conflits** où l'accès aux structures de santé s'avère parfois particulièrement difficile.

Afin de renforcer l'accès aux soins médicaux, il est essentiel que la **prise en charge des violences sexuelles soit gratuite** (consultation et médicaments). Tous les acteurs nationaux et internationaux impliqués dans la réponse, y compris les bailleurs de fonds, doivent assurer un financement adéquat qui garantisse l'accès à des soins de qualité complets et gratuits ainsi qu'un suivi efficace de la qualité et de la gratuité de ces soins.

2. DES EFFORTS DOIVENT ÊTRE MENÉS POUR RENFORCER LA COORDINATION DE LA RÉPONSE AUX VIOLENCES SEXUELLES

ENTRE LES DIFFÉRENTS SECTEURS ET NIVEAUX DE MISE EN ŒUVRE (NATIONAL, PROVINCIAL ET LOCAL). CE TRAVAIL DOIT ÊTRE MENÉ PAR TOUS LES ACTEURS : AUTORITÉS NATIONALES, PROVINCIALES ET LOCALES ; ACTEURS ET BAILLEURS DE FONDS INTERNATIONAUX ; SOCIÉTÉ CIVILE.

La réponse aux violences sexuelles doit être envisagée comme une réponse multisectorielle, avec des **mécanismes de coordination et de partage d'informations** structurés pour mieux répondre aux besoins.

2018, SALAMABILA, DANS LA PROVINCE DU MANIEMA



©CARL THEUNIS/MSF

Des **circuits de référencement** entre les différents acteurs doivent être définis de manière claire, transparente et efficace, notamment par **l'identification des responsabilités** des uns et des autres. Le décalage entre les intentions d'action et les initiatives effectivement menées sur le terrain doit être comblé par un renforcement de l'engagement opérationnel des acteurs de la réponse.

3. SI L'INTERVENTION MÉDICALE D'URGENCE RESTE PRIORITAIRE, IL EST ESSENTIEL DE RENFORCER LES ACTIVITÉS DE PRÉVENTION Y COMPRIS CELLES PORTANT SUR LA RÉDUCTION DE L'INTIMIDATION ET DES RISQUES DE REPRÉSAILLES À L'ENCONTRE DES SURVIVANTES. L'ACCÈS À DES SERVICES DE PROTECTION ET/OU JURIDIQUES (ACCOMPAGNEMENT JURIDIQUE, SOUTIEN JUDICIAIRE) DOIT FAIRE PARTIE DES PROGRAMMES DE PRISE EN CHARGE.

Il est primordial de mettre en place des programmes efficaces de protection **pour toutes les survivantes**, qui prennent en compte les besoins spécifiques de chaque communauté.

Les programmes de prévention doivent avant tout **porter sur les causes profondes des violences sexuelles**, qu'elles soient ou non liées aux conflits armés. Ils doivent être **développés avec les communautés** et leur mise en place doit être garantie par des financements de long terme.

La protection contre les menaces, les intimidations et l'exposition à de nouvelles violences doit être garantie pour toutes les survivantes, notamment les personnes qui recherchent des soins médicaux et/ou psychologiques.

2018, SALAMABILA, DANS LA PROVINCE DU MANIEMA

4. DES ACTIVITÉS DE SOUTIEN SOCIO-ÉCONOMIQUE ET DE RÉINTÉGRATION EFFICACES ET DURABLES DOIVENT ÊTRE INTÉGRÉES DANS LE PROGRAMME STANDARD DE PRISE EN CHARGE. CES ACTIVITÉS PERMETTENT DE SOUTENIR LES VICTIMES CONFRONTÉES À L'EXCLUSION SOCIALE OU AUX DIFFICULTÉS FINANCIÈRES SUITE À LEUR AGRESSION SEXUELLE.

L'inclusion systématique des victimes de violences sexuelles dans **des programmes de soutien socio-économique** viables, adaptés aux spécificités locales et se fondant sur les besoins, doit être considérée comme essentielle et partie intégrante du programme de prise en charge.

L'accès à des dispositifs fournissant notamment de l'argent, de la nourriture, un abri et un accompagnement pour une réinsertion socio-économique (formation professionnelle, micro-crédit, etc.) doit être garanti à toutes les victimes qui en ont besoin, d'où qu'elles aient été référées et ce jusqu'à leur rétablissement médical, psychologique et social complet.



©CARL THEUNIS/MSF

INTRODUCTION

Au cours de l'année 2020, la situation humanitaire a continué à se détériorer en RDC, notamment dans l'est du pays suite à la recrudescence des conflits armés et de la criminalité dans certaines zones. Les civils, en particulier dans le Nord-Kivu, le Sud-Kivu et l'Ituri, ont été durement touchés par les violences, entraînant des déplacements réguliers, avec des conséquences graves sur leur santé physique et mentale. Des violences ciblées et opportunistes ont en outre affecté des Organisations non-gouvernementales (ONG), entravant l'accès humanitaire à la population.

Selon OCHA³, les cas de violences sexuelles liés aux conflits dans les provinces du Nord-Kivu et du Sud-Kivu, de l'Ituri et du Maniema se sont accrus proportionnellement aux combats et aux mouvements d'acteurs armés étatiques et non-étatiques.

Mais la violence sexuelle en RDC n'est pas uniquement liée aux conflits armés. Chaque jour, des femmes et des hommes, des filles et des garçons subissent des agressions sexuelles de la part d'individus qui ne participent pas aux combats, y compris dans les zones de conflit : cette réalité reste une composante importante et souvent négligée de la problématique des violences sexuelles.

En 2020, les équipes de MSF ont été témoins d'un niveau de violence sexuelle très élevé tant dans les provinces touchées par des affrontements actifs que dans celles considérées comme plus stables, comme le Kasai-Central.

