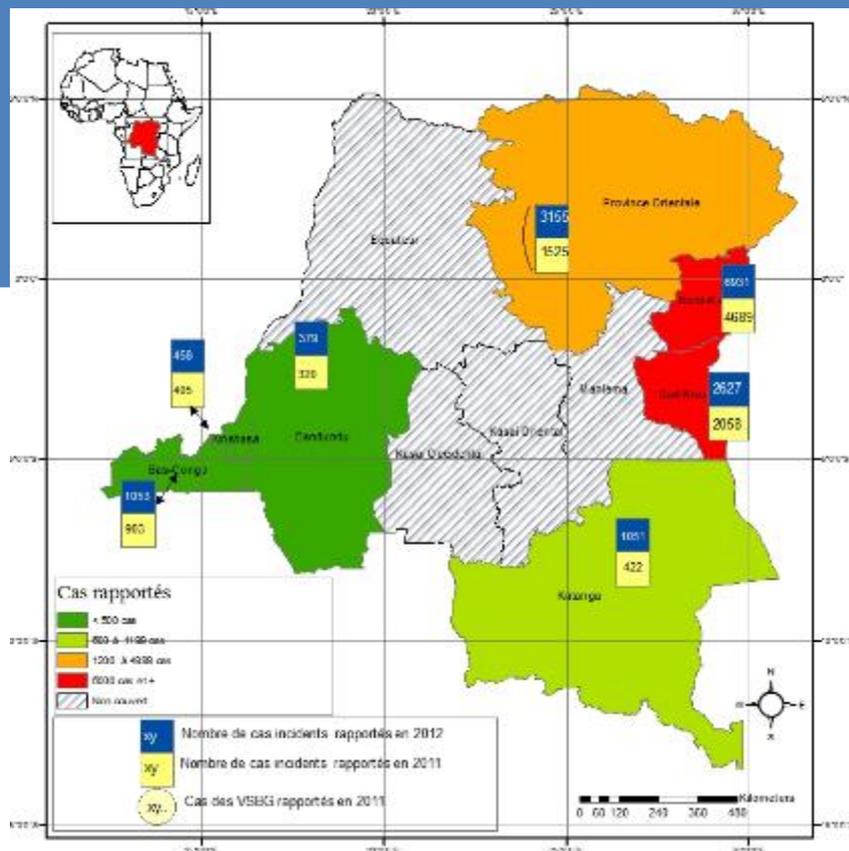




REPUBLIQUE DEMOCRATIQUE DU CONGO

MINISTERE DU GENRE, DE LA FAMILLE ET DE L'ENFANT

Ampleur des violences sexuelles en RDC et actions de lutte contre le phénomène de 2011 à 2012



Kinshasa, Juin 2013



Rapport réalisé avec l'appui technique et financier du Fonds des Nations Unies pour la Population (UNFPA)



Préface

Les guerres et conflits armés récurrents qui sévissent à l'Est de la République Démocratique du Congo depuis plus d'une décennie et qui lui sont injustement imposés, continuent à produire des stigmates susceptibles de marquer la mémoire des générations entières.

En effet, à la suite de l'insécurité et du climat d'impunité qui ont prévalu dans cette partie du pays, des milliers de nos compatriotes, dont essentiellement des femmes et des enfants, ont été et continuent malheureusement d'être victimes de pires atrocités et violations de leurs droits, au premier rang desquelles se trouvent les viols. Ces actes ignobles et criminels, ont malheureusement été utilisés comme armes de guerre pour punir, humilier des millions des populations et détruire des villages entiers.

Face à ce drame, le Président de la République, Son Excellence Joseph KABILA KABANGE se déploie sur tous les fronts : politique, diplomatique et militaire pour mettre fin à cette situation d'instabilité et mobilise toute la communauté pour la recherche de la paix durable, gage du développement de notre pays.

Le présent rapport, produit sur la base du 5ème Pilier de la Stratégie Nationale de Lutte contre les Violences Sexuelles et Basées sur le Genre : « Données et Cartographie », démontre en suffisance, l'ampleur des violences sexuelles, particulièrement dans les zones à conflit. Ce rapport a l'avantage de nous interpeler à la fois du lourd tribut que nos compatriotes payent du fait de la persistance de cette situation, mais aussi de prendre conscience que ce fléau n'est pas l'apanage de la seule partie Est et que dans le reste du pays nos mères, sœurs et filles sont aussi victimes des us et coutumes rétrogrades et de leur faible statut juridique.

Je remercie vivement nos partenaires techniques et financiers ainsi que les Organisations de la société civile pour leur appui à la mise en œuvre de la Stratégie Nationale de Lutte contre les Violences Sexuelles et Basées sur le Genre.

Je réitère l'engagement du Gouvernement à accroître ses efforts pour lutter contre toutes les formes de violences sexuelles conformément au Communiqué Conjoint signé le 30 mars 2013 par le Premier Ministre MATATA PONYO et la Représentante Spéciale du Secrétaire Général des Nations Unies chargée des violences sexuelles en période de conflit, Madame ZAINAB HAWA BANGURA.

Je nous invite à nous approprier ce rapport et à créer des synergies positives pour la restauration de la paix et l'éradication de toutes les formes de Violences Sexuelles et Basées sur le Genre en République Démocratique du Congo.

Geneviève INAGOSI-BULO I. KASSONGO

Ministre du Genre, de la Famille et de l'Enfant

Avant-propos

Le présent rapport constitue le dernier maillon de la chaîne des résultats de 2011-2012 produits par la composante « *Collecte des données et cartographie* » (Data & Mapping), qui est la 5^e et dernière de la Stratégie Nationale de lutte contre les Violences Basées sur le Genre (SNVBG)¹ en République Démocratique du Congo (RDC).

Depuis l'adoption de la SNVBG en 2009 par le Ministère du Genre, de la Famille et de l'Enfant (MINIGÉFAE) en 2009, le Fonds des Nations Unies pour la Population (UNFPA), à l'instar d'autres Agences du Système des Nations Unies (ASNU), appuie financièrement et techniquement cette structure gouvernementale dans la coordination des activités de lutte contre les violences sexuelles et basées sur le genre (VSBG) en RDC. De manière spécifique, l'appui de UNFPA au MINIGÉFAE est axé sur la mise en place d'un système national de collecte des données sur les VSBG et la coordination des activités liées au bon fonctionnement dudit système, dans une perspective de permettre au Gouvernement Congolais de disposer de données et informations fiables et actualisées sur ce phénomène ainsi combattu par de nombreux acteurs humanitaires et de développement.

En matière de collecte des données sur les cas de VSBG, deux types d'activités concourent à l'amélioration du système national mis en place par le MINIGÉFAE, à savoir : les activités inhérentes au système et celles d'appui à son fonctionnement. Les activités inhérentes au système s'apparentent aux grandes phases du processus de collecte, à savoir : le remplissage des fiches de collecte, la mise en place d'une base de données intégrée, l'encodage des données dans la base intégrée, le traitement informatique et l'analyse statistique des données et enfin **la publication et la diffusion des données et informations analysées**, qui est l'objet du présent rapport. Quant aux activités d'appui au fonctionnement du système, elles concernent notamment la mobilisation des ressources pour la mise en œuvre du programme de collecte, la sensibilisation de la population pour la dénonciation des cas de VSBG et leur orientation vers les structures d'offre des services, la sensibilisation des acteurs de terrain en vue de leur implication dans la collecte des données et l'alimentation de la base intégrée du MINIGÉFAE, le plaidoyer auprès des décideurs et des bailleurs pour le soutien du système national de collecte, la formation des prestataires des services sur l'utilisation des fiches de collecte et d'autres partenaires sur la gestion de la base de données intégrée, le renforcement des capacités techniques des acteurs de terrain (dotation des partenaires en fournitures, matériels et équipements...) et enfin le suivi-évaluation des activités de collecte sur le terrain.

La production du présent rapport consacre l'aboutissement de ce long processus qui a conduit à l'implantation progressive du système national de collecte aussi bien dans les zones d'intervention du programme régulier de UNFPA (provinces de Bandundu, Bas Congo, Katanga et Kinshasa) que dans celles qui sont couvertes par des projets exécutés sous financement du Fonds pour la Stabilisation et le Relèvement de la RDC (SRFF)² et de bien d'autres bailleurs multi et bilatéraux intervenant dans les deux Kivu et en Province Orientale, en appui au programme de Stabilisation et de Reconstruction de l'Est de la RDC (STAREC).

¹ Les quatre autres composantes de la SNVBG sont : Prévention et protection, Lutte contre l'impunité, Assistance multisectorielle et Réforme du Système de Sécurité.

² De l'anglais : Stabilization and Recovery Funding Facility for the DR Congo.

Les données analysées dans ce rapport sont le fruit du partenariat avéré des acteurs humanitaires et de développement qui ont accompagné le MINIGEFAE et UNFPA (partenaire d'appui technique et agence co-lead de la composante Data & Mapping de la SNVBG) dans leur lourde tâche de coordonner l'opération de collecte mise en place par le système national. L'importance du rôle de tous ces partenaires très actifs dans différents domaines de lutte contre les VSBG a été remarquable à travers leur contribution à la réalisation des activités inhérentes au système et ceux d'appui à son fonctionnement. J'espère qu'ils poursuivront sans relâche leur engagement pour l'amélioration du système national et permettront ainsi à la composante Collecte des données et cartographie de la SNVBG de relever deux défis majeurs, à savoir : (1) accroître le financement de l'opération de collecte des données en vue d'étendre la couverture géographique et démographique du système national et (2) augmenter le nombre d'acteurs qui contribuent à l'alimentation de la base de données intégrée du MINIGEFAE.

Keita Ohashi

Représentant Résident a.i. de l'UNFPA en RDC

Table des matières

Préface	ii
Avant-propos	iii
Liste des tableaux	vi
Liste des graphiques	vi
Liste des diagrammes	vi
Liste des abréviations	vii
Résumé exécutif	1
1. INTRODUCTION	4
2. MÉTHODOLOGIE	6
2.1 Bref aperçu du système national de collecte des données SGBV	6
2.2 Base de données intégrée	7
2.3 Renforcement des capacités techniques et institutionnelles des acteurs	7
2.4 Outils de collecte utilisés dans le système national	8
2.5 Qualité des données collectées et limite de l'étude	8
2.6 Présentation sommaire des données collectées	9
3. CAS DE VIOLENCES SEXUELLES ET BASÉES SUR LE GENRE RAPPORTÉS	11
3.1 Ampleur du phénomène et variations spatiales	11
3.2 Types de VSBG et conditions environnementales de perpétration	13
3.3 Caractéristiques démographiques et socioculturelles des survivant(e)s	16
3.4 Caractéristiques sociodémographiques et profil des auteurs présumés	20
4. SERVICES OFFERTS AUX SURVIVANT(E)S ET ACTIONS PRÉVENTIVES ENTREPRISES	26
4.1 Prise en charge médicale	29
4.2 Accompagnement psychosocial	31
4.3 Assistance juridique et judiciaire	33
4.4 Réinsertion socio-économique et scolaire	35
4.5 Actions préventives entreprises	36
5. CONTRAINTES/DIFFICULTES ET DÉFIS MAJEURS	38
5.1 Contraintes/difficultés rencontrées	38
5.2 Défis	38
CONCLUSION	40
Bibliographie sélective	41
ANNEXES	42
Annexe 1 : Tableau des principaux indicateurs renseignés	43
Annexe 2 : Liste des acteurs ayant rapporté les cas de VSBG	49
Annexe 3 : Mapping des interventions et des intervenants SGBV de la Province du Nord-Kivu	59
Annexe 4 : Mapping des interventions et intervenants SGBV de la Province du Sud-Kivu	60
Annexe 5 : Mapping des interventions et intervenants SGBV du District de l'Ituri	61
Annexe 6 : Mapping des interventions et intervenants SGBV des Districts des Haut et Bas Uélé	62
Annexe 7 : Mapping des interventions et intervenants SGBV de la Province de Bandundu	63
Annexe 8 : Mapping des interventions et intervenants SGBV de la Province du Bas Congo	64
Annexe 9 : Mapping des interventions et intervenants SGBV de la Province du Katanga	65
Annexe 10 : Mapping des interventions et intervenants SGBV de la Ville Province de Kinshasa	66

Liste des tableaux

Tableau No 1 : Répartition de l'ensemble des cas et des cas incidents rapportés en 2011 et 2012 par province.	10
Tableau No 2 : Répartition des survivant(e)s par type de prise en charge en 2011 et en 2012	27
Tableau No 3 : Répartition des cas pris en charge en fonction du nombre de volets de prise en charge des survivant(e)s	28
Tableau No 4 : Fréquence des thèmes de sensibilisation abordés lors des séances d'information	37
Tableau No 5 : Fréquence des méthodes utilisées au cours des séances de sensibilisation	37
Tableau No 6 : Répartition des participants aux séances de sensibilisation par sexe et par groupe d'âges	37

Liste des graphiques

Graphique No 1 : Répartition des survivant(e)s selon le type de VSBG	13
Graphique No 2 : Répartition des cas rapportés en Zone STAREC par province selon le type de VSBG subi	13
Graphique No 3 : Répartition des cas selon le lieu de perpétration de l'incident	14
Graphique No 4 : Répartition des cas selon le moment de perpétration de l'incident	15
Graphique No 5 : Répartition des cas par province selon la situation de résidence des survivant(e)s	16
Graphique No 6 : Répartition des cas par sexe des survivant(e)s en 2011 et en 2012	16
Graphique No 7 : Répartition des cas par province selon l'âge moyen (en années révolues)	17
Graphique No 8 : Répartition des cas par tranche d'âges des survivant(e)s	17
Graphique No 9 : Répartition des cas par province selon l'âge des survivant(e)s en 2011	18
Graphique No 10 : Répartition des cas par province selon l'âge des survivant(e)s en 2012	18
Graphique No 11 : Répartition des cas par province selon le niveau d'instruction des survivant(e)s	19
Graphique No 12 : Répartition des cas par province selon le lien social avec l'auteur présumé	20
Graphique No 13 : Répartition des cas selon le sexe des présumés auteurs	20
Graphique No 14 : Répartition des cas selon l'âge des présumés auteurs	21
Graphique No 15 : Répartition des incidents par province selon le profil des auteurs présumés	22
Graphique No 16 : Répartition des 60 ans et plus par province selon le profil des auteurs présumés	24
Graphique No 17 : Répartition de survivant(e)s de moins de 18 ans par province selon le profil des auteurs présumés	25
Graphique No 18 : Répartition des cas incidents par volet d'intervention des structures d'offre des services	26
Graphique No 19 : Evolution des moyennes provinciales de volets de prise en charge des survivant(e)s aux GBV	28
Graphique No 20 : Répartition des survivant(e)s ayant fréquenté les structures d'offre des services de santé par province	29
Graphique No 21 : Evolution des cas reçus dans les 72 heures après l'acte de violence sexuelle	30
Graphique No 22 : Evolution des cas de 72 heures non bénéficiaires des PEP Kits dans les formations médicales	30
Graphique No 23 : Répartition des survivant(e)s ayant accepté les examens cliniques par province	31
Graphique No 24 : Répartition des survivant(e)s des SGBV ayant bénéficié des services d'accompagnement psycho social par province	31
Graphique No 25 : Répartition des cas selon les sentiments prédominants chez les survivant(e)s des VSBG	32
Graphique No 26 : Répartition des survivant(e)s par province selon le comportement par rapport à leurs activités	32
Graphique No 27 : Répartition des survivant(e)s des SGBV par province selon le type d'accompagnement psychosocial reçu	33
Graphique No 28 : Répartition des cas reçus dans les structures d'assistance juridique et judiciaire par province	33
Graphique No 29 : Répartition des survivant(e)s des SGBV reçu(e)s dans les structures d'assistance juridique par province, selon les raisons du refus de porter plainte en 2012	34
Graphique No 30 : Répartition des survivant(e)s reçu(e)s par province selon la qualité de la personne les ayant reçu dans les structures d'assistance juridique et judiciaire	34
Graphique No 31 : Accès des survivant(e)s des VSBG à la réinsertion économique et scolaire en 2011 et en 2012	35
Graphique No 32 : Répartition des survivant(e)s selon les domaines de réinsertion préférés	36
Graphique No 33 : Répartition des survivant(e)s selon les domaines de réinsertion proposés par les structures de prise en charge des survivant(e)s	36

Liste des diagrammes

Diagramme No 1 : Référentiel des auteurs présumés	21
---	----

Liste des abréviations

AMS	Assistance multisectorielle
ASNU	Agences du Système des Nations Unies
BCNUDH	Bureau Conjoint des Nations Unies aux Droits Humains
DDR	Désarmement, Démobilisation et Réintégration
DDRRR	Désarmement, Démobilisation, Rapatriement, Réintégration et Réinsertion
DRC	Democratic Republic of Congo
FARDC	Forces Armées de la République Démocratique du Congo
GBV	Gender-Based Violence
GBVIMS	Gender-Based Violence Information Management System
IDPS	Internally Displaced Persons
MINIGEFAE	Ministère National du Genre, de la Famille et de l'Enfant
MONUSCO	Mission des Nations Unies pour la Stabilisation du Congo
OCHA	Bureau des Nations Unies pour la Coordination des Affaires Humanitaires
ONU	Organisation des nations unies
PEP Kit	Post-Exposure Prophylaxis Kit (trousse de prophylaxie post-exposition)
PNC	Police Nationale Congolaise
RDC	République Démocratique du Congo
RDCongo	République Démocratique du Congo
SGBV	Sexual Gender Based Violence
SNVBG	Stratégie Nationale de lutte contre les Violences Basées sur le Genre
SRFF	Stabilization and Recovery Funding Facility for the DRC (Fonds pour la Stabilisation et le Relèvement de la RDC)
STAREC	Programme de Stabilisation et de Reconstruction de l'Est de la RDC
UNFPA	Fonds des Nations Unies pour la Population
UNHCR	Haut Commissariat des Nations Unies pour les Réfugiés
UNICEF	Fonds des Nations Unies pour l'Enfance
VBG	Violence Basée sur le Genre
VSBG	Violences Sexuelles et Basées sur le Genre

Résumé exécutif

Le présent rapport analyse les données sur les cas incidents de violences sexuelles et basées sur le genre (VSBG) rapportés en 2011 et 2012 par les acteurs de terrain disséminés dans sept provinces de la RDC (Bandundu, Bas Congo, Katanga, Kinshasa, Nord Kivu, Province Orientale et Sud Kivu). Bien que ces données ne soient pas représentatives (aux plans géographique et démographique) du phénomène étudié, elles révèlent néanmoins une situation préoccupante quant à l'ampleur de celui-ci ainsi qu'à son comportement différentiel dans des contextes de conflits armés (Est du pays) et de paix (Ouest). Il en ressort en effet que 10.322 cas incidents de VSBG ont été rapportés en 2011 et ce nombre a augmenté d'un peu plus de la moitié (52%) en 2012 (15.654 cas). Les deux Kivu ont fourni plus de cas que les autres provinces en 2011 ; tandis qu'en 2012, le Sud Kivu a cédé la 2^e place à la Province Orientale. Le Bandundu est la province dans laquelle les acteurs de terrain ont rapporté très peu de cas (moins de 400) au cours des deux années de référence.

L'analyse atteste que l'opération de collecte des données a porté essentiellement sur les viols, qui représentent 90% des cas rapportés en 2011 et un peu moins que cette proportion en 2012 (82%). Avec ce résultat, les viols (90% en 2011 contre 82% en 2012) viennent de loin avant les agressions sexuelles (5% en 2011 contre 7% en 2012) et d'autres types de violences basées sur le genre (VSBG) retenus dans la présente étude, au regard du classement numérique effectué sur l'ensemble des cas rapportés comme internationalement reconnu par GBVIMS.

On peut également retenir que dans les zones affectées par les conflits armés récurrents en particulier, la plupart des actes de VSBG ont été commis dans l'après-midi (dans les deux Kivu) ou pendant la nuit (en Province Orientale), les endroits ciblés pour la perpétration de ces crimes étant la brousse/forêt (soit 20% des cas en 2011 contre 22% en 2012), le domicile du (de la) survivant(e) (soit 21% des cas en 2011 contre 20% en 2012), le champ

Executive summary

This document analyzes data on Sexual Gender-Based Violences (SGBV) reported in 2011 and 2012 by SGBV actors working in seven provinces of DR Congo (Bandundu, Bas Congo, Katanga, Kinshasa, North Kivu, Province Orientale and South Kivu). Although the data about the studied phenomenon are not representative as far as geographical and demographic coverage are concerned, they nevertheless reveal an alarming situation with regard to the differential behavior in contexts of armed conflicts in the eastern part of DRC and peace in the Western part. It indicates that 10,322 SGBV incidents were reported in 2011 and this number even increased by 52% in 2012 (15,654 SGBV reported incidents). Kivu provinces reported more SGBV incidents than other provinces in 2011; whereas in 2012, North Kivu was leading on SGBV reported incidents, while South Kivu switched the second position with Province Orientale. Bandundu is the province where SGBV incidents were the least reported (less than 400) during the last two years.

From the SGBV data collected, analysis shows that rapes account for 90% of SGBV incidents reported in 2011 and 82% in 2012 followed by sexual assault (5% in 2011 against 7% in 2012) and other types of SGBV as internationally classified by GBVIMS.

It is important to remark that in the recurring conflict affected areas, most of SGBV incidents were perpetrated in the afternoon (in both Kivu provinces) or during night (in Province Orientale), the places targeted for the perpetration of these crimes being the bush (20% of SGBV incidents reported in 2011 against 22% in 2012), the SGBV survivors' residence (21% of SGBV incidents reported in 2011 against 20% in 2012), the field (14% of SGBV incidents reported in 2011 against 21% in 2012), or the alleged perpetrators' residence (21% of SGBV incidents reported in

(soit 14% des cas en 2011 contre 21% en 2012), ou celui de l'auteur (soit 21% des cas en 2011 contre 18% en 2012).

L'étude montre par ailleurs que dans plus de 7 cas sur 10 rapportés, les actes de VSBG ont touché la population résidente des localités relevant du champ de l'étude. Toutefois, un nombre relativement élevé des personnes déplacées internes (soit 24% en 2011 contre 32% en 2012) n'y ont pas échappé au Sud Kivu. Indépendamment du statut de résidence des survivant(e)s de ces actes déshonorants, leur écrasante majorité est de sexe féminin (98%). Il s'agit d'une population dont le tiers (35% en 2011 contre 36% en 2012) est constituée par des mineurs (12-17 ans). La variation de son âge moyen met en évidence le caractère essentiellement jeune (moins de 21 ans) des cas rapportés dans les zones non affectées par les conflits armés, comparativement à leurs homologues des zones en conflits (21 ans et plus).

Aussi, les résultats de cette étude montrent que plus de 75% des cas des survivant(e)s des VSBG n'ont pas franchi le cap du primaire (soit 78% en 2011 contre 82% en 2012); et, 17% d'entr'eux(elles) ont un niveau secondaire. Ce niveau très bas d'instruction des survivant(e)s aux VSBG conforte l'hypothèse de l'urgence d'intégrer dans la lutte contre les VSBG des slogans du genre '**TOUTES LES FILLES A L'ECOLE**'.

Le plus souvent, les actes de VSBG ont été l'œuvre des inconnus (54% des cas en 2011 contre 59% en 2012), dont la proportion est en progression au Sud Kivu en particulier. En Province Orientale par contre, on observe plutôt l'augmentation des cas perpétrés par les membres de la famille ou de la communauté. Quoi qu'il en soit, la plupart des incidents ont été commis par des personnes habillées en tenue civile (soit 85% des cas en 2011 et 78% en 2012). La baisse du nombre de ces cas traduit l'augmentation de ceux perpétrés par les hommes/femmes en uniforme et les miliciens en particulier. En effet, l'augmentation remarquable du nombre d'incidents causés par des groupes armés au Sud Kivu entre 2011 (36%) et 2012 (76%) et au Nord-Kivu (32% en 2011 contre 61% en 2012) en est une illustration

2011 against 18% in 2012).

Additionally, this study shows that in 10 SGBV reported incidents, more than 7 concerned resident populations. However, a relatively high number of Internally Displaced Persons (IDPS) (that is to say 24% in 2011 against 32% in 2012) were part of the SGBV survivors reported in South Kivu. Despite the survivors' status of residence, crushing majority (98% of SGBV reported incidents) of these dishonouring acts are girls and women. Sad enough, more than the third of SGBV survivors are minors aged between 12 and 17 years. In conflict affected areas, average age of SGBV survivors is less than 21 years while it is the opposite in non conflict affected area (more than 21 years).

Likewise, the results of this study show that more than 75% of SGBV survivors didn't cross primary level (78% in 2011 against 82% in 2012); and, 17% of them have a secondary level. This very low education level in the cases of SGBV survivors reinforces the emergency measure to integrate in the fight against the SGBV the slogans like 'ALL GIRLS AT SCHOOL'.

Generally, SGBV incidents are perpetrated by unknown persons (54% of SGBV incidents reported in 2011 against 59% in 2012); in the South Kivu province in particular, this ratio increased from 56% in 2011 to 81% in 2012. On the other hand, in Province Orientale, one rather observes the increase in SGBV incidents perpetrated by the family's or community's members. Nevertheless, most incidents were committed by people dressed in civilian clothes (85% in 2011 and 78% in 2012). By using the principle of communicating vessels, the decrease in incident cases of SGBV perpetrated by civilians implies an increase in those committed by men in uniform militiamen included. Indeed, the remarkable increase in the number of incidents involving armed groups in South Kivu between 2011 (36%) and 2012 (76%) and North Kivu (32% in

patente. Le phénomène des VSBG en RDC est un phénomène structurel amplifié par les effets conjoncturels conséquences de l'insécurité entretenue par les milices ou groupes armés.

En ce qui concerne la prise en charge des cas de VSBG, les différentes interventions des acteurs de terrain restent essentiellement limitées aux volets médical et psychosocial, dans lesquels au moins sept cas rapportés sur dix ont pu bénéficier des services qui y sont offerts. Néanmoins, le nombre de personnes soignées dans les formations sanitaires a considérablement baissé (soit 92% en 2011 contre 71% en 2012), alors que celui des personnes reçues dans les structures d'accompagnement psychosocial est resté stationnaire (soit 79%). Bien plus, une bonne partie des cas qui se sont présentés dans les structures médicales endéans 72 heures après les incidents n'ont pas obtenu les soins requis.

La réinsertion socioéconomique et scolaire ainsi que l'assistance judiciaire et juridique restent les volets d'intervention les moins documentés en données statistiques, probablement à cause de l'insuffisance des ressources allouées aux structures qui en relèvent pour subvenir aux besoins des cas de VSBG identifiés. Dans ces conditions, il y a lieu de conclure que la prise en charge holistique des survivant(e)s reste un objectif difficile à atteindre dans un avenir proche.

L'analyse des activités de sensibilisation montre la nécessité de recentrer les messages autour des thèmes en lien direct avec la problématique des violences sexuelles, diversifier les méthodes pédagogiques en fonction du public cible et sélectionner celui-ci en tenant compte de son degré de vulnérabilité aux violences sexuelles. Au regard des résultats d'analyse des cas, il est souhaitable de diriger les activités de sensibilisation vers les moins de 18 ans.

2011 against 61% in 2012) is an obvious illustration. SGBV phenomenon in DRC is a structural phenomenon amplified by conjunctural effects consequences of insecurity sustained by militias or armed groups.

Regarding the management of SGBV cases, different interventions field players are essentially limited to medical and psychosocial aspects, in which at least seven out of ten reported cases have benefited from the services offered there. However, the number of SGBV survivors treated in health facilities decreased significantly (92% in 2011 against 71% in 2012), while the number of them received into psychosocial structures has remained steady (79%). Moreover, a good portion of cases that are presented in the medical facilities within 72 hours after the incident did not get the care they needed.

Socio-economic and educational rehabilitation, as well as legal aid and advice are aspects of the response less documented statistical data, probably because of the lack of resources allocated to structures that fall to meet the needs of SGBV cases identified. In these circumstances, it must be concluded that the holistic care of survivors (s) remains an elusive goal in the near future.

Analysis of awareness activities shows the need to refocus posts on themes directly linked to the issue of sexual violence, diversify pedagogical methods based on the target audience and select it by taking into account the degree of vulnerability to sexual violence. In view of the results of analysis of cases, it is desirable to conduct outreach to the under 18 years.

1. INTRODUCTION

Les Violences Sexuelles et Basées sur le Genre (VSBG), qu'elles soient due aux conflits armés ou aux causes structurelles (faible statut de la femme, us et coutumes rétrogrades...), constitue un problème de protection et de santé publique qui gagne une attention croissante depuis plus de 10 ans au sein de la communauté internationale. Les dernières Résolutions du Conseil de Sécurité de l'ONU, notamment les Résolutions 1960, 1888, 1889 et 1820 ont rehaussé davantage le profil de la question, en la considérant désormais comme une menace grave à la paix et à la sécurité.

La République Démocratique du Congo fait malheureusement partie des Nations qui en ont payé le lourd tribut avec des milliers des cas incidents de violences sexuelles rapportés chaque année, notamment dans sa partie Est. Les guerres et les conflits armés récurrent dans cette partie du pays ainsi que l'insécurité et le climat d'impunité qui y règne, notamment du fait de la persistance des groupes armés incontrôlés et des poches d'insécurité, sont autant des facteurs qui ont fait et continue à faire le lit de cette pire forme de violation des droits humains.

Face à cette situation, la communauté internationale et nationale s'est fortement mobilisée non seulement pour tirer la sonnette d'alarme, mais aussi pour apporter assistance aux survivants et survivantes de ces atrocités. Parallèlement, divers mécanismes de remontée de l'information ont vu le jour sur terrain avec des approches méthodologiques de collecte, des variables à renseigner, des outils de collecte et des formats de rapportage calqués le plus souvent sur les besoins et orientations diversifiés des acteurs impliqués dans la lutte contre les violences sexuelles et basées sur le genre. C'est ainsi qu'on assiste au rapportage des données quelquefois contradictoires sur le phénomène.

A la faveur de la Stratégie nationale de lutte contre les violences basées sur le genre (SNVBG) dont le plan d'action à court terme (2010-2014)³ se focalise sur la lutte contre les violences sexuelles à l'Est du pays, le Ministère National du Genre, de la Famille et de l'Enfant (MINIGEFAE) et l'ensemble des intervenants dans la lutte contre les violences sexuelles ont mis en place un système national harmonisé de collecte et de gestion des données et informations sur les violences sexuelles et basées sur le genre, en vue de disposer de données anonymes fiables et bénéficiant d'un large consensus des partenaires humanitaires et de développement.

Pour ce faire, grâce au Programme de Stabilisation et de Reconstruction de l'Est de la RDC (STAREC), les besoins en informations des principaux intervenants ont été répertoriés, les indicateurs pour les renseigner identifiés et les outils de collecte des données sur terrain développés et validés par les Agences du Système des Nations Unies (ASNU) leads des cinq composantes de la SNVBG⁴, leurs partenaires de mise en œuvre et d'autres acteurs de terrain.

Des mécanismes consensuels de coordination et le circuit de transmission des données au sein du système national de collecte ont par la suite été mis en place sur terrain, des utilisateurs formés ainsi qu'une base de données intégrée logée à la Direction des études et planification du Ministère du

³ A partir de 2011, le champ géographique de la mise en œuvre de ce plan d'action s'est élargi à l'ensemble du territoire national.

⁴ Ces ASNU sont : UNICEF pour le compte l'assistance multisectorielle, UNHCR pour le compte de la prévention, BCNUDH/MONUSCO pour la lutte contre l'impunité, Section Développement du secteur de la sécurité de la MONUSCO pour le pilier réforme du secteur de sécurité et UNFPA pour le compte de "Data et Mapping".

Genre, de la Famille et de l'Enfant (Kinshasa), alimentée régulièrement par les bases auxiliaires installées en provinces.

