

MISSION CONJOINTE D'ÉVALUATION SUR LE VIH AU SEIN DES DÉPLACÉS ET DE LEURS COMMUNAUTÉS HÔTES EN CÔTE D'IVOIRE





RESUME

Ce rapport présente les résultats d'une enquête en Côte d'Ivoire qui vise à déterminer l'impact du conflit sur la population déplacée, les facteurs de vulnérabilité en rapport avec le VIH.

Cette enquête a été réalisée dans les départements de Tabou, Guiglo, Bouaké et Abidjan. Elle s'est déroulée du 22 au 28 mars 2007, facilitée par

UNHCR et l'ONUSIDA avec la participation de ;

Ministère de Lutte contre le Sida,

Ministère de la Santé

Ministère de l'Education Nationale

Ministère de la Famille et des Affaires Sociales

Ministère de la Défense

Ministère de la Solidarité et des Victimes de Guerre

Alliance des Religieux

ASA

ASAPSU

Caritas

RIP+

FNUAP

PAM

PNUD

L'enquête qualitative a été menée selon des méthodes proches des "procédures d'évaluation rapides" (ou "rapid assessment methods") pour approfondir les questions liées à l'impact du conflit sur le déplacement et la vulnérabilité et le risque au VIH des personnes déplacées et des communautés hôtes.

La mission a relevé les répercussions de la guerre, surtout ressenties à travers les populations hôtes, déplacées et réfugiées. On note une difficulté à l'accès aux services sanitaires et éducatifs, de nombreuses pertes d'emplois, une pauvreté accrue et une augmentation de la vulnérabilité (exploitation sexuelle, VIH...).

Des déplacés ont perdu leur pouvoir d'achats, plusieurs familles séparées, des femmes chefs de famille, des filles livrées à une activité sexuelle précoce ou à l'exploitation sexuelle pour survenir aux besoins de leurs parents.

Les connaissances au sujet du VIH des répondants étaient insuffisantes, limitées simplement à la transmission sexuelle et aux perceptions discriminatoires vis-à-vis des Personnes Vivant avec le VIH (PVV). L'utilisation du préservatif n'est pas systématique.



Du fait de leur déplacement les PVV ont des difficultés pour s'approvisionner en médicaments.

Dans les quatre sites visités, on note une insuffisance, voire même une absence d'interventions pour lutter contre le VIH. Les personnes déplacées qui présentent des facteurs de vulnérabilité au VIH et des comportements à risque manquent d'accès aux structures, manquent d'information.

Les résultats de l'enquête portent sur les orientations à prévoir dans le cadre des stratégies de plaidoyer et de programmation dans les domaines de la protection, de la prévention, du traitement, des soins et d'assistance en faveur des populations déplacées et des communautés hôtes.



SUMMARY

An interagency mission assessed the relationship between conflict, vulnerability to HIV and risk of HIV infection, particularly among internally displaced people in Côte d'Ivoire and their host communities. The mission was led by UNHCR in partnership with the UNAIDS secretariat, and composed of government ministries, NGOs and UN agencies, namely UNDP, UNFPA and WFP.

The qualitative study took place in the localities of Tabou, Guiglo, Bouaké and Abidjan from 22 to 28 March 2007. Qualitative tools aided the collection of data from interviews with key informants (local authorities, NGO workers, doctors, etc.) and target groups (displaced people, students, sex workers, etc.), as well as focus group discussions.

The war in Côte d'Ivoire has had repercussions among Ivorian and foreign displaced people, host populations and refugees. Displaced and non displaced populations lost their employment and in Tabou, food production has greatly suffered as well. Children and young people's education has been interrupted, in some cases permanently, and Guiglo's child mothers blame this event for their pregnancy. Health services are described as overloaded, poor in quality and many have had to close down with the war.

The internally displaced people interviewed who for the most part had had stable financial and familial conditions, have been stripped of their homes and income. They describe how financial strain of their extended stay with relatives has worn out family ties and social networks. Parental loss and impoverishment has fractured households as case studies illustrate, where children have either chosen or been forced to leave home and fend for themselves. Parents, humiliated by destitution and degrading events during their displacement express that they have lost their authority over their children, who are engaging in unrestrained sexual activity.

People living with HIV share that even in times of peace they can face financial difficulties when needing to pay for opportunistic infection treatment and prophylaxis. They state that the unemployment, under-nutrition, deterioration of health care and unavailability of drugs and reagents they have experienced as a result of the war further aggravates their financial situation. ARV adherence among displaced people living with HIV is noticeably more difficult by their mobility. Moreover, HIV counselors suggest that the proximity of their new living conditions is a further barrier to medication adherence, because suspicious behaviour could reveal their positive status and lead to rejection from family members and/or the host.



Death, financial strains and liaisons with transient men were some sources of fracture among displaced and impoverished families. Women, children and even men were found to be vulnerable to sexual exploitation or trading. The UN peacekeepers were cited as a main source of sexual exploitation in Bouaké. The scale of the violence perpetrated by other men in uniform and paramilitaries could not be documented, although a first hand account of sexual exploitation by a militia was recorded. Teachers' sexual exploitation of students reportedly rose with the vulnerability of their students.

Forced sexual relations were not the only factor increasing risk of HIV. In one case, the separation of spouses after displacement also encouraged unprotected extramarital sexual relations, with voluntary HIV testing never considered. Here, lack of knowledge and displacement combined to raise risk of HIV infection.

Overall, knowledge of HIV was inadequate. Sexual transmission and discriminatory practices towards PLWH were commonly stated. Condom use was not systematic in any site, but appeared to be more frequent in Abidjan than in other towns according to the sex workers interviewed and their clients.