CHAQUE JOUR, DES FEMMES ET DES HOMMES, DES FILLES ET DES GARÇONS SUBISSENT DES AGRESSIONS SEXUELLES DE LA PART D'INDIVIDUS QUI NE PARTICIPENT PAS AUX COMBATS.

Malgré les efforts des acteurs humanitaires, du développement, de la société civile et des autorités pour prévenir les actes de violence et soutenir les victimes, un grand nombre de patients reçus par nos équipes témoigne que les besoins immédiats et à long terme restent largement insatisfaits.

Ce rapport entend illustrer cette réalité en présentant les données recueillies en 2020 et les témoignages d'équipes apportant leur appui médical et psychologique aux victimes de violences sexuelles.

³OCHA (2020). Aperçu des besoins humanitaires, République démocratique du Congo <https://reliefweb.int/node/3701749>.

> METHODOLOGIE

Ce rapport est fondé sur les données médicales collectées par MSF au cours de l'année 2020 dans les structures de santé et dans la communauté où ses équipes, y compris celles du personnel du Ministère de la Santé, fournissent des soins (médicaux et/ou psychologiques) aux victimes de violences sexuelles. Ces structures se trouvent dans les provinces du Kasai-Central, du Nord-Kivu, du Sud-Kivu, de l'Ituri, du Maniema et du Haut-Katanga.

Les données quantitatives ont été nettoyées, analysées puis complétées par des entretiens semi-directifs avec le personnel de MSF afin d'analyser et commenter les grandes tendances. Par mesure de protection pour les équipes et les survivantes, nous avons choisi de ne pas indiquer le nom du témoin, sa fonction et le lieu où son témoignage a été recueilli.

Dans la mesure où seules les données relatives aux victimes qui ont atteint une structure appuyée par MSF (ou qui ont reçu les premiers soins des agents de santé communautaires soutenus par MSF) ont été analysées, les résultats doivent être considérés comme indicatifs plutôt que statistiquement représentatifs.

CE RAPPORT UTILISE LE TERME « VIOLENCES SEXUELLES » CAR LA GRANDE MAJORITÉ DES CAS TRAITÉS ÉTAIENT DES AGRESSIONS SEXUELLES EN TANT QUE TELLES.

Ce rapport utilise le terme « violences sexuelles » car la grande majorité des cas traités étaient des agressions sexuelles en tant que telles, même si nous avons soigné un petit nombre de cas de violence entre partenaires intimes (VPI) qui n'impliquaient pas nécessairement ou exclusivement une agression sexuelle.



DEPUIS MAI 2017, MSF FOURNIT DES SOINS MÉDICAUX GRATUITS ET UN SOUTIEN PSYCHOLOGIQUE AUX SURVIVANTES DE VIOLENCES SEXUELLES

©CANDIDA LOBES/MSF

> VIOLENCES SEXUELLES : UN DRAME QUOTIDIEN POUR DES MILLIERS DES PERSONNES EN RDC

En 2014, un rapport de MSF mettait en lumière le niveau extrême des besoins et des barrières aux soins liés aux violences en RDC, notamment en matière de violences sexuelles : traumatismes physiques et psychologiques, stigmatisation des survivantes, impossibilité d'avoir accès aux soins, etc.⁴ Depuis, la violence sexuelle est malheureusement restée omniprésente dans le pays où les équipes de MSF ont, chaque jour, été les témoins de cette réalité.

En 2020, les équipes de MSF ont appuyé la prise en charge médicale et/ou psychologique de 10 810 victimes de violences sexuelles – soit une moyenne de près de 30 personnes par jour – dans des structures médicales ou via des équipes communautaires au sein des zones de santé (ZdS) de Kananaga, Bobozo (province du Kasai-Central) ; Angumu, Drodo, Mambasa, Nizi (province de l'Ituri) ; Masisi, Mweso, Rutshuru Kibirizi, Bambu, Birambizo, Walikale, Kibua, Itebero, Goma (province du Nord-Kivu) ; Baraka, Bunyakiri, Kimbi-Lulenge, Mulungu, Itombwe et Minembwe, (province du Sud-Kivu) ; Salamabila (province du Maniema) ; Lubumbashi (province du Haut-Katanga).⁵

Les femmes et les filles restent de très loin le groupe le plus affecté par le phénomène. En 2020, elles représentaient 98% des survivantes pris en charge avec l'appui de MSF.

Alors que le phénomène des violences sexuelles sur **les hommes et les garçons** reste largement inexploré, ceux-ci (194 patients en 2020) témoignent avoir été soit forcés par des auteurs armés à violer des femmes, soit avoir subi des violences sexuelles commises par des femmes. Comme dans de nombreux autres pays, la stigmatisation de la violence sexuelle semble particulièrement prononcée lorsqu'elle affecte les hommes, à tel point qu'il est souvent tabou de parler de « viol » dans ces cas, ce qui affecte la recherche de soins par les victimes masculines.

« Les hommes ressentent de la honte, ils ont l'impression d'avoir perdu leur masculinité, leur pouvoir. Les patients que nous voyons demandent une aide médicale pour des infections sexuellement transmissibles. »

Les mineurs sont loin d'être épargnés par les agressions sexuelles : en 2020, près d'une victime sur cinq (19%) prise en charge par MSF avait moins de 18 ans. Des variations importantes sont constatées entre les différentes ZdS où MSF intervient, y compris par rapport à l'âge moyen des enfants. Dans le territoire de Walikale, au Nord-Kivu, l'âge moyen des victimes mineures est de 13 ans.