Pour des raisons de complétude et de couverture nationale, le Ministère du Genre, de la Famille et de l'Enfant étendu le système de collecte et de gestion des données à l'Ouest du pays qui n'a pas été affectée par les conflits mais où des cas de violences sexuelles et basées sur le genre ont également été rapportés.

Le présent rapport donne les premiers résultats saillants de ce long processus de mise en place du système national harmonisé de collecte des données et informations sur les violences sexuelles et basées sur le Genre en RDC. Il renseigne sur un minimum des variables retenues par le Ministère du Genre avec ses partenaires comme pertinentes pour la planification, la mise en œuvre, le suivi et l'évaluation des activités de lutte contre ce phénomène, sous la coordination du Gouvernement

2. MÉTHODOLOGIE

2.1 Bref aperçu du système national de collecte des données SGBV

L'opération de collecte des données sur les VSBG s'inscrit dans le cadre de la mise en place du nouveau système national de collecte⁵ par le MINIGFAE, processus qui a été lancé après l'adoption de la SNVBG en novembre 2009. Bien qu'ayant l'ambition de couvrir l'ensemble du pays, le système national de collecte est actuellement fonctionnel dans 7 provinces sur les 11 que compte la RDC. Il s'est consolidé dans trois provinces de l'Est (deux Kivu et Province Orientale), étant donné que cette partie du territoire national a été retenue comme zone pilote pour la mise en œuvre de la 1^{ère} phase du plan d'action de la SNVBG (2009-2011). Dans les 4 autres provinces d'intervention (Bandundu, Bas Congo, Katanga et Kinshasa), l'implantation du système national de collecte se fait progressivement, en remplacement de celui mis en place en 2005 sous l'Initiative Conjointe de lutte contre les violences sexuelles. Dans ce processus, le MINIGFAE bénéficie de l'appui technique de UNFPA, Agence onusienne avec laquelle il assure la coordination de la composante « Collecte des données et cartographie » (Data & Mapping) de la SNVBG. Plusieurs acteurs humanitaires et de développement (structures étatiques, ONG, ASNU, bailleurs de fonds...) ont contribué à ce processus et continuent d'apporter au système national de collecte l'appui nécessaire pour son bon fonctionnement. Leur engagement est essentiellement motivé par le caractère transversal de la composante Data & Mapping, dont l'objectif ultime est de satisfaire les besoins en données et informations de ces multiples acteurs regroupés dans les quatre autres composantes de la SNVBG (Lutte contre l'impunité, Assistance multisectorielle, Protection & prévention, Réforme du système de sécurité). A travers son appui technique au MINIGFAE, UNFPA vise à renforcer l'appropriation nationale de la coordination de la collecte des données, notamment par le transfert d'expertise et la dotation en matériels et équipements permettant à la partie étatique de consolider et améliorer le système national de collecte des données sur les VSBG. Le système national de collecte est axé sur une approche méthodologique inclusive et fédératrice, qui lui permet de fonctionner en harmonie avec d'autres systèmes existants (SNIS, Monitoring de protection sur les incidents de violation des droits humains, système de collecte des données sur les cas de violences sexuelles référés en justice, GBVIMS, système humanitaire de collecte des données sur les violences sexuelles en situation de conflits armés...). Dans cette perspective, le MINIGFAE entend recueillir les données fiables et actualisées sur les cas de VSBG documentés et ayant bénéficié des services offerts par les acteurs de terrain. Ces cas sont périodiquement rapportés à l'issue d'une opération de collecte de routine basée sur l'offre des services et le respect des principes d'éthique et de sécurité pour les prestataires et les bénéficiaires desdits services. Pour ce faire, le MINIGFAE s'est accordé avec les acteurs de terrain sur les variables clés à renseigner par composante de la SNVBG, en vue de faciliter l'intégration de leurs données dans le système national de collecte. La sélection de ces variables a été effectuée de manière consensuelle, selon leur pertinence par rapport à la problématique des VSBG.

⁵Ce système remplace celui qui a été mis en place en 2005 sous l'Initiative Conjointe de lutte contre les violences sexuelles en RDC, dont il s'inspire pour des aspects techniques mais enrichit la qualité des données à collecter et renforce le leadership gouvernemental dans la coordination des activités de collecte.

2.2 Base de données intégrée

A travers son appui technique au MINIGEFAE, UNFPA vise à renforcer l'appropriation nationale de la coordination de la collecte des données, notamment par le transfert d'expertise et la dotation en matériels et équipements permettant à la partie étatique de consolider et améliorer le système national de collecte des données sur les VSBG. Pour ce faire, UNFPA a mis en place et transféré au MINIGEFAE une base de données intégrée, dans laquelle sont stockées les données collectées dans les structures d'offre des services aux survivant(e)s des VSBG. Cet outil permet l'analyse des données en vue de leur publication et diffusion par le MINIGEFAE. La base de données intégrée a l'avantage d'être conviviale et facilement manipulable pour tout utilisateur désireux d'y encoder les données collectées sur le terrain. Mais elle est dotée d'un système de sécurité qui conditionne sa manipulation par l'acquisition d'un mot de passe faisant office d'autorisation de la part de son gestionnaire. Le fait que cet outil soit compatible avec des logiciels d'analyses statistique (SPSS, STATA, ...), spatiale et de cartographie (composantes/modules ARGIS) permet à son utilisateur de produire des tableaux statistiques, des graphiques et des cartes thématiques.

Pour des besoins d'analyses statistiques comparatives, la base intégrée permet le partage des données avec d'autres systèmes d'information⁶, à travers les variables clés qu'elle contient pour répondre aux besoins en informations et données du MINIGEFAE et ses partenaires impliqués dans la lutte contre les VSBG.

La base de données principale du MINIGEFAE est reliée aux bases auxiliaires installées dans les zones d'intervention des acteurs impliqués dans la lutte contre le phénomène, ce qui facilite la compilation au niveau national des données provenant des provinces. Cet exercice est réalisé par des experts nationaux dont l'un a été mis à la disposition du MINIGEFAE. En outre, ces experts s'emploient à former les gestionnaires des bases de données de la partie étatique, des partenaires de mise en œuvre du programme de collecte des données et des acteurs de terrain sur l'utilisation de la base de données intégrée.

2.3 Renforcement des capacités techniques et institutionnelles des acteurs

Pour assurer le bon fonctionnement du système national de collecte, le MINIGEFAE a bénéficié d'une dotation en fournitures, matériels et équipements informatiques (ordinateurs, serveur, connexion à l'internet...). Un appui financier lui a également été apporté pour la réalisation des missions de suivi-évaluation des activités sur le terrain et de certaines autres activités nécessaires pour le renforcement de la coordination (sensibilisation, journées portes-ouvertes, ateliers techniques, points de presse...).

Par ailleurs, d'autres fournitures, matériels et équipements (photocopieuses, ordinateurs, imprimantes, motos, téléphones...) ont été alloués aux partenaires de mise en œuvre du programme

⁶A titre illustratif, la base du MINIGEFAE intègre toutes les variables du Système de Gestion des Informations sur les VSBG (GBVIMS), qui se limitent aux volets psychosocial (en phase expérimentale au moment de la collecte des données analysées dans le présent rapport) et médical (en phase d'élaboration). Conçu sous Excel, ce logiciel a été mis en place par l'International Rescue Committee (IRC), le Fonds des Nations Unies pour la Population (UNFPA) et le Haut-Commissariat des Nations Unies pour les Réfugiés (UNHCR). Sa vulgarisation est également assurée par l'Organisation Mondiale de la Santé (OMS) et le Fonds des Nations Unies pour l'Enfance (UNICEF).

Data & Mapping, en vue de permettre à leurs représentants dans les territoires/localités d'assurer le ravitaillement des acteurs de terrain en fiches de collecte et la transmission des fiches remplies aux lieux d'encodage informatique. Pour réduire sensiblement la quantité des fiches en circulation, certains acteurs de terrain les plus implantés dans les territoires ont bénéficié d'ordinateurs et leurs gestionnaires de base de données ont été formés sur l'utilisation de la base intégrée du MINIGEFAE dont des copies ont été installées sur les équipements informatiques reçus. Bien plus, plusieurs centaines d'acteurs de terrain (y compris les partenaires de mise en œuvre du programme Data & Mapping) ont été formés sur l'utilisation des outils de collecte. Leur formation a porté sur la logique du questionnaire de chaque type d'outil, ses objectifs, la technique d'interview, le respect des règles d'éthique et de confidentialité en matière de collecte...

2.4 Outils de collecte utilisés dans le système national

Au total sept types d'outils (fiches) sont utilisés pour collecter les données sur les VSBG : une fiche d'informations générales, des fiches spécifiques aux quatre volets spécifiques d'assistance multisectorielle (prise en charge médicale, accompagnement psychosocial, assistance juridique et judiciaire et enfin réinsertion socioéconomique et scolaire) et des fiches relatives aux deux volets de prévention et protection retenus dans le cadre de la mise en œuvre de la SNVBG (sensibilisation et formation). La fiche d'informations générales est transversale et obligatoire pour les quatre fiches spécifiques aux volets d'assistance multisectorielle.

Ces outils sont remplis par les prestataires des services intervenant dans les différents volets de lutte contre les VSBG, au moment de leur entretien avec les survivant(e)s des actes ainsi subis contre leur volonté et après avoir prodigué aux concerné(e)s des soins, conseils ou autres gestes salvateurs relevant de leurs domaines d'intervention respectifs.

Les grandes étapes de l'opération de collecte (remplissage des fiches, encodage, traitement et analyse des données, production et publication du rapport d'analyse) sont présentées dans le manuel des procédures en matière de collecte des données sur les VSBG élaboré par le MINIGEFAE à cet effet.

2.5 Qualité des données collectées et limite de l'étude

Les données analysées dans le présent rapport concernent les cas de VSBG reçus en 2011 et 2012 dans les structures d'offre des services (cf. volets d'intervention susmentionnés) et rapportés au MINIGEFAE au cours de ces deux années de référence. Il est vrai qu'il existe des personnes ayant bénéficié de services mais pour des actes de VSBG subis aux dates antérieures à la période ainsi retenue. Les données y relatives seront présentées au début du rapport mais sans faire partie de l'analyse effectuée dans la suite. Il s'agit particulièrement des données collectées dans les zones affectées par des conflits armés, où le nouveau système national de collecte a été consolidé. Dans les zones non directement touchées par les guerres politico-militaires, le système n'a été implanté que récemment et n'a donc pas encore remplacé complètement l'ancien système (mise en place sous l'Initiative Conjointe de lutte contre les violences sexuelles). Cette contrainte technique explique la disproportion entre les données collectées dans les zones en conflits et pacifiées respectivement⁷.

⁷En effet, la fiche utilisée sous l'Initiative Conjointe (fiche des cas incidents) permet de ne collecter que très peu d'informations génériques, qui ne renseignent pas sur les services offerts aux survivant(e) des violences sexuelles. En outre, les données collectées portent sur les viols.

Il importe de mentionner que les données analysées proviennent des acteurs qui ont contribué à l'alimentation de la base intégrée du MINIGEFAE. Ces acteurs sont disséminés dans 180 zones de santé sur les 515 que compte le pays, ce qui donne une couverture géographique de 35%. Quant aux acteurs qui ont participé à la collecte des données, leur nombre ne dépasse pas 30% de l'ensemble des intervenants répertoriés dans la cartographie mise en place par le MINIGEFAE. A ce faible taux de couverture géographique s'ajoute celui relevant de la sous-représentativité démographique, qui s'explique par le caractère sélectif des cas rapportés. En effet, la méthodologie de collecte du système mis en place par le MINIGEFAE ne se limite qu'aux cas reçus dans les structures d'offre des services, qui ne représentent pas l'ensemble des actes de VSBG commis au sein des communautés.

Ce qui précède permet de conclure que les données analysées rendent compte de la situation des VSBG qui prévaut dans les zones couvertes par l'étude et ne sont donc pas extrapolables à l'ensemble de ces entités respectives, encore moins à leurs provinces d'appartenance. Toutefois, le fait que ces données aient été validées au préalable par les acteurs qui les ont fournies avant leur transmission au MINIGEFAE traduit la fiabilité des informations qu'on en tire, quoi que non représentatives sur les plans démographique et géographique. Leur analyse permet d'évaluer l'ampleur du phénomène, son évolution entre les deux années de référence, le contexte et les conditions de sa survenue, son comportement d'une zone géographique à une autre et au sein des différentes couches sociales et les actions menées pour l'éradiquer ou l'éviter.

En conséquence, les analyses effectuées dans la présente étude mettent l'accent sur les tendances qui se dégagent du phénomène d'intérêt (violences sexuelles et basées sur le genre), en termes de proportions et de fréquences, au détriment des nombres absolus. A cet effet, signalons que l'étude se focalise essentiellement sur les viols qui, selon l'analyse préliminaire effectuée sur les données, représentent 89 % des cas de VSBG rapportés par les acteurs.

Etant donné que le partage des données entre acteurs et leur transmission à la coordination de la composante Data & Mapping se font par la volonté des acteurs de terrain, un nombre important d'intervenants dans la lutte contre les VSBG n'ont pas rapporté les données. En outre, l'effet de sélection qui entache l'approche méthodologique de collecte (l'identification des cas dans les structures d'offre des services et non au sein de la communauté) confère aux données une valeur statistique limitée aux seules zones géographiques touchées par l'opération de collecte.

2.6 Présentation sommaire des données collectées

Au total, les acteurs de terrain ont rapporté 11.278 cas de VSBG bénéficiaires de leurs services en 2011 et 18.076 cas assistés en 2012, dont les cas incidents se chiffrent à 10.322 et 15.001 pour les deux années respectives (tableau 1). Ces données permettent de constater que les cas incidents ont été relativement plus nombreux en 2011 (92%) qu'en 2012 (83%). On en déduit une diminution de cette catégorie des cas de VSBG entre les deux années de référence, qui ne traduit pas forcément la baisse de l'ampleur du phénomène dans les zones géographiques concernées par l'étude. Plusieurs facteurs peuvent en effet expliquer cette situation, parmi lesquels on peut citer la baisse de la fréquentation des structures d'offre des services par les survivant(e)s aux VSBG pour diverses raisons (suppression des services gratuits dans une bonne partie des structures pour cause d'épuisement des fonds d'appui, accès difficile aux lieux de services pour les cas perpétrés en milieux non sécurisés, insuffisance de l'offre des services face à l'accroissement du nombre de cas...). Une étude spécifique permettrait de tester ces hypothèses.

Dans les zones géographiques où la collecte des données a concerné l'ensemble des cas assistés par les acteurs de terrain (Nord Kivu⁸, Sud Kivu et Province Orientale), la plus faible proportion des cas incidents s'observe au Sud Kivu et particulièrement en 2012 (52%). Ce résultat s'explique en grande partie par un nombre élevé des cas rapportés par l'Hôpital Général de Référence de Panzi (structure basée à Bukavu, le chef-lieu du Sud Kivu) au cours de l'année considérée (1.338)⁹, parmi lesquels on dénombre très peu de cas incidents (281). Grâce aux services avancés offerts par sa *clinique mobile*, cette structure médicale offre en effet une assistance multisectorielle aux cas identifiés dans les huit territoires et la capitale de la province, dont les plus préoccupants sont acheminés et internés à Bukavu pour des soins appropriés. Le suivi médical rapproché de ces cas peut prendre du temps, étant donné que l'Hôpital de Panzi s'attèle à assurer aux survivant(e)s aux VSBG une prise en charge holistique (soins médicaux, accompagnement psychosocial, assistance juridique & judiciaire et réinsertion socioéconomique & scolaire).

Tableau No 1 : Répartition de l'ensemble des cas et des cas incidents rapportés en 2011 et 2012 par province

Province	2011		2012		Proportion des cas incidents	
	Cas incidents	Ensemble des cas	Cas incidents	Ensemble des cas	2011	2012
Nord Kivu	4 689	4 689	6 931	7 075	100,0%	98,0%
Sud Kivu	2 058	2 713	2 627	5 028	75,9%	52,2%
Orientale	1 525 (*)	1 826 (*)	3 155	3 685	83,5%	85,6%
Bandundu	348	348	440	440	100,0%	100,0%
Bas Congo	903	903	1 053	1 053	100,0%	100,0%
Kinshasa	405	405	463	463	100,0%	100,0%
Katanga	757	757	1 051	1 051	100,0%	100,0%
Total	10 685	11 641	15 654	18 795		
% incidents	91,8%		83,6%			
Moyenne	1 475	1 611	2 236	2 676		

(*) : Cas rapportés dans le district de l'Ituri seulement.

Par souci de standardisation des données collectées en zones STAREC (concernant l'ensemble des cas de VSBG bénéficiaires des services des acteurs de terrain) et non STAREC (ne se limitant qu'aux cas incidents assistés par ces acteurs), l'analyse effectuée dans la suite du présent rapport concerne exclusivement les cas incidents rapportés en 2011 (10.685) et 2012 (15.654).

⁸ Dans cette province, le nouveau système de collecte n'a été appliqué qu'en 2012 uniquement.

⁹ Il importe de mentionner que l'Hôpital Général de Référence de Panzi est parmi les structures qui ont adhéré au système national de collecte à partir de 2012. Les données de 2011 présentées dans le présent rapport ne contiennent donc pas les cas enregistrés dans cette formation sanitaire.

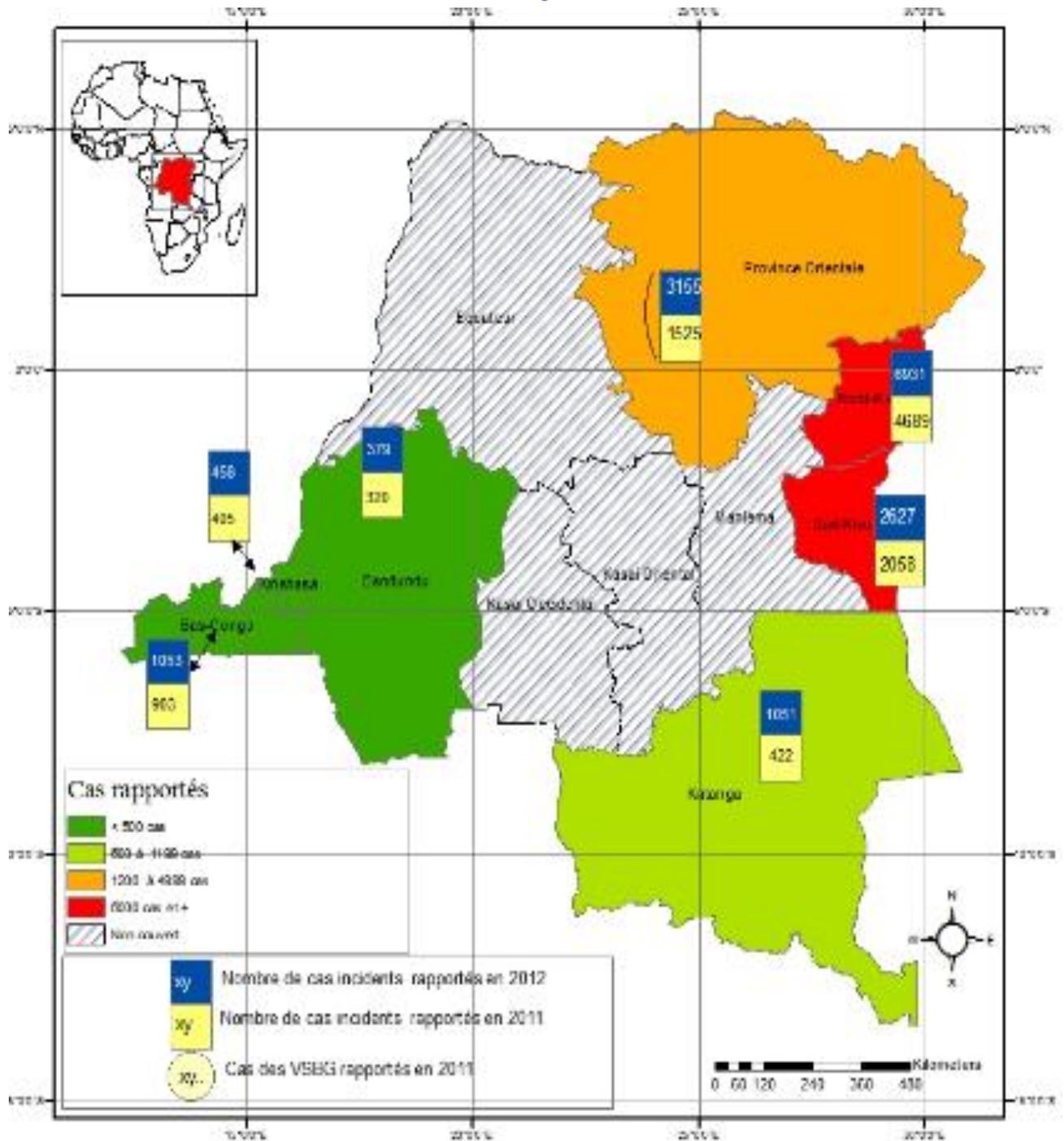
3. CAS DE VIOLENCES SEXUELLES ET BASÉES SUR LE GENRE RAPPORTÉS

3.1. Ampleur du phénomène et variations spatiales

Dans les 7 provinces qui constituent le champ géographique de la présente étude, les acteurs de terrain ont rapporté au total 10.685 cas incidents en 2011 et 15.654 cas en 2012, ce qui dénote une augmentation de 52% des cas entre les deux périodes de référence. Cette augmentation se traduit par une moyenne provinciale de 1.475 cas rapportés en 2011 contre 2.236 en 2012, avec une prépondérance numérique observée à l'est du pays. Il est difficile d'interpréter la tendance qui se dégage des statistiques, au regard des paramètres susceptibles de l'expliquer (nombre et identité des structures rapporteuses des cas, leurs localités/zones géographiques de provenance, leurs contexte et période de l'année de perpétration...).

Comme indiqué sur la carte n° 1, le Nord Kivu se distingue par un nombre élevé des cas qui y ont été rapportés aussi bien en 2011 (4.689) qu'en 2012 (7.075). Le Sud Kivu se classe en 2^e position, avec moins de la moitié du nombre des cas rapportés dans la province précédente (2.713 cas en 2011 contre 5.028 en 2012). Les plus faibles effectifs s'observent au Bandundu, quelle que soit l'année de rapportage considérée (348 et 440 cas rapportés en 2011 et 2012 respectivement).

Carte No 1 : Incidence des Violences sexuelles et basées sur le genre en 2011 et 2012

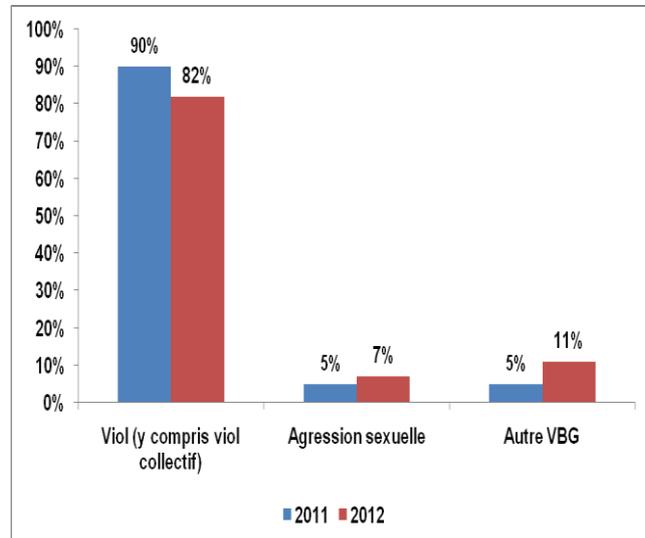


3.2. Types de VSBG et conditions environnementales de perpétration

3.2.1. Types de VSBG

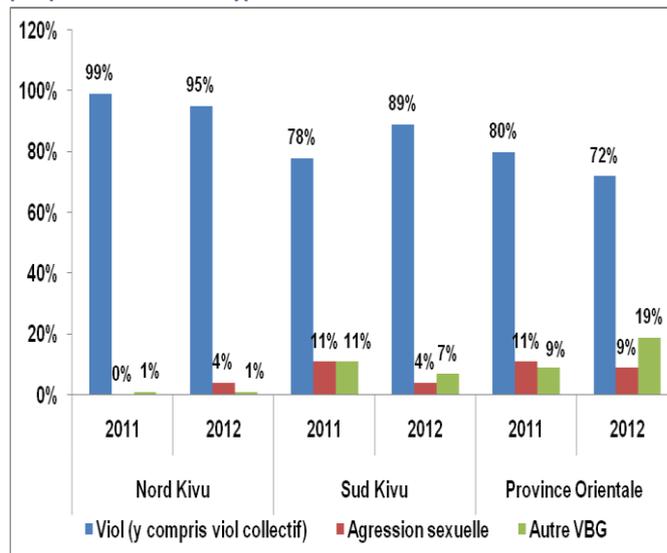
Globalement, le viol est le type de VSBG le plus répandu dans les structures d'offre des services aux survivant(e)s (graphique N° 1), même si le nombre des cas y afférents a relativement baissé entre 2011 (90%) et 2012 (82%). Vient ensuite l'agression sexuelle, dont la fréquence accuse plutôt une très faible régression (2%). Quant aux autres types de VSBG (violence psychologique, agression physique, mariage forcé, déni de ressources, d'opportunités et services...), le nombre des personnes les ayant subis respectivement est infime. Si le viol et l'agression sexuelle restent prédominants dans toutes les zones couvertes par l'étude, les statistiques révèlent néanmoins une inégale répartition spatiale des personnes ayant survécu à ces types d'incidents.

Graphique No 1 : Répartition des survivant(e)s selon le type de VSBG



Cette situation est particulièrement perceptible dans les zones d'intervention de l'Est du pays (graphique 2)¹⁰, où l'opération de collecte s'est intéressée aux différents types de VSBG retenus dans la présente étude. S'agissant du viol, la proportion des personnes qui l'ont subi en 2011 oscille entre 78% (Sud Kivu) et 99% (Nord Kivu). En 2012, les valeurs extrêmes pour ce type de VSBG se situent en Province Orientale (72%) et au Nord Kivu (95%).

Graphique No 2 : Répartition des cas rapportés en Zone STAREC par province selon le type de VSBG subi



C'est dans cette dernière province qu'on a rapporté le plus grand nombre des cas de viol au cours des deux années de référence. Quant au Sud Kivu, sa particularité repose sur l'accroissement des cas de viol perpétrés entre 2011 et 2012, alors qu'on observe une tendance inverse dans l'évolution des effectifs au Nord Kivu et en Province Orientale. Les statistiques du Nord Kivu laissent penser à la persistance des conflits armés qui caractérisent cette partie du territoire national, comparativement au caractère volatile de la situation sécuritaire qui prévaut au Sud Kivu et en Province Orientale.

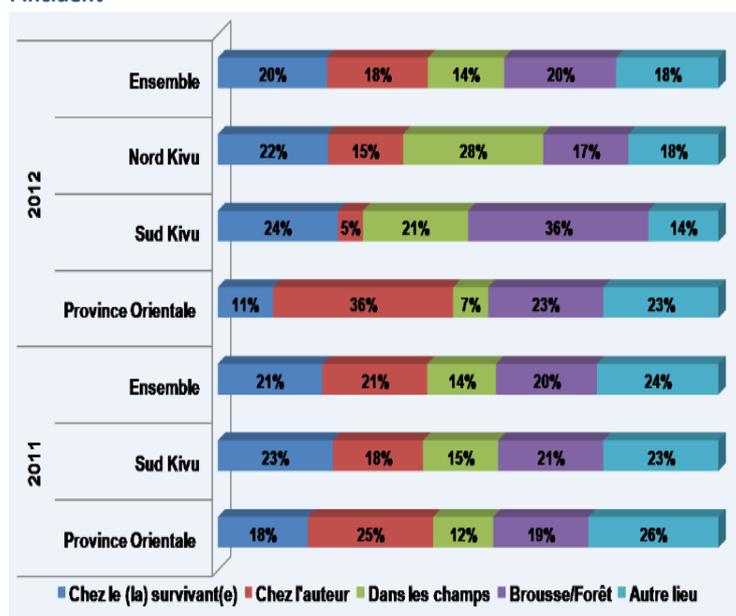
¹⁰ Il sied de rappeler que pour le Nord Kivu, les données de 2011 ont été collectées à l'aide de la fiche des cas incidents (qui relève de l'ancien système), outil qui permet de recueillir des informations centrées sur les violences sexuelles et les viols en particulier. Au cours de la même année, les données collectées en Province Orientale ne concernent que le district de l'Ituri.

Le test de cette hypothèse requiert la réalisation d'une étude spécifique. Par ailleurs, l'année 2011 est celle qui a connu le plus grand nombre d'agressions sexuelles, actes délibérément commis surtout en Province Orientale (11%) et au Sud Kivu (11%).

3.2.2. Conditions environnementales de perpétration des cas de VSBG

- **Lieu de perpétration de l'incident**

Graphique No 3 : Répartition des cas selon le lieu de perpétration de l'incident



Comme l'indique le graphique No 3, la majorité des incidents a été commise aux lieux suivants : brousse/forêt, champ, domicile de l'auteur présumé et domicile du (de la) survivant(e). Les autres lieux retenus dans le cadre de la présente étude (route pour la recherche du bois de chauffe, chemin de l'école, cours d'eau, lieu de travail et autres) ne figurent pas parmi les plus ciblés par les auteurs d'actes de VSBG. Ce résultat d'analyse incite à l'adoption des mesures adéquates pour renforcer la lutte contre les VSBG en RDC.

La lecture des statistiques recueillies à l'Est du pays permet de constater qu'en 2011, un incident sur quatre rapportés en Province Orientale et en Ituri en particulier (soit 25%) a été commis chez l'auteur présumé. Cette proportion est presque identique à celle des cas perpétrés plutôt chez le (la) survivant(e) au Sud Kivu au cours de la même année (23%). La brousse/forêt constitue le 2^e lieu de perpétration des actes de VSBG le plus cité aussi bien en Ituri (19%) qu'au Sud Kivu (21%).

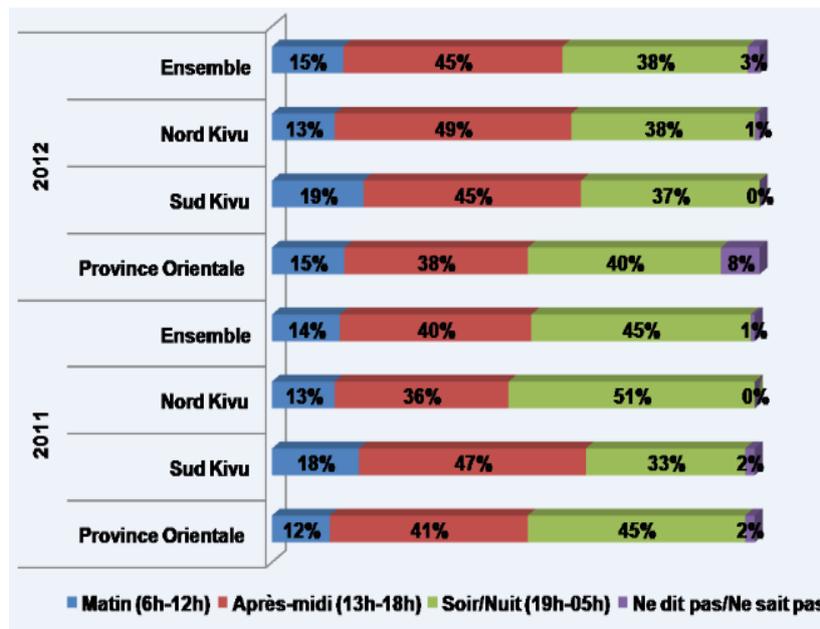
L'analyse comparative des données de 2012 collectées dans les trois provinces de l'Est apporte plus d'éclairage à la situation observée en 2011, en ce sens qu'elle met en évidence certaines spécificités du comportement des VSBG par rapport aux lieux de leur survenue. On en retient qu'au Nord Kivu, ce phénomène s'est produit plus dans les champs (28% des cas rapportés) qu'ailleurs, comparativement à la Province Orientale et au Sud Kivu où il est survenu fréquemment aux domiciles des auteurs présumés (36%) et en brousse/forêt (36%) respectivement. La fréquence de la survenue des VSBG en dehors du milieu de vie des survivant(e)s (cas des deux Kivu) renvoie à l'insécurité qui caractérise les sites environnants de leurs localités de résidence. En revanche, le fait d'observer dans les deux Kivu un nombre relativement élevé des cas commis aux domiciles des survivant(e)s (soit 22% au Nord Kivu et 24% au Sud Kivu) conforte l'hypothèse qui attribue aux VSBG un caractère typiquement social. Il s'avère pertinent de réaliser une étude spécifique sur les facteurs explicatifs des variations spatiales des VSBG fonction de leurs dimensions conjoncturelles (insécurité due aux conflits armés) et structurelles (us et coutumes traditionnels rétrogrades).