In all four sites, HIV interventions and services were inadequate, and sometimes absent. Displaced people's risky sexual behaviour and vulnerability to HIV have been aggravated by the war; they have poor access to protective mechanisms and HIV services due to their impoverishment, lack of information and marginalisation.

The study suggests advocacy strategies and programmes for improved protection, prevention, treatment and assistance, with particular emphasis on displaced populations and host communities.



Abréviations

AGR	Activité génératrice de revenu
ARV	Anti-rétroviraux
ASA	Afrique Secour Assistance
ASAPSU	Association de Soutien A "Autopromotion Sanitaire Urbaine.
BAD	Banque Africaine de Développement
CDV	Centre de dépistage volontaire
CEDEAO	Communauté des états de l'Afrique de l'ouest
CIMLS	Comité Interministériel de lutte contre le Sida
CIP CAMES	Côte D'Ivoire Prospérité
CMP	Conseil National de lutte contre le Sida
CNLS	Conseil National de lutte contre le Sida
EIS-CI	Enquête sur les indicateurs de santé – Côte d'Ivoire
FDS	Forces de défense et de sécurité
FNUAP	Fonds des Nations Unies pour la population
HCR	Le Haut Commissariat des Nations Unies aux Réfugiés
IST	Infection sexuellement transmise
MLS	Ministère de Lutte contre le Sida
MRU	Mano River Union
NSP	Plan Stratégique National
OCHA	Bureau des Nations Unies pour la Coordination d'Affaires Humanitaires
OEV	Orphelin et enfant vulnérable
ONG	Organisation non Gouvernementale
ONUSIDA	Programme commun des Nations Unies sur le VIH/SIDA
PAM	Programme alimentaire mondial
PDI	Personne déplacée interne
PMI	Protection Maternelle et Infantile
PNUD	Programme des Nations Unies pour le développement
PTME	Prévention de la transmission mère enfant
PVV / PVVIH	Personne vivant avec le VIH



SIDA
VIH
VVS

Syndrome d'immunodéficience acquise
Virus de l'immunodéficience humaine
Victime de violence sexuelle



Table des matières

RESUME	ii
SUMMARY	iv
Abréviations.....	vi
CONTEXTE	10
A. Introduction.....	10
I. Le conflit en Côte d'Ivoire.....	10
II. La réponse des Nations Unies dans les urgences humanitaires.....	11
III. La réponse nationale de la Côte d'Ivoire.....	11
IV. Le VIH en Côte d'Ivoire	11
B. Objectifs	13
C. Méthodologie	13
RESULTATS	17
D. Evaluation des programmes VIH par site	17
I. Situation générale.....	17
II. Tabou	17
Protection.....	18
Prévention.....	18
Traitement, soins et soutien	18
Suivi, évaluation et coordination	18
III. Guiglo.....	19
Protection.....	19
Prévention.....	19
Traitement, soins et soutien	20
Suivi, évaluation et coordination	20
IV. Bouaké	20
Protection.....	21
Prévention.....	21
Traitement, soins et soutien	22
Suivi, évaluation et coordination	22
V. Abidjan.....	22
Protection.....	23
Prévention.....	23
Traitement, soins et soutien	23
Suivi, évaluation et coordination	24
E. L'impact du conflit sur le VIH	24
I. Facteurs de vulnérabilité par rapport au VIH.....	24
L'appauvrissement	24
Le déplacement	25



Les séquelles du déplacement.....	26
L'éducation.....	26
Vulnérabilité diminuée.....	28
II. Facteurs de risque par rapport au VIH.....	29
Violence et exploitation sexuelle.....	29
Comportement et connaissances sexuels.....	30
Groupes à risque.....	31
Conclusion.....	32
Recommandations.....	33



CONTEXTE

A. Introduction

I. Le conflit en Côte d'Ivoire

La Côte d'Ivoire traverse une période de crise politique prolongée du fait du conflit armé depuis 2002. L'accord de paix signé le 4 mars 2007 à Ouagadougou par le président Laurent Gbagbo et le chef de la rébellion Guillaume Soro, a permis d'entraver les processus préalables à la stabilisation du pays. Le désarmement a été entamé symboliquement¹, ainsi que le retrait progressif des Onusiens et soldats français de la zone de confiance, divisant le pays sous contrôle des Forces gouvernementales et nouvelles.² Les élections présidentielles sont prévues pour 2008.

Les estimations du nombre d'ivoiriens déplacés varient entre 700 000 et 1,5 millions dans le pays. Par ailleurs, l'instabilité dans les pays voisins a engendré la fuite des populations vers la Côte d'Ivoire, et le nombre des réfugiés qui résident encore dans les régions de Guiglo et les préfectures Tabou est estimé à 40,000 (UNHCR COP 2007).

Les populations affectées par les conflits ont une vulnérabilité accrue face au VIH. Les déplacements détruisent les structures familiales et rendent non fonctionnels les réseaux de sécurité communautaire. Cette situation place les femmes et les enfants dans des conditions qui accroissent leur vulnérabilité face à l'infection par le VIH. Les conflits accroissent la violence sexuelle et basée sur le genre, et dans certains contextes la présence des hommes en uniforme et le personnel paramilitaire a été associée avec l'accroissement de l'exploitation et de transaction sexuelle, qui contribuent également à la propagation du VIH. Les programmes de prévention tels que les programmes de distribution de réactifs et de médicaments, préservatifs, d'accès aux CDV, de PTME et d'éducation sanitaire sont les premiers à être interrompus.

En Côte d'Ivoire, les événements de 2002 ont interrompu les services de santé publique, en particulier dans la partie du nord du pays contrôlée par les forces nouvelles où 46% des installations ont été pillées ou détruites. La diminution du nombre du personnel de santé dans ces régions "instables" met en danger l'offre de soins médicaux de qualité, y compris les services VIH et Sida.