⁴MSF (2014). Everyday Emergency: Silent Suffering in Democratic Republic of Congo, <https://www.msf.org/msf-releases-report-shocking-humanitarian-situation-eastern-democratic-republic-congo>

⁵Ces chiffres reflètent les localisations de structures de santé et pas nécessairement le lieu d'agression et/ou la zone de provenance des victimes.

MINEURS DANS LA PRISE EN CHARGE MSF ⁶	NOMBRE	%
> ANGUMU	34	65
> BAMBU	10	6
> BARAKA	93	22
> BIRAMBIZO	10	23
> DRODRO	36	29
> GOMA	27	4
> BUNYAKIRI	38	35
> KANANGA	641	20
> KIBIRIZI	8	10
> KIMBI	116	51
> MAMBASA	289	68
> MASISI	147	18
> MWESO	274	26
> NIZI	61	36
> RUTSHURU	134	13
> SALAMABILA	81	5
> WALIKALE	88	36

La prise en charge des victimes mineures – vulnérables parmi les vulnérables – est particulièrement délicate. Les mineurs construisent en effet leur identité jour après jour, au gré des situations auxquelles ils font face. Si leur cas n'est pas pris au sérieux, la violence subie les marquera probablement à vie.

« Une fillette de neuf ans a été emmenée dans le centre de santé [...]. On a découvert qu'elle avait une fistule liée à une agression sexuelle [...]. [La blessure] n'avait pas été découverte depuis un certain temps car la fillette avait probablement eu peur de le dire à qui que ce soit. Cela aura un impact physique et psychologique à long terme. »

⁶Répartis par zone de santé et territoire pour Walikale.

Dans les projets menés par MSF à Angumu, Drodoro et Nizi (Ituri), 19% des nouveaux patients bénéficiant des consultations de santé mentale étaient des mineurs qui avaient été agressés sexuellement. A Kananga, au Kasai-Central, 641 enfants ont reçu un traitement dans une structure soutenue par MSF en 2020.

Il n'est pas toujours facile pour les familles d'identifier une violence sexuelle subie par un enfant. Lorsque les victimes sont très jeunes, elles n'ont pas la capacité de formuler précisément ce qui leur est arrivé et beaucoup subissent également la menace de leur(s) agresseur(s). Dans certains cas, les patients mineurs sont amenés par des parents inquiets des changements de comportement de l'enfant survenus dans les semaines ou les mois qui suivent une agression sexuelle non révélée.

« Beaucoup d'enfants que nous recevons arrivent un ou deux mois après l'agression. Ils viennent parce qu'ils commencent à développer des changements de comportement. Lorsque nous parlons avec les enfants, ils nous racontent ce qu'il s'est passé et ils disent que l'agresseur leur a dit qu'ils allaient les tuer s'ils parlaient. »

Les sentiments de honte qui hantent de nombreux patients semblent être particulièrement prononcés chez les jeunes filles.

« Parfois, nous voyons des petites filles venir dans les structures de santé en raison d'un malaise général. Au cours de la consultation médicale, nous nous rendons compte qu'elles ont été violées mais qu'elles avaient peur de le dire à leurs parents. C'est surtout dans les cas où l'auteur du viol est un membre ou un proche de la famille. »

La honte et la peur de la **stigmatisation** des jeunes filles victimes d'abus sexuels peuvent parfois affecter toute la famille. Dans certaines localités,



2018, SALAMABILA, DANS LA PROVINCE DU MANIEMA

comme à Walikale (Nord-Kivu), les équipes MSF constatent que des solutions « à l'amiable » – comme le mariage forcé, par exemple – sont mises en place par les familles en guise de compensation et/ou afin de préserver l'honneur et de garantir une place dans la société pour les jeunes survivantes.

« Les solutions à l'amiable sont une agression supplémentaire pour les survivantes [...]. Il y a la honte, mais il y a aussi le besoin que ressentent les parents de s'assurer que leurs filles ont la possibilité de se marier car si l'on apprend qu'elles ont été violées, elles ne le pourront pas. »

Si les équipes de MSF ont pu soutenir la prise en charge de près de 11 000 victimes en 2020, il est évident qu'il ne s'agit là que de la partie émergée de l'iceberg car la sous-déclaration est un phénomène bien connu et l'accès aux soins reste entravé par de multiples barrières.

Les victimes témoignent quotidiennement des **obstacles qui se posent à la prise en charge**, comme les distances considérables entre le lieu d'agression et le premier centre de santé offrant un traitement de qualité ; l'extorsion d'argent sur les routes et le mauvais état de celles-ci ; le

⁷12% au troisième trimestre ; 10% au quatrième trimestre 2020.

manque d'argent pour payer le transport et souvent la consultation et/ou les médicaments ; la méconnaissance du fait que les suites des violences sexuelles sont une urgence médicale et que des services de soins sont disponibles.

Durant le second semestre de 2020, dans la zone de santé de Masisi (Nord-Kivu), près d'une patiente sur 10 n'étant pas arrivée dans les structures de soins dans les 72 heures après son agression sexuelle a révélé que le délai était due au fait qu'elle avait été kidnappée ou détenue⁷.

« Beaucoup de survivantes qui viennent de loin n'ont pas d'argent pour payer le transport jusqu'à chez elles. »

La honte et le sentiment de culpabilité de nombreuses victimes constituent un obstacle dans la prise de décision.

« Parfois, nous voyons des femmes qui s'isolent [après avoir été agressées sexuellement] : elles cessent de rencontrer des amis ou d'aller au marché. Elles craignent que si la communauté apprend ce qui leur est arrivé, elles seront la cible de moqueries. »

La stigmatisation, la crainte de l'exclusion sociale et **la peur d'être abandonnée par leurs proches** sont des grandes barrières à l'accès aux soins. Par exemple, il est fréquent que des maris abandonnent leur femme lorsque celle-ci a été abusée par d'autres.