Enfin, l'évolution des VSBG entre 2011 et 2012 indique que le domicile de l'auteur présumé demeure le principal lieu où les actes de violences sont commis et en pleine croissance numérique en Province Orientale (soit 25% des cas en 2011 et 36% en 2012). Au Sud Kivu, c'est plutôt le domicile du (de la)

survivant(e) qui est mis en évidence, à travers le nombre élevé des cas qui y ont été perpétrés tant en 2011 (23%) qu' en 2012 (24%). Au cours de cette dernière année de référence, le domicile du (de la) survivant(e) laisse la 1^{ère} place à la brousse/forêt (avec 36% des cas rapportés). Ce classement traduit une montée remarquable des cas de VSBG commis dans les brousses et forêts des territoires du Sud Kivu, au regard des données de 2011 (21% des cas).

- **Moment de perpétration des cas de VSBG**

Graphique No 4 : Répartition des cas selon le moment de perpétration de l'incident



Quelle que soit l'année considérée, les statistiques révèlent que la plupart des cas de VSBG ont été commis au-delà de midi (graphique 4), avec des spécificités sur les moments propices du déroulement des incidents dans les deux Kivu (l'après-midi, soit 13 – 18h) et en Province Orientale (le soir ou la nuit, soit 19 – 05h).

Pour les cas perpétrés dans l'après-midi, deux hypothèses peuvent être émises par rapport aux lieux de leur survenue (au sein ou en dehors de la communauté).

Les incidents survenus au sein de la communauté (domicile de l'auteur présumé ou de le (la) survivant(e)) peuvent en partie s'expliquer par le décalage entre, d'une part, l'horaire de classe des enfants (qui rentrent souvent tôt à la maison et y restent seuls avant le retour des parents) et, d'autre part, l'horaire de travail des parents (qui rentrent tard à la maison et ne restent avec les enfants que le soir). Ce manque d'encadrement quotidien des enfants aux heures d'absence des parents peut favoriser la perpétration des cas de VSBG. Les incidents survenus en dehors de la communauté (brousse/forêt et champ) peuvent être attribués à l'insécurité qui prévaut dans certains milieux éloignés des localités de résidence, notamment à cause de l'isolement qu'imposent certains travaux (coupe du bois de chauffe, chasse, cueillette...) aux populations rurales en particulier.

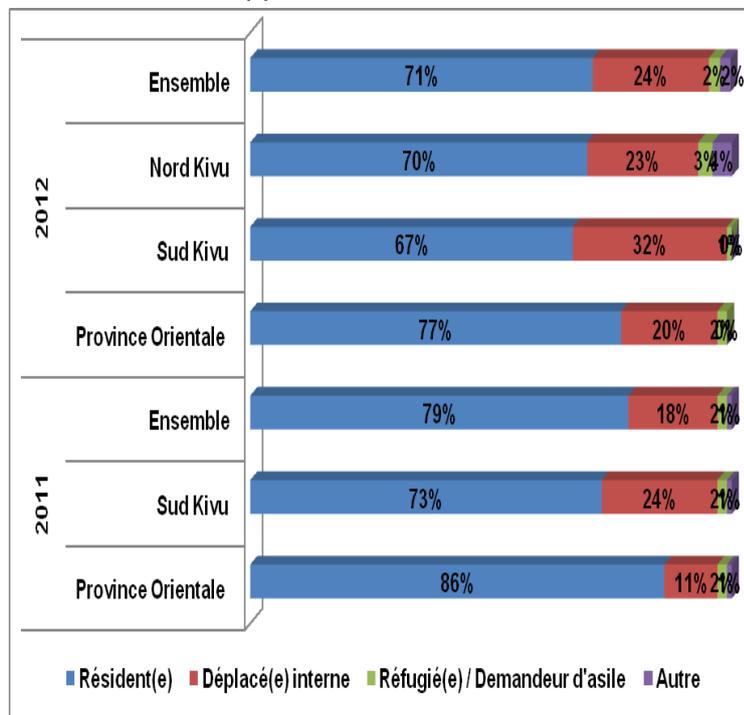
S'agissant des cas perpétrés pendant la nuit, ils sont souvent favorisés par l'obscurité et l'inadvertance des survivant(e)s ou de leurs responsables (parents, tuteurs...). Cette hypothèse, à l'instar des précédentes, pourra être confirmée ou infirmée à partir d'une étude spécifique.

Quoi qu'il en soit, l'évolution des VSBG entre 2011 et 2012 dégage une tendance à la baisse du nombre des cas perpétrés dans l'après-midi au Sud Kivu (de 47% à 45% des cas rapportés) et le soir/la nuit en Province Orientale (de 45% à 40% des cas).

3.3. Caractéristiques démographiques et socioculturelles des survivant(e)s

3.3.1. Situation de résidence des survivant(e)s

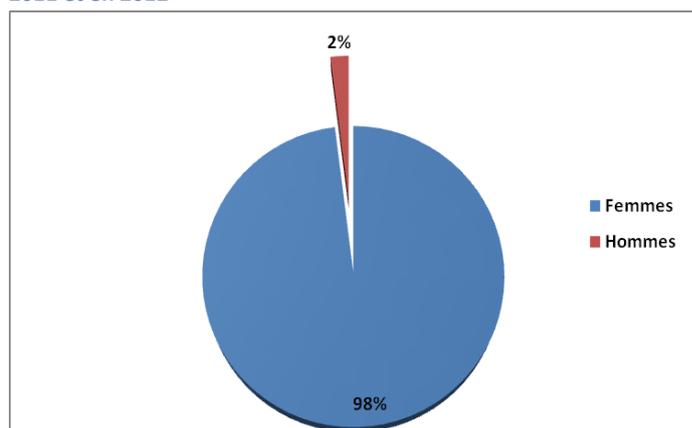
Graphique No 5 : Répartition des cas par province selon la situation de résidence des survivant(e)s



Au minimum, deux tiers des cas concernent les survivant(e)s qui ont été identifié(e)s dans leurs localités de résidence (graphique No 5). Néanmoins, la proportion des déplacé(e)s internes n'est pas négligeable, surtout au Sud Kivu où elle est passée de 24% en 2011 à 32% en 2012. Quoique relativement plus faible en Province Orientale, le nombre des survivant(e)s appartenant à cette catégorie sociale s'y est accru de 9 points entre 2011 (11%) et 2012 (20%). Ce résultat témoigne de l'inefficacité des mesures de sécurité en vigueur pour la protection des camps des déplacés internes, ce qui incite au réajustement des stratégies adoptées à cette fin.

3.3.2. Sexe des survivant(e)s des VSBG

Graphique No 6 : Répartition des cas par sexe des survivant(e)s en 2011 et en 2012



Il ressort des données que les VSBG touchent essentiellement les personnes de sexe féminin, qui représentent 98% des cas rapportés en 2011 et 2012 respectivement. Parmi les cas de 2011, la proportion la plus élevée des personnes de sexe masculin ayant survécu à ce phénomène s'observe en Province Orientale et en Ituri en particulier (5%).

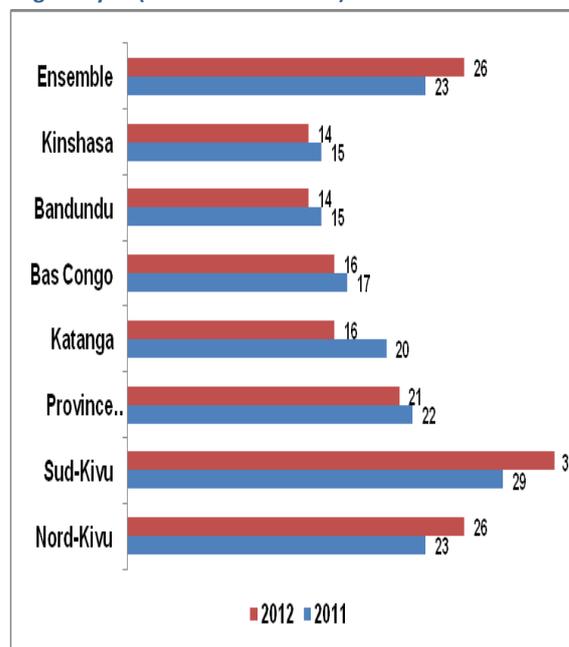
En 2012, cette province conserve la 1^{ère} place qu'elle partage avec la ville de Kinshasa, au regard des effectifs mascu-

lins qui y ont été rapportés au cours de l'année considérée (3% des cas respectivement). Ces cas s'apparentent probablement aux phénomènes de sodomisation, pédophilie ou d'autres pratiques malsaines qu'il importe de vérifier et en identifier les mobiles.

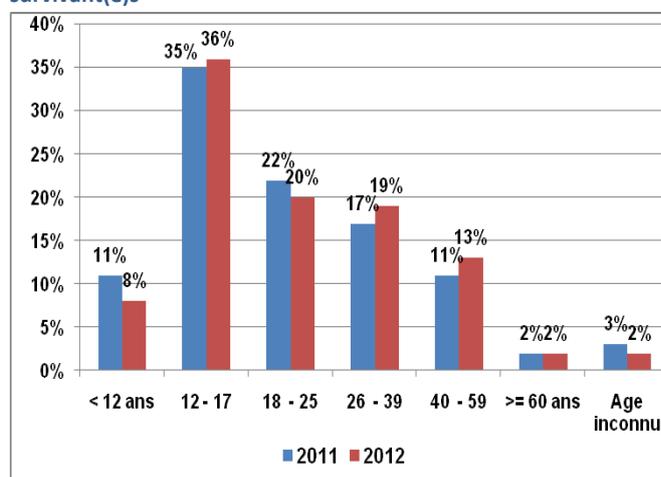
3.3.3. Age des survivant(e)s des VSBG

Globalement, les éléments du graphique No 7 mettent en évidence le caractère relativement jeune des personnes ayant survécu aux VSBG en zone non STAREC (Bandundu, Bas Congo, Katanga, et Kinshasa), comparativement à leurs semblables identifié(e)s en zone STAREC (Province Orientale, Nord Kivu et Sud Kivu). En moyenne, les survivant(e)s les plus jeunes se trouvent à Kinshasa et au Bandundu (15 et 14 ans pour les cas perpétrés en 2011 et 2012 respectivement), alors que leurs aîné(e)s (29 et 33 ans respectivement) résident au Sud Kivu. Par ailleurs, les statistiques accusent une baisse de l'âge moyen des survivant(e)s entre 2011 et 2012, excepté dans les deux Kivu où l'on observe plutôt une tendance inverse. Cette évolution de la survenue des VSBG selon le contexte (zone STAREC ou ailleurs) et en fonction de l'âge des survivant(e)s appelle des analyses plus approfondies, qui permettront d'améliorer les connaissances sur le comportement affiché par le phénomène étudié.

Graphique No 7 : Répartition des cas par province selon l'âge moyen (en années révolues)



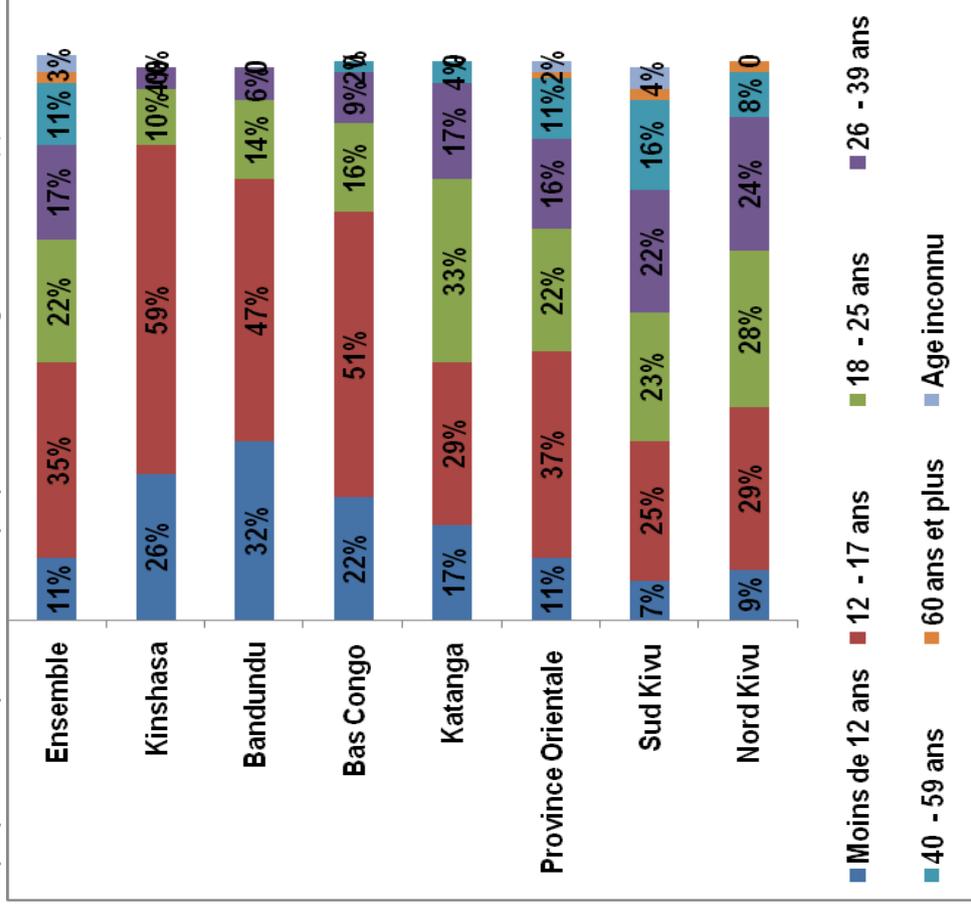
Graphique No 8 : Répartition des cas par tranche d'âges des survivant(e)s



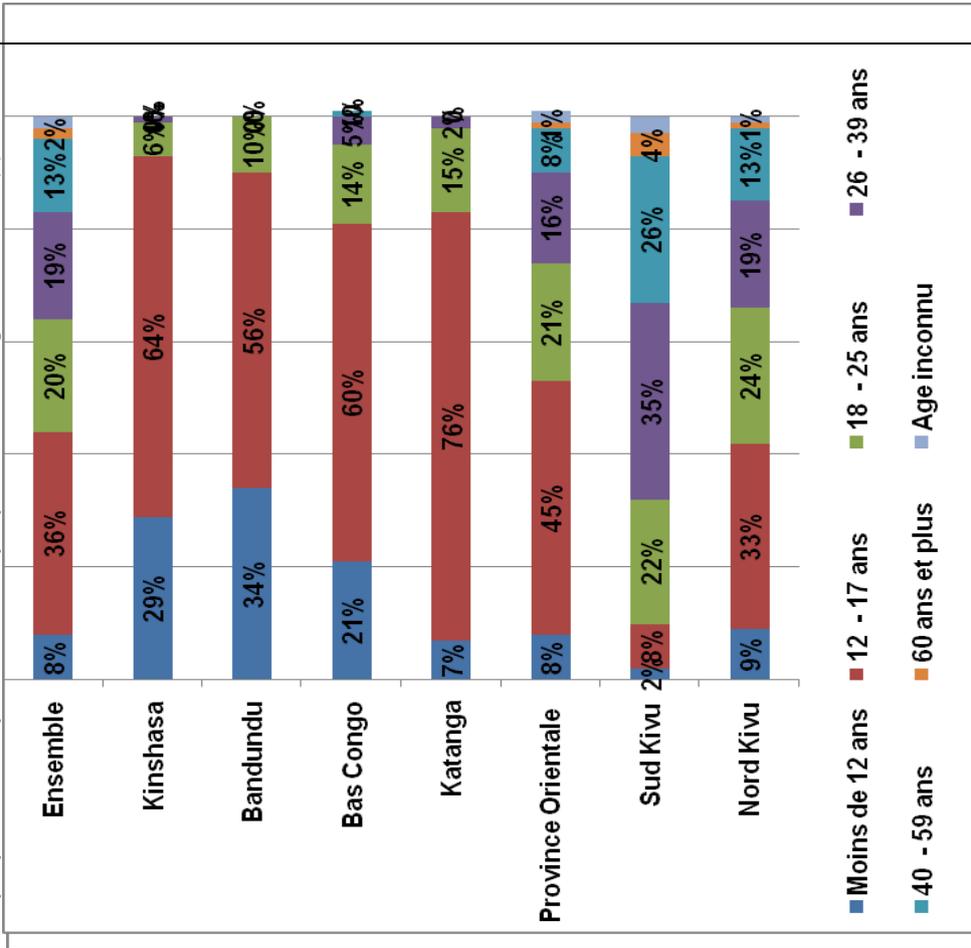
Comme on peut l'observer sur le graphique No 8, les personnes âgées de 12-17 ans et 18-25 ans ont été les plus touchées par les VSBG en 2011 et 2012. En effet, un cas rapporté sur trois concerne les survivant(e)s de la 1^{ère} tranche d'âges citée et un cas sur quatre représente ceux/celles de l'autre tranche d'âges. Au bout du compte, on s'aperçoit que les mineur(e)s (moins de 18 ans) constituent la couche de la population Congolaise la plus affectée par les affres des VSBG, en dépit de la baisse (du reste timide) de leur nombre entre 2011 (46%) et 2012 (44%).

Il ressort des graphiques Nos 9 et 10 qu'en 2011, les survivant(e)s âgé(e)s de 12-17 ans étaient les plus nombreux(ses) de tous les cas rapportés dans les provinces ciblées par l'étude, sauf au Katanga où ceux/celles de 18-25 ans étaient numériquement prédominant(e)s (36%). Quant aux moins de 12 ans, leur nombre était relativement moins élevé en zone STAREC qu'au reste du champ d'étude. Entre 2011 et 2012, on note un accroissement du nombre des 12-17 ans au détriment des moins de 12 ans, tranche d'âges dont les effectifs connaissent une baisse drastique en zone STAREC. Tel n'est pourtant pas le cas au Sud Kivu, où l'on observe par contre une baisse significative des effectifs chez les survivant(e)s de 12-17 ans et leurs cadet(te)s d'une part et une forte augmentation chez les 26-39 ans (de 22 à 35%) d'autre part.

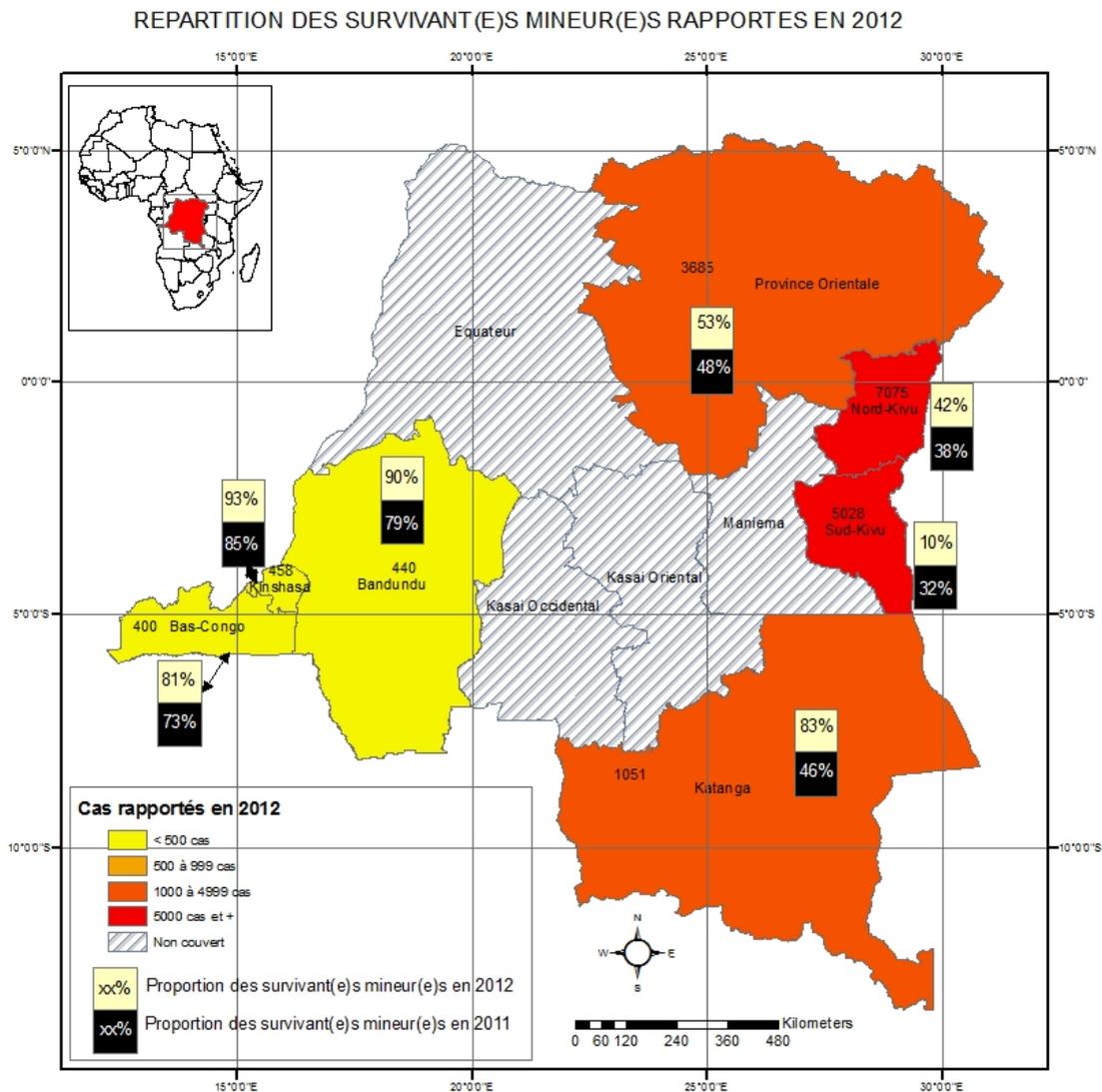
Graphique No 9 : Répartition des cas par province selon l'âge des survivant(e)s en 2011



Graphique No 10 : Répartition des cas par province selon l'âge des survivant(e)s en 2012



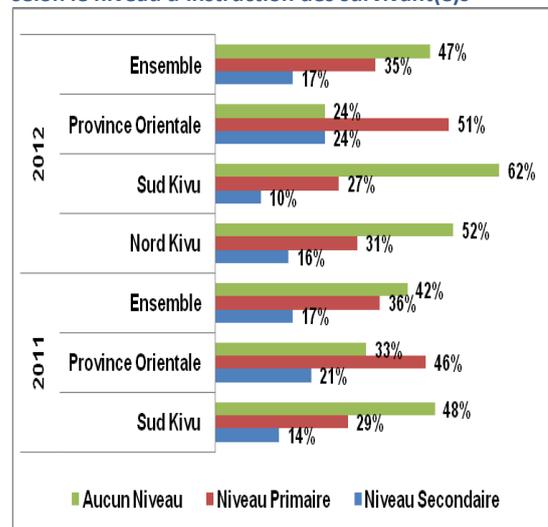
Carte No 2 : Répartition des survivant(e)s mineur(e)s rapporté(e)s en 2012



3.3.4. Niveau d'instruction des survivant(e)s des VSBG

Dans les deux Kivu, les actes de VSBG ont été commis plus chez les personnes non instruites que chez d'autres couches sociales (graphique No 11). En Province Orientale par contre, c'est plus les personnes scolarisées au niveau d'enseignement primaire qui ont payé les frais de ces actes déshonorants. Il importe de signaler que parmi les cas rapportés, on note l'absence des survivant(e)s formé(e)s dans les filières professionnelles ou instruit(e)s au niveau supérieur. Enfin, on note un accroissement remarquable des effectifs majoritaires susmentionnés, de 2011 à 2012. Le nombre des survivant(e)s sans instruction est ainsi passé de 48 à 62% au Sud Kivu, alors que celui des scolarisé(e)s au primaire est monté de 46 à 51%.

Graphique No 11 : Répartition des cas par province selon le niveau d'instruction des survivant(e)s

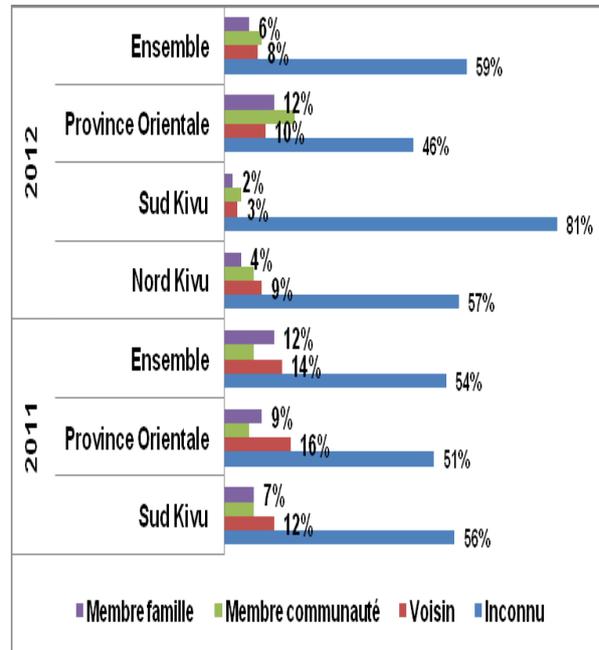


Globalement, la prédominance du nombre des survivant(e)s n'ayant pas franchi le cap du primaire conforte l'hypothèse qui confère aux VSBG un caractère essentiellement rural.

3.3.5. Lien social avec les auteurs présumés

Dans la majorité des cas rapportés et quelles que soient l'année ou la province considérées, les actes de VSBG ont été perpétrés par des inconnus (graphique No 12). Cette situation laisse penser au traumatisme psychique que ces actes sont susceptibles de provoquer chez les personnes qui les ont subis sous contrainte, du fait de l'inexistence de lien social avec les auteurs présumés. Les actes causés par des inconnus prennent de l'ampleur au Sud Kivu où leur nombre a sensiblement augmenté entre 2011 (56%) et 2012 (81%), comparativement à la situation observée en Province Orientale où ce nombre a baissé timidement (51% en 2011 contre 46% en 2012). En revanche, cette dernière province s'illustre par l'augmentation du nombre des cas perpétrés par les membres de la famille ou de la communauté. Enfin, le nombre des cas commis par les voisins des survivant(e)s n'est pas négligeable aussi bien au Nord Kivu qu'en Province Orientale.

Graphique No 12 : Répartition des cas par province selon le lien social avec l'auteur présumé

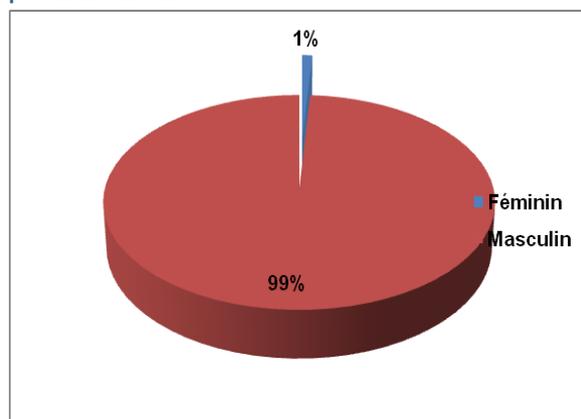


3.4. Caractéristiques sociodémographiques et profil des auteurs présumés

3.4.1. Caractéristiques sociodémographiques

- Sexe des présumés auteurs

Graphique No 13 : Répartition des cas selon le sexe des présumés auteurs



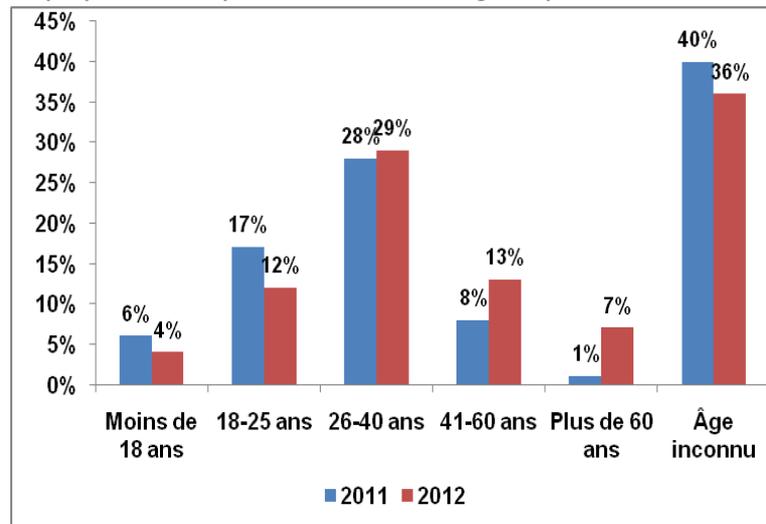
Comme on peut le lire sur le graphique No 13, les présumés auteurs des violences sexuelles et basées sur le genre sont majoritairement de sexe masculin.

- **Age des présumés auteurs des violences sexuelles basées sur le genre**

Comme on peut l’observer sur le graphique No 14, dans la majorité des cas (40% en 2011 contre 36% en 2012), les survivant(e)s ont éprouvé des difficultés pour estimer l’âge de leurs agresseurs.

Des cas pour lesquels ils(elles) ont pu estimer l’âge de leurs agresseurs, se dégage les tranches d’âge dans lesquels se recrutent les plus des présumés auteurs sont les 26-40 ans suivis des 18-25 ans et des 41-60 ans.

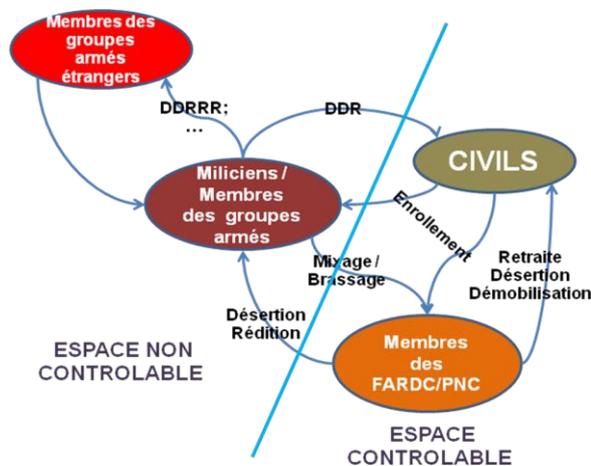
Graphique No 14 : Répartition des cas selon l’âge des présumés auteurs



3.4.2. Profil des auteurs présumés

Les présumés auteurs des VSBG appartiennent à l’une des quatre grandes catégories dont l’épicentre est constituée des miliciens et ou membres des groupes armés, comme indiqué sur le diagramme No1.