¹ Seck, C.Y. (2007) L'enjeu militaire. *Jeune Afrique.com*, 27 mai.

² Seck, C.Y. (2007) Faut-il croire à la paix ? *Jeune Afrique.com*, 22 avril.



II. La réponse des Nations Unies dans les urgences humanitaires

En juillet 2005, l'ONUSIDA a défini dix-sept domaines d'appui technique ainsi que les agences leader respectives et leurs principaux partenaires. Le Secrétariat de l'ONUSIDA a été identifié comme le leader pour les services armés et les urgences humanitaires, et le HCR comme agence leader pour les questions liées au VIH parmi les populations déplacées. Le HCR a coordonné cette analyse situationnelle en étroite collaboration avec le Secrétariat de l'ONUSIDA au niveau national et régional.

Cette mission inter agence sur le VIH dans les communautés affectées par les conflits est la troisième coordonnée et facilitée par le HCR depuis la nouvelle division de travail de l'ONUSIDA. La première a eu lieu au Népal en novembre 2006, et la deuxième en République Démocratique du Congo en mars 2007.

III. La réponse nationale de la Côte d'Ivoire

En 2001 le Ministère de Lutte contre SIDA (MLS) a été établi. Sa responsabilité principale est la coordination de la formulation de politique, le suivi évaluation et la supervision au niveau national, y compris le niveau communautaire. Le Ministère de la Santé est responsable pour la prise en charge de la transmission mère enfant (PTME), de la gestion des IST et le traitement antirétroviral. En vue de renforcer l'engagement politique et améliorer la collaboration multisectorielle, un Conseil National pour la Lutte contre le Sida (CNLS) a été créé et placé sous la présidence du Chef de l'Etat. Sous le leadership du Conseil le "Plan National Stratégique 2006-2010 a été rédigé. La nouvelle Stratégie est basée sur leçons apprises du "Plan Stratégique 2002-2004" et le plan "Intérimaire 2005". Les faiblesses majeures identifiées sont l'insuffisance des interventions portant sur le changement de comportement et qui a résulté d'une persistance de comportement à haut risque, du nombre très bas de consultations dans les CDV, de la faiblesse du suivi évaluation, et de la faible coordination.

Le Plan Stratégique National antérieur (NSP) n'avait pas mentionné les réfugiés ou les PDI. Le nouveau NSP 2006-2010 fait référence au nombre de réfugiés dans le pays, mais ne les définit pas comme groupe vulnérable. L'égal accès pour les réfugiés n'est pas mentionné explicitement ; cependant, aucune différence dans l'accès aux services publics de VIH n'a été notifiée. La coordination et les services spéciaux ciblant les réfugiés et les déplacés internes n'ont pas été mentionnés.

Une précédente mission du HCR en Côte D'ivoire a révélé que la coordination des activités de lutte contre le VIH aux niveaux district et communautaire était préoccupante. Les services de VIH paraissent fragmentés et ne sont pas planifiés en complémentarité avec les autres interventions.

IV. Le VIH en Côte d'Ivoire

Pour intensifier la réponse nationale face à l'épidémie du VIH, la Côte d'Ivoire a opté depuis plusieurs années, pour une lutte multisectorielle et décentralisée. Pour



avoir une coordination adéquate de cette réponse nationale, le gouvernement a créé et installé différents organes : le CNLS, le CIMLS, le CMP, les comités décentralisés et les comités sectoriels. Le CNLS créé et installé en 2004, est et demeure l'instance unique de coordination de la réponse nationale. Le MLS qui assure le secrétariat technique du CNLS, est le manager principal en terme de coordination des interventions de lutte contre le Sida. Cependant, ces efforts de coordination sont encore très faibles.

Le cadre national de suivi-évaluation n'est pas encore en opération. Le suivi-évaluation des activités de lutte contre le VIH a été retenu comme l'un des principaux axes stratégiques pour l'élaboration du PSN 2006-2010. L'élaboration de ce plan est une opportunité pour faire un meilleur suivi des engagements nationaux et internationaux. Il s'agit de renforcer le système de suivi-évaluation en corrigeant les insuffisances constatées. A cette fin, une réactualisation de la base de données du MLS a fait l'objet d'un atelier au mois de mars 2007.

Les conclusions préliminaires de l'enquête sur les Indicateurs SIDA en Côte D'Ivoire 2005 fournissent un cadre permettant de mieux connaître le contexte de propagation du VIH dans le pays.

Certaines coutumes traditionnelles peuvent influencer la transmission du VIH. La polygamie est omniprésente : 27% de la population urbaine vivent avec plus d'un partenaire et dans les zones rurales, cela augmente à 35%. La polygamie est plus pratiquée dans le Nord (28%) que dans le Sud (22%). A partir des données, il n'est pas possible d'établir si les polygames sont plus engagés dans les relations sexuelles à haut risque.

Le mariage précoce n'est pas rare puisque 14% de femmes interviewées se sont mariées à l'âge de 15 ans et 40% avant l'âge de 18 ans. La répartition des hommes mariés a montré une tendance différente où seulement 6% étaient mariés avant l'âge de 18 ans alors que la majorité (38%) s'était mariée entre 22 et 25 ans. Conformément au mariage précoce, presque le quart (23%) des filles ont leur premier rapport sexuel avant l'âge de 15 comparé à 10% pour des garçons.

L'enquête révèle d'autres facteurs qui vulnérabilise la population ivoirienne à l'infection VIH. L'utilisation des aiguilles et seringues non stérilisés demeure une source de transmission du VIH avec 6% des femmes et 6% des hommes interviewés ayant injecté avec des seringues réutilisées au cours des 12 derniers mois. Seulement 13% des femmes et 10% des hommes ont fait le test VIH, et 7% des femmes enceintes ont bénéficié du counseling, accepté d'être testée et reçu leurs résultats, ce qui révèle une faible fréquentation des services de CDV et de PTME. L'accès à l'information semble limité pour les femmes. Les hommes sont beaucoup plus nombreux à écouter la radio (76%) que de femmes (43%), et un tiers des femmes n'ont aucun accès aux media. Les femmes rurales sont les moins informées sur les lieux de disponibilité des préservatifs.