« Nous voyons des patientes qui ont été agressées sexuellement à plusieurs reprises. Elles nous disent qu'elles connaissent d'autres femmes qui ont été agressées mais qui ne viennent pas à la consultation par peur d'être rejetées par leur mari. Elles souffrent donc chez elles, en silence. »

En outre, les victimes de violences sexuelles disent craindre d'être à nouveau agressées sur la route menant aux structures médicales et de subir la vengeance de leur agresseur pour avoir demandé de l'aide. Elles sont menacées, craignent de nouvelles violences voire d'être tuées.

« Nous avons reçu des rapports indiquant que les survivantes sont menacées de blessures physiques, comme le découpage de leurs seins, si elles cherchent à obtenir des soins médicaux. »

Les agressions sexuelles sont souvent accompagnées d'autres **types de violences**. Beaucoup de survivantes racontent avoir été kidnappées, battues, avoir subi des mauvais traitements⁸, avoir assisté au pillage de leur maison et de leur village, voire même à l'assassinat de leur proches pendant qu'elles étaient violées.

⁸Dans le présent rapport, l'expression « mauvais traitements » est utilisée pour désigner les cas de torture et de traitements cruels, inhumains ou dégradants.

⁹Répartis par zone de santé et par territoire dans le cas de Walikale.

¹⁰Plus précisément, 69% des survivantes soignées dans les structures appuyées par MSF dans la zone de santé de Masisi ; 57% dans celle de Kananga ; 24% dans le territoire de Walikale et 11% dans la zone de santé de Mweso ont été agressées par plusieurs agresseurs.

> VIOLENCES ASSOCIÉES⁹

KANANGA	
Coups	10%
Destruction ou vol de biens	35%
Assassinat de membres de la famille	9%
Menaces de mort	23%
MASISI	
Coups	36%
Destruction ou vol de biens	24%
MWESO	
Coups	17%
Destruction ou vol de biens	10%
Mauvais traitements	1%
Travaux forcés	1%
Enlèvement	13%
SALAMABILA	
Coups	15%
Destruction ou vol de biens	68%
Assassinat de membres de la famille	3%
TERRITOIRE DE WALIKALE	
Attaque armée contre la maison ou le village	32%

Dans certaines zones, la violence extrême prend parfois la forme de viols collectifs, commis par jusqu'à 15 auteurs à la fois. Ces situations d'une violence inouïe sont tragiquement fréquentes. En 2020, MSF a ainsi fourni des soins médicaux et/ou psychologiques à 2 628 victimes de viols collectifs dans les zones de santé de Kananga, Masisi, Mweso et Walikale.¹⁰

« On a reçu une femme qui avait été agressée au Kasai par des hommes armés. Ils ont obligé son mari à coucher avec leur fille. Après cet événement, le mari a décidé de ne pas rester avec sa famille, disant 'comment puis-je encore regarder ma fille dans les yeux' [...]. Sa fille est décédée par la suite.

Avant sa mort, elle disait tout le temps, 'le jour où papa viendra, est-ce que j'aurai le courage de le regarder dans les yeux ? Est-ce qu'il sera encore considéré comme mon papa ?' D'après sa mère, elle est morte à cause de ça. »

Les associations de défense des droits humains, qui sensibilisent à la problématique des violences sexuelles, et les agents de santé communautaires, qui aident les victimes, font aussi l'objet de menaces et de harcèlement. Parallèlement, **la détérioration de la situation sécuritaire** dans l'est du pays et l'augmentation des attaques ciblées contre les organisations humanitaires ont entravé leur accès, y compris dans les zones où les besoins sont significatifs. Selon INSO¹¹, les décès de travailleurs d'ONGs a triplé en 2020 en RDC et le nombre de travailleurs enlevés a augmenté de 35% par rapport à l'année précédente, une situation liée au pic de banditisme opportuniste¹² et au regain des conflits armés dans les régions de l'est. MSF n'a pas été épargnée par cette vague de violence et se voit régulièrement contrainte de réduire sa zone d'intervention, ce qui a un impact sur sa capacité à atteindre les populations vulnérables¹³.

Du fait des nombreux obstacles et risques auxquels sont confrontés les patients et d'un accès humanitaire réduit, **l'accès aux soins dans un délai de 72 heures** permettant de prévenir la transmission du VIH¹⁴, reste un défi pour un grand nombre de victimes de violence sexuelles. En 2020, à peine 62% d'entre elles ont pu accéder à un traitement médical dispensé dans les structures appuyées par MSF dans un dé-

¹¹International NGO Safety Organisation

¹²International NGO Safety Organisation (2021). Malgré les restrictions de déplacements liées à la COVID19, la réduction des incidents concernant les ONG a été marginale, selon INSO, https://www.ngosafety.org/news/2020_NGO_incidents.

¹³En 2020, MSF a été confrontée à quatre incidents critiques dans les Kivus. Tout au long de l'année, des mouvements ont été réduits ou suspendus. En décembre 2020, MSF a dû prendre la difficile décision de mettre fin à la majeure partie de son soutien aux structures de santé à Kimbi et Baraka dans le territoire de Fizi, dans la province du Sud-Kivu.

¹⁴Recevoir des soins médicaux dans les 72 heures suivant une agression sexuelle est crucial car cela permet de prévenir la transmission du VIH, mais aussi les grossesses non désirées et les autres infections sexuellement transmissibles. C'est aussi la période où les survivantes ont le plus besoin de soins médicaux et de soutien psychosocial. Cependant, différents types de soutien peuvent encore être apportés au-delà de cette période.

¹⁵Les raisons évoquées par les patientes pour expliquer le délai sont : la méconnaissance de l'existence d'un traitement ; la distance ; la honte, le fait d'être mineure (peur associée).