Diagramme No 1 : Référentiel des auteurs présumés



Sur ce diagramme, on constate que les miliciens ou groupes armés se constituent à partir des enrôlements des civils, des désertions des rangs des Forces Armées de la RDC (FARDC) ainsi que d’autres issus des groupes armés étrangers. Des opérations de mixage et ou brassage ont permis à un grand nombre de miliciens ou membres des groupes armés à devenir des membres des FARDC ou de la Police Nationale Congolaise (PNC). Certains parmi eux passent par les opérations de Désarmement, Démobilisation et Réintégration (DDR), pour redevenir des civils, avec la possibilité de reconversion en miliciens ; d’autres par celles de Désarmement, Démobili-

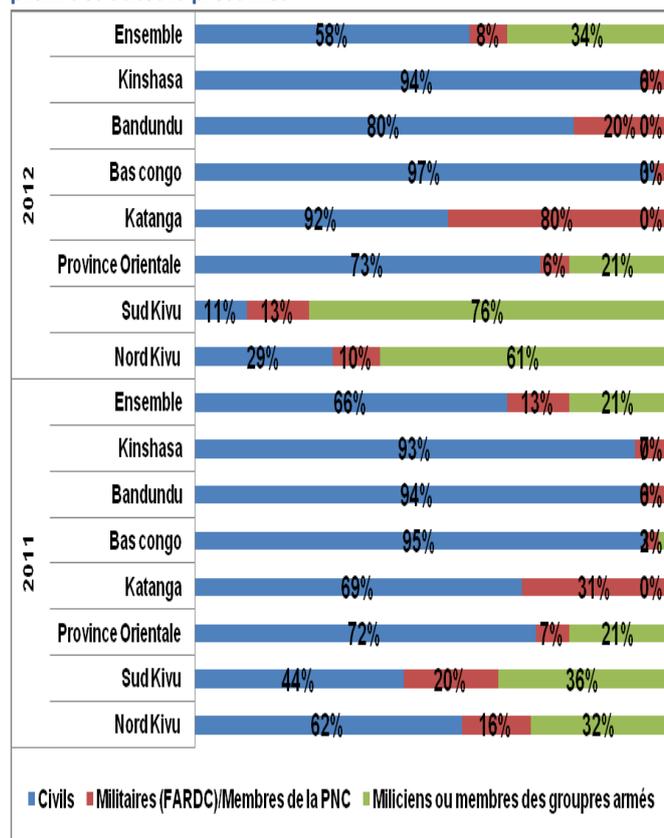
sation, Rapatriement, Réintégration et Réinsertion (DDRRR) pour retourner être réinstallé et réinséré dans leurs pays respectifs. Mais, à cause de la fluidité des frontières, un retour non contrôlé au sein des dites milices est possible. De ce sombre tableau, il ressort que les milices ou groupes armés subsistent ou se multiplient parce qu’ils trouvent leur compte en passant par différentes opérations de rétablissement de la paix en RDC, dans l’espoir d’accéder aux postes plus valorisants dans l’armée régulière (officiers supérieurs des FARDC, hauts responsables des services de renseignements...). Cette situation constitue en soi un élément motivant pour la création et l’entretien d’autres milices ou groupes armés.

Deux espaces se dessinent face aux pouvoirs publics : d'une part, un espace contrôlable, où se trouvent les éléments des FARDC et de la PNC ainsi que les civils et, d'autre part, un autre espace non contrôlable, occupé par les membres des groupes armés locaux et étrangers. Dans le deuxième espace, les présumés auteurs des violences basées sur le genre échappent aux poursuites des autorités congolaises. Cette situation est exacerbée par le manque d'organisation de l'armée nationale qui entrave le bon déroulement des opérations dites de brassage et mixage, dont l'objectif est d'amener les membres des groupes armés dans une position contrôlable par les pouvoirs publics. Faute de mécanismes pertinents de vérification lors de la réintégration des ex-combattants dans l'armée nationale, les éléments concernés par le brassage et le mixage intègrent et réintègrent le corps des FARDC en conquérants et avec toute leur capacité de nuisance qui leur permet de redevenir miliciens et se livrer de nouveau aux actes de pillages et VSBG (dont les viols collectifs). On pourrait aller jusqu'à croire qu'en RDC, les VSBG sont utilisés comme armes d'assujettissement et de paupérisation des peuples.

De 2011 à 2012, dans l'ensemble, on observe une diminution de l'ordre de 8 % dans la proportion des cas perpétrés par les civils (66% en 2011 contre 58% en 2012) et de 5 % dans la proportion des cas perpétrés par les membres des FARDC ou de la PNC (13% en 2011 contre 8% en 2012).

Paradoxalement pour la même période, on observe une augmentation de 13% dans la proportion des cas perpétrés par miliciens ou membres des groupes armés (21% en 2011 contre 34% en 2012). Le graphique No 15 fait ressortir l'influence des provinces dans ces statistiques d'ensemble et permet une classification des provinces en deux grands groupes :

Graphique No 15 : Répartition des incidents par province selon le profil des auteurs présumés



a) Les provinces où les violences sexuelles sont essentiellement liées aux conflits, avec pour spécificité la présence et la persistance des membres des groupes armés parmi les présumés auteurs. Ces provinces se caractérisent par une proportion des cas de GBV perpétrés par les miliciens allant de 21% (Province Orientale) à 76% (Sud Kivu). Dans cette catégorie se trouvent les trois provinces de la Zone STAREC (Nord Kivu, Sud Kivu et Province Orientale) ; et,

b) Les provinces dans lesquelles les membres des groupes armés n'ont pas influencé la survenue des GBV. C'est dans cette catégorie que se trouvent les provinces du Katanga, du Bandundu, du Bas Congo ainsi que la Ville de Kinshasa.

Une lecture plus attentive des statistiques contenues dans le graphique No 11 permet de dégager quatre zones :

- a) La zone Nord Kivu et Sud Kivu, caractérisée par une réduction drastique de la proportion des cas de VSBG commis par des civils et de ceux perpétrés par les éléments des FARDC ou de la PNC, en compensation d'une augmentation sensible du nombre de cas perpétrés par les membres des groupes armés. En effet, le passage de l'année 2011 à l'année 2012 a été marqué par la réduction presque de moitié de la proportion des cas de VSBG commis dont les civils se seraient rendus coupables au Nord Kivu (passant de 52% en 2011 à 29% en 2012), alors que la même proportion s'est réduite du quart au Sud Kivu (soit de 44% à 11%). Pour ce qui est du nombre de cas commis par les éléments des FARDC/PNC, elle s'est réduite de 6% (soit de 16% en 2011 à 10% en 2012), au moment où la proportion des cas perpétrés par les membres des groupes armés a presque doublé (soit de 32% à 62%). Cette situation s'apparente aux conséquences de l'insécurité due à la résurgence des milices et groupes armés dans cette partie du territoire national. On se souviendra en effet que c'est au cours de l'année 2012 que le M23 a conquis le territoire de Rutshuru ainsi que la Ville de Goma au Nord Kivu, ville qu'il a été forcé de quitter quelques semaines plus tard suite à une pression internationale.
- b) Un état stationnaire des proportions des présumés auteurs des GBV : la présence des miliciens comme présumés auteurs des GBV est un indicateur pertinent synonyme d'un calme précaire, susceptible de conduire subitement à une situation sécuritaire inquiétante et occasionner ainsi des nouveaux cas de violences basées sur le genre. Ce cas de figure concerne la Province Orientale, où la proportion des cas perpétrés par des civils a gagné 1 point, passant de 72% en 2011 à 73% en 2012. En revanche, ce point gagné est compensé par la diminution de la proportion des cas perpétrés par les éléments des FARDC ou de la PNC (soit 7% en 2011 contre 6% en 2012). Ce résultat laisse penser au redoublement des efforts fournis par le Gouvernement dans la sensibilisation des hommes/femmes en uniforme en matière de lutte contre les violences sexuelles et basées sur le genre. On notera que la proportion des cas de VSBG commis par les membres des groupes armés/milices est restée stationnaire à 21% durant les deux années de référence.
- c) Une réduction de la proportion des cas perpétrés par des civils ; et, en contre partie, une augmentation de celle des cas perpétrés par les membres des FARDC ou de la PNC : cas de la Province du Bandundu. Les 14% perdus dans la proportion des présumés auteurs civils (94% en 2011 contre 80% en 2012) ont été la contrepartie du gain dans la proportion des cas perpétrés par les membres des FARDC ou de la PNC (6% en 2011 contre 20% en 2012). Une analyse des affectations et ou mutations opérées en 2012 au niveau du commandement et des troupes au Bandundu apporterait des réponses aux interrogations suscitées par l'évolution de cet indicateur ; et, surtout, dégagerait les éventuels liens avec les réintégrations successives des ex-combattants dans l'armée nationale.
- d) Une augmentation de la proportion des cas perpétrés par des civils ; et, en contre partie, une diminution de celle des cas perpétrés par les membres des FARDC ou de la PNC, les provinces du Bas Congo, du Katanga ainsi que la Ville Province de Kinshasa se trouvent dans ce panneau.

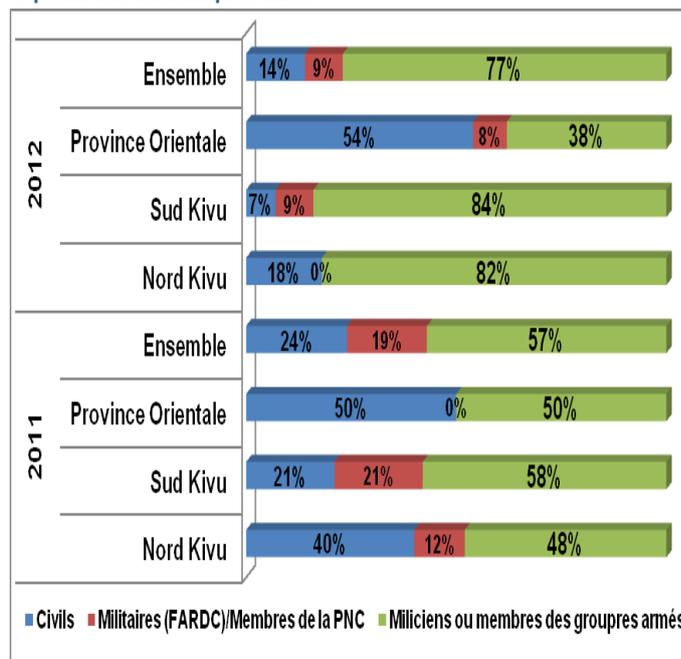
C'est des actions à mener sur les présumés auteurs des VSBG que dépend le nouveau récit éditable pour la RD Congo : un pays où les droits fondamentaux des citoyens en général et des femmes et des filles en particulier sont respectés, un pays où les VSBG conjoncturelles ont été éradiquées et les VSBG structurelles circonscrites, documentées et suivies ; et, les survivant(e)s accompagné(e)s par une prise en charge holistique effective, ... Bref, un pays où il fait beau de vivre.

L'atteinte de cet idéal nécessite que des mécanismes pertinents de connaissance et de partage de toutes les informations sur les présumés auteurs soient étudiés. Quelle connaissance dispose t-on des auteurs présumés des VSBG sur les personnes d'âge supérieur à 60 ans ? Quelle est la répartition des auteurs présumés en tenant compte du lieu et ou du moment de perpétration des incidents ?, ... Les réponses à ce genre d'interrogations se trouvent dans le croisement des variables. Ce rapport fournit quelques éléments de réponse à la première interrogation.

- **Les présumés auteurs des VSBG perpétrés sur les personnes d'âge supérieur ou égal à 60 ans (les 60 ans et plus)**

Un focus sur les données des VSBG perpétrées sur des personnes d'âge supérieur ou égal à 60 ans (2% de l'ensemble des survivant(e)s), montre que ce type de VSBG est perpétré seulement dans les zones sous et ou post conflits pour lesquelles le passage de l'année 2011 à l'année 2012 est caractérisé par une diminution de 10% dans les proportions respectives des cas perpétrés par des civils (24% en 2011 contre 14% en 2012) et membres des FARDC/PNC (19% en 2011 contre 9% en 2012) ; et, théorie des vases communicant oblige, une augmentation de 20% dans la proportion des cas perpétrés par les miliciens.

Graphique No 16 : Répartition des 60 ans et plus par province selon le profil des auteurs présumés



Les contributions respectives de chacune des trois provinces ressortent clairement des statistiques du graphique No 16.

Pour les provinces du Nord et du Sud Kivu, le passage de l'année 2011 à l'année 2012 est couronné par une forte augmentation numérique des cas perpétrés par les miliciens ou membres des groupes armés chez les 60 ans et plus. La Province du Nord Kivu, avec ses 34% d'augmentation (48% en 2011 contre 82% en 2012), occupe la première place ; et, la deuxième place revient à la Province du Sud Kivu pour laquelle la proportion des cas perpétrés par les membres des groupes armés a augmenté de 26% (58% en 2011 contre 84% en 2012).

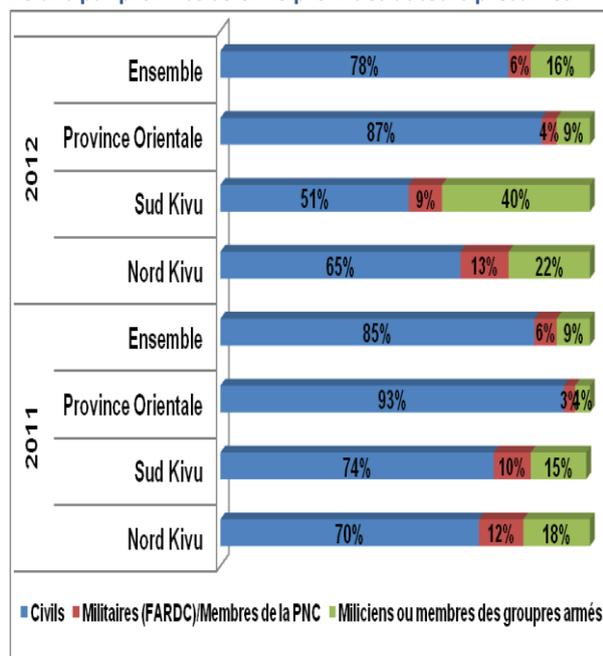
Les retombés sur les deux autres catégories des présumés auteurs se présentent en terme de perte en points, ce qui est logique. Pour le Nord Kivu, la proportion des présumés auteurs civils en a perdu 22 (40% en 2011 contre 18% en 2012) et celle des présumés auteurs membres des FARDC/PNC s'est vue totalement déplumée en perdant tous ses 12 points (12% en 2011 contre 0% en 2012). Pour le Sud Kivu, la somme de points gagnés par les milices ou groupes armés (26%) se répartit en 14% pour la proportion des présumés auteurs civils (21% en 2011 contre 7% en 2012) et 12 % pour les présumés auteurs des VSBG membres des FARDC/PNC (21% en 2011 contre 9% en 2012). Les désertions dans les rangs des FARDC pour renflouer les rangs des groupes armés ainsi que les enrôlements des civils pour la même cause, pourraient expliquer les va et vient observés, théorie des vases communicant oblige, au niveau de ces indicateurs.

Par contre, la Province Orientale se singularise par une situation presque diamétralement opposée : augmentation de 8% dans la proportion des cas perpétrés par les membres des FARDC/PNC (0% en 2011 contre 8% en 2012) et de 4% dans celle des cas perpétrés par les civils (50% en 2011 contre 54% en 2012) ; avec, une compensation en termes de diminution de 12 % dans la proportion des cas perpétrés par les membres des groupes armés. Une analyse des affectations et ou mutations opérées en 2012 au niveau du commandement et des troupes en Province Orientale couplée à une analyse sur les retombés des programmes DDR apporteraient des réponses aux interrogations suscitées par l'évolution de cet indicateur.

Les présumés auteurs des VSBG perpétrés sur les personnes d'âge supérieur à 60 ans sont à plus de 75% essentiellement des miliciens et ou membres des groupes armés. Il s'agit là des VSBG essentiellement conjoncturelles car liées à une situation d'insécurité et de guerre entretenue par la faible capacité d'un l'Etat à assumer ses fonctions régaliennes.

- **Les présumés auteurs des VSBG perpétrés sur les moins de 18 ans (46% de l'ensemble de survivant(e)s des VSBG en 2011 et 44% en 2012)**

Graphique No 17 : Répartition de survivant(e)s de moins de 18 ans par province selon le profil des auteurs présumés



Comme on peut l'observer sur le graphique 17, dans les trois provinces (Sud Kivu, Nord Kivu et Province Orientale), la supériorité numérique des présumés auteurs civils des VSBG perpétrés sur les moins de 18 ans est accordée aux civils (85% en 2011 contre 78% en 2012) ; suivis directement des miliciens et ou membres des groupes armés (9% en 2011 contre 16% en 2012), puis et enfin des membres des FARDC et ou de la PNC (6% en 2011 contre 6% en 2012).

Une analyse de ces statistiques montre que de façon générale, le passage de l'année 2011 à l'année 2012 est caractérisé par une diminution de 7% dans la proportion des cas des moins de 18 ans perpétrés par les civils ; et, une augmentation de 7% dans la proportion des cas de moins de 18 ans perpétrés par les miliciens ou membres des groupes armés.

Lorsqu'on prend en compte les particularités des données respectives des provinces, on s'aperçoit que la proportion des cas perpétrés sur les moins de 18 ans par les miliciens ou membres des groupes armés au Sud Kivu a augmenté de 25% en passant de 15% en 2011 à 40% en 2012 ; au Nord Kivu, elle a subi une augmentation de 4% et est passé de 18% en 2011 à 22% en 2012 ; et, en Province Orientale, cette augmentation est de 5% (4% en 2011 contre 9% en 2012).

L'évolution de cet indicateur est très préoccupante et nécessite qu'une stratégie réponse soit vite mise en place pour enrayer, si cela était possible, toutes les milices ou groupes armés opérationnels à l'Est de la RDCongo. Il se dégage que dans l'ensemble, le phénomène des VSBG en RDC est un phénomène structurel amplifié par les effets conjoncturels conséquences de l'insécurité entretenue par les milices ou groupes armés.

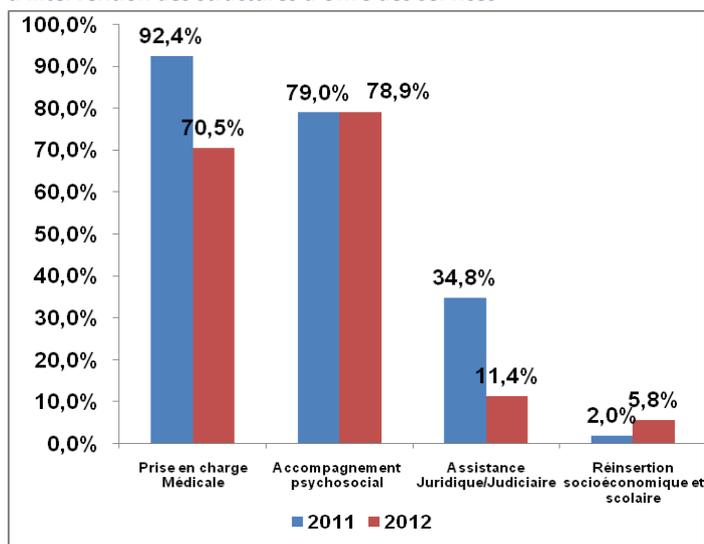
4. SERVICES OFFERTS AUX SURVIVANT(E)S ET ACTIONS PRÉVENTIVES ENTREPRISES

Les survivant(e)s des VSBG ont fréquenté des structures d'offre des services qui se répartissent dans quatre principaux volets d'intervention, à savoir :

- La prise en charge médicale
- L'accompagnement psychosocial
- L'assistance judiciaire et juridique
- La réinsertion socioéconomique et scolaire.

La majorité des cas incidents rapportés en 2011 et en 2012 a été reçue dans les structures d'offre de services médicales et d'accompagnement psychosocial (Graphique No 18). Les structures relevant du volet judiciaire et juridique ont été les moins fréquentées (34,8% en 2011 contre 11,4% en 2012). On observe une faible proportion des survivant(e)s qui ont été réinséré(e)s sur le plan socioéconomique. Cette situation est en partie due au fait que les survivant(e)s aux GBV des provinces de Bandundu, du Bas Congo et du Katanga ainsi que ceux(celles) de la ville province de Kinshasa n'ont pas bénéficié des services de réinsertion socioéconomique.

Graphique No 18 : Répartition des cas incidents par volet d'intervention des structures d'offre des services



Les structures de prise en charge médicale viennent en tête avec un taux de fréquentation de 92,4 % de tous les cas incidents rapportés en 2011 contre 70,5% en 2012. Le taux de fréquentation des structures d'accompagnement psychosocial est de 79,0% en 2011 contre 78,9% en 2012. Le graphique No 18 donne un aperçu de cette situation. Les difficultés d'accès aux zones sous contrôle des milices ou groupes armés pourraient être mises à contribution pour expliquer cette baisse de prise en charge observée dans les deux volets.

Cette tendance générale qui corrobore avec celle de la Province de Bandundu ainsi que de la Ville province de Kinshasa, occulte les particularités sur la prise en charge des survivant(e)s des SGBV dans les autres provinces pour lesquelles trois cas de figure nécessitent d'être épinglés :

- Cas de la province Orientale : au cours des deux années de référence, les survivant(e)s des SGBV ont fréquenté plus les structures d'accompagnement psychosocial que celles offrant des services dans d'autres domaines d'intervention ;
- Cas des provinces du Nord Kivu et du Katanga : lesquelles, en termes de fréquentation des structures par les survivant(e)s des SGBV, la supériorité numérique est accordée aux structures de prise en charge médicale en 2011 et aux structures d'accompagnement psychosocial en 2012 ;
- Cas de la province du Bas Congo pour laquelle l'année 2011 se caractérise par une légère supériorité numérique de la fréquentation des structures œuvrant dans le volet de prise en

charge médicale sur les autres volets ; et, l'année 2012, la fréquentation des structures d'assistance juridique/judiciaire prend l'avantage sur non seulement les structures de d'accompagnement psychosocial mais aussi sur celles assurant de prise en charge médicale.

Une simple addition effectuée sur les taux de fréquentation des structures de prise en charge de quatre volets restitue une valeur supérieure à l'unité. Cette situation sous-entend que quelques-uns (unes) des survivant(e)s ont eu droit à plus d'un service. Le tableau No 2 fournit des détails sur la répartition des cas incidents par type de prise en charge, survenus respectivement en 2011 et en 2012.

Tableau No 2 : Répartition des survivant(e)s par type de prise en charge en 2011 et en 2012

No	Type de prise en charge des Survivant(e)s	Prise en charge en 2011	Prise en charge en 2012
1	Prise en charge médicale	15,9%	34,0%
2	Accompagnement psychosocial	6,7%	21,9%
3	Réinsertion socioéconomique et scolaire	0,0%	0,5%
4	Assistance Juridique/Judiciaire	4,0%	1,9%
5	Prise en charge médicale et Accompagnement psychosocial	36,3%	27,8%
6	Prise en charge médicale et Réinsertion socioéconomique	0,0%	0,0%
7	Prise en charge médicale et Assistance Juridique/Judiciaire	4,0%	1,4%
8	Assistance Juridique/Judiciaire et Réinsertion socioéconomique et scolaire	0,0%	0,0%
9	Accompagnement psychosocial et Réinsertion socioéconomique et scolaire	0,7%	2,3%
10	Accompagnement psychosocial et Assistance Juridique/Judiciaire	1,5%	2,8%
11	Accompagnement psychosocial, Assistance Juridique/Judiciaire et Réinsertion socio économique et scolaire	0,0%	0,8%
12	Prise en charge médicale, Assistance Juridique/Judiciaire et Réinsertion socio économique et scolaire	0,0%	0,0%
13	Prise en charge médicale, Accompagnement Psychosocial et Réinsertion socio économique et scolaire	1,3%	0,5%
14	Prise en charge médicale, Accompagnement Psychosocial et Assistance Juridique/Judiciaire	29,5%	6,0%
15	Prise en charge médicale, Accompagnement Psychosocial, Assistance Juridique/Judiciaire et Réinsertion socio économique et scolaire	0,0%	0,1%
	Total	100,00%	100,00%

Trois tendances ressortent des statistiques contenues dans ce tableau : (a) l'augmentation, (b) la stagnation ou (c) la réduction du taux de fréquentation des structures de prise en charge des survivant(e)s. On regroupe dans la première catégorie, les types de prise en charge numérotés 1, 2, 3, 9, 10, 11 et 15 ; dans la deuxième catégorie, les types de prise en charge numérotés 6 et 8 ; et enfin, dans la troisième catégorie les types de prise en charge numérotés 4, 5, 7, 13 et 14.

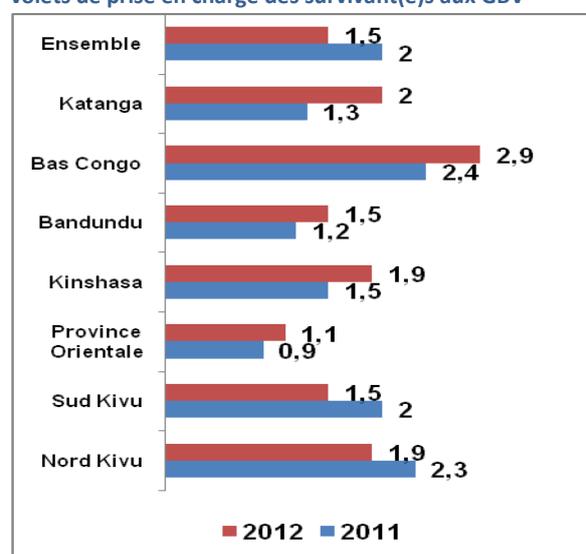
On constate par exemple que la proportion des survivant(e)s bénéficiaires d'une prise en charge médicale uniquement est passée de 15,9% en 2011 à 34,0% en 2012. Dans le même ordre d'idées, on observe une diminution de 8,5% dans la proportion des survivant(e)s bénéficiaires d'une prise en charge médicale couplée d'un accompagnement psychosocial (36,3% en 2011 contre 27,8% en 2012). De façon générale, le nombre de volets de prise en charge fréquentés par les survivant(e) semble avoir été revu à la baisse en 2012, comparativement à la situation observée en 2011. Le tableau No 3 reprend les proportions des cas pris en charge en fonction du nombre des services reçus.

Tableau No 3 : Répartition des cas pris en charge en fonction du nombre de volets de prise en charge des survivant(e)s

Nombre de volets	Les survivant(e)s ont bénéficié de(s) service(s) dans	2011	2012
0	aucun des volets de prise en charge	0,0%	0,0%
1	un seul des quatre volets de prise en charge	26,6%	58,3%
2	deux des volets de prise en charge	42,5%	34,3%
3	trois des volets de prise en charge	30,8%	7,3%
4	les quatre volets de prise en charge	0,0%	0,1%
Total		100,00%	100,00%

L'analyse des données ainsi transformées permet de voir que le passage de l'année 2011 à l'année 2012 a été caractérisée par la réduction de 27% du nombre moyen de volets offrant les services aux survivant(e)s qui est passé de 2,0 en 2011 à 1,5 en 2012. Comme pour dire qu'en termes de prise en charge, les résultats des cas incidents des GBV ont été meilleurs en 2011 qu'en 2012. Ce résultat a été fortement influencé par le poids des données issues des Provinces à taux de croissance négatif, Nord Kivu (-17%) et Sud Kivu (-25%), car toutes les autres provinces présentent des taux de croissance positifs allant de 21 (Bandundu) à 54% (Province du Katanga). Le graphique No 19 en donne l'aperçu.

Graphique No 19: Evolution des moyennes provinciales de volets de prise en charge des survivant(e)s aux GBV



Ainsi, dans le contexte de la République Démocratique Congo, la prise en charge holistique sera réalisée beaucoup plus sur une période plus longue qu'une année. Un examen de toutes les données de prise en charge des survivant(e)s confirme cette hypothèse. Aussi, il est normal que, d'année en années, par le fait de la maîtrise due aux expériences accumulées par les prestataires, la prise en charge des survivant(e)s devrait s'améliorer.

En termes d'indicateurs, cette situation devrait être ressortie par l'augmentation, jusqu'à saturation lors de l'atteinte de l'équilibre, de la proportion des survivant(e)s bénéficiaires de plus d'un service ; et, à termes, de la prise en charge holistique. La mise en place des « VSBG ONE STOP CENTER » pourrait permettre d'optimiser la période d'atteinte du niveau de saturation ; mais, les effets de stigmatisation qui en résulteraient imposent à une réflexion différente.

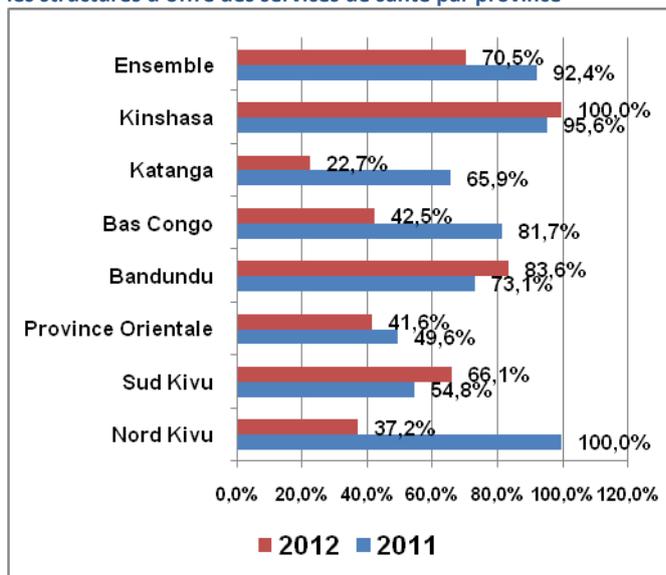
L'atteinte de ce niveau de performance passera obligatoirement par la définition et la mise en place des structures disposant d'un minimum de services intégrés capables d'assurer aux survivant(e)s des VSBG, une prise en charge holistique. Lorsque l'on prend en compte les contraintes propres au système judiciaire auxquelles on associe l'obligation dans les 80 voire 90% des cas (proportion des viols parmi les cas des VSBG survenus), du passage obligatoire des survivant(e)s dans les structures de prise en charge médicale ; on s'aperçoit de la nécessité du greffage des services

d'accompagnement psycho social et d'assistance juridique aux services des structures de prise en charge médicale. Et, comme pour les kit PEPs, la complétude de la solution 'structure de prise en charge holistique', dépendra du pré-positionnement auprès de ces structures des kits de réinsertion socio économique et scolaire. La mise en place d'une telle solution permettra la réalisation d'une vraie assistance multisectorielle (AMS), améliorera la qualité des services rendus aux survivant(e)s des GBV, favorisera la complétude des dossiers de collecte des données des cas VSBG survenus et en optimisera le délai de réponse aux demandes en données et informations sur les cas des VSBG. Il est anormal que des survivant(e)s attendent jusqu'à deux voire trois années après l'exposition et la survenue de l'événement de VSBG, pour voir enfin une assistance juridique et ou une réinsertion socio économique ou scolaire.

4.1 Prise en charge médicale

Le volet médical est considéré comme la principale porte d'entrée des survivant(e)s aux VSBG, en raison de la prédominance des viols parmi les cas de VSBG perpétrés (dont certains causent des déchirures chez les survivant(e)s) qui nécessitent des examens et soins médicaux

Graphique No 20 : Répartition des survivant(e)s ayant fréquenté les structures d'offre des services de santé par province



Deux cas de figure ressortent de la lecture des éléments contenus dans le graphique No 20, relatif à l'évolution de l'accès des survivant(e)s des SGBV aux services de santé dans les structures ayant rapporté les cas pris en charge en 2011 et 2012 :

- a) La croissance du taux de fréquentation des structures de prise en charge médicale par les survivant(e)s des SGBV dans les provinces du Sud Kivu (54,8% en 2011 contre 66,1%), du Bandundu (73,1% en 2011 contre 83,6%) et de Kinshasa (95,6% en 2011 contre 100,0%) ;
- b) La décroissance du taux de fréquentation des structures de prise en charge médicale par les survivant(e)s des SGBV dans les provinces du Nord Kivu (100,0% en 2011 contre 37,2%), du Bas Congo (81,7% en 2011 contre 42,5%), du Katanga et de la Province Orientale (49,6% en 2011 contre 41,6%).