Les perceptions et les attitudes envers les personnes vivant avec le VIH montrent deux sentiments différents. Plus de 80% de la population est disposée à apporter un appui aux PVVIH, mais 50% indique ne pas acheter des légumes frais chez une PVVIH. Le seul domaine où les hommes et les femmes ont une opinion différente est le droit à



la confidentialité concernant le statut VIH. Seulement un tiers de femmes comparé à deux tiers des hommes pensent qu'un statut séropositif ne doit pas être gardé en secret.

L'intervention sous régionale la plus importante visant spécifiquement les populations déplacées est le projet Mano River Union plus la Côte d'Ivoire (MRU+CI) financé par la Banque Africaine de Développement (BAD). Le Secrétariat du MRU à Freetown est l'agence d'exécution. FNUAP est responsable pour la gestion et la coordination des activités du projet dans quatre pays. En Côte D'Ivoire le projet est mis en œuvre dans la région de l'Ouest, à Danané et Zouan Hounien. Le projet vise à prévenir de nouvelles infections IST/VIH/SIDA chez les réfugiés, déplacés internes et leurs populations hôtes et assurer le soin psychosocial et médical pour les personnes vivant avec le VIH.

B. Objectifs

Objectifs généraux

- Déterminer les liens entre conflit et facteurs de risque et de vulnérabilité au VIH
- Développer en matière de VIH et de Sida, des stratégies de plaidoyer et des programmes pour la prévention, le traitement, les soins et le support pour les populations affectées

Objectifs spécifiques

- Décrire les tendances épidémiologiques en terme de prévalence, de risque comportemental et facteurs de prévention.
- Décrire et évaluer les interventions et réponses VIH en cours par rapport à la politique, stratégie, coordination, protection, prévention, soins et traitement, surveillance, suivi- évaluation, et financement dans les communautés de populations déplacées et leurs hôtes.
- Elaborer des recommandations :
 - Visant à réduire la vulnérabilité et le risque associé au VIH et répondre aux besoins des personnes infectées et affectées.
 - Conseiller sur les mécanismes adéquats de coordination et de suivi-évaluation.
 - Contribuant à la programmation sur le VIH au sein des PDI et autres populations affectées par les conflits.

C. Méthodologie

L'enquête a été menée selon une approche qualitative pour approfondir les questions liées à la vulnérabilité et au risque au VIH des déplacés internes et des