¹⁶La recherche de soins reste cruciale après les 72 heures car de nombreuses options de traitement et de soins restent disponibles.

¹⁷Ce programme communautaire a enregistré 1 722 victimes de violences sexuelles en 2020, soit environ cinq par jour. Sur les quelque 150 victimes enregistrées sur une base mensuelle, près de 50 se sont présentées dans les structures de santé soutenues par MSF, démontrant le rôle clé que ces points focaux communautaires peuvent jouer pour accroître l'accès des victimes aux soins et au suivi.

lai de 72 heures. Cette proportion est plus faible dans certaines régions, comme à Kananga¹⁵ (Kasai-Central) et dans le territoire de Walikale (Nord-Kivu) où respectivement 28% et 38% des patients ont pu bénéficier de soins dans les 72 heures¹⁶.

Les obstacles aux soins de santé n'affectent pas uniquement la qualité de la prise en charge après une agression sexuelle, ils réduisent également **l'accès au suivi médical et psychologique**.

Dans les contextes où l'accès aux structures de santé s'avère difficile, **les approches communautaires et décentralisées** ont démontré une réelle efficacité à maintenir les survivantes dans le suivi des soins. C'est notamment le cas dans la province du Maniema, où MSF soutient un réseau d'agents de santé reproductive qui appuient l'identification, les premiers soins et l'orientation des victimes¹⁷.



2017, HÔPITAL PROVINCIAL DE KANANGA

> LA CRISE PROLONGÉE ALIMENTE LES VIOLENCES SEXUELLES

La situation d'instabilité chronique alimente un environnement propice aux violences sexuelles et autres violations des droits humains¹⁸.

Les **déplacements forcés**, particulièrement fréquents en RDC, accroissent la vulnérabilité aux violences sexuelles, notamment pour les femmes et les jeunes filles. Dans de nombreuses structures de santé appuyées par MSF, une forte proportion de victimes de violences sexuelles s'identifie comme étant des personnes déplacées. Au Nord-Kivu, c'est le cas de 39% des victimes prises en charge dans la zone de santé de Kibirizi et de 36% dans la zone de santé de Mweso. Certaines d'entre elles sont agressées dans des lieux où elles devraient être protégées de la violence, comme dans les sites de personnes déplacées. D'autres le sont au cours de leurs déplacements, lorsqu'elles sont en quête de nourriture pour leur famille.

Les données récoltées montrent que la majorité (67%) des victimes de violences sexuelles a été agressée au cours de leurs activités quotidiennes : aux champs (principale source de subsistance d'une grande partie de la population) ; lors de la collecte de bois ou à leur domicile.

Les conflits armés et la prolifération des armes sont parmi les principaux facteurs contribuant à l'ampleur des violences sexuelles en RDC. En 2020, plus de 60% des victimes soignées par MSF ont été agressées par des porteurs d'armes, souvent identifiés par les victimes comme étant parties au conflit.

Au cours de l'année, les équipes ont également observé que dans les zones où la situation sécuritaire s'est détériorée, la proportion de patientes ayant été agressées par des porteurs d'armes était plus élevée qu'ailleurs. C'est le cas pour les territoires de Masisi et Rutshuru (Nord-Kivu) mais aussi à Salamabila (Maniema) où respectivement 75%, 84% et 70% des victimes ont déclaré que leurs agresseurs étaient armés.

Il a également été observé que la proportion d'agressions sexuelles en présence d'armes croît parallèlement aux mouvements et combats entre les parties au conflit. Cette tendance a été clairement illustrée par la prise en charge des victimes au sein des structures soutenues par MSF dans les zones de santé de Masisi et du territoire de Walikale, au Nord-Kivu. A Masisi, le personnel MSF a constaté que la proportion d'agressions sexuelles perpétrées par des acteurs armés est passée de 60% au cours du premier trimestre de l'année à 89% au cours du quatrième trimestre, parallèlement à l'aggravation de l'insécurité dans les lieux des agressions. De même, dans le territoire de Walikale, la proportion est passée de 23% au cours du premier trimestre à 64% au cours du quatrième trimestre de l'année.

Les équipes de MSF observent que les mouvements militaires et les changements de contrôle de territoires entraînent souvent une augmentation des violences sexuelles. Au cours du deuxième trimestre de 2020, une situation de ce type s'est déroulée sur l'axe Mugunga-Sake-Parc des Virunga, d'où proviennent 85% des victimes de violences sexuelles soignées

dans les structures soutenues par MSF à Goma. Le nombre de victimes ayant reçu un traitement médical a triplé entre le premier et le second semestre, passant de 142 patients (entre janvier et juin) à 520 (entre juillet et décembre).

Malgré le lien évident entre violence armée, conflits et violences sexuelles, il est important de noter que **de nombreuses victimes sont agressées par des personnes qui ne participent pas aux conflits**. En 2020, 30% des patients pris en charge ont déclaré avoir été agressés sexuellement par une personne sans arme. La violence domestique, la violence entre partenaires intimes¹⁹ ou, plus généralement, la violence sexuelle en tant qu'acte criminel non lié aux conflits persistent même dans les zones de combats intenses²⁰.

« La violence entre partenaires intimes est une chose que nous voyons fréquemment. Nous voyons des femmes qui nous disent qu'elles sont battues par leur mari et forcées d'avoir des enfants. »

Malheureusement, MSF remarque dans ses zones d'intervention que **les programmes de soutien immédiat et à long terme pour les survivantes de violences sexuelles non liées aux conflits sont largement insuffisants** et que le discours du « viol comme arme de guerre » reste prédominant.