Le cas de croissance du taux de fréquentation des structures de prise en charge médicale par les survivant(e)s des VSBG pourrait traduire les progrès de sensibilisation de la population, l'accroissement du nombre d'acteurs impliqués dans le prise en charge médicale ainsi que le renforcement de l'appui aux structures relevant de ce domaine d'intervention. Par contre, l'inaccessibilité de certaines zones, le faible taux de rapportage des structures de prise en charge médicale, l'insuffisance et/ou le manque des intrants sont quelques-uns des éléments pouvant expliquer la baisse du taux de fréquentation des structures d'offre des services médicales ; mais, des études spécifiques pourraient fournir des éléments beaucoup plus probants à l'explication de ce phénomène.

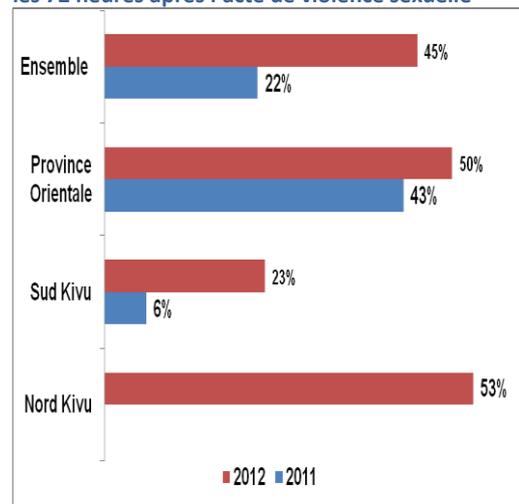
Les survivant(e)s des SGBV ont bénéficié de deux types de prise en charge médicale : la prise en charge curative et la prise en charge préventive. Les données et informations y relatives ont été collectées seulement au Nord Kivu, au Sud Kivu et en Province Orientale.

4.1.1 Cas reçus dans les 72 heures après l'acte de violence sexuelle

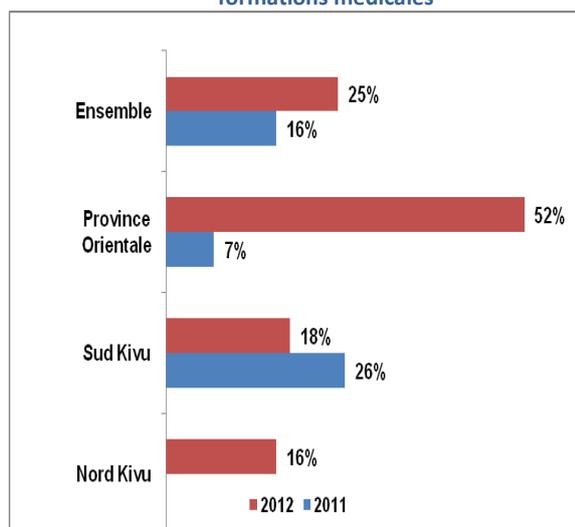
Parmi les survivant(e)s reçu(e)s dans les structures médicales, on distingue ceux/celles qui se sont présenté(e)s dans les 72 heures qui ont suivi l'acte de violence sexuelle dont ils/elles sont victimes. Le respect de ce délai leur permet d'éviter les grossesses, les infections sexuellement transmissibles (IST) et le VIH/SIDA, grâce à la trousse de Prophylaxie Post Exposition (PPE) mise à leur disposition par les prestataires des soins.

Comparativement à 2011, le graphique No 21 indique une augmentation de la proportion des « cas de 72 heures »¹¹ fréquentant les structures médicales : 17% au Sud Kivu (6% en 2011 contre 23% en 2012) et 7% en Province Orientale (43% en 2011 contre 50% en 2012). Au Nord Kivu, le fait de ne disposer que des données de 2012 sur les cas reçus dans les 72 heures (53%) ne permet pas d'en apprécier l'évolution au cours des deux années de référence. De manière globale, l'augmentation du nombre de cas de 72 heures ayant reçu le PEP Kit peut traduire des progrès enregistrés dans la sensibilisation de la population et la formation des acteurs de terrain sur les VSBG, dont l'impact conduit souvent à la dénonciation des cas et à leur orientation vers les structures d'offre des services.

Graphique No 21 : Evolution des cas reçus dans les 72 heures après l'acte de violence sexuelle



Graphique No 22 : Evolution des cas de 72 heures non bénéficiaires des PEP Kits dans les formations médicales



Quelle que soit l'année de référence considérée, le graphique No 22 montre qu'une frange non négligeable des cas de 72 heures n'a pas reçu de PEP Kit.

En effet, la non satisfaction de la demande en PEP Kit est en forte croissance en Province Orientale (7% en 2011 contre 52% en 2012) mais plutôt en baisse au Sud Kivu (26% en 2011 contre 18% en 2012). En 2012, la proportion des cas n'ayant pas reçu de PEP Kit dans les 72 heures s'élève à 16% au Nord Kivu. Le fait d'observer certains cas de 72 heures non traités au PEP Kit renvoie à l'indisponibilité des intrants dans les formations sanitaires, situation qui peut s'expliquer par la rupture, l'insuffisance ou l'épuisement des stocks.

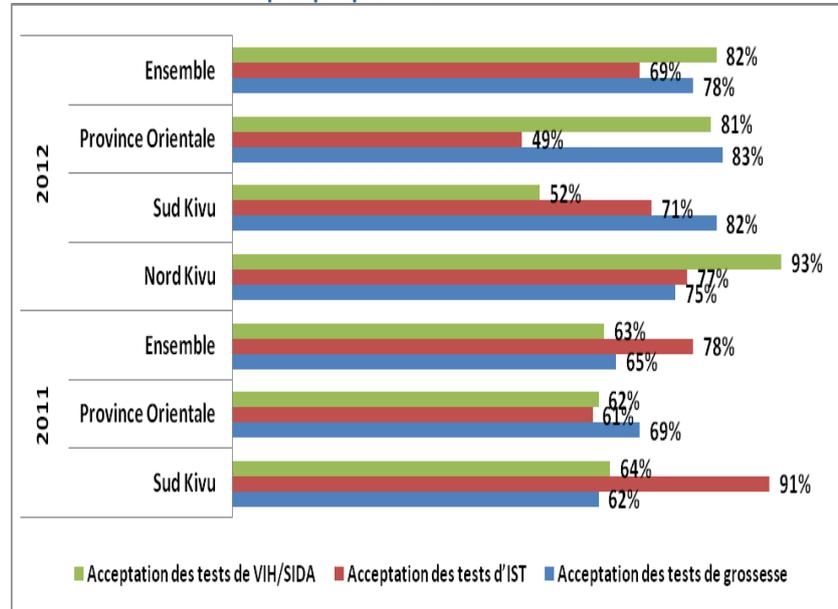
¹¹ C.à.d. cas de violences sexuelles enregistrés dans les structures sanitaires dans le délai requis pour l'utilisation du PEP Kit.

Des efforts notables sont donc à déployer pour assurer totalement la prise en charge médicale de ces cas spécifiques de violences basées sur le genre.

4.1.2 Examens cliniques et tests proposés

Quelles que soient l'entité administrative et l'année considérées, on constate que plus de la moitié des survivant(e)s ont accepté les examens cliniques et tests qui leur ont été proposés (graphique No 23). Leur comportement renvoie à une prise de conscience de leur situation qui nécessite des soins appropriés, suite aux conseils prodigués par les prestataires des services et aux efforts de sensibilisation déployés au sein de la population.

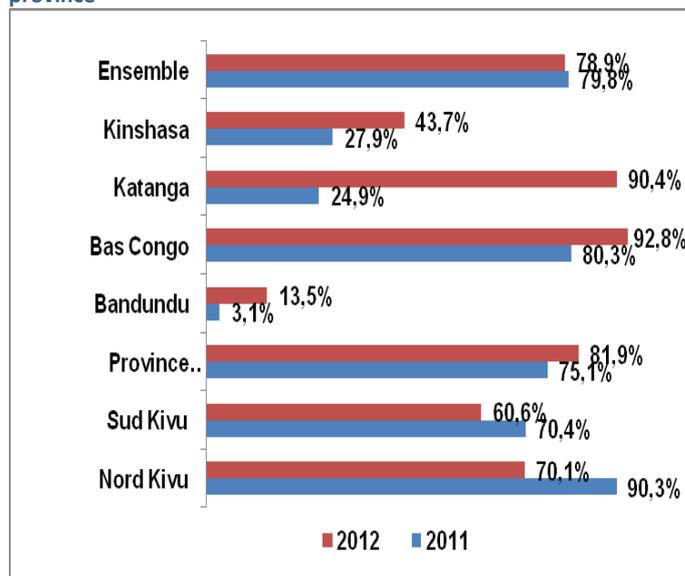
Graphique No 23 : Répartition des survivant(e)s ayant accepté les examens cliniques par province



4.2 Accompagnement psychosocial

Dans les zones d'intervention, l'accompagnement psychosocial a consisté à des séances de réconfort moral assorties des méthodes appropriées pour atténuer ou mettre fin au traumatisme (écoute active, participation dans des groupes de soutien, médiation familiale/sociale...).

Graphique No 24 : Répartition des survivant(e)s des SGBV ayant bénéficié des services d'accompagnement psycho social par province



La répartition des survivant(e)s qui ont fréquenté des SGBV qui ont fréquenté les structures d'offre des services d'accompagnement psychosocial en 2011 et 2012 est présenté dans le graphique No 24.

D'une manière générale, le nombre des survivant(e)s des SGBV reçu(e)s dans les structures d'accompagnement psychosocial reste élevé, bien qu'ayant relativement baissé entre 2011 (79,8%) et 2012 (78,9%). Cependant, le fait que ce nombre soit très faible dans la province du Bandundu devrait interpeller les acteurs œuvrant dans la lutte contre les SGBV.

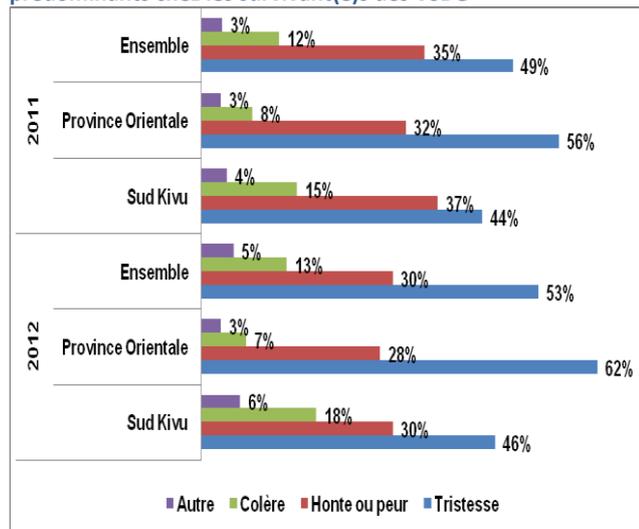
L'analyse des données collectées au Nord Kivu, au Sud Kivu et en Province Orientale fait ressortir quelques détails sur les services d'accompagnement psycho social offerts aux survivant(e)s des VSBG.

4.2.1 Sentiments prédominants chez les survivant(e)s des VSBG

Lors de la survenue des VSBG, les survivant(e)s courent un grand risque de problèmes de santé mentale en raison d'un certain nombre d'interrogations qu'ils(elles) se posent sur leur véritable place dans le monde social, la raison d'être de leur propre existence dans la société, leur devenir individuel ; en somme, il se pose un problème d'identité sociale ; et, ceci sera perceptible au travers des sentiments qu'ils(elles) auront à manifester.

Quels que soient l'année et la province (Province Orientale et Sud-Kivu), les sentiments prédominants manifestés par les survivant(e)s des VSBG se présentent dans l'ordre : tristesse, honte ou peur, colère et autre dans lequel se trouve en bonne place le refus de parler ; avec une prédominance des deux premiers sentiments (la tristesse (53% en 2011 contre 49% en 2012) et la honte ou la peur (30% en 2011 contre 35% en 2012)) suivis de la colère.

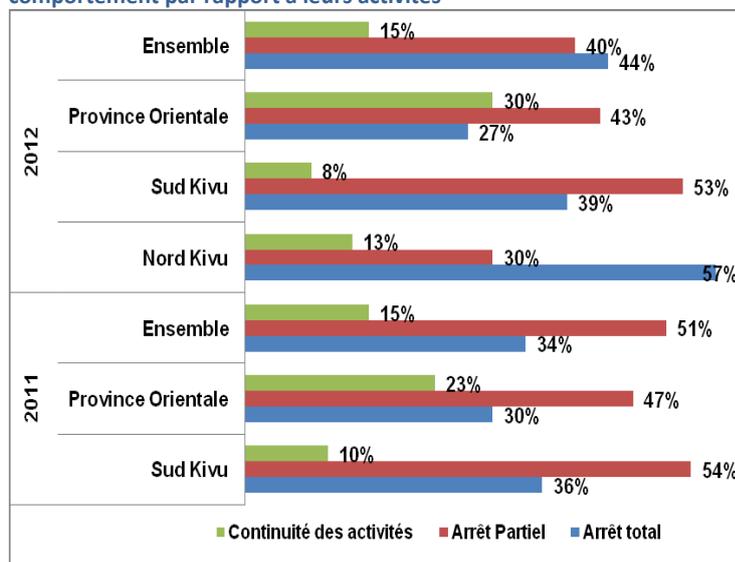
Graphique No 25 : Répartition des cas selon les sentiments prédominants chez les survivant(e)s des VSBG



4.2.2 Niveau de continuité des activités antérieures des survivant(e)s des SGBV

Les statistiques du graphique No 26 montrent que dans la majorité des cas, les survivant(e)s des SGBV arrêtent totalement ou partiellement les activités qu'ils(elles) exerçaient avant de subir des actes ignobles et déshumanisants de SGBV.

Graphique No 26 : Répartition des survivant(e)s par province selon le comportement par rapport à leurs activités



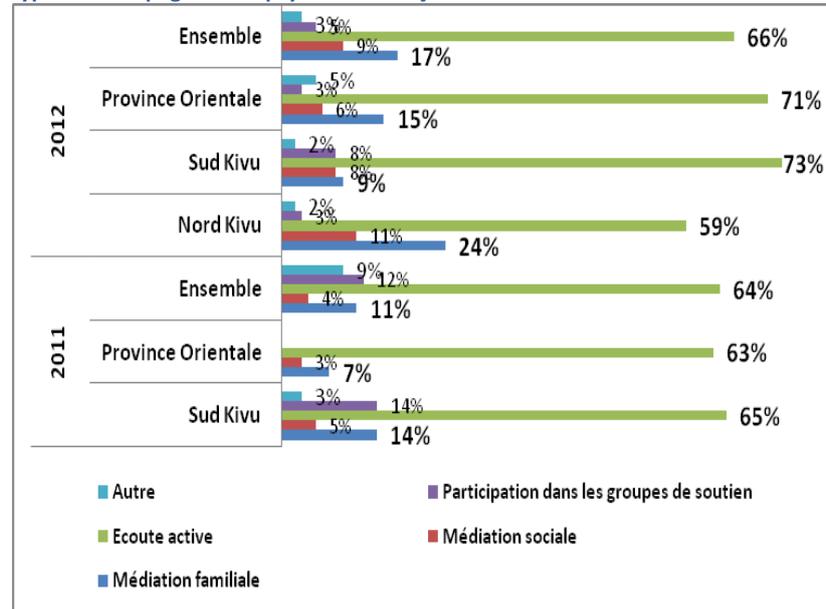
En 2012, la proportion des survivant(e)s des SGBV qui ont abandonné totalement ou partiellement leurs activités habituelles s'est accru de 2% au Sud Kivu en passant de 90% à 92% ; et, a diminué de 7% en Province orientale en passant de 77% à 70%. Pour le Nord Kivu, cette proportion s'est fixée à 87% en 2012.

La proportion des survivant(e)s des SGBV qui ont pu continuer avec leurs activités est passé au Sud Kivu, de 10% en 2011 à 8% en 2012, contrairement en Province Orientale où elle accuse une augmentation.

4.2.3 Type d'accompagnement psychosocial accordé aux survivant(e)s des VSBG

L'écoute active (64% en 2011 contre 66% en 2012) est la méthode d'accompagnement psychosocial qui a été le plus utilisée pour remonter le moral des survivant(e)s des SGBV dans les trois provinces qui ont fourni les données dans ce domaine d'intervention (graphique No 27). Viennent ensuite les médiations familiale et sociale (11% en 2011 contre 17% en 2012) ainsi que la participation dans les groupes de soutien (12% en 2011 contre 3% en 2012).

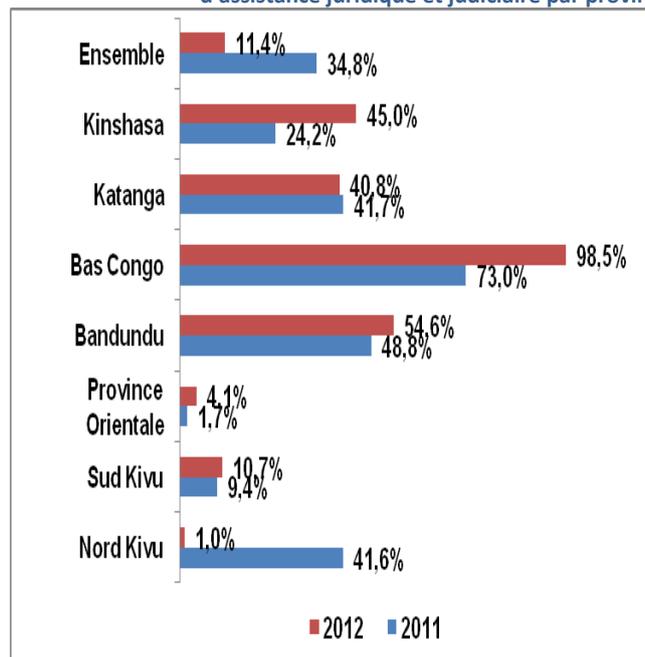
Graphique No 27 : Répartition des survivant(e)s des SGBV par province selon le type d'accompagnement psychosocial reçu



4.3 Assistance juridique et judiciaire

Les survivant(e)s des VSBG passées dans les structures d'assistance juridique et judiciaire ont reçu des conseils sur les possibilités offertes par la loi à saisir les instances compétentes (commissariats de police, tribunaux de grande instance...) pour punir les présumés auteurs.

Graphique No 28 : Répartition des cas reçus dans les structures d'assistance juridique et judiciaire par province



Dans la plupart des cas, les instances judiciaires ont été informées de la perpétration des violences mais les informations disponibles ne renseignent pas sur la suite de la procédure.

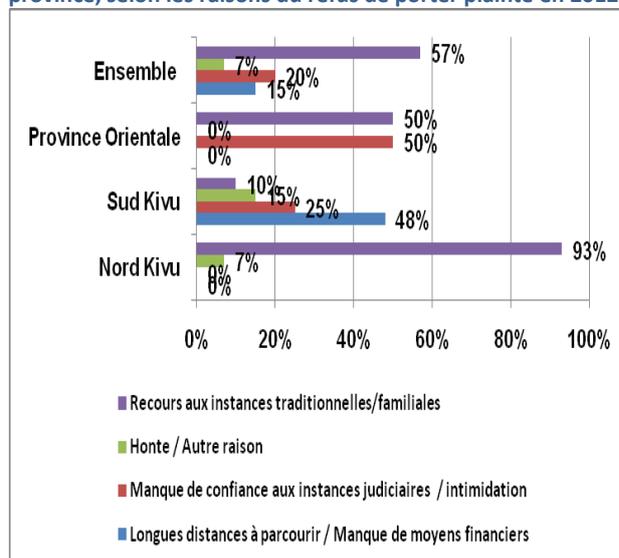
La répartition des cas reçus dans les structures d'assistance juridique et judiciaire est présentée dans le graphique No 28.

L'analyse des éléments sur l'évolution du taux d'accès à la justice fait ressortir des provinces à taux de croissance stationnaire voire positive (cas des provinces du Nord Kivu, du Bas Congo, du Bandundu, du Katanga et de Kinshasa) et d'autres à taux de croissance négative (cas des provinces du Sud Kivu et de la province Orientale).

4.3.1 Des raisons évoquées par les survivant(e)s pour ne pas recourir aux structures d'assistance judiciaire

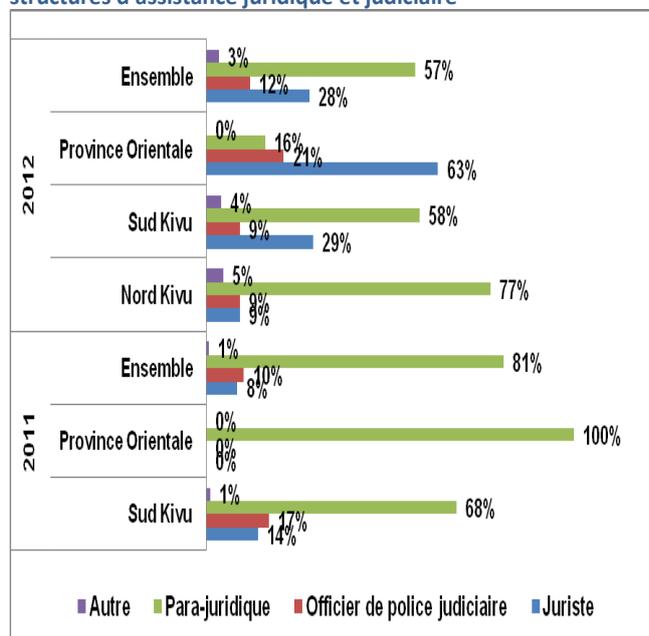
Pour diverses raisons, une partie des survivant(e)s des VSBG refusent de recourir aux instances judiciaires. Sur la base des informations du graphique No 28, on s'aperçoit que dans la majorité des cas (57%), les survivant(e)s des VSBG de l'année 2012 ont déclaré avoir pour préférence le recours aux instances traditionnelles ou familiales ; et, pour 20% des survivant(e)s, c'est le manque de confiance aux instances judiciaires et quelquefois l'intimidation qui sont les facteurs démotivant. Ces facteurs sont directement suivis par les longues distances à parcourir et le manque des moyens financiers qui ont été évoqués par 15% d'entr'eux(elles). Les spécificités de chacune des trois provinces ressortent du graphique No 29.

Graphique No 29 : Répartition des survivant(e)s des SGBV reçu(e)s dans les structures d'assistance juridique par province, selon les raisons du refus de porter plainte en 2012



4.3.2 Du profil des conseillers juridiques

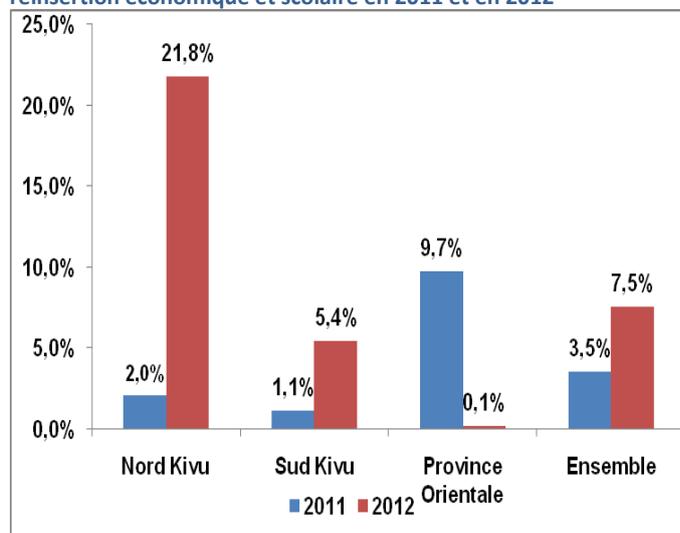
Graphique No 30 : Répartition des survivant(e)s reçu(e)s par province selon la qualité de la personne les ayant reçu dans les structures d'assistance juridique et judiciaire



Souvent, le profil de conseillers juridiques a un effet sur le type de résultat obtenu lors de la constitution du dossier. Le graphique No 30 donne le profil des personnes qui ont reçu des cas en 2011 et en 2012 dans leurs boutiques juridiques, cliniques juridiques ou boutiques de droit, selon l'appellation. On en retient que cette tâche a été essentiellement confiée en 2011 aux para-juridiques (soit 68% au Sud Kivu et 100% en Province Orientale). En 2012, au Nord Kivu et au Sud Kivu, c'est encore aux para-juridiques que la tâche est confiée (77% au Nord Kivu et 58% au Sud-Kivu) ; et, aux juristes (63%) en Province Orientale. En somme, para-juridiques et juristes se sont chargés de constituer les dossiers pour l'initiation des procès au tribunal de grande instance (TGI).

4.4 Réinsertion socio-économique et scolaire

Graphique No 31 : Accès des survivant(e)s des VSBG à la réinsertion économique et scolaire en 2011 et en 2012



Dans le cadre des services de réinsertion socioéconomique et scolaire offerts aux survivant(e)s des VSBG, les statistiques du graphique No 31 montrent que dans l'ensemble, le passage de l'année 2011 à l'année 2012 se caractérise par une augmentation de 4% dans la proportion des survivant(e)s bénéficiaires des services de réinsertion socioéconomique et scolaire (3,5% en 2011 contre 7,5% en 2012). L'analyse des contributions respectives des provinces fait ressortir que cette augmentation a été plus influencée par les 19,8 % d'augmentation (2,0% en 2011 contre 21,8% en 2012) observée dans les

proportions des survivant(e)s des VSBG bénéficiaires des services de réinsertion socio économique au Nord-Kivu et les 4,3 % (1,1% en 2011 contre 5,4% en 2012) dans celles du Sud-Kivu ; et, la diminution de 9,6 % (9,7% en 2011 contre 0,1% en 2012) dans la proportion des survivant(e)s bénéficiaires des services de réinsertion socio économique en Province Orientale.

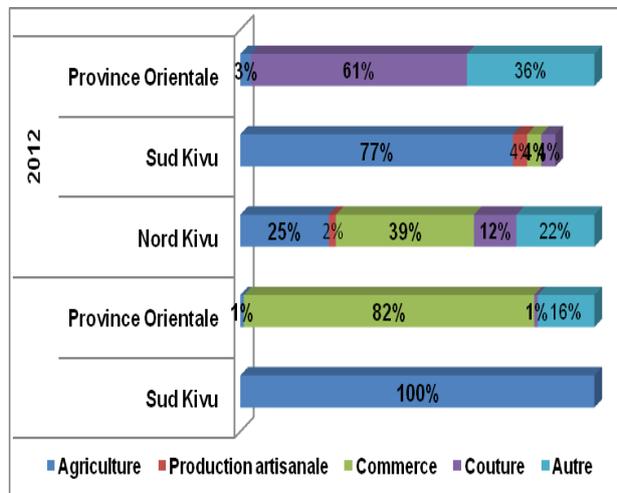
Due principalement à l'abandon total et ou partiel des activités précédemment réalisées par les survivant(e)s des violences sexuelles et basées sur le genre, l'une des graves conséquences des VSBG est la réduction drastique de leurs maigres ressources. Physiquement et psychologiquement, cette situation rend les femmes surtout plus vulnérables. Pour les filles, leur vulnérabilité est beaucoup plus grave ; car, prédisposées à être privées de la scolarisation par les us et coutumes rétrogrades, celles qui fréquentaient les écoles, les abandonnent ; et, les rares survivantes qui se dépassent pour poursuivre leurs études, le font sans que les conditions psychologiques et financières soient remplies ; comme qui dirait, on prépare sa proie pour que cette dernière accepte son assujettissement dans un avenir planifié. Les statistiques des VSBG des provinces du Sud Kivu, du Nord Kivu et de la Province Orientale, attestent qu'en 2011 et en 2012, plus de trois quarts des survivant(e)s des VSBG ont abandonné totalement voire partiellement les activités qu'ils(elles) faisaient avant la survenue de ces actes ignobles et déshumanisants. Cette situation justifie la nécessité de la définition et la mise en place d'un mécanisme national de réparation des survivant(e)s des VSBG.

Paradoxalement, les données disponibles attestent que seul(e)s 3,5% en 2011 contre 7,5% en 2012 des survivant(e)s des VSBG ont bénéficié des services de réinsertion socio économique et scolaire. Cette faible proportion pourrait s'expliquer par le fait que ce service qui intervient en fin de chaîne, est fortement tributaire de la disponibilité, auprès des prestataires, des moyens financiers ; c'est cette hypothèse qui expliquerait la présence de ce service auprès des seul(e)s survivant(e)s ayant fréquenté les structures d'offre de services localisées dans la zone sous financement SRFF.

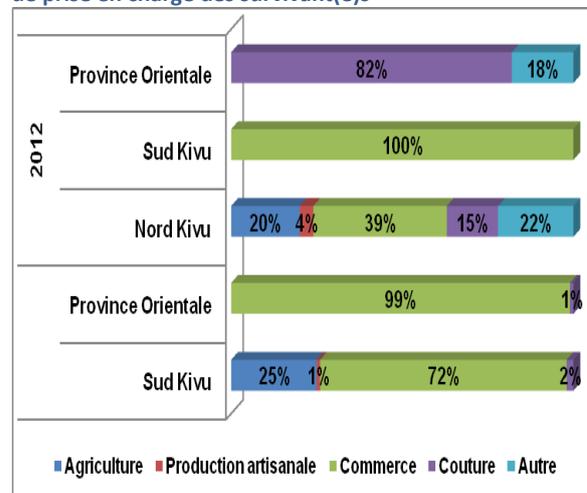
Etant donné que la mobilisation des kits dépend des ressources financières des structures et du nombre de bénéficiaires potentiels, en matière de réinsertion socioéconomique, les kits proposés par les acteurs ne correspondent pas forcément aux besoins exprimés par les survivant(e)s (graphiques Nos 32 et 33). Toutefois, il appartient aux structures retenues pour la réinsertion de prendre en

compte le contexte en vue d'identifier les activités génératrices de revenus (AGR) et choisir le Kit de réinsertion en conséquence.

Graphique No 32 : Répartition des survivant(e)s selon les domaines de réinsertion préférés



Graphique No 33 : Répartition des survivant(e)s selon les domaines de réinsertion proposés par les structures de prise en charge des survivant(e)s



Les statistiques des graphiques No 32 et No 33 montrent qu'au Sud-Kivu, quelle que soit l'année, l'agriculture est le domaine de réinsertion socioéconomique le plus ciblé par les survivant(e)s des VSBG qui en ont exprimé le besoin et que c'est dans le domaine du commerce que les structures de prise en charge ont orienté le plus la réinsertion socioéconomique des survivant(e)s. Par contre, en Province Orientale, le commerce qui, en 2011, était le domaine de réinsertion le plus ciblé par les survivant(e)s des VSBG, a été supplanté par la couture en 2012.

4.5 Actions préventives entreprises

La conscientisation des différentes couches sociales (autorités, leaders d'opinion, prestataires des services, jeunes...) sur les méfaits des violences sexuelles et la nécessité de les éradiquer, passe par des actions diversifiées (plaidoyer, sensibilisation, formation...) menées par les intervenants ; des actions dites de prévention.

L'analyse effectuée dans cette partie du rapport s'appuie sur les activités de sensibilisation et de formation réalisées par les acteurs, en vue d'apprécier les efforts fournis en matière de prévention.