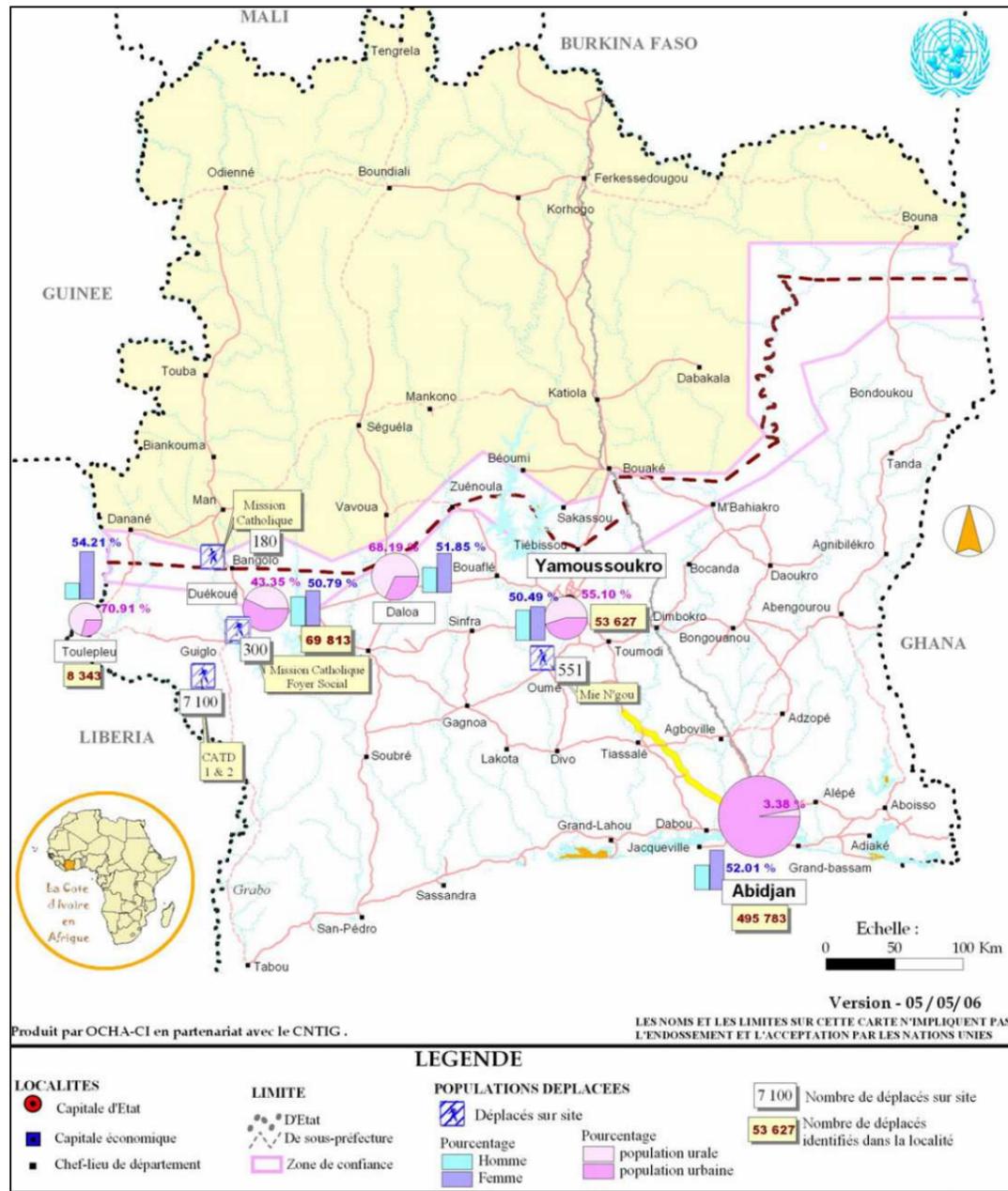


communautés hôtes. Quatre équipes d'environ six personnes ont respectivement visité Tabou, Guiglo, Bouaké et Abidjan au cours de la période du 22 au 28 mars 2007.

Les participants ont compris le Ministère de la lutte contre le Sida, le Ministère de la santé, le Ministère de la défense, le Ministère de l'éducation nationale, le Ministère de la famille et des affaires sociales, le Ministère de la solidarité et des victimes de guerre, les ONG, notamment l'Alliance des religieux, ASA, ASAPSU, Caritas et RIP +, et les agences des Nations Unies du PAM, PNUD et FNUAP ainsi que le HCR et l'ONUSIDA.



Figure 1³: Carte des populations déplacées identifiées⁴



³ Source : Etude sur les conditions de vie des personnes déplacées et des familles d'accueil en Côte d'Ivoire. Abidjan, Daloa, Duékoué, Toulepeu et Yamassoukro.

⁴ 8131 personnes déplacées ont été identifiées sur site.
 Le nombre de personnes déplacées identifiées est estimé à 717 508.



Sur la base de quatre questionnaires qualitatifs (voir annexe), l'approche associe les entretiens individuels semi structurés réalisés auprès des informateurs clés (autorités locales, responsables d'ONG, médecins, ...) et des groupes cibles concernés (déplacés, étudiants, professionnels du sexe, ...) et les discussions de groupe. Les quatre guides de discussion comportaient plusieurs sous thèmes, notamment :

- ⌘ le contexte général de conflit et de déplacement
- ⌘ les facteurs de vulnérabilité liés au VIH et aux IST des personnes touchées par le conflit
- ⌘ les facteurs de risque concernant le VIH et les IST, y compris les violences sexuelles et le commerce de sexe
- ⌘ l'accès aux services de prévention, de traitement et de soins liés au VIH
- ⌘ les données démographiques, sanitaires, de séroprévalence et de surveillance comportementale

Les enquêteurs ont également effectué des observations directes sur le terrain de sites dans les structures gouvernementales et autres structures de santé aux niveaux district et communautaires.

Les données qualitatives découlant des entretiens approfondies et des groupes de discussion ont été transcrites sous formes de compte rendu puis analysées selon les techniques d'analyse de contenu et d'analyse comportementale.

Ces analyses ont permis de déterminer les effets du conflit sur les comportements des populations les plus à risque vis-à-vis du VIH, notamment la vulnérabilité des femmes, des enfants et des jeunes.

Certains facteurs ont influencé la qualité de l'évaluation, tels que le manque d'expérience des enquêteurs en recueil et analyse de données qualitatives. L'étape préparatoire aurait également bénéficié de l'établissement d'un cadre commun de recherche et d'analyse, de facteurs ayant une influence potentielle sur l'hypothèse clé de la mission. La communication retardée avec les ONG et les autorités sur le terrain a rendu difficile l'organisation des entretiens à temps. Un 'baseline' convenable n'a pas pu être rédigé à cause du manque de données sanitaires.

La mission est la première à regrouper autant d'acteurs en Afrique de l'Ouest. Elle a permis d'exposer le personnel du gouvernement non seulement aux problèmes des déplacés internes vis-à-vis du VIH et aux effets du conflit par rapport à l'infection VIH mais aussi à une recherche de solutions, rehaussant l'intérêt général pour cette cible et leur inclusion en politique et planification.

De plus, elle a créé un mouvement sur le terrain pour une meilleure prise en compte du VIH et la sensibilisation des autorités sur le besoin d'amélioration des services. Elle a également revalorisé l'intérêt envers les déplacés internes qui recevaient de moins en moins d'aide.

Les membres de la mission ont fait preuve d'habileté, de motivation et de disponibilité pendant les séances d'appropriation et d'amélioration des outils de l'enquête, de documentation du progrès des programmes, et de partage des leçons apprises.



RESULTATS

D. Evaluation des programmes VIH par site

I. Situation générale des sites visités

Les quatre sites visités : Tabou au sud-ouest, Guiglo à l'ouest, Bouaké au centre et Abidjan au Sud de la Côte d'Ivoire.

1 a. Tabou

A Tabou, ville frontalière, la guerre civile du Libéria et la crise sociopolitique en Côte d'Ivoire, accentuées par des conflits fonciers récurrents, ont fait de ce département une zone d'instabilité sociale et économique. Le district sanitaire de Tabou compte 261 336 habitants, dont les autochtones sont des kroumen qui cohabitent avec plusieurs allogènes venus des pays de la communauté des états de l'Afrique de l'ouest (CEDEAO).

Les conséquences de ces crises sont des mouvements importants de populations, la destruction du tissu familial, la paupérisation accentuée des couches sociales déjà défavorisées, l'augmentation généralisée de la violence et particulièrement de la violence faite aux femmes, ainsi que la forte présence de troupes militaires que sont les Forces de Défense et de Sécurité (FDS) et les casques bleus onusiens. Les facteurs de vulnérabilité et les facteurs de risque se conjuguent ainsi pour faire le lit au développement du VIH.