« Je me souviens d'un cas où des survivantes avaient été kidnappées avec leurs jeunes filles. Elles ont été battues et violées. [Quand elles sont arrivées], elles étaient très effrayées et même le bruit d'une porte qui se ferme les faisait sursauter. »

L'impact psychologique, social et économique des violences sexuelles est souvent de longue durée et affecte la capacité des survivantes à reprendre une vie normale. L'anxiété, la peur, l'isolement, la honte et les stratégies d'évitement sont parmi les principaux problèmes évoqués lors des séances de thérapie psychologique.

¹⁹La violence du partenaire intime (VPI) est celle exercée par un partenaire (tel que le conjoint), y compris les actes de violence physique, sexuelle et émotionnelle. Il s'agit de la forme la plus courante de violence basée sur le genre.

²⁰C'est le cas de la zone de santé de Mweso et du territoire de Walikale par exemple, où respectivement 23% et 40% des survivantes, soit 335 au total, ont déclaré connaître personnellement leur agresseur.



« Les survivantes ont souvent peur de retourner sur les lieux où elles ont été agressées. Beaucoup ne peuvent retourner dans les champs où elles ont été abusées, même si c'est leur seule source de subsistance. Elles ne peuvent tout simplement pas y retourner. »

Il est également fréquent que les victimes se sentent coupables et croient qu'elles auraient pu éviter l'incident. Elles font des cauchemars, elles ont des réminiscences perturbantes. Elles peuvent avoir l'impression d'avoir perdu le contrôle de leur vie et ne plus être capables d'accomplir les tâches quotidiennes.

« Beaucoup de nos patientes ont perdu le sens de la vie. L'impact de la violence sexuelle sur le bien-être psychosocial est énorme. »

Ces sentiments s'accompagnent souvent de conséquences cliniques telles que le syndrome de stress post-traumatique, la dépression et l'anxiété.

« Beaucoup de victimes disent que depuis l'agression, elles ont des difficultés à dormir, à prendre soin d'elles... Elles font des cauchemars, pensent être devenues folles. »

¹⁸Voir Human Rights Watch (2021). Rapport Mondial 2021, <https://www.hrw.org/fr/world-report/2021/country-chapters/377287>.

EN FAISONS-NOUS ASSEZ ?

Malgré des prises de parole aux niveaux international et national pour dénoncer ces violences, et en dépit des efforts mis en œuvre pour soutenir les survivantes, force est de constater que les besoins sont loin d'être couverts.

Ce constat a été confirmé en novembre 2020 par le Coordonnateur humanitaire des Nations unies en RDC, qui a souligné la faiblesse actuelle de la prise en charge des femmes victimes de violences basées sur le genre (VBG).

Les chiffres parlent d'eux-mêmes : au cours du premier semestre 2020, on estime qu'à peine une victime sur quatre en RDC a disposé d'une prise en charge médicale, 5% d'une assistance psychosociale, 15% d'une assistance juridique et seulement 0,5% ont pu bénéficier d'une réinsertion socioéconomique²¹.

Les fonds destinés à une prise en charge holistique des victimes de violences sexuelles en RDC restent bien en-deçà des besoins réels. En 2020, le Plan de réponse humanitaire (PRH) visait à couvrir 36% des besoins en santé et 32% des besoins en protection à certains endroits - dont à peine 8% des besoins des 10.9 millions de victimes de VBG²².

Au total, moins de 6% des montants demandés par le cluster Santé et seulement 18% des montants demandés par le cluster Protection ont été financés.

La proportion des besoins annuels de financements accordés par les bailleurs de fonds internationaux continue de diminuer en RDC. Cette tendance semble se poursuivre en 2021. En avril, seuls 3% des fonds nécessaires au cluster Santé et moins de 2% des fonds nécessaires au cluster Protection ont été alloués²³.

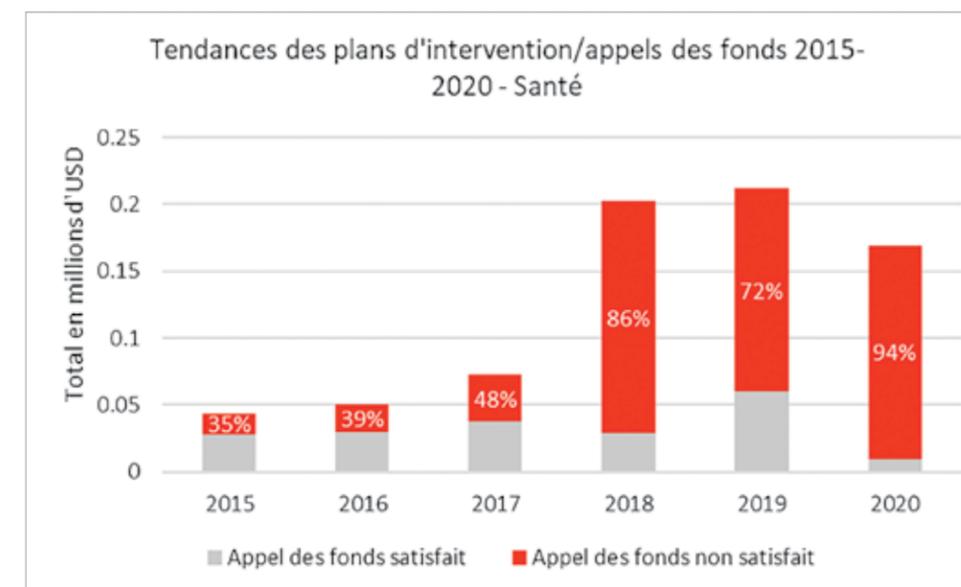
Au niveau médical, MSF constate dans ses zones d'intervention un **nombre insuffisant de structures de santé capables d'offrir aux victimes de violences sexuelles une prise en charge complète.**

Souvent, lorsqu'une structure de santé est disponible, le nombre de kits post-viol est insuffisant, les dates d'expiration sont très proches et les équipes médicales manquent de formation. Du fait du **manque d'intrants médicaux**, la contraception d'urgence et certaines vaccinations essentielles comme le tétanos ou l'hépatite B ne sont souvent pas réalisées.