4.5.1 Thèmes abordés au cours des séances de sensibilisation

Les acteurs de terrain ont rapporté qu'ils ont tenu au total 76 séances de sensibilisation réparties à 16 au Sud-Kivu, 13 au Nord Kivu et 47 en Province Orientale (tableau No 4). Au Sud-Kivu l'accent a été mis sur les causes et les conséquences des violences sexuelles (dans 81 % des cas), la stigmatisation (69% des cas), les techniques de prévention des violences sexuelles et les VSBG et le contexte (63% respectivement). Par contre, au Nord Kivu, les thèmes développés tournaient autour des techniques de prévention des violences sexuelles et les VSBG et des causes et conséquences des violences sexuelles (85% des cas respectivement), et de la Loi 2006, les PVV, les Droits de l'Homme, les autres instruments légaux (38%). Quant aux acteurs de la Province Orientale, ils se sont particulièrement intéressés aux causes et conséquences des violences sexuelles (87%), aux techniques de prévention (81%) et aux SGBV et le contexte (70%).

Tableau No 4 : Fréquence des thèmes de sensibilisation abordés lors des séances d'information

Thèmes développés	Sud Kivu		Nord Kivu		Province Orientale		TOTAL	
	Nombre	Proportion	Nombre	Proportion	Nombre	Proportion	Nombre	Proportion
Techniques de prévention des violences sexuelles	39	54%	11	85%	49	79%	99	64%
Techniques de sensibilisation	18	25%	1	8%	35	56%	54	35%
Causes et conséquences des violences sexuelles	56	78%	11	85%	54	87%	121	78%
Le VSGB et le contexte	29	40%	4	31%	44	71%	77	50%
Loi 2006, PVV, Droits de l'Homme, autres instruments légaux	35	49%	4	31%	36	58%	75	48%
VIH/SIDA	39	54%	1	8%	30	48%	70	45%
Stigmatisation	26	36%	2	15%	27	44%	55	35%
Autres à spécifier	14	19%	7	54%	40	65%	61	39%
Total	80	100%	13	100%	62	100%	155	100%

4.5.2 Méthodes utilisées lors des séances de sensibilisation

Lors des séances de sensibilisation, les acteurs ont procédé de plusieurs manières pour transmettre les messages aux participants ; une vue d'ensemble des méthodes utilisées dans chacune des provinces est présentée dans le tableau No 5.

Dans les deux Kivu, comme en Province Orientale, les acteurs ont surtout organisé les sessions ouvertes (81%, 85% et 87% respectivement) et couplé l'organisation des théâtres/Sketch aux visites « porte à porte » au sein des communautés.

Tableau No 5 : Fréquence des méthodes utilisées au cours des séances de sensibilisation

Méthodologies	Proportion			
	Sud Kivu	Nord Kivu	Province Orientale	Total
Théâtres/Sketch	63%	85%	81%	20%
Film / Projection	38%	8%	64%	7%
Sessions ouvertes	81%	85%	87%	75%
Porte à porte	63%	31%	70%	54%
Autres à spécifier	44%	38%	57%	19%
Total	100%	100%	100%	100%

4.5.3 Public atteint lors des séances de sensibilisation

Quelle que soit la province, les actions de sensibilisation ont ciblé plus les personnes de sexe féminin (Nord Kivu (61%), Province Orientale (57%) et Sud Kivu (54%)), avec une prédominance des femmes adultes.

Tableau No 6 : Répartition des participants aux séances de sensibilisation par sexe et par groupe d'âges

Participants	Sud Kivu		Nord Kivu		Province Orientale		Ensemble	
	Nombre	Proportion	Nombre	Proportion	Nombre	Proportion	Nombre	Proportion
Nombre d'Hommes de 18 ans et plus	19 728	33%	1 054	28%	45 986	22%	66 769	25%
Nombre de Femmes de 18 ans et plus	22 297	37%	1 718	45%	70 542	34%	94 558	35%
Nombre de garçons de moins de 18 ans	7 829	13%	418	11%	44 041	21%	52 288	19%
Nombre de filles de moins de 18 ans	9 910	17%	596	16%	48 253	23%	58 759	22%
TOTAL	59 764	100%	3 786	100%	208 822	100%	272 374	100%

5. CONTRAINTES/DIFFICULTES ET DÉFIS MAJEURS

5.1 Contraintes/difficultés rencontrées

Le système national de collecte des données sur les VSBG sous-tend une opération continue de collecte de routine différente d'une collecte circonstancielle basée sur les données événementielles, organisée en cas de violences sexuelles perpétrés lors des attaques des groupes armés ou des éléments de l'armée régulière au sein de la communauté¹². En pareille circonstance, la collecte des données au sein du système national mis en place par le MINIGFAE ne se fait qu'après documentation des cas ayant bénéficié des services de la part des acteurs de terrain, dont le nombre est souvent inférieur à celui des cas identifiés et publiés par les partenaires humanitaires.

Par ailleurs, la collecte des données se heurte aux contraintes sécuritaires dictées par la persistance des conflits armés dans les zones géographiques non encore entièrement pacifiées. La grande majorité des cas de VSBG commis dans ces zones ne bénéficient pas de services adéquats et ne sont donc pas rapportés. Aux contraintes sécuritaires s'ajoute le caractère bénévole de la participation des acteurs de terrain à la collecte des données au sein du système national, qui réduit considérablement le nombre de cas rapportés par les acteurs et dévalue ainsi l'ampleur des VSBG dans les zones couvertes par l'étude.

Enfin, l'aspect différentiel de la survenue des VSBG dans les contextes de conflits armés et de paix respectivement renvoie au problème d'adaptation du système national de collecte aux réalités liées à ces deux contextes respectifs. Bien plus, nombre d'acteurs de terrain restent encore réfractaires au renoncement du système de collecte sous l'Initiative Conjointe de lutte contre les VS, en faveur du système national en cours d'implantation.

5.2 Défis

Certes, le système national de collecte des données a pu s'implanter en un temps record dans 7 provinces de la RDC et se consolider à l'Est du pays en particulier. Toutefois, quelques défis sont à relever pour son amélioration dans les zones d'intervention et son extension au reste du territoire national, dont les principaux sont :

- Renforcer l'appui technique, institutionnel et financier apporté au MINIGFAE et à ses représentations en provinces, districts et territoires, en vue de lui permettre d'améliorer la coordination de la collecte des données. Cet appui devra s'accompagner par le renforcement des services étatiques en ressources humaines ;
- Intensifier l'appui technique et matériel apporté aux acteurs de terrain (dotation d'ordinateurs, formation sur la gestion de la base de données du MINIGFAE), en vue de les

¹²Cette opération est organisée par les Agences du Système des Nations Unies (ASNU), sous la coordination du Ministère gouvernemental ayant les Affaires sociales et humanitaires dans ses attributions, de la Mission de l'Organisation des Nations Unies pour la Stabilisation de la RDC (MONUSCO) et/ou du Bureau des Nations Unies pour la Coordination des Affaires Humanitaires (OCHA).

responsabiliser davantage dans la collecte des données et réduire le nombre de fiches de collecte en circulation ;

- Impliquer davantage les partenaires des agences leads des composantes de la SNVSBG dans la collecte des données au sein du système mis en place par le MINIGEFAE, en vue d'accroître le nombre d'acteurs qui alimentent la base de données intégrée et réduire l'écart entre les statistiques consignées dans les rapports d'activités des composantes d'une part et celles disponibles dans la base de données (publiées par le MINIGEFAE) d'autre part ;
- Accroître l'enveloppe budgétaire afin de moderniser le système national de collecte, notamment à travers la transmission des données par voie électronique (respect des principes d'éthique et de confidentialité en matière de collecte des données sur les VSBG).

CONCLUSION

Le présent rapport a mis en évidence les différentes étapes du processus d'implantation du système national de collecte des données mis en place par le MINIGEFAE, dans le cadre de la mise en œuvre de la SNVBG. Les ressources financières mobilisées pour accompagner ce processus sont certes limitées. Mais elles ont permis d'obtenir des résultats probants, qui contribuent à l'amélioration des connaissances sur les VSBG en RDC.

Les résultats d'analyse révèlent notamment que l'ampleur des VSBG demeure préoccupante (car en pleine croissance) et que le comportement de ce phénomène varie selon qu'il se produit dans un contexte de conflits armés ou d'accalmie. Généralement, il se traduit par des viols et, dans une moindre mesure, des agressions sexuelles, actes souvent commis après le coucher du soleil et dans des lieux bien spécifiques (chez la personne qui les commet ou les subit, aux champs, en brousse ou dans la forêt). Les personnes de sexe féminin et les mineures en particulier en sont la cible indiquée et restent ainsi à la merci des inconnus, parmi lesquels on dénombre de plus en plus des personnes se présentant en tenue civile : le phénomène des VSBG en RDC est un phénomène structurel amplifié par les effets conjoncturels conséquences de l'insécurité entretenue par les milices ou groupes armés.

Pour venir à bout des VSBG et soulager les peines des personnes qui y ont survécu, les acteurs de terrain ont déployé des efforts remarquables (en termes de réponse et de prévention) mais qui demandent à être renforcés, aussi bien en volume d'interventions qu'en nombre d'intervenants. Dans cette perspective, la participation massive des acteurs de terrain à la collecte des données consolidera le système national ainsi mis en place.

En définitive, les résultats d'analyse présentés dans le rapport peuvent être affinés par ceux de l'étude anthropologique (approche qualitative au sein des communautés) sur les déterminants socioculturels des VSBG, que le Département de Sociologie/Anthropologie de l'Université de Kinshasa a réalisée en 2012 dans les zones non touchées par les conflits armés (Bandundu, Bas Congo, Katanga et Kinshasa), avec l'appui financier de UNFPA. La réalisation d'une étude similaire à l'Est du pays (deux Kivu et Province Orientale) permettra d'effectuer des analyses comparatives des causes profondes des VSBG selon le contexte de leur survenue, ce qui contribuera à l'amélioration des connaissances sur le phénomène en RDC et au renforcement des stratégies mises en place pour l'éradiquer.

Bibliographie sélective

- Centre médico-psychosocial (2010), Synthèse de la recherche sur les fondements, causes culturelles des violences sexuelles et évaluation de la capacité communautaire à prévenir et à répondre aux violences sexuelles au Sud-Kivu, Bukavu, 61 p.
- Dolan Ch. (2010), « La guerre n'est pas encore finie ». Perceptions communautaires des violences sexuelles et leurs fondements à l'Est de la RDC. International Alert, Londres, 70 p.
- HCR (1995), Violence sexuelle à l'encontre des réfugiés. Principes directeurs concernant la prévention et l'intervention, 110 p.
- OMS (2002), Rapport mondial sur la violence et la santé,
- RDC (2006), La loi sur les violences sexuelles, Président de la République Démocratique du Congo, 8 p.
- RDC (2006), Constitution de la République Démocratique du Congo, Président de la République Démocratique du Congo, 57 p.
- RDC (2009a), Politique nationale Genre et plan d'action, Ministère du Genre, de la Famille et de l'Enfant, 86 p.
- RDC (2009b), Stratégie nationale de la lutte contre les violences basées sur le genre (SNVBG), Ministère du Genre, de la Famille et de l'Enfant, 86 p.
- UNFPA (2005), Etat de la population mondiale : la violence sexiste, un prix trop élevé, chapitre 7, New York.
- UNFPA (2011), Ampleur des violences sexuelles en RDC, Bukavu, 34 p.

ANNEXES

Annexe 1 : Tableau des principaux indicateurs renseignés

Tableau des indicateurs des Violences Sexuelles et Basées sur le Genre (VSBG)

Indicateurs	Nord Kivu		Sud Kivu		Province Orientale		Katanga		Bas Congo		Bandundu		Kinshasa		Ensemble	
	2011	2012	2011	2012	2011	2012	2011	2012	2011	2012	2011	2012	2011	2012	2011	2012
Nombre de cas																
Rapportés	4 689	7 075	2 713	5 028	1 826	3 685	757	1 051	903	1 053	348	440	405	463	11 641	18 795
Incidents	4 689	6 931	2 058	2 627	1 525	3 155	757	1 051	903	1 053	348	440	405	463	10 685	15 720
Proportion des cas incidents	100%	98%	76%	52%	84%	86%	100%	100%	100%	100%	100%	100%	100%	100%	91,8%	83,6%
Sexe des survivant(e)s																
Proportion des femmes	98%	99%	98%	99%	95%	97%	100%	100%	100%	100%	100%	100%	98%	97%	98%	98%
Proportion des hommes	2%	1%	2%	1%	5%	3%	0%	0%	0%	0%	0%	0%	2%	3%	2%	2%
Age des survivant(e)s																
Age moyen	23	26	29	33	22	21	20	16	17	16	15	14	15	14	23	26
Age minima	2	2	1	1	1	2	3	5	2	3	4	2	2	2	1	1
Age maxima	85	78	91	82	80	84	53	32	54	58	39	36	51	42	91	84
Ecart type	11,7	13,2	13,8	13,2	12,5	11,1	8,7	2,7	7,3	5,4	5,3	3,9	5,7	4,5	12,4	12,9
Moins de 10 ans	7%	6%	5%	2%	10%	6%	6%	1%	12%	7%	16%	16%	19%	18%	8%	5%
10 - 19 ans	40%	45%	24%	14%	47%	56%	52%	91%	67%	79%	70%	78%	70%	78%	42%	47%
20 - 29 ans	28%	22%	26%	28%	19%	18%	29%	8%	15%	11%	11%	5%	9%	4%	23%	18%
30 - 39 ans	15%	12%	18%	24%	10%	10%	9%	0%	4%	3%	2%	0%	2%	0%	13%	14%
40 - 49 ans	6%	10%	13%	17%	7%	5%	3%	-	1%	0%	-	-	0%	0%	7%	8%
50 ans et plus	4%	4%	10%	13%	5%	3%	1%	-	1%	0%	-	-	0%	-	5%	6%
Moins de 12 ans	9%	9%	7%	2%	11%	8%	17%	7%	22%	21%	32%	34%	26%	29%	11%	8%
12 - 17 ans	29%	33%	25%	8%	37%	45%	29%	76%	51%	60%	47%	56%	59%	64%	35%	36%
18 - 25 ans	28%	24%	23%	22%	22%	21%	33%	15%	16%	14%	14%	10%	10%	6%	22%	20%
26 - 39 ans	24%	19%	22%	35%	16%	16%	17%	2%	9%	5%	6%	0%	4%	1%	17%	19%
40 - 59 ans	8%	13%	16%	26%	11%	8%	4%	-	2%	1%	-	-	0%	0%	11%	13%
60 ans et plus	2%	1%	2%	4%	1%	1%	-	-	-	-	-	-	-	-	2%	2%
Age inconnu	-	1%	4%	3%	2%	2%	-	-	-	-	-	-	-	-	3%	2%
Statut du (de la) survivant(e)																
Résident(e)	-	70%	73%	67%	86%	77%	-	-	-	-	-	-	-	-	79%	71%
Déplacé(e) interne	-	23%	24%	32%	11%	20%	-	-	-	-	-	-	-	-	18%	24%
Réfugié(e) / Demandeur d'asile	-	3%	2%	1%	2%	2%	-	-	-	-	-	-	-	-	2%	2%
Autre	-	4%	1%	0%	1%	0%	-	-	-	-	-	-	-	-	1%	2%
Niveau d'instruction des survivant(e)s																
Aucun Niveau	-	52%	48%	62%	33%	24%	-	-	-	-	-	-	-	-	42%	47%
Niveau primaire	-	31%	29%	27%	46%	51%	-	-	-	-	-	-	-	-	36%	35%
Niveau secondaire	-	16%	14%	10%	21%	24%	-	-	-	-	-	-	-	-	17%	17%
Formation professionnelle	-	1%	7%	1%	1%	0%	-	-	-	-	-	-	-	-	4%	1%
Niveau Universitaire	-	0%	2%	0%	0%	1%	-	-	-	-	-	-	-	-	1%	0%

Tableau des indicateurs des Violences Sexuelles et Basées sur le Genre (VSBG)

Indicateurs	Nord Kivu		Sud Kivu		Province Orientale		Katanga		Bas Congo		Bandundu		Kinshasa		Ensemble		
	2011	2012	2011	2012	2011	2012	2011	2012	2011	2012	2011	2012	2011	2012	2011	2012	
Type de violence																	
Viol (y compris viol collectif)	99%	95%	78%	89%	80%	72%	100%	100%	100%	100%	100%	100%	100%	100%	100%	90%	82%
Agression sexuelle	0%	4%	11%	4%	11%	9%	-	-	-	-	-	-	-	-	-	5%	7%
Violence psychologique/affective (Harcèlement)	-	0%	1%	2%	1%	5%	-	-	-	-	-	-	-	-	-	0%	3%
Mutilation génitale féminine/excision	0%	0%	0%	0%	0%	0%	-	-	-	-	-	-	-	-	-	0%	0%
Agression physique	1%	0%	2%	2%	2%	2%	-	-	-	-	-	-	-	-	-	1%	2%
Mariage forcé	-	0%	2%	0%	3%	2%	-	-	-	-	-	-	-	-	-	1%	1%
Déni des ressources, d'opportunités ou des services	-	0%	3%	1%	3%	3%	-	-	-	-	-	-	-	-	-	1%	2%
Autres GBV	-	0%	3%	1%	1%	6%	-	-	-	-	-	-	-	-	-	1%	3%
Moment de perpétration de l'incident																	
Matin (6h-12h)	13%	13%	18%	19%	12%	15%	-	-	-	-	-	-	-	-	-	14%	15%
Après-midi (13h-18h)	36%	49%	47%	45%	41%	38%	-	-	-	-	-	-	-	-	-	40%	45%
Soir/Nuit (19h-05h)	51%	38%	33%	37%	45%	40%	-	-	-	-	-	-	-	-	-	45%	38%
Ne dit pas/Ne sait pas	0%	1%	2%	0%	2%	8%	-	-	-	-	-	-	-	-	-	1%	3%
Lieu de perpétration de l'incident																	
Chez le (la) survivant(e)	-	22%	23%	24%	18%	11%	-	-	-	-	-	-	-	-	-	21%	20%
Chez l'auteur	-	15%	18%	5%	25%	36%	-	-	-	-	-	-	-	-	-	21%	18%
Dans les champs	-	28%	15%	21%	12%	7%	-	-	-	-	-	-	-	-	-	14%	21%
Brousse/Forêt	-	17%	21%	36%	19%	23%	-	-	-	-	-	-	-	-	-	20%	22%
Sur la route à la recherche du bois de chauffe	-	5%	5%	1%	6%	3%	-	-	-	-	-	-	-	-	-	5%	4%
Sur le chemin de l'école	-	0%	3%	3%	2%	4%	-	-	-	-	-	-	-	-	-	3%	2%
Cours d'eau/rivière	-	2%	4%	1%	5%	0%	-	-	-	-	-	-	-	-	-	4%	1%
Lieu de travail	-	1%	1%	4%	1%	4%	-	-	-	-	-	-	-	-	-	1%	2%
Autres	-	10%	10%	5%	12%	11%	-	-	-	-	-	-	-	-	-	11%	9%
Sexe des présumés auteurs																	
Féminin	1%	1%	1%	1%	3%	3%	0%	0%	0%	0%	0%	0%	0%	0%	0%	1%	1%
Masculin	99%	99%	99%	99%	97%	97%	100%	100%	100%	100%	100%	100%	100%	100%	100%	99%	99%
Groupe d'âge des présumés auteurs																	
Moins de 18 ans	-	5%	2%	1%	10%	2%	-	-	-	-	-	-	-	-	-	6%	4%
18 - 25 ans	-	17%	12%	8%	24%	5%	-	-	-	-	-	-	-	-	-	17%	12%
26 - 40 ans	-	34%	28%	20%	29%	25%	-	-	-	-	-	-	-	-	-	28%	29%
41 - 60 ans	-	8%	9%	5%	7%	32%	-	-	-	-	-	-	-	-	-	8%	13%
Plus de 60 ans	-	0%	1%	1%	0%	26%	-	-	-	-	-	-	-	-	-	1%	7%
Age inconnu	-	36%	48%	66%	31%	10%	-	-	-	-	-	-	-	-	-	40%	36%

Tableau des indicateurs des Violences Sexuelles et Basées sur le Genre (VSBG)

Indicateurs	Nord Kivu		Sud Kivu		Province Orientale		Katanga		Bas Congo		Bandundu		Kinshasa		Ensemble	
	2011	2012	2011	2012	2011	2012	2011	2012	2011	2012	2011	2012	2011	2012	2011	2012
Profil des présumés auteurs																
Civils	52%	29%	44%	11%	72%	73%	69%	92%	95%	97%	94%	80%	93%	94%	66%	58%
Membres des FARDC ou de la PNC	16%	10%	20%	13%	7%	6%	31%	8%	3%	3%	6%	20%	7%	6%	13%	8%
Membres des milices et ou groupes armés	32%	61%	36%	76%	21%	21%	-	-	2%	-	-	-	-	-	21%	34%
Relation auteur présumé et survivant(e)																
Partenaire intime	-	0%	4%	1%	6%	5%	-	-	-	-	-	-	-	-	5%	1%
Membre de la famille	-	4%	7%	2%	9%	12%	-	-	-	-	-	-	-	-	8%	6%
Autorité/Supérieur hiérarchique	-	0%	0%	0%	1%	0%	-	-	-	-	-	-	-	-	0%	0%
Camarade de classe	-	1%	3%	1%	4%	5%	-	-	-	-	-	-	-	-	3%	2%
Enseignant	-	1%	1%	0%	1%	1%	-	-	-	-	-	-	-	-	1%	1%
Responsable d'une structure	-	0%	1%	1%	1%	1%	-	-	-	-	-	-	-	-	1%	0%
Inconnu	-	57%	56%	81%	51%	46%	-	-	-	-	-	-	-	-	54%	59%
Voisin	-	9%	12%	3%	16%	10%	-	-	-	-	-	-	-	-	14%	8%
Membre connu de la communauté	-	7%	7%	4%	6%	17%	-	-	-	-	-	-	-	-	7%	9%
Autre	-	20%	9%	7%	5%	2%	-	-	-	-	-	-	-	-	7%	13%
Type de prise en charge																
Moyenne de volets	2,3	1,9	1,4	1,5	0,9	1,1	1,3	2,0	2,4	2,9	1,2	1,5	1,5	1,9	2,0	1,5
Prise en charge médicale	100%	91%	54%	50%	50%	42%	66%	23%	82%	42%	73%	84%	96%	100%	92%	70%
Accompagnement Psychosocial	90%	74%	72%	89%	75%	82%	25%	90%	80%	93%	3%	13%	30%	44%	79%	79%
Assistance juridique/judiciaire	42%	16%	9%	11%	2%	4%	42%	41%	73%	98%	49%	55%	24%	45%	35%	11%
Réinsertion socioéconomique	2%	7%	8%	2%	17%	9%	-	-	-	-	-	-	-	-	2%	6%
Volet Médical																
Proportion des cas reçus dans les 72 heures	-	51%	6%	23%	43%	50%	-	-	-	-	-	-	-	-	22%	45%
Parmi ceux reçus dans les 72 heures, proportion de ceux qui ont reçu les PEPKITS	-	84%	74%	82%	93%	48%	-	-	-	-	-	-	-	-	82%	75%
Proportion de survivant(e)s ayant reçu un conseil de dépistage volontaire de VIH/SIDA :	-	0%	17%	46%	68%	81%	-	-	-	-	-	-	-	-	39%	30%
Proportion d'acceptation des tests :																
1) de grossesse	-	75%	62%	82%	69%	83%	-	-	-	-	-	-	-	-	65%	78%
2) d'IST	-	77%	91%	71%	61%	49%	-	-	-	-	-	-	-	-	78%	69%
3) de VIH/SIDA	-	93%	64%	52%	62%	81%	-	-	-	-	-	-	-	-	63%	82%
Parmi les survivant(e)s qui ont accepté le test, proportion de tests positifs :																
1) de grossesse	-	22%	6%	1%	4%	8%	-	-	-	-	-	-	-	-	5%	14%
2) d'IST	-	3%	63%	40%	16%	10%	-	-	-	-	-	-	-	-	43%	12%
3) de VIH/SIDA	-	32%	3%	1%	1%	2%	-	-	-	-	-	-	-	-	2%	18%

Tableau des indicateurs des Violences Sexuelles et Basées sur le Genre (VSBG)

Indicateurs	Nord Kivu		Sud Kivu		Province Orientale		Katanga		Bas Congo		Bandundu		Kinshasa		Ensemble	
	2011	2012	2011	2012	2011	2012	2011	2012	2011	2012	2011	2012	2011	2012	2011	2012
Volet Psycho social																
Sentiment prédominant chez le(la) survivant(e) :																
Tristesse	-	-	44%	46%	56%	62%	-	-	-	-	-	-	-	-	49%	53%
Colère	-	-	15%	18%	8%	7%	-	-	-	-	-	-	-	-	12%	13%
Honte	-	-	10%	15%	19%	21%	-	-	-	-	-	-	-	-	14%	18%
Peur	-	-	27%	15%	13%	7%	-	-	-	-	-	-	-	-	21%	12%
Refus de parler	-	-	4%	4%	2%	1%	-	-	-	-	-	-	-	-	3%	3%
Autre	-	-	0%	2%	1%	2%	-	-	-	-	-	-	-	-	0%	2%
Continuité des activités précédentes :																
Pas du tout	-	57%	36%	39%	30%	27%	-	-	-	-	-	-	-	-	34%	44%
Partiellement	-	30%	54%	53%	47%	43%	-	-	-	-	-	-	-	-	51%	40%
Complètement	-	13%	10%	8%	23%	30%	-	-	-	-	-	-	-	-	15%	15%
Type d'accompagnement psychosocial :																
Médiation familiale	-	24%	14%	9%	7%	15%	-	-	-	-	-	-	-	-	11%	17%
Médiation sociale	-	11%	5%	8%	3%	6%	-	-	-	-	-	-	-	-	4%	9%
Ecoute active	-	59%	65%	73%	63%	71%	-	-	-	-	-	-	-	-	64%	66%
Participation dans les groupes de soutien	-	3%	14%	8%	10%	3%	-	-	-	-	-	-	-	-	12%	5%
Autre	-	2%	3%	2%	17%	5%	-	-	-	-	-	-	-	-	9%	3%
Volet Juridique/Judiciaire																
Nombre de plaintes officielles déposées	-	-	119	451	13	68										
Proportion des survivant(e)s selon la personne qui a porté plainte :																
Le (la) survivant(e)	-	-	45%	11%	46%	11%	-	-	-	-	-	-	-	-	45%	11%
La famille / Les parents du (de la) survivant(e)	-	-	50%	11%	49%	11%	-	-	-	-	-	-	-	-	50%	11%
Autre association /organisme	-	-	2%	78%	2%	78%	-	-	-	-	-	-	-	-	2%	78%
Autorités administratives	-	-	2%	0%	2%	0%	-	-	-	-	-	-	-	-	2%	0%
Autorités traditionnelles	-	-	1%	0%	1%	0%	-	-	-	-	-	-	-	-	1%	0%
Autre	-	-	0%	0%	0%	0%	-	-	-	-	-	-	-	-	0%	0%
Proportion des survivant(e)s selon les juridictions d'instruction des dossiers :																
Police	-	-	21%	13%	29%	36%	-	-	-	-	-	-	-	-	24%	23%
Parquet	-	-	2%	0%	7%	36%	-	-	-	-	-	-	-	-	4%	15%
Auditorat	-	-	1%	0%	7%	0%	-	-	-	-	-	-	-	-	3%	0%
Cours et Tribunaux	-	-	1%	0%	29%	14%	-	-	-	-	-	-	-	-	12%	6%
Non renseigné	-	-	74%	88%	29%	36%	-	-	-	-	-	-	-	-	56%	66%

Tableau des indicateurs des Violences Sexuelles et Basées sur le Genre (VSBG)

Indicateurs	Nord Kivu		Sud Kivu		Province Orientale		Katanga		Bas Congo		Bandundu		Kinshasa		Ensemble	
	2011	2012	2011	2012	2011	2012	2011	2012	2011	2012	2011	2012	2011	2012	2011	2012
Proportion des survivant(e)s selon la qualité de la personne qui leur a prodigué des conseils :																
Juriste	-	9%	14%	29%	0%	63%	-	-	-	-	-	-	-	-	8%	28%
Officier de police judiciaire	-	9%	17%	9%	0%	21%	-	-	-	-	-	-	-	-	10%	12%
Para-juridique	-	77%	68%	58%	100%	16%	-	-	-	-	-	-	-	-	81%	57%
Autre	-	5%	1%	4%	0%	0%	-	-	-	-	-	-	-	-	1%	3%
Proportion des survivant(e)s selon les raisons avancées pour ne pas porter plainte :																
Longue distance à parcourir	-	0%	-	3%	-	0%	-	-	-	-	-	-	-	-	-	1%
Manque de moyens financiers	-	0%	-	45%	-	0%	-	-	-	-	-	-	-	-	-	14%
Manque de confiance aux instances judiciaires	-	0%	-	10%	-	50%	-	-	-	-	-	-	-	-	-	15%
Recours aux instances traditionnelles/familiales	-	93%	-	10%	-	50%	-	-	-	-	-	-	-	-	-	57%
Intimidation	-	0%	-	15%	-	0%	-	-	-	-	-	-	-	-	-	5%
Honte	-	3%	-	15%	-	0%	-	-	-	-	-	-	-	-	-	6%
Autres raisons	-	3%	-	0%	-	0%	-	-	-	-	-	-	-	-	-	1%
Volet Réinsertion socioéconomique et scolaire																
Proportion des survivant(e)s selon les domaines de réinsertion préférés:																
Agriculture	-	25%	100%	77%	1%	3%	-	-	-	-	-	-	-	-	60%	36%
Production artisanale	-	2%	0%	4%	0%	0%	-	-	-	-	-	-	-	-	0%	2%
Commerce	-	39%	0%	4%	82%	0%	-	-	-	-	-	-	-	-	33%	19%
Emploi salarié	-	0%	0%	0%	0%	0%	-	-	-	-	-	-	-	-	0%	0%
Services	-	0%	0%	0%	0%	0%	-	-	-	-	-	-	-	-	0%	0%
Couture	-	12%	0%	4%	1%	61%	-	-	-	-	-	-	-	-	0%	21%
Autre	-	22%	0%	0%	16%	35%	-	-	-	-	-	-	-	-	6%	18%
Proportion des survivant(e)s selon la motivation du choix :																
Convenance personnelle	-	-	63%	95%	45%	82%	-	-	-	-	-	-	-	-	56%	90%
Formation acquise	-	-	4%	0%	3%	3%	-	-	-	-	-	-	-	-	4%	1%
Expérience professionnelle	-	-	23%	5%	41%	0%	-	-	-	-	-	-	-	-	30%	3%
Capacités intellectuelles	-	-	8%	0%	5%	6%	-	-	-	-	-	-	-	-	7%	3%
Autre	-	-	2%	0%	1%	6%	-	-	-	-	-	-	-	-	2%	3%
Proportion des survivant(e)s selon les domaines de réinsertion proposés par les structures :																
Agriculture	-	20%	25%	0%	0%	0%	-	-	-	-	-	-	-	-	15%	9%
Production artisanale	-	4%	1%	0%	0%	0%	-	-	-	-	-	-	-	-	1%	2%
Commerce	-	39%	72%	100%	99%	0%	-	-	-	-	-	-	-	-	83%	49%
Emploi salarié	-	0%	0%	0%	0%	0%	-	-	-	-	-	-	-	-	0%	0%

Tableau des indicateurs des Violences Sexuelles et Basées sur le Genre (VSBG)

Indicateurs	Nord Kivu		Sud Kivu		Province Orientale		Katanga		Bas Congo		Bandundu		Kinshasa		Ensemble	
	2011	2012	2011	2012	2011	2012	2011	2012	2011	2012	2011	2012	2011	2012	2011	2012
Services	-	0%	0%	0%	0%	0%	-	-	-	-	-	-	-	-	0%	0%
Couture	-	15%	2%	0%	1%	82%	-	-	-	-	-	-	-	-	2%	26%
Autre	-	22%	0%	0%	0%	18%	-	-	-	-	-	-	-	-	0%	14%
Proportion des survivant(e)s selon les raisons avancées par les structures de réinsertion:																
Moyens financiers limités	-	19%	20%	23%	29%	29%	-	-	-	-	-	-	-	-	24%	23%
Selon les disponibilités	-	81%	76%	75%	71%	71%	-	-	-	-	-	-	-	-	74%	77%
Autres raisons	-	0%	4%	2%	0%	0%	-	-	-	-	-	-	-	-	2%	1%