Les rapports des données sanitaires de l'année 2006 révèlent un taux brut de mortalité de 0,9 pour 1000, un taux de mortalité maternelle de 260 pour 100 000 habitants, avec 680 accouchements à domicile et une couverture vaccinale rougeole de 10%. Malgré l'informatisation, le système d'information sanitaire ne permet de renseigner tous les indicateurs de santé.

La prévalence VIH du district sanitaire de Tabou n'est pas documentée, mais les statistiques concernant la région du Bas-Sassandra indiquent une prévalence VIH de 4,2 (EIS-CI). Il est impossible de se renseigner sur la prévalence pour les populations déplacées.

Femmes Enceintes	Données
Fréquentant les services prénataux	93%
Acceptant le test VIH	96,5%
Séropositives	5,5%

Les activités de PTME ont débuté en septembre 2006, et les résultats (de septembre 2006 à février 2007) ont été reportés dans le tableau ci-contre.

Les tests de syphilis ne sont pas systématiques. L'incidence de l'écoulement urétral est de 3,39 nouveaux cas/1000hommes/mois et de l'ulcère génital 0,61 nouveaux cas/1000 hommes/mois pour 2007.



Protection

Seule l'ONG IRC traite de la question des violences sexuelles. Les OEV et les PVV ne sont pas pris en charge à Tabou. Les professionnelles du sexe ne disposent pas des interventions appropriées.

Avec le début de l'intégration locale des réfugiés plusieurs problèmes demeurent (documentation nationale, naturalisation,...).

Prévention

L'hôpital général du district assure la prise en charge des IST et la PTME, et il existe au sein de l'hôpital un CDV fixe qui offre toutes les commodités. Toutefois, la salle de counselling publique pour la PTME ne respecte pas la confidentialité des clients et réduit de manière importante l'utilisation du centre. La situation de guerre a contribué à la dégradation des structures sanitaires existantes déjà vétustes et en manque de ressources humaines.

La gestion des déchets se fait correctement grâce à un incinérateur. Le district sanitaire ne disposant plus de centre de transfusion depuis la fermeture de celui de Korhogo suite à la guerre, la sécurité de la transfusion sanguine est assurée depuis Abidjan.

Tous les répondants avaient été l'objet de mobilisation et de sensibilisation sur les IST et le VIH. Cependant, la couverture géographique des activités en dehors de la zone visitée est modeste.

Les étudiants interviewés avaient des connaissances exactes sur le VIH, mais les déplacés internes village d'Olodgo âgés entre 18 et 40 ans, réunis en groupe de discussion, avaient seulement quelques notions des IST et du VIH, sans information sur les modes de transmission et les complications. Quand aux leaders religieux, ils perçoivent le VIH comme un ensorcellement, et requièrent de ce fait des activités de sensibilisation appropriée.

Traitement, soins et soutien

Le traitement des malades VIH est assuré pour une centaine de malades au niveau de l'hôpital. Les médicaments ARV sont disponibles sans constat de rupture de stock jusqu'à ce jour. Ils sont prescrits par deux médecins, mais le continuum de soin n'est pas assuré et le complément alimentaire au PVV n'est pas disponible.

Il n'existe pas de groupe d'auto support, de soins à domicile, de soutien psychosocial, ni d'ONG s'occupant des PVV. Ainsi, selon deux PVV, face à la discrimination et la stigmatisation sévère des séropositifs, ceux de Tabou vivent sans dévoiler leur statut à leur entourage et sans même se connaître entre eux.

Selon un tradipraticien, les malades iraient eux-mêmes des médecins aux tradipraticien, et vice-versa à la recherche des soins, ce qui nécessite une plateforme de communication et de collaboration entre les deux groupes.

Suivi, évaluation et coordination

La collecte des données sont effectuées par l'ONG EGPAF et inclus dans le Système National de Notification (SIG vision). On note une absence de coordination à



tous les niveaux. Il existe cependant un comité de lutte contre le Sida depuis 2004, qui n'est pas encore fonctionnel.

1 b. Guiglo

La population de Guiglo est estimée à 443 174 habitants selon le recensement de 1998 actualisé en 2006. Elle est composée d'autochtone guéré, d'allogènes majoritairement yacouba, baoulé, malinké et senoufos, et d'allochtones burkinabé, maliens, guinéen et libériens. Guiglo, le marché central de riz, de bétail et de manioc, sert aussi de réserve de café et de timbre à destination d'exportation.

Guiglo compte environ 69 813 déplacés selon FNUAP, chiffre auquel il faut ajouter les 8000 déplacés internes de Carrefour, Duekoué.

Indicateurs de santé	Données
Taux de natalité brut	4,62/1000 par an
Taux de couverture vaccinale	75% de 0 à 11 mois
Taux mortalité brut	0,27/1000 par an
Taux de mortalité infantile	1,55/1000 par an
Taux de mortalité en dessous de 5 ans	1,03/1000 par an
Taux de mortalité maternelle	310,71/100 000 par an

Les indicateurs de santé sont résumés dans le tableau. Le système sanitaire est animé par plusieurs acteurs internationaux et nationaux. Le secteur public comprend un district sanitaire, un hôpital régional, un institut d'hygiène public, une PMI et une infirmerie militaire. Le secteur privé à but non lucratif est composé d'ONG nationales et internationales. Le secteur privé à but lucratif est dominé par des cliniques privées. Le plateau technique actuel de l'hôpital est loin d'être celui d'un hôpital régional.