²¹Nations Unies, DRC (2020). « Le Coordonnateur humanitaire appelle à poursuivre les efforts pour mettre fin aux violences basées sur le genre » <https://drcongo.un.org/fr/102653-le-coordonnateur-humanitaire-appelle-poursuivre-les-efforts-pour-mettre-fin-aux-violences>

²²OCHA (2020). Plan de Réponse Humanitaire Révisé – République Démocratique du Congo <https://reliefweb.int/report/democratic-republic-congo/r-publique-d-mocratique-du-congo-plan-de-r-ponse-humanitaire-2020-1>.

²³OCHA (2021). République Démocratique du Congo. Suivi des financements 2021- Plan de Réponse Humanitaire (PRH) au 21 Avril 2021 <https://reliefweb.int/report/democratic-republic-congo/r-publique-d-mocratique-du-congo-suivi-des-financements-2021-plan>



<https://fts.unocha.org/>

La confidentialité dans les structures de santé est également un problème souligné par de nombreuses patientes, qui entreprennent parfois de longs voyages pour recevoir des soins loin de chez elles, là où elles se sentent plus confortables.

« Certaines survivantes disent qu'elles ne se sentent pas à l'aise de se rendre dans les centres ou les postes de santé car la personne qui les a attaquées est connue dans la communauté et elles ont honte. »

Les coûts médicaux directs (tels que l'achat de médicaments ou le paiement de frais formels et informels) et **indirects** (comme le paiement du transport) entravent encore davantage l'accès aux soins des victimes.

« L'une de nos patientes vient de l'axe de Bukavu. Elle est actuellement hébergée par une famille d'accueil. Elle devra bientôt rentrer chez elle, mais elle nous a demandé si nous pouvions lui donner un peu d'argent pour payer le transport. De nombreuses victimes de violences sexuelles qui viennent de loin n'ont pas d'argent pour rentrer chez elles. »

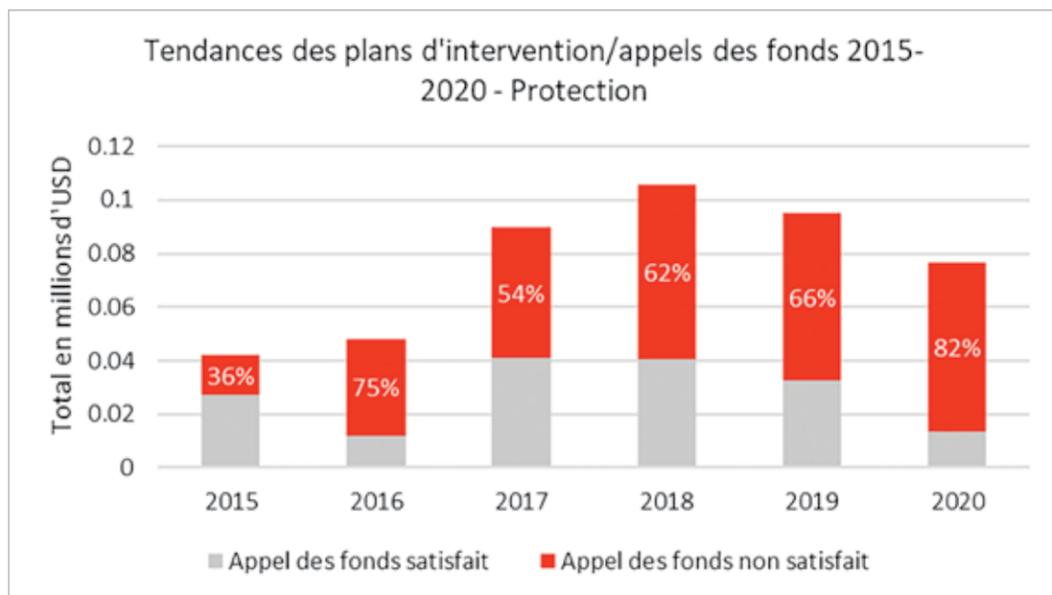
MSF observe également de graves lacunes en ce qui concerne le soutien à long terme des survivantes, tant en termes de protection que de réinsertion socio-économique. Dans les zones où MSF intervient, l'un des plus grands besoins est d'avoir des programmes de protection qui répondent aux besoins urgents et à long terme des survivantes ; qui renforcent la prévention de la violence sexuelle et leur sécurité ; qui dissuadent toute intimidation ou représailles à leur égard et facilitent leur recours à la justice.



©LOBES CANDIDA/MSF

HÔPITAL PROVINCIAL DE KANANGA

DEPUIS MAI 2017, MSF FOURNIT DES SOINS MÉDICAUX GRATUITS ET UN SOUTIEN PSYCHOLOGIQUE AUX SURVIVANTES DE VIOLENCES SEXUELLES À L'HÔPITAL PROVINCIAL DE KANANGA



<https://fts.unocha.org/>

« Nous voyons des femmes qui ont été violées et qui doivent continuer à endurer la violence et la stigmatisation. C'est ce qui me dérange vraiment. La faute est mise sur la victime, pas sur l'agresseur. Nous avons besoin de plus d'acteurs de protection ici. Souvent, les femmes n'ont pas les moyens d'obtenir justice et sont exposées à des risques supplémentaires ».

Le manque de sécurité et de protection a un impact considérable sur l'accès aux soins médicaux des victimes.