Annexe 2 : Liste des acteurs ayant rapporté les cas de VSBG

N°	Désignation de la structure	Province	District	Territoire	Zone De Santé	Sigle ou Acronyme	Volet D'intervention
1	ACOPE	Nord-Kivu	Nord-Kivu	Beni	Beni	ACOPE	Psychosocial
2	CENTRE DE SANTE VURONDO	Nord-Kivu	Nord-Kivu	Beni	Beni	CSV	Médical
3	HGB/BENI	Nord-Kivu	Nord-Kivu	Beni	Beni	HGB	Médical
4	MABALAKO	Nord-Kivu	Nord-Kivu	Beni	Beni	ADF	Psychosocial
5	PPSSP	Nord-Kivu	Nord-Kivu	Beni	Beni	PPS	Psychosocial
6	SOFEPAI	Nord-Kivu	Nord-Kivu	Beni	Beni	SOF	Psychosocial
7	CENTRE DE SANTE KYAVITUTU	Nord-Kivu	Nord-Kivu	Beni	Butembo	CSK	Médical
8	CENTRE DE SANTE MAKOTO	Nord-Kivu	Nord-Kivu	Beni	Butembo	CSM	Médical
9	Maison d'écoute	Nord-Kivu	Nord-Kivu	Beni	Butembo	MEC	Psychosocial
10	C.MÉDICALE KYONDO	Nord-Kivu	Nord-Kivu	Beni	Kyondo	KYO	Médical
11	C.S.KATOLO	Nord-Kivu	Nord-Kivu	Beni	Kyondo	KAT	Médical
12	C.S.VUNYASAVWE	Nord-Kivu	Nord-Kivu	Beni	Kyondo	VUN	Médical
13	CENTRE DE SANTE KYONDO	Nord-Kivu	Nord-Kivu	Beni	Kyondo	CSK	Médical
14	AMAAMS	Nord-Kivu	Nord-Kivu	Beni	Oicha		Multisectoriel
15	ATIONS CONCRETES POUR LA PROTECTION DE L'ENFANCE	Nord-Kivu	Nord-Kivu	Beni	Oicha	ACOPE	Psychosocial
16	MAAMS	Nord-Kivu	Nord-Kivu	Beni	Oicha	MAS	Multisectoriel
17	PPSSP	Nord-Kivu	Nord-Kivu	Beni	Oicha	PPSSP	Psychosocial
18	PROGRAMME DE PROMOTION DE SOIN DE SANTE PRIMAIRE	Nord-Kivu	Nord-Kivu	Beni	Oicha	PPSSP	Psychosocial
19	SOFEPAI	Nord-Kivu	Nord-Kivu	Beni	Oicha	SOF	Psychosocial
20	MAAMS	Nord-Kivu	Nord-Kivu	Beni	Vuhovi	MAS	Multisectoriel
21	Programme de promotion des Soins de Santé Primaire	Nord-Kivu	Nord-Kivu	Beni	Vuhovi	PPSSP	Psychosocial
22	PROGRAMME DE PROMOTION DES SOINS DE SANTE PRIMAIRES	Nord-Kivu	Nord-Kivu	Beni	Vuhovi	PPSSP/ASO N	Psychosocial
23	HGR CHARITE MATERNELE	Nord-Kivu	Goma	Goma	Goma	HGRCHMAT	Médical
24	HOPE IN ACTION	Nord-Kivu	Goma	Goma	Goma	HIA	Psychosocial
25	SITE D'ECOUTE MONT CARMEL	Nord-Kivu	Goma	Goma	Goma	SITE MT CARMEL	Psychosocial
26	CATHEDRALE	Nord-Kivu	Goma	Goma	Karisimbi	CATH	Multisectoriel
27	CENTRE HOSPITALIER NOTRE DAME D'AFRIQUE	Nord-Kivu	Goma	Goma	Karisimbi	CH.NDA	Médical
28	MUUNGAO RESURRECTION	Nord-Kivu	Goma	Goma	Karisimbi	CHMR	Médical
29	PAROISSE NOTRE DAME D'AFRIQUE/KATOYI	Nord-Kivu	Goma	Goma	Karisimbi	CHNDA	Médical
30	AFIA MUGUNGA	Nord-Kivu	Goma	Karisimbi	Karisimbi	CDG	Médical
31	CENTRE MAMA JEANE	Nord-Kivu	Goma	Karisimbi	Karisimbi	CMJ	Psychosocial
32	CROIX ROUGE	Nord-Kivu	Goma	Karisimbi	Karisimbi	CRNK01	Psychosocial
33	MAISON D'ECOUTE/AFIA MUGUNGA	Nord-Kivu	Goma	Karisimbi	Karisimbi	MEM	Psychosocial
34	MAISON D'ECOUTE NDO SHO	Nord-Kivu	Goma	Karisimbi	Karisimbi	MSON D'ECOUTE NDSH	Psychosocial
35	MUGUNGA	Nord-Kivu	Goma	Karisimbi	Karisimbi	MGNG	Psychosocial
36	ADDF	Nord-Kivu	Nord-Kivu	Lubero	Alimbongo	ADF	Psychosocial
37	MAAS	Nord-Kivu	Nord-Kivu	Lubero	Alimbongo	MAS	Psychosocial
38	ADDF	Nord-Kivu	Nord-Kivu	Lubero	Butembo	ADDF	Psychosocial
39	CENTRE DE SANTE KAHAMBA	Nord-Kivu	Nord-Kivu	Lubero	Butembo	CSKAH	Médical

N°	Désignation de la structure	Province	District	Territoire	Zone De Santé	Sigle ou Acronyme	Volet D'intervention
40	CENTRE DE SANTE MABUKU	Nord-Kivu	Nord-Kivu	Lubero	Butembo	CSM	Médical
41	CENTRE DE SANTE VISIKI	Nord-Kivu	Nord-Kivu	Lubero	Butembo	CSVI	Médical
42	FEPSI	Nord-Kivu	Nord-Kivu	Lubero	Butembo	FEP	Médical
43	FODI	Nord-Kivu	Nord-Kivu	Lubero	Butembo	FOD	Psychosocial
44	Maisonn d'écoute	Nord-Kivu	Nord-Kivu	Lubero	Butembo	MEC	Psychosocial
45	ASSOCIATION POUR LA DEFENCE DE DROITS DE LA FEMME	Nord-Kivu	Nord-Kivu	Lubero	Katwa	ADF	Psychosocial
46	ADDF	Nord-Kivu	Nord-Kivu	Lubero	Kayna	ADF	Psychosocial
47	C.S MIRIKI	Nord-Kivu	Nord-Kivu	Lubero	Kayna	MIR	Médical
48	CENTRE DE SANTE BUSENYERWA	Nord-Kivu	Nord-Kivu	Lubero	Kayna	CSB	Médical
49	CENTRE DE SANTE KAMANDI	Nord-Kivu	Nord-Kivu	Lubero	Kayna	CSK	Médical
50	CENTRE DE SANTE KIWAYA	Nord-Kivu	Nord-Kivu	Lubero	Kayna	CSK	Médical
51	MAAMS	Nord-Kivu	Nord-Kivu	Lubero	Kayna	MAS	Psychosocial
52	Maiso d'ecoute Butembo	Nord-Kivu	Nord-Kivu	Lubero	Kayna	MEC	Psychosocial
53	C.S.KYONDO	Nord-Kivu	Nord-Kivu	Lubero	Kyondo	KYO	Médical
54	Maison d'Ecoute de NJIAPANDA	Nord-Kivu	Nord-Kivu	Lubero	Mangurejipa	MEN	Psychosocial
55	MAISON D'ECOUTE NDJIAPANDA	Nord-Kivu	Nord-Kivu	Lubero	Mangurejipa	MEN	Psychosocial
56	ADDF	Nord-Kivu	Nord-Kivu	Lubero	Musienene	ADDF	Psychosocial
57	HOPITAL GENERAL REFERENCE DE MUSIZENENE	Nord-Kivu	Nord-Kivu	Lubero	Musienene	HGM	Médical
58	MAISON D'ECOUTE	Nord-Kivu	Nord-Kivu	Lubero	Musienene	MEC	Psychosocial
59	APANIVIP	Nord-Kivu	Nord-Kivu	Masisi	Kirotshe	APANIVIP/B WEREMANA	Psychosocial
60	APANIVIP	Nord-Kivu	Nord-Kivu	Masisi	Masisi	APANIVIP	Psychosocial
61	MAISON D'ECOUTE KITSHANGA	Nord-Kivu	Nord-Kivu	Masisi	Mweso	M.E.K.	Psychosocial
62	ST BENOIT	Nord-Kivu	Nord-Kivu	Masisi	Mweso	ST B	Médical
63	CHARITE MATERNELLE	Nord-Kivu	Nord-Kivu	Nyiragongo	Goma	CHMATR	Psychosocial
64	MAAMS	Nord-Kivu	Nord-Kivu	Oicha	Beni	MAS	Multisectoriel
65	PPSSP	Nord-Kivu	Nord-Kivu	Oicha	Beni	PPSSP	Psychosocial
66	SOFEPAI	Nord-Kivu	Nord-Kivu	Oicha	Beni	SOF	Psychosocial
67	C.S MAPENDO	Nord-Kivu	Nord-Kivu	Rutshuru	Rutshuru	CSM	Médical
68	CARITAS MAISON D'ECOUTE KIWANJA	Nord-Kivu	Nord-Kivu	Rutshuru	Rutshuru	M.E.K.	Médical
69	MAPENDO	Nord-Kivu	Nord-Kivu	Rutshuru	Rutshuru	MPND	Médical
70	PAROISSE SAINT ALOYS	Nord-Kivu	Nord-Kivu	Rutshuru	Rutshuru	RUTSHURU CENTRE	Psychosocial
71	C.H. BUGUSA	Nord-Kivu	Nord-Kivu	Rutshuru	Rwanguba	CH. BUG.	Médical
72	C.S.R. KARAMBI	Nord-Kivu	Nord-Kivu	Rutshuru	Rwanguba	CSR KARAMBI	Médical
73	CARITAS NTAMUGENGA	Nord-Kivu	Nord-Kivu	Rutshuru	Rwanguba	CARITAS	Psychosocial
74	CARITAS/NTAMUGENGA	Nord-Kivu	Nord-Kivu	Rutshuru	Rwanguba	CARITAS	Psychosocial
75	CH. BUGUSA	Nord-Kivu	Nord-Kivu	Rutshuru	Rwanguba	CHBUGRWA	Médical
76	CSR NTAMUGENGA	Nord-Kivu	Nord-Kivu	Rutshuru	Rwanguba		Multisectoriel
77	CSR NTAMUGENGA	Nord-Kivu	Nord-Kivu	Rutshuru	Rwanguba	CSR NTAMU	Médical
78	ME KARAMBI	Nord-Kivu	Nord-Kivu	Rutshuru	Rwanguba	MEK	Psychosocial
79	ME/KARAMBI	Nord-Kivu	Nord-Kivu	Rutshuru	Rwanguba	CDG	Psychosocial
80	FONDATION NATURE ET HUMANITE	Nord-Kivu	Nord-Kivu	Walikale	Nd Nord-Kivu	FNH	Psychosocial
81	ACTION POUR UN DEVELOPPEMENT INTEGRAL	Nord-Kivu	Nord-Kivu	Walikale	Pinga	ADDE	Multisectoriel
82	HGR	Nord-Kivu	Nord-Kivu	Walikale	Pinga	HGR	Multisectoriel

N°	Désignation de la structure	Province	District	Territoire	Zone De Santé	Sigle ou Acronyme	Volet D'intervention
83	HOPITAL GENERAL DE REFERENCE DE PINGA	Nord-Kivu	Nord-Kivu	Walikale	Pinga	HGRP	Psychosocial
84	INTERNATIONAL MÉDICALCORPS	Nord-Kivu	Nord-Kivu	Walikale	Pinga	IMC	Reinsertion Social
85	ADDE	Nord-Kivu	Nord-Kivu	Walikale	Walikale	ADDE	Reinsertion Social
86	HEAL AFRICA	Nord-Kivu	Nord-Kivu	Walikale	Walikale	HA	Reinsertion Social
87	HEAL AFRICA	Nord-Kivu	Nord-Kivu	Walikale	Walikale	HAW	Multisectoriel
88	HOPITAL GENERAL DE REFERENCE DE KIBUA	Nord-Kivu	Nord-Kivu	Walikale	Walikale	HGRK	Juridique
89	HOPITAL GENERAL DE REFERENCE DE WALIKALE	Nord-Kivu	Nord-Kivu	Walikale	Walikale	HGRW	Psychosocial
90	IFEDI	Nord-Kivu	Nord-Kivu	Walikale	Walikale	IFEDI	Psychosocial
91	INFORMATION POUR TOUT LE MONDE	Nord-Kivu	Nord-Kivu	Walikale	Walikale	IPTL	Psychosocial
92	INITIATIVE DE FEMME POUR UN DEVELOPPEMENT INTEGRAL	Nord-Kivu	Nord-Kivu	Walikale	Walikale		Multisectoriel
93	PIDEP	Nord-Kivu	Nord-Kivu	Walikale	Walikale	PIDEP	Psychosocial
94	SOLIDARITE POUR UN DEVELOPPEMENT COMMUNAUTAIRE	Nord-Kivu	Nord-Kivu	Walikale	Walikale	SODECO	Psychosocial
95	CARIRITAS PAROISSIAL AKETI	Province Orientale	Bas-Uele	Aketi	Aketi	CPA	Reinsertion Social
96	CARITAS/AKETI	Province Orientale	Bas-Uele	Aketi	Aketi	CPA	Reinsertion Social
97	HOPITAL GENERAL DE REFERENCE ADI	Province Orientale	Ituri	Aru	Adi	HGR/ADI	Médical
98	CENTRE DE SANTE ARIWARA	Province Orientale	Ituri	Aru	Ariwara	C.S.ARI	Médical
99	CENTRE DE SANTE ONDOLEA	Province Orientale	Ituri	Aru	Aru	CSO	Médical Et Psychosocial
100	CENTRE D'INTERVENTION PSYCHOSOCIAL D'ARU	Province Orientale	Ituri	Aru	Aru	CIP A	Psychosocial
101	CENTRE PSYCHOSOCIALE D'ARU	Province Orientale	Ituri	Aru	Aru	CIP	Psychosocial
102	HOPITAL GENERAL DE REFERENCE D'ARU	Province Orientale	Ituri	Aru	Aru	HGI	Médical
103	Centre pour Accompagnement des Femmes et Enfants Vulnérables	Province Orientale	Bas-Uele	Bambesa	Dingila		Psychosocial
104	PAIX ET DROITS DE L'HOMME AUJOURD'HUI	Province Orientale	Bas-Uele	Bambesa	Dingila	PDHA	Juridique
105	CARITAS ALLEMAGNE BONDO	Province Orientale	Bas-Uele	Bondo	Bondo	CAB	Psychosocial
106	CENTRE POUR ACCOMPAGNEMENT DES FEMMES ET ENFANTS VULNERABLES	Province Orientale	Bas-Uele	Buta	Buta		Psychosocial
107	HOPITAL GENERAL DE REFERENCE DE BUTA	Province Orientale	Bas-Uele	Buta	Buta	HGR/BUTA	Médical Et Psychosocial
108	HOPITAL GENERAL DE REFERENCE BAMBU	Province Orientale	Ituri	Djugu	Bambu	HGR	Médical
109	ANAMAD	Province Orientale	Ituri	Djugu	Fataki	ANM	Multisectoriel
110	CENTRE DE SANTE DE KATOTO	Province Orientale	Ituri	Djugu	Lita	C.S.K.	Médical
111	Centre de Santé de Loga	Province Orientale	Ituri	Djugu	Lita	CSL	Médical
112	HOPITAL GENERAL DE MONGBWALU	Province Orientale	Ituri	Djugu	Mongbwalu	HGR	Médical
113	CEFI	Province Orientale	Ituri	Djugu	Nizi	CEFI	Multisectoriel

N°	Désignation de la structure	Province	District	Territoire	Zone De Santé	Sigle ou Acronyme	Volet D'intervention
114	Hopital Général de Référence de Nizi	Province Orientale	Ituri	Djugu	Nizi	HGR	Médical
115	C.S. KASENYI	Province Orientale	Ituri	Djugu	Tchomia	CSK	Médical
116	HOPITAL GENERAL DE REFERENCE DE TCHOMIA	Province Orientale	Ituri	Djugu	Tchomia	HGT	Médical
117	Centre d'Intervention Psychosociale de Dungu	Province Orientale	Haut-Uele	Dungu	Dungu	CIP DUN	Psychosocial
118	CENTRE D'INTERVENTION PSYCHOSOCIALE DE FARADJE	Province Orientale	Haut-Uele	Faradje	Faradje	CIP FAR	Psychosocial
119	ACTION JUSTICE ET PAIX	Province Orientale	Ituri	Irumu	Bunia	AJP	Juridique
120	CENTRE KARIBUNI WA MAMAN	Province Orientale	Ituri	Irumu	Bunia	SEF	Médical
121	COOPI-CIP	Province Orientale	Ituri	Irumu	Bunia	COP	Psychosocial
122	KARIBUNI WA MAMA	Province Orientale	Ituri	Irumu	Bunia	SOF	Médical
123	Hôpital Général de Référence de Gethy	Province Orientale	Ituri	Irumu	Gethy	HGRG	Médical
124	HGR KOMANDA	Province Orientale	Ituri	Irumu	Komanda	KHG	Médical
125	LIGUE DE ZONE AFRIQUE POUR LA DEFENSE DE DROITS DES ENFANTS ET D'ELEVES	Province Orientale	Kisangani	Kabondo	Kabondo	LIZADEEL	Juridique
126	LIGUE DE ZONE AFRIQUE POUR LA DEFENSE DES DROITS DES ENFANTS ET D'ELEVES	Province Orientale	Kisangani	Kabondo	Kabondo		Psychosocial
127	Police Speciale pour la protection de l'enfant	Province Orientale	Kisangani	Kabondo	Kabondo		Juridique
128	Ligue de Zone Afrique pour la Defense des Droits des Enfants et Eleves	Province Orientale	Kisangani	Lubunga	Lubunga		Psychosocial
129	CENTRE D'INTERVENTION PSYCHOSOCIALE DE MAHAGI	Province Orientale	Ituri	Mahagi	Mahagi	CIP	Psychosocial
130	LIGUE DE ZONE AFRIQUA POR LA DEFENSE DE DROITS DES ENFANTS ET D'ELEVES	Province Orientale	Kisangani	Makiso	Lubunga		Psychosocial
131	LIGUE DE ZONE AFRIQUE POUR LA DEFENSE DE DROITS DES ENFANTS ET D'ELEVES	Province Orientale	Kisangani	Makiso	Makiso-Kisangani		Psychosocial
132	LIGUE DE ZONE AFRIQUE POUR LA DEFENSE DES DROITS DES ENFANTS ET D'ELEVES	Province Orientale	Kisangani	Makiso	Makiso-Kisangani	LIZADEEL	Juridique
133	Police Speciale pour la Protection de l'Enfant	Province Orientale	Kisangani	Makiso	Makiso-Kisangani		Juridique
134	ACTION POUR LE DEVELOPPEMENT COMMUNAUTAIRE REVNOVE	Province Orientale	Ituri	Mambasa	Mambasa	ADE	Multisectoriel
135	C.S. MAMBASA	Province Orientale	Ituri	Mambasa	Mambasa	CSMB	Médical
136	CENTRE DE SANTE MAMBASA	Province Orientale	Ituri	Mambasa	Mambasa	HGM	Médical
137	CENTRE DE SANTE MVA	Province Orientale	Ituri	Mambasa	Mambasa		Médical

N°	Désignation de la structure	Province	District	Territoire	Zone De Santé	Sigle ou Acronyme	Volet D'intervention
138	CENTRE DE SANTE MANDIMA	Province Orientale	Ituri	Mambasa	Mandima	C.S. M	Médical
139	CIP COP/LUKAYA	Province Orientale	Ituri	Mambasa	Mandima	MHG	Psychosocial
140	CS MANDIMA	Province Orientale	Ituri	Mambasa	Mandima	CSMAND	Médical
141	LIGUE DE ZONE AFRIQUE POUR LA DEFENSE DE DROITS DES ENFANTS ET D'ELEVES	Province Orientale	Kisangani	Mangobo	Mangobo		Psychosocial
142	POLICE SPECIALE POUR LA PROTECTION DE L'ENFANT	Province Orientale	Kisangani	Mangobo	Mangobo		Juridique
143	Centre d'Intervention Psychosociale de Niangara	Province Orientale	Haut-Uele	Niangara	Niangara	CIP NIA	Psychosocial
144	CENTRE POUR LE DEVELOPPEMENT ET LA PROTECTION DES ENFANTS	Province Orientale	Bas-Uele	Poko	Poko	CDPE/POKO	Psychosocial
145	GENRE FAMILLE ET ENFANT	Province Orientale	Bas-Uele	Poko	Poko	GFE/POKO	Psychosocial
146	TRIBUNAL PENAL TERRITORIAL DE POKA	Province Orientale	Bas-Uele	Poko	Poko	TPT/POKO	Juridique
147	CENTRE D'ACCEUIL DES ENFANTS ET FEMMES VULNERABLES	Province Orientale	Bas-Uele	Poko	Viadana	CAFEV/POKO	Reinsertion Social
148	Hopital General de Reference Poko	Province Orientale	Bas-Uele	Poko	Viadana		Médical
149	LIGUE DE ZONE AFRIQUE POUR LA DEFENSE DES DROITS DES ENFANTS ET D'ELEVES	Province Orientale	Kisangani	Tshopo	Tshopo		Psychosocial
150	Police Speciale pour la Protection de l'Enfant	Province Orientale	Kisangani	Tshopo	Tshopo		Juridique
151	CS LUHAGO	Sud-Kivu	Bukavu	Bagira	Kabare	LHG	Médical
152	ACTION DES FEMMES POUR LES DROITS ET LE DEVELOPPEMENT	Sud-Kivu	Sud-Kivu	Fizi	Fizi		Psychosocial
153	ACTION SOCIALE POUR LE DEVELOPPEMENT FEMME ET ENFANT	Sud-Kivu	Sud-Kivu	Fizi	Fizi	ASDFE	Psychosocial
154	ARCHE D'ALLIANCE	Sud-Kivu	Sud-Kivu	Fizi	Fizi	ARAL	Psychosocial
155	CAMPS FIZI	Sud-Kivu	Sud-Kivu	Fizi	Fizi	CAMPS FIZI	Psychosocial
156	CENTRE DE SANTE FIZI	Sud-Kivu	Sud-Kivu	Fizi	Fizi	CSF	Psychosocial
157	CENTRE DE SANTE KANANDA	Sud-Kivu	Sud-Kivu	Fizi	Fizi	CSK	Psychosocial
158	Centre d'Ecoute de Kasiru	Sud-Kivu	Sud-Kivu	Fizi	Fizi		Médical Et Psychosocial
159	CENTRE D'ECOUTE DE KICHULA	Sud-Kivu	Sud-Kivu	Fizi	Fizi	CEKI	Médical Et Psychosocial
160	Centre d'Ecoute de Mukera	Sud-Kivu	Sud-Kivu	Fizi	Fizi	CEMU	Médical Et Psychosocial
161	CENTRE D'ECOUTE FIZI	Sud-Kivu	Sud-Kivu	Fizi	Fizi	CEF	Psychosocial
162	CENTRE D'ECOUTE KILICHA	Sud-Kivu	Sud-Kivu	Fizi	Fizi	C.E	Psychosocial
163	CENTRE D'ECOUTE MILIMBA	Sud-Kivu	Sud-Kivu	Fizi	Fizi	CEMF	Psychosocial
164	CENTRE D'ECOUTE UMOJA	Sud-Kivu	Sud-Kivu	Fizi	Fizi	CEU	Médical Et Psychosocial
165	COMITE DE MEDIATION	Sud-Kivu	Sud-Kivu	Fizi	Fizi	CMD	Reinsertion Social
166	COOPERAZION INTRENAZIONAL MILIMBA	Sud-Kivu	Sud-Kivu	Fizi	Fizi	COOPI	Psychosocial
167	COOPERAZIONE INTEL	Sud-Kivu	Sud-Kivu	Fizi	Fizi	COOPI	Psychosocial
168	EQUIPE MOBILE	Sud-Kivu	Sud-Kivu	Fizi	Fizi	EM	Psychosocial

N°	Désignation de la structure	Province	District	Territoire	Zone De Santé	Sigle ou Acronyme	Volet D'intervention
169	hgr/fizi	Sud-Kivu	Sud-Kivu	Fizi	Fizi		Médical
170	PROTECTION ENFANCE ET LUTTE CONTRE LES VS	Sud-Kivu	Sud-Kivu	Fizi	Fizi	PELVS	Psychosocial
171	Centre d'Ecoute de Minembwe	Sud-Kivu	Sud-Kivu	Fizi	Minembwe		Médical Et Psychosocial
172	Centre d'Ecoute Rugezi	Sud-Kivu	Sud-Kivu	Fizi	Minembwe	CERU	Médical Et Psychosocial
173	COOPERAZIONE INTERNAZIONALE NUNDU	Sud-Kivu	Sud-Kivu	Fizi	Nundu	COOPI	Psychosocial
174	HOPITAL GENERAL DE NUNDU	Sud-Kivu	Sud-Kivu	Fizi	Nundu	NUND2	Médical
175	HOPITAL GENERAL DE REFERENCE DE NUNDU	Sud-Kivu	Sud-Kivu	Fizi	Nundu	HGR NUNDU	Médical
176	Bazere Mushagaluke	Sud-Kivu	Sud-Kivu	Idjwi	Idjwi	BAM	Médical Et Psychosocial
177	PAIN POUR LES DESHERITES	Sud-Kivu	Sud-Kivu	Idjwi	Idjwi	PLD	Psychosocial
178	CAMPS KANIOLA	Sud-Kivu	Sud-Kivu	Kabare	Kaniola	CAMPS	Psychosocial
179	CAMPS KABARE	Sud-Kivu	Sud-Kivu	Kabare	Katana	CAMPSKAB	Psychosocial
180	CAMPS KABARE	Sud-Kivu	Sud-Kivu	Kabare	Katana	CAMPSKAB AR	Médical Et Psychosocial
181	CAMPS BUNYAKIRI	Sud-Kivu	Sud-Kivu	Kalehe	Bunyakiri	CAMPS BUNYAKIRI	Psychosocial
182	CAMPS KALEHE	Sud-Kivu	Sud-Kivu	Kalehe	Kalehe	CAMPS KAL	Psychosocial
183	CAMPS KALONGE	Sud-Kivu	Sud-Kivu	Kalehe	Kalonge	CAMPS	Psychosocial
184	COOPERAZIONE INTERNAZIONALE (KALONGE)	Sud-Kivu	Sud-Kivu	Kalehe	Kalonge	COOPI KAL	Psychosocial
185	CSR CAMINUNU	Sud-Kivu	Sud-Kivu	Kalehe	Kalonge		Médical
186	CAMPS ANTENNE DE MINOVA	Sud-Kivu	Sud-Kivu	Kalehe	Minova	CAMPS	Psychosocial
187	HGR MINOVA	Sud-Kivu	Sud-Kivu	Kalehe	Minova	HGRMINO	Médical
188	Maison d'écoute Caritas	Sud-Kivu	Sud-Kivu	Kalehe	Minova	MEC	Psychosocial
189	MAISON D'ECOUTE CARITAS BOBANDANA	Sud-Kivu	Sud-Kivu	Kalehe	Minova	MECB	Psychosocial
190	MEB SAMEDI	Sud-Kivu	Sud-Kivu	Kalehe	Minova	MEB SAM	Psychosocial
191	CAMPS MWENGA	Sud-Kivu	Sud-Kivu	Mwenga	Kamituga	CAMPSMW W	Psychosocial
192	MAISON D'ECOUTE BOBANDANA	Sud-Kivu	Nd Sud-Kivu	Nd Sud-Kivu	Minova	MEB	Psychosocial
193	CAMPS HIA	Sud-Kivu	Sud-Kivu	Shabunda	Lulingu	CAMPS HIA	Médical Et Psychosocial
194	CENTRE DE REFERENCE BYANGAMA	Sud-Kivu	Sud-Kivu	Shabunda	Lulingu	CSR/BY	Médical
195	CENTRE DE SANTE BUBALA	Sud-Kivu	Sud-Kivu	Shabunda	Lulingu		Multisectoriel
196	CENTRE DE SANTE BYANGANA	Sud-Kivu	Sud-Kivu	Shabunda	Lulingu		Multisectoriel
197	CENTRE DE SANTE DE MAPIMO	Sud-Kivu	Sud-Kivu	Shabunda	Lulingu	MAP	Médical
198	CENTRE DE SANTE MILENDA	Sud-Kivu	Sud-Kivu	Shabunda	Lulingu	CSM	Juridique
199	CS LUGUNGU	Sud-Kivu	Sud-Kivu	Shabunda	Lulingu	CSL1	Médical
200	CSR BYANGAMA	Sud-Kivu	Sud-Kivu	Shabunda	Lulingu	CRS BY	Médical
201	csr/lugungu	Sud-Kivu	Sud-Kivu	Shabunda	Lulingu		Médical
202	CENTRE DE SANTE KISEKU	Sud-Kivu	Sud-Kivu	Shabunda	Mulungu	CSK	Juridique
203	AC TION POUR LA DETROMATISATION ET LA RECONCIATION	Sud-Kivu	Sud-Kivu	Shabunda	Shabunda	ADR	Psychosocial
204	BUREAU DES ACTIONS DE DEVELOPPEMENT ET DESURGENCES	Sud-Kivu	Sud-Kivu	Shabunda	Shabunda	BADU	Psychosocial