Le district sanitaire de Guiglo ne dispose de centre de transfusion sanguine. Le taux de prévalence parmi les femmes enceintes (PTME), selon les données du district sanitaire est de 15%. L'ONG CIP CAMES, le seul centre de dépistage volontaire, a dépisté 375 personnes depuis son ouverture le 28 août 2006, dont 65 positives, d'où une prévalence de 17,3% incluent les confirmations cliniques.

Protection

MSF assure la prise en charge médicale des victimes de violences sexuelles dans un centre de santé et Save the Children UK, la prise en charge psychologique. CARITAS et AWECO se charge de la sensibilisation sur la violence sexuelle et basée sur le genre (SGBV) dans les camps de déplacés et de réfugiés. Cependant, la communauté manque de connaissances et de prise de conscience du phénomène SGBV. Il y a aussi une absence d'activités de sensibilisation sur les violences faites en faveurs des déplacés internes intégrées dans la communauté.

Prévention

Les précautions universelles sont assurées dans les centres de santé appuyés par MSF, Save the Children UK et CAMES. Selon MSF, la banque de sang se trouve à Daloa, ville située à 130 kilomètres de Guiglo, où les sacs de sang sont vendus à 3000 CFA (\$6).



Le district de Guiglo n'a qu'un seul centre de dépistage volontaire gratuit, soutenu par l'ONG CIP CAMES. L'hôpital offre la PTME. La sensibilisation et la mobilisation de la communauté sur le VIH sont effectuées par CARITAS et AWEKO dans les camps de déplacés internes et réfugiés, et ASA dans certains villages. AWEKO a formé 50 pairs éducateurs. Cependant, on note un manque criard de support de sensibilisation dans toute la ville en général et dans les centres de santé en particulier.

La prise en charge médicale des IST est disponible dans trois centres de santé soutenus par Save the Children et un centre de santé avec services gratuits gérés par MSF. Au niveau des casernes, la prise en charge des IST et la distribution du préservatif sont sans frais, et une sensibilisation au VIH est organisée pendant les regroupements.

Traitement, soins et soutien

La prise en charge des infections opportunistes et la prophylaxie primaire sont assurées par CAMES, MSF et l'hôpital régional de Guiglo. L'appareil FACS Count pour les CD4 n'est pas opérationnel et les informations concernant son utilisation sont imprécises et contradictoires. Un centre antituberculeux a été mis en place au district sanitaire, mais celui-ci fonctionne indépendamment des activités de prévention du VIH comme la promotion du dépistage.

La région de Guiglo ne dispose pas d'ARV. Les personnes sous traitement sont obligées de se rendre à Daloa pour un coût du voyage de 10 000 CFA (\$20). MSF dans le cadre de ses activités, offre de manière informelle deux places par semaine pour deux PVV pour leur bilan initial et leur suivi biologique. Un support psychologique de base est effectué par le CAMES, mais il n'y a pas de programme de prise en charge psychosociale [proprement établi] et aucun groupe d'auto support pour les PVV.

Suivi, évaluation et coordination

Au niveau des activités du VIH, il n'existe pas de système de suivi-évaluation dans la région de Guiglo. Les activités des pairs éducateurs formés ne font pas l'objet d'un suivi et il y a une absence d'informations claires sur l'état nutritionnel des personnes infectées par le VIH.

Au niveau sanitaire il existe un système de suivi-évaluation qui est malheureusement incomplète, entre autre parce qu'il ne récolte aucune donnée relative aux activités des ONG exerçant dans le domaine médical.

Le comité régional de lutte contre le Sida n'est pas opérationnel et il n'existe pas de coordination entre les acteurs oeuvrant dans la lutte contre le VIH. Il existe toutefois un groupe sectoriel de santé regroupant les ONG et les autorités sanitaires publiques qui fonctionne timidement.

1. c Bouaké

La région du Centre Nord où se trouve Bouaké, compte environ 1,4 millions habitants, composés de Baoulé, de Tagbana, de Djimini, d'allogènes et d'allochtones



Bouaké, le site visité le plus affecté, est le seul à se trouver dans la zone contrôlée par les Forces Nouvelles. La situation générale du département de Bouaké est caractérisée par le contexte de post conflit dans lequel se retrouve tout le pays après plusieurs années d'une crise qui a fortement freiné la poursuite de plusieurs initiatives amorcées en son temps. La majorité de la population vit dans un état de pauvreté extrême. Beaucoup ont fui vers Abidjan et ailleurs, et c'est aujourd'hui un site important de retournés.

Les informations statistiques de santé sont documentées très partiellement. Dans l'ensemble, en 2006 le taux brut de natalité est estimé à 252 naissances vivantes sur 1000 personnes par an. La couverture vaccinale de la rougeole est de 61% chez les enfants de 0 à 11 mois (PEV de routine). Dans le district de Bouaké Ouest, en 2006 environ de 80 décès ont été notifiés. La proportion des patients déplacés/retournés qui utilisent les services de santé locaux est estimée à 10%.

Les données sur la situation du VIH sont très parcellaires. Les résultats de l'enquête sur les indicateurs du Sida en Côte d'Ivoire récoltés en 2005 (EIS-CI) donnent une prévalence du VIH 3,6% pour le Centre Nord.

Les données récoltées montrent pour la PTME que 37% des femmes enceintes fréquentent les services prénataux, 42% ont accès au conseil et test VIH et 80% acceptent le test VIH. Pour les IST, l'incidence de l'écoulement urétral 6 nouveaux cas/1000 hommes/mois, celle de l'ulcère génital 1 nouveau cas/1000 hommes/mois, le nombre de cas déclarés d'IST stable ou en accroissement dans les cinq dernières années est de 5145.

Il existe aussi des initiatives d'intervention organisées par les ONG et institutions locales dont 15 dans le domaine de la prévention et 16 pour le traitement, les soins et le soutien.