« Une patiente qui avait été agressée sexuellement à Katsiru a dû attendre, attendre et attendre... parce qu'elle craignait que son agresseur soit libre ou qu'il découvre qu'elle recherchait des soins. Elle a donc décidé de venir ici à pied, à 10 kilomètres de chez elle. Quand elle est arrivée, nous avons constaté qu'elle n'avait ni mangé ni dormi depuis l'agression et qu'elle avait besoin de protection. »

L'impunité et les lacunes dans les mécanismes de protection exposent les survivantes (et parfois leur famille) à de nouvelles violences et menaces.

LE MANQUE D'ACCÈS AUX PROGRAMMES DE SOUTIEN CONDUIT PARFOIS LES VICTIMES À « NORMALISER » CE QUI LEUR EST ARRIVÉ.

En 2020, aucune femme prise en charge par MSF à Goma n'avait demandé à recevoir le certificat médical prouvant qu'elle avait été violée, car le niveau élevé d'impunité leur a fait perdre confiance dans le système judiciaire.



©CARL THEUNIS/MSF

2018, SALAMABILA, DANS LA PROVINCE DU MANIEMA



©LOBES CANDIDA/MSF

2017, HÔPITAL PROVINCIAL DE KANANGA

A Kananga (Kasai-Central), les équipes de MSF ont identifié en 2020 1 980 survivantes dont les besoins sont restés insatisfaits, notamment en raison de certains critères de référencement, d'une coordination et d'une collaboration insuffisantes entre les acteurs qui interviennent.

Le manque d'accès aux programmes de soutien conduit parfois les victimes à « normaliser » ce qui leur est arrivé, ce qui constitue le seul mécanisme d'adaptation dont elles disposent pour survivre après une expérience aussi traumatisante.

« Les auteurs peuvent être arrêtés, mais ils sont souvent relâchés au bout de quelques jours. Cela crée beaucoup d'insécurité pour les survivantes. Ces dernières et leur famille sont souvent menacées et laissées sans protection. »

Les conséquences économiques des violences sexuelles sont souvent très importantes, notamment en raison de l'exclusion sociale, de l'abandon de la famille ou de l'incapacité à travailler en raison de traumatismes physiques et psychologiques, entraînant une perte de revenus. Par ailleurs, l'extrême pauvreté et le manque de moyens de subsistance accroissent la souffrance des survivantes. Dans la zone de santé de Salamabila (Maniema), 95% de celles ayant bénéficié d'un soutien psychosocial via MSF ont mis en avant des préoccupations d'ordre socio-économique.

« Nous voyons parfois des patientes dont les vêtements sont déchirés, qui n'ont même pas de savon. Ces problèmes pratiques aggravent leur situation. [...] Certaines ont trop peur de retourner dans les champs et nous essayons de trouver des solutions ensemble. Mais, parfois, il n'y a pas vraiment de solution parce qu'il n'y a pas d'autres acteurs auxquels nous pouvons nous référer. Ces survivantes ont faim, nous le savons, mais nous sommes limités ».

Il est nécessaire de mettre en œuvre un soutien socio-économique à long terme, plus efficace et centré sur les besoins des victimes afin de les soutenir face à l'adversité, à l'exclusion sociale et à l'abandon familial. Un tel soutien est fondamental dans les zones les plus affectées de la RDC, y compris dans les zones de santé de Salamabila, Kananga, Masisi, Walikale, Goma, Mweso, Kimbi, et Baraka.

> CONCLUSIONS

EN 2020, 10 810 VICTIMES DE VIOLENCES SEXUELLES – SOIT UNE MOYENNE DE 30 PAR JOUR – ONT REÇU DES SOINS MÉDICAUX ET/OU PSYCHOLOGIQUES OFFERTS PAR MSF.

Malgré le lien évident entre la violence armée, les conflits et les agressions sexuelles, MSF a observé que la violence domestique, la violence entre partenaires intimes ou, plus généralement, la violence sexuelle en tant qu'acte criminel non lié au conflit, persistent même dans les zones de combats actifs.

Si les femmes et les filles sont les plus vulnérables aux violences sexuelles, les hommes et les garçons ne sont pas épargnés.

L'impact de la violence sexuelle va au-delà du choc initial et affecte souvent la capacité des survivantes à reprendre une vie normale. Les stratégies d'évitement, l'anxiété, la peur, l'isolement et la honte sont parmi les principaux problèmes que nous observons lors des séances de thérapie avec les victimes de violence sexuelle.

Les violences sexuelles sont une urgence médicale, mais elles laissent également des cicatrices invisibles, notamment la honte et la perte de moyens de subsistance, qui peuvent durer toute une vie.

Cependant, l'accès à des services de soins et de soutien de qualité, holistiques et gratuits, peut permettre aux survivantes de guérir et de se rétablir complètement. Il est donc essentiel que des programmes d'accompagnement soient conçus et financés à deux niveaux : la réponse d'urgence d'une part et le soutien continu jusqu'à la rémission complète, médicale, psychologique et sociale d'autre part.

Au vu des multiples barrières d'accès auxquelles les victimes sont confrontées, on peut légitimement penser que le nombre de cas de violences sexuelles enregistrés par MSF et les autres acteurs ne représente que la partie émergée de l'iceberg.

En dépit de cela, ce phénomène ne bénéficie toujours pas d'une réponse à la hauteur.

Le sous-financement systémique et la sous-couverture de programmes de qualité – manque de personnels formés, d'intrants, de garantie de gratuité – aggravent les barrières aux soins médicaux et psychologiques. Les survivantes souffrent en outre du manque de programmes de soutien socio-économique, de prévention et de protection.

Ce manque d'appui constitue une double peine. Il est fondamental que les financements soient revus à la hausse afin de répondre aux besoins urgents et à long terme de toutes les victimes.



WWW.MSF.ORG/FR/RDCONGO