N°	Désignation de la structure	Province	District	Territoire	Zone De Santé	Sigle ou Acronyme	Volet D'intervention
205	bureau des actions de developpement et des urgences	Sud-Kivu	Sud-Kivu	Shabunda	Shabunda	BADU	Psychosocial
206	C,S MILENDA	Sud-Kivu	Sud-Kivu	Shabunda	Shabunda	CSMIL	Multisectoriel
207	C.S KISEKU	Sud-Kivu	Sud-Kivu	Shabunda	Shabunda	CSK	Multisectoriel
208	CAMPS SHABUNDA	Sud-Kivu	Sud-Kivu	Shabunda	Shabunda	CAMPS 3	Psychosocial
209	CENTRE DE SANTE DIVIN MAITRE	Sud-Kivu	Sud-Kivu	Shabunda	Shabunda	CSD	Médical
210	CS Tusisi	Sud-Kivu	Sud-Kivu	Shabunda	Shabunda	CS/T	Médical
211	CSR PENE KUSU	Sud-Kivu	Sud-Kivu	Shabunda	Shabunda	CSP	Médical
212	CSR/BYANGAMA	Sud-Kivu	Sud-Kivu	Shabunda	Shabunda	CSR/BY	Médical
213	MAPIMO	Sud-Kivu	Sud-Kivu	Shabunda	Shabunda	MAPIMO	Psychosocial
214	projet ushindi/pu	Sud-Kivu	Sud-Kivu	Shabunda	Shabunda		Médical
215	proush	Sud-Kivu	Sud-Kivu	Shabunda	Shabunda		Psychosocial
216	ASSOCIATION POUR LA DEFENSE DES DROITS DES FEMMES AU CONGO	Sud-Kivu	Sud-Kivu	Uvira	Hauts Plateaux D'uvira		Juridique
217	ARCHE D'ALLIANCE	Sud-Kivu	Sud-Kivu	Uvira	Lemera	ARUVI	Juridique
218	CAMPS SUD/KIVU	Sud-Kivu	Sud-Kivu	Uvira	Ruzizi	CACASK	Médical Et Psychosocial
219	CAMPS SUD-KIVU	Sud-Kivu	Sud-Kivu	Uvira	Ruzizi	CAMSK	Médical Et Psychosocial
220	ASSOCIATION POUR LA DEFENCE DES DROITS DE LA FEMME AU CONGO	Sud-Kivu	Sud-Kivu	Uvira	Uvira	ADF	Psychosocial
221	CAMPS UVIRA	Sud-Kivu	Sud-Kivu	Uvira	Uvira		Psychosocial
222	CENTRE DE SANTE KABIMBA	Sud-Kivu	Sud-Kivu	Uvira	Uvira	CSK	Médical
223	CSR KABIMBA	Sud-Kivu	Sud-Kivu	Uvira	Uvira	CSR KAB	Médical
224	CAMPS WALUNGU	Sud-Kivu	Sud-Kivu	Walungu	Mubumbano	CAMPS	Psychosocial
225	ASADHO	Katanga	Lubumbashi	Lubumbashi	Lubumbashi		Juridique
226	COORDINATION PROVINCIALE SGBV	Katanga	Lubumbashi	Lubumbashi	Lubumbashi		Prévention
227	CROIX ROUGE LUBUMBASHI	Katanga	Lubumbashi	Lubumbashi	Lubumbashi		Médical
228	SERVICE GENRE, FAMILLE ET ENFANT KALEMIE	Katanga	Tanganyika	Kalemie	Kalemie		Coordination Et Prévention
229	HOPITAL GENERAL DE REFERENCE DE BUKAMA	Katanga	Haut Lomami	Bukama	Bukama		Médical
230	HOPITAL GENERAL DE REFERENCE HAKIKA	Katanga	Lubumbashi	Lubumbashi	Lubumbashi		Médical
231	HOPITAL GENERAL DE REFERENCE DE KALEMIE	Katanga	Tanganyika	Kalemie	Kalemie		Médical
232	HOPITAL GENERAL DE REFERENCE KAMINA	Katanga	Haut Lomami	Kamina	Kamina		Médical
233	HOPITAL GENERAL DE REFERENCE KAMPEMBA	Katanga	Lubumbashi	Kampemba	Kampemba		Médical
234	HOPITAL GENERAL DE REFERENCE SOCIETE NATIONAL DES CHEMINS DE FER	Katanga	Lubumbashi	Lubumbashi	Lubumbashi		Médical
235	HOPITAL GENERAL DE REFERENCE VANGU	Katanga	Lubumbashi	Lubumbashi	Vangu		Médical
236	ONG ACED (Action communautaire pour l'Education et le developpement)	Katanga	Likasi	Likasi	Likasi		Psychosocial
237	ONG CPFE	Katanga	Tanganika	Kabalo	Kabalo		Psychosocial
238	PARQUET DE GRANDE INSTANCE KALEMIE	Katanga	Tanganyika	Kalemie	Kalemie		Judiciaire
239	PARQUET DE GRANDE INSTANCE KAMINA	Katanga	Haut Lomami	Kamina	Kamina		Judiciaire

N°	Désignation de la structure	Province	District	Territoire	Zone De Santé	Sigle ou Acronyme	Volet D'intervention
240	PARQUET DE GRANDE INSTANCE LUBUMBASHI	Katanga	Lubumbashi	Lubumbashi	Lubumbashi		Judiciaire
241	RAF(Réseau Africain des Femmes)	Katanga	Tanganyika	Moba	Moba		Psychosocial
242	SAVE CONGO	Katanga	Lubumbashi	Lubumbashi	Lubumbashi		Psychosocial
243	UNITE DE POLICE DE PROTECTION DES FILLES ET ENFANTS	Katanga	Lubumbashi	Lubumbashi	Lubumbashi		Protection
244	ACETRA	Bandundu	Kwango	Kutu	Boko		Prévention
245	ASSOCIATION POUR LE DEVELOPPEMENT INTEGRE DU KWANGO	Bandundu	Kwango	Popokabaka	Popokabaka		Psychosocial
246	AFESU	Bandundu	Kwango	Feshi	Feshi		Prévention
247	AFSEB	Bandundu	Kwango	Kutu	Boko		Psychosocial
248	AMIKA	Bandundu	Kwango	Kutu	Boko		Psychosocial
249	AMOS	Bandundu	Kwango	Kutu	Boko		Prévention
250	AGENCE NATIONALE DE RENSEIGNEMENT BOKO	Bandundu	Kwango	Kutu	Boko		Protection
251	AGENCE NATIONALE DE RENSEIGNEMENT POPOKABAKA	Bandundu	Kwango	Popokabaka	Popokabaka		Protection
252	ASAEK	Bandundu	Kwango	Kutu	Boko		Psychosocial
253	ASEARO	Bandundu	Bandundu	Disasi, Basoko, Mayoyo	Bandundu		Psychosocial
254	ASOBU	Bandundu	Kwilu	Idiofa	Mosango		Prévention
255	ASPYLU	Bandundu	Maindombe	Inongo	Inongo		Prévention
256	CENTRE DE SANTE BOKO	Bandundu	Kwango	Kutu	Boko		Médical
257	CENTRE DE SANTE KENGE	Bandundu	Kwango	Kenge	Kenge		Médical
258	CENTRE DE SANTE MULUNDU	Bandundu	Kwango	Kutu	Boko		Médical
259	CAFEN	Bandundu	Kwango	Kasongo Lunda	Kasongo Lunda		Psychosocial
260	CARITAS	Bandundu	Kwango	Kenge	Kenge		Prévention
261	CAUSE RURALE	Bandundu	Kwango	Kasongo Lunda	Kasongo Lunda		Psychosocial
262	CDR DJUMA	Bandundu	Kwilu	Bulungu	Djuma		Prévention
263	CELLULE SGBV KWANGO	Bandundu	Kwango	Kenge	Kenge		Prévention
264	CELLULE SGBV PANZI	Bandundu	Kwango	Kasongo Lunda	Panzi		Prévention
265	CENTRE BOMOTO KIKWIT	Bandundu	Kikwit	Kazamba, Lukeni	Kikwit		Médical
266	CEPROSOC	Bandundu	Bandundu	Disasi, Basoko, Mayoyo	Bandundu		Psychosocial
267	CODEFER	Bandundu	Kwilu	Idiofa	Mosango		Prévention
268	COGIE IDIOFA	Bandundu	Kwilu	Idiofa	Idiofa		Prévention
269	COMMISSION JUSTICE ET PAIX KWANGO	Bandundu	Kwango	Kenge	Kenge		Prévention
270	COPI KWILU	Bandundu	Kwilu	Gungu	Kwilu		Psychosocial
271	CPEN MAINDOMBE	Bandundu	Maindombe	Inongo	Inongo		Psychosocial
272	CENTRE DE SANTE NGAMILELE	Bandundu	Kwango	Kenge	Kenge		Médical
273	CENTRE DE SANTE DE KASONGO LUNDA	Bandundu	Kwango	Kasongo Lunda	Kasongo Lunda		Médical
274	CENTRE DE SANTE NTEMO	Bandundu	Kwango	Kenge	Kenge		Médical
275	DIRECTION GENERALE DE MIGRATION KWANGO	Bandundu	Kwango	Kenge	Kenge		Prévention
276	DIRECTION GENERALE DE MIGRATION KASONGO LUNDA	Bandundu	Kwango	Kasongo Lunda	Kasongo Lunda		Prévention
277	DJFC	Bandundu	Kikwit	Kazamba, Lukeni	Kikwit		Psychosocial

N°	Désignation de la structure	Province	District	Territoire	Zone De Santé	Sigle ou Acronyme	Volet D'intervention
278	DROIT DE L'HOMME KWILU	Bandundu	Kwilu	Idiofa	Idiofa		Juridique
279	ECVM,ENGAGEMENT CITOYEN CONTRE LES VIOLENCES	Bandundu	Kwango	Kenge	Kenge		Psychosocial
280	FORCES ARMEES DE LA RDC KWANGO	Bandundu	Kwango	Kenge	Kenge		Protection
281	FORCES ARMEES DE LA RDC KASONGO LUNDA	Bandundu	Kwango	Kasongo Lunda	Kasongo Lunda		Protection
282	FFP	Bandundu	Kwango	Kenge	Kenge		Psychosocial
283	FOPAMI MAINDOMBE	Bandundu	Maindombe	Inongo	Inongo		Prévention
284	GADIC KWANGO	Bandundu	Kwango	Kenge	Kenge		Psychosocial
285	GENRE FAMILLE ET ENFANT KWANGO	Bandundu	Kwango	Kenge	Kenge		Coordination Et Prévention
286	HOPITAL GENERAL DE REFERENCE DE INONGO	Bandundu	Maindombe	Inongo	Inongo		Médical
287	HOPITAL GENERAL DE REFERENCE DE KASONGO LUNDA	Bandundu	Kwango	Kasongo Lunda	Kasongo Lunda		Médical
288	HOPITAL GENERAL DE REFERENCE DE MASIMANIMBA	Bandundu	Kwilu	Idiofa	Masimanimba		Médical
289	HOPITAL GENERAL DE REFERENCE DE PANZI	Bandundu	Kwango	Kasongo Lunda	Panzi		Médical
290	HOPITAL GENERAL DE REFERENCE DE KENGE	Bandundu	Kwango	Kenge	Kenge		Médical
291	LIDEPROV LDH	Bandundu	Kikwit	Kazamba, Lukeni	Kikwit		Juridique
292	MARIADEF	Bandundu	Kwilu	Gungu	Kwilu		Prévention
293	NOUVELLE DYNAMIQUE DE LA JEUNESSE FEMININE	Bandundu	Kwango	Disasi, Basoko, Mayoyo	Bandundu		Psychosocial
294	ORECO	Bandundu	Kikwit	Kazamba, Lukeni	Kikwit		Psychosocial
295	PADI KWILU	Bandundu	Kwilu	Gungu	Kwilu		Psychosocial
296	PARQUET DE KENGE	Bandundu	Kwango	Kenge	Kenge		Judiciaire
297	PDC KWILU	Bandundu	Kwilu	Gungu	Kwilu		Prévention
298	POLICE NATIONALE CONGOLAISE KASONGO LUNDA	Bandundu	Kwango	Kasongo Lunda	Kasongo Lunda		Protection
299	POLICE NATIONALE CONGOLAISE KENGE	Bandundu	Kwango	Kenge	Kenge		Protection
300	POLICE NATIONALE CONGOLAISE KIKWIT	Bandundu	Kikwit	Kazamba, Lukeni	Kikwit		Protection
301	PRAG	Bandundu	Kwango	Kasongo Lunda	Kasongo Lunda		Prévention
302	PROMOTION DE LA SANTE ET DES DROITS DES ENFANTS ET FEMMES(PROSADEF)	Bandundu	Bandundu	Disasi, Basoko, Mayoyo	Bandundu		Juridique
303	PVV	Bandundu	Kwilu	Idiofa	Mosango		Prévention
304	RESEAU D'EDUCATION CIVIQUE AU CONGO (RECIC)	Bandundu	Kikwit	Kazamba, Lukeni	Kikwit		Psychosocial
305	RONGSVIS	Bandundu	Kwango	Kenge	Kenge		Psychosocial
306	SSC/CEK	Bandundu	Kwango	Kenge	Kenge		Psychosocial
307	SYNERGIE DE LUTTE CONTRE LES SGBV IDIOFA	Bandundu	Maindombe	Idiofa	Idiofa		Prévention
308	SYNERGIE DE LUTTE CONTRE LES SGBV INONGO	Bandundu	Maindombe	Inongo	Inongo		Prévention
309	SYNERGIE DE LUTTE CONTRE LES SGBV KWANGO	Bandundu	Kwango	Kenge	Kenge		Prévention
310	SYNERGIE DE LUTTE CONTRE LES SGBV KWILU	Bandundu	Kwilu	Idiofa	Idiofa		Prévention

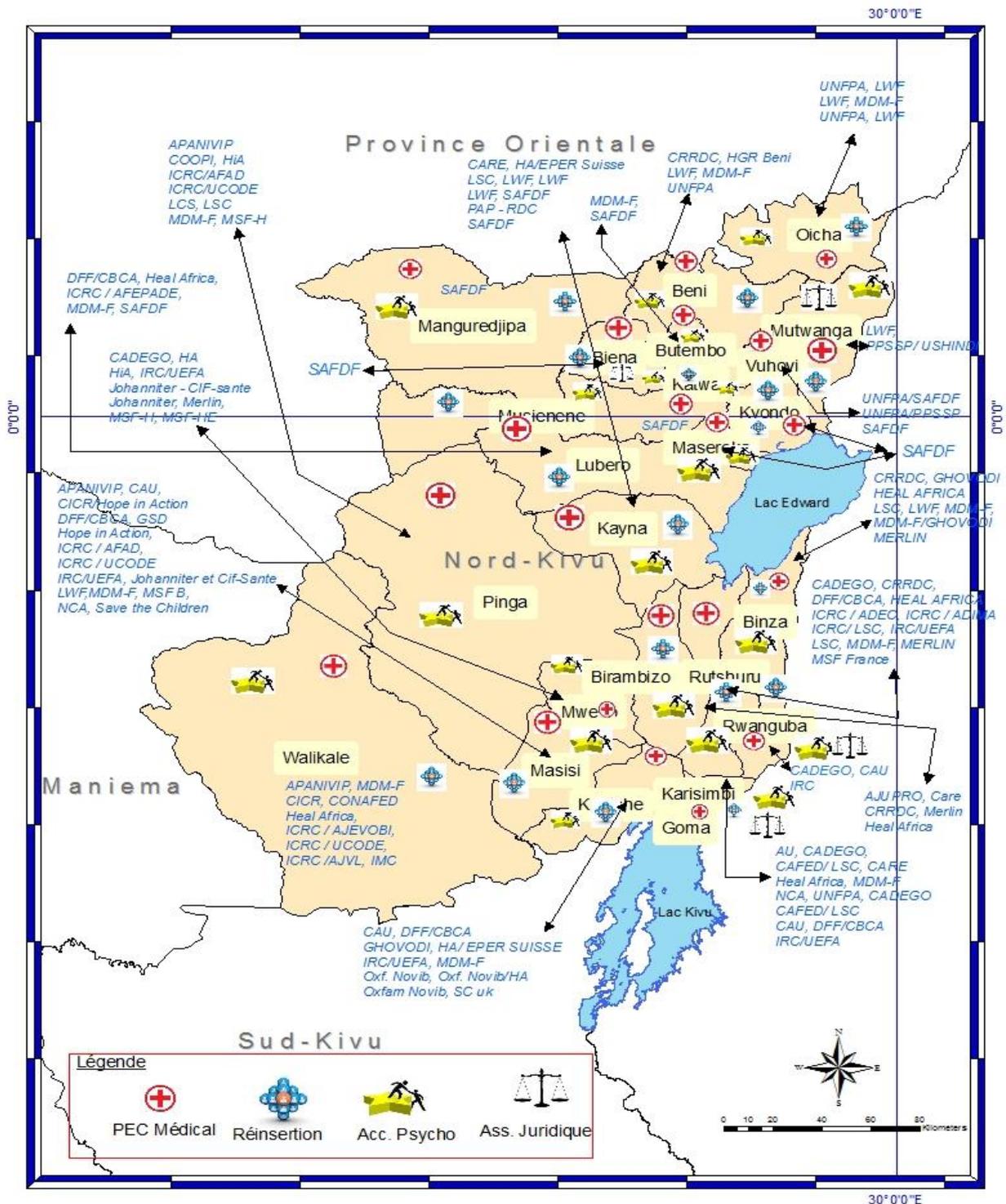
N°	Désignation de la structure	Province	District	Territoire	Zone De Santé	Sigle ou Acronyme	Volet D'intervention
311	SYNERGIE DE LUTTE CONTRE LES SGBV NIOKI	Bandundu	Maindombe	Inongo	Nioki		Prévention
312	SYNERGIE DE LUTTE CONTRE LES SGBV OSHWE	Bandundu	Maindombe	Oshwe	Oshwe		Prévention
313	UPDF	Bandundu	Kwilu	Idiofa	Mosango		Prévention
314	ZONE DE SANTE DE BOKORO	Bandundu	Maindombe	Kutu	Bokoro		Médical
315	ZONE DE SANTE DE KENGE	Bandundu	Kwango	Kenge	Kenge		Médical
316	ZONE DE SANTE DE KITENDA	Bandundu	Kwango	Kasongo Lunda	Kitenda		Médical
317	ZONE DE SANTE DE TANDEMBELO	Bandundu	Maindombe	Inongo	Tandembelo		Médical
318	ZONE DE SANTE DE BOKORO	Bandundu	Kwango	Kutu	Bokoro		Médical
319	ZONE DE SANTE DE KAHEMBA	Bandundu	Kwango	Kahemba	Kahemba		Médical
320	ZONE DE SANTE DE TEMBO	Bandundu	Kwango	Kasongo Lunda	Tembo		Médical
321	ZONE DE SANTE DE WAMBALUADI	Bandundu	Kwango	Kasongo Lunda	Wambalwadi		Médical
322	ASSOCIATION POUR LA PROTECTION DES FEMMES DE LUKULA	Bas-Congo	Bas-Fleuve	Lukula	Kangu		Psychosocial
323	ASSOCIATION SOLIDARITE ET DEVELOPPPEMENT	Bas-Congo	Cataractes	Mbanza Ngungu	Mbanza Ngungu		Psychosocial
324	CENTRE DES JEUNES DE MATADI	Bas-Congo	Matadi	Mvuzi, Matadi	Matadi		Prévention
325	HOPITAL GENERAL KIAMVU	Bas-Congo	Matadi	Mvuzi, Matadi	Matadi		Médical
326	HOPITAL GENERAL KIAMVU	Bas-Congo	Matadi	Mvuzi, Matadi	Matadi		Médical
327	HOPITAL GENERAL MUANDA	Bas-Congo	Boma	Muanda	Muanda		Médical
328	HOPITAL GENERAL PANDJI	Bas-Congo	Bas-Fleuve	Tshela	Tshela		Médical
329	INTER ACTIONS	Bas-Congo	Bas-Fleuve	Tshela	Tshela		Psychosocial Et Prévention
330	HOPITAL GENERAL SAINT LUC	Bas-Congo	Lukaya	Madimba	Nseyo		Médical
331	HOPITAL GENERAL DE MUANDA	Bas-Congo	Boma	Muanda	Muanda		Médical
332	JURISTES EN ACTIONS	Bas-Congo	Matadi	Mvuzi, Matadi	Matadi		Juridique
333	LEVAIN DE MASSE	Bas-Congo	Lukaya	Madimba	Madimba		Psychosocial
334	NOUVELLE DYNAMIQUE DE JEUNESSE FEMININE	Bas-Congo	Cataractes	Mbanza Ngungu	Kwilu-Ngongo		Psychosocial
335	APVU	Kinshasa	Lukunga	Kintambo	Kintambo		Psychosocial
336	CENTRE HOSPITALIER CHRIST ROI	Kinshasa	Mont Amba	Matete	Matete		Médical
337	CENTRE HOSPITALIER OMECO	Kinshasa	Mont Amba	Makala	Makala		Médical
338	CENTRE MÉDICAL ESPERANCE	Kinshasa	Lukunga	Ngaliema	Ngaliema		Médical
339	HOPITAL GENERAL KINTAMBO	Kinshasa	Lukunga	Kintambo	Kintambo		Médical
340	HOPITAL ST JOSEPH	Kinshasa	Mont Amba	Limete	Limete		Médical
341	LIGUE DE LA ZONE AFRIQUE POUR LA DROITS DES ENFANTS ET ELEVES	Kinshasa	Mont Amba	Limete	Limete		Juridique Et Psychosocial
342	MAGNA ENFANTS EN PERIL	Kinshasa	Lukunga	Kintambo	Kintambo		Médical
343	UEIC FRATERNITE	Kinshasa	Tshangu	Bumbu, Kimbanseke	Bumbu, Kimbanseke		Médical

Annexe 3 : Mapping des interventions et des intervenants SGBV de la Province du Nord-Kivu



Date de production: 15/06/2013
Data & Mapping

Cartographie des intervenants au Nord Kivu

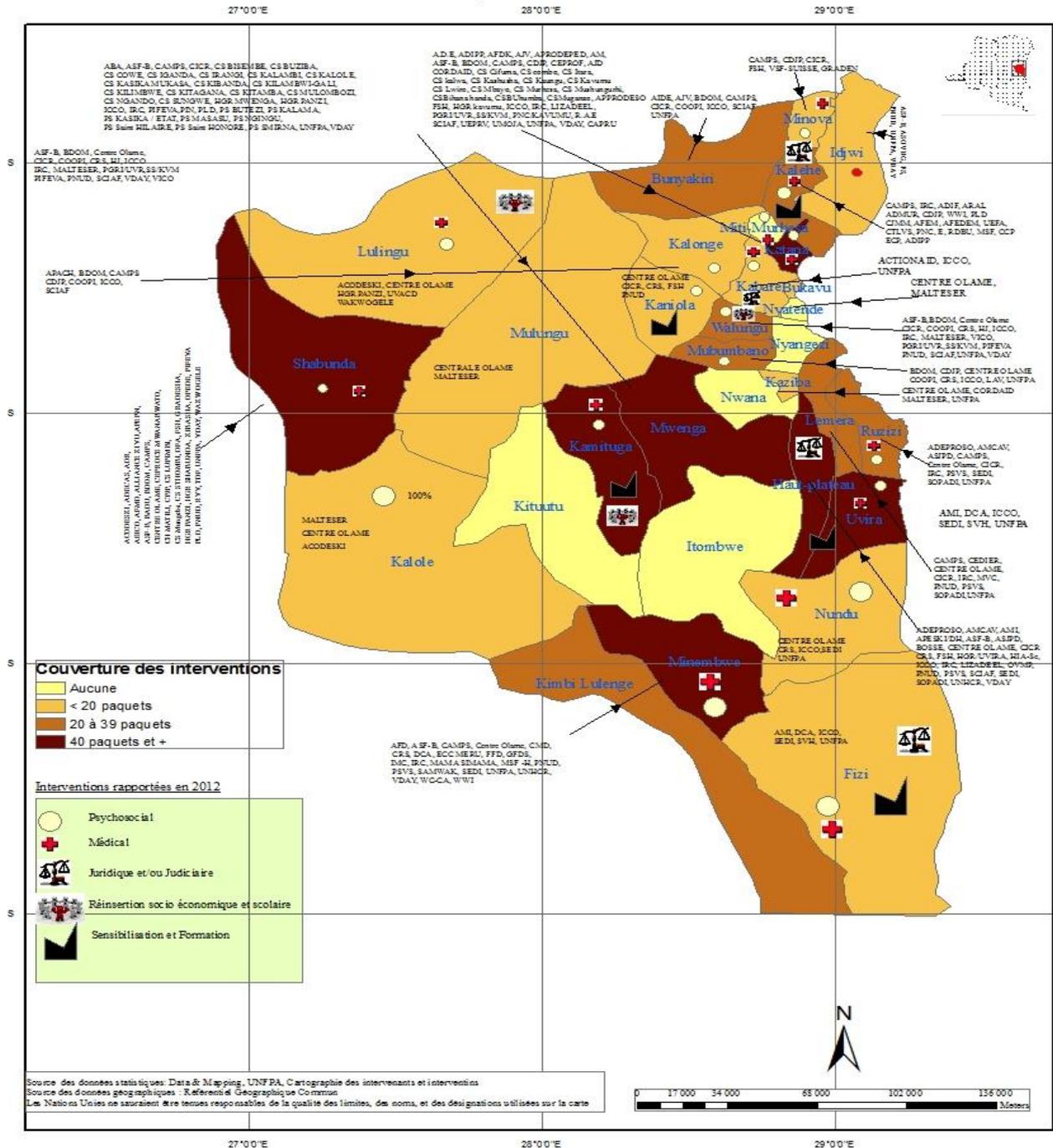


Annexe 4 : Mapping des interventions et intervenants SGBV de la Province du Sud-Kivu

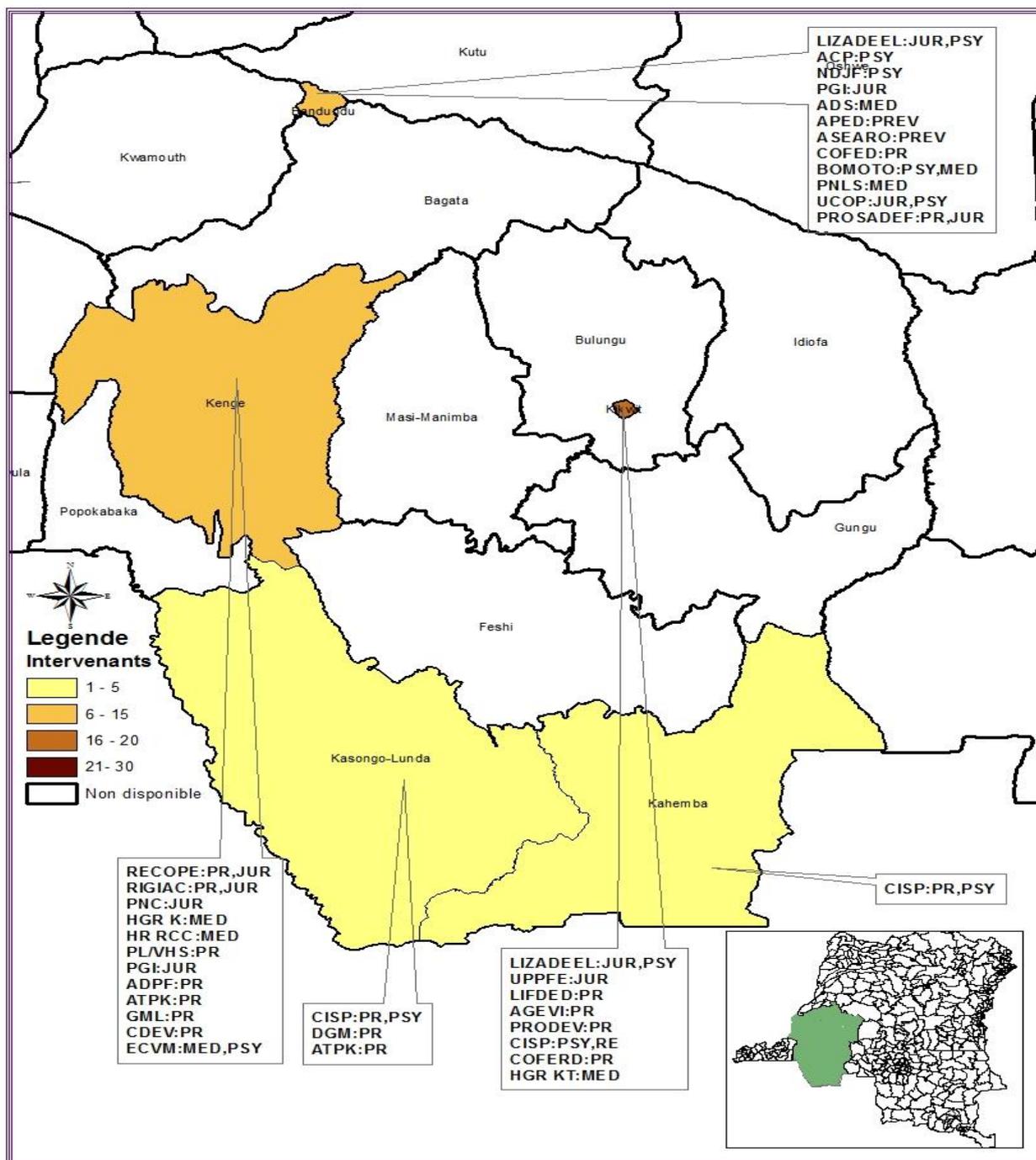


Date de production : 10/06/2013

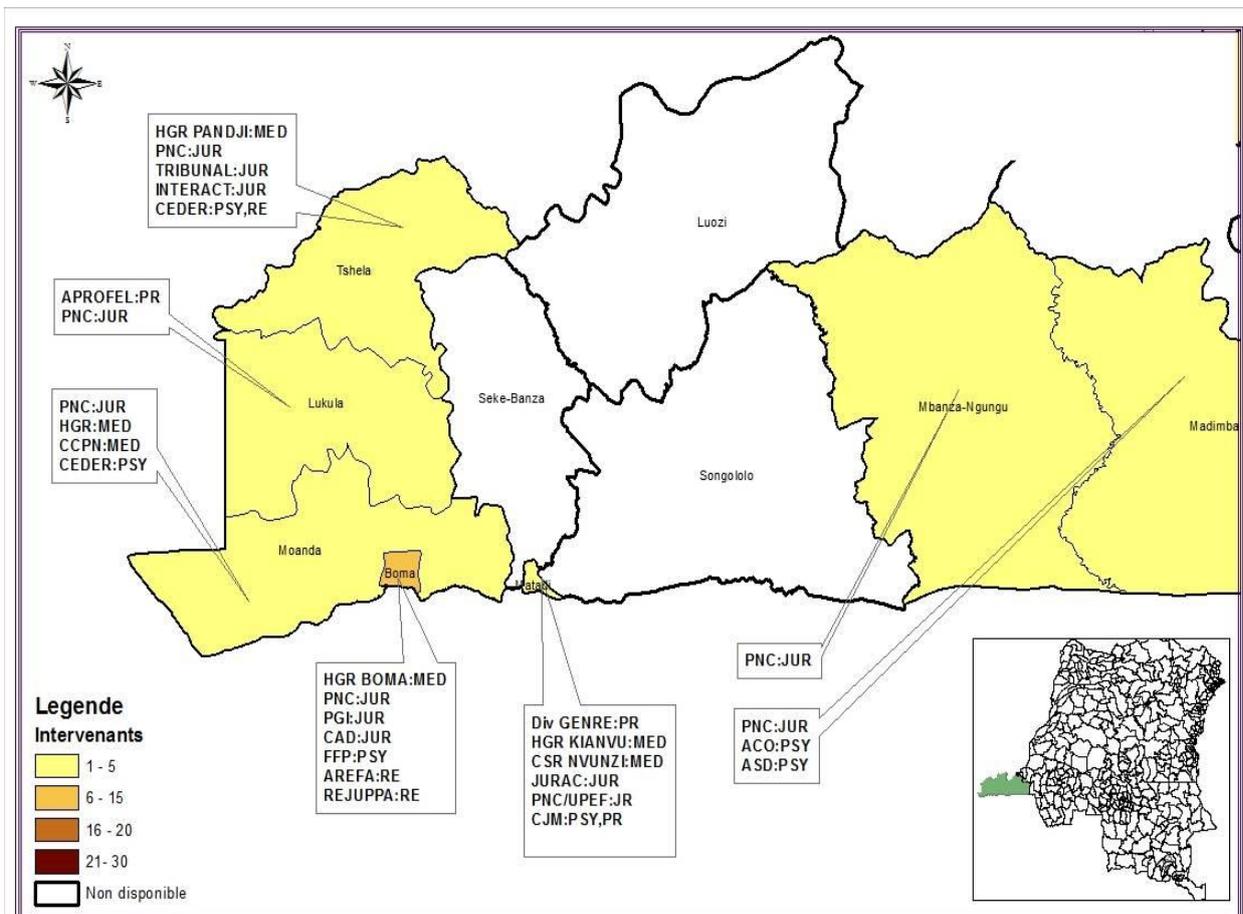
Mapping des intervenants SGBV Par zone de santé, Province du Sud-Kivu



Annexe 7 : Mapping des interventions et intervenants SGBV de la Province de Bandundu



Annexe 8 : Mapping des interventions et intervenants SGBV de la Province du Bas Congo



Annexe 9 : Mapping des interventions et intervenants SGBV de la Province du Katanga