Protection

Les services de CDV sont bien organisés dans la ville de Bouaké, avec au moins quatre centres opérationnels. Cependant, le besoin reste énorme. L'étude a montré que beaucoup des femmes sont victimes des violences sexuelles et que les hommes en armes et le personnel onusien sont beaucoup impliqués dans ces cas d'abus sexuels. La protection des femmes reste encore très aléatoire et les cas sont impunis.

Prévention

Sur 11 domaines d'activités de prévention, seulement 7 sont développées partiellement à Bouaké et N'Gattakro. Les activités de sécurité transfusionnelle qui ont souffert d'une perturbation de quatre ans, sont en train de reprendre à Bouaké depuis 2006. Le contrôle des IST ne se fait pas correctement. On a noté la non vulgarisation du guide pour le traitement syndromique des IST. De plus, les préservatifs ne sont pas disponibles dans les centres de santé dans le cadre de traitement. On a noté aussi que les programmes spécifiques sur le VIH destiné aux groupes cibles vulnérables et à risque ne sont pas disponibles (femmes, enfants, professionnels du sexe, chauffeurs, ...).



Traitement, soins et soutien

Les différents services de traitement, des soins et de soutien des PVV sont organisés dans les institutions médicales. Au moins six ONG et institutions organisent ces services tant pour la prise en charge des infections opportunistes y compris la tuberculose que de l'infection au VIH avec les ARV. L'interruption de fourniture des ARV dans l'ONG Bouaké Eveil annoncée dans six mois, crée une inquiétude auprès des malades sous ARV assistés par cette ONG.

Suivi, évaluation et coordination

Les programmes du VIH, des IST et de la tuberculose font l'objet d'un suivi et évaluation. Les déclarations des cas du Sida se font selon le formulaire de morbidité.

La coordination des interventions des partenaires en matière du VIH se fait à Bouaké. Il faut dire les institutions étatiques participent au mécanisme de coordination, mais cela n'est pas toujours le cas malgré l'existence.

1. d. Abidjan

Abidjan, avec ses 3,6 millions d'habitants, est la ville la plus peuplée de l'Afrique de l'Ouest francophone. Les communes d'Abobo, de Treichville, de Cocody, de Yopougon et des Deux Plateaux ont été les sites d'enquête pendant l'étude.

La ville d'Abidjan a été affectée par le conflit suite au coup d'état du 19 septembre 2002. Un profilage récent⁵ de 729 ménages déplacés à Abidjan, a identifié une majorité de déplacés de la ville elle-même, suivi de déplacés venant de Bouaké. Les Baoulés, les Mossi et les Malinké étaient parmi les ethnies représentées et les chrétiens et les musulmans, les deux appartenances religieuses principales. Deux tiers de ces ménages vivent aujourd'hui à leur propre compte, tandis que les autres sont entourés d'une famille d'accueil, mais la plupart désirent rentrer. Presque tous ont accès aux biens tels que l'alimentation, le logement et au centre de santé, mais l'éducation et les services public administratifs posent des difficultés d'accès. Un quart des répondants ont témoigné qu'ils étaient atteints d'une maladie chronique tel que le Sida, l'hypertension, l'asthme ou une cardiopathie.

La séroprévalence observée parmi les patients hospitalisés dans le service de Pneumo-phtisiologie du CHU de Treichville est passée de 23% en 1987 à 68% en 1992. La prévalence observée dans le service des maladies infectieuses, qui reçoit le plus grand nombre de patients suspects d'infection au VIH, est passée de 45% en 1987 à 79% en 1995 et à 83% en 2006. De manière générale, on note en milieu hospitalier, une augmentation progressive d'occupation des lits par maladies liées au VIH.

La prévalence de l'infection au VIH parmi les tuberculeux à Abidjan a augmenté de 28% en 1987, à 45% en 1999. Toutefois, la tendance évolutive de l'infection au VIH parmi les tuberculeux s'est stabilisée depuis 1990. Depuis 1994, la proportion de femmes tuberculeuses infectées par le VIH s'est révélée supérieure à celle des hommes.

⁵ HCR (2007) Profilage des personnes déplacées internes. HCR, Abidjan.



Protection

La couverture des ONG s'occupant de la protection des personnes déplacées, des PVV, des enfants vulnérables et des orphelins est faible. Certaines comme Solidarité Plus et Bayewa manquent les moyens nécessaires pour assurer une protection inclusive, tandis que Lumière Action qui assurait les besoins des PVV avant la crise, a été obligé de réduire ses activités avec le retrait des bailleurs.

La confidentialité des résultats du dépistage doivent être assurés. Une déplacée a été obligée par l'église de se faire dépister pour se marier (elle a ensuite été abandonnée par son fiancé). Un médecin a donné le résultat du dépistage d'une déplacée à son fils, et non à la patiente elle-même à travers une conseillère.

Prévention

Le dépistage parmi les répondants s'est fait principalement à cause d'une maladie, ou pour la PTME. Les efforts d'un parent séropositif peuvent aussi inciter le dépistage de leurs enfants, mais selon plusieurs PVV, les hommes acceptent rarement de se faire dépister même s'ils sont conscients de la sérologie de leur partenaire.

Plusieurs répondants dépistés positifs n'ont eu aucune référence au traitement. Cependant, Lumière Action, une des premières ONG de PVV créé en 1995/6, s'est équipée d'un CDV qui répond à toutes les normes. L'ONG assure un suivi qui comprend la vérification de l'arrivée du client dépisté positif au centre d'accueil et de suivi de son choix, des groupes de soutien, des visites à domicile (en complémentarité avec Solidarité Plus), la distribution des kits alimentaires, un centre diététique et une pharmacie communautaire. Les clients dépistés négatifs pendant trois à six mois sont orientés vers le centre de transfusion sanguine pour être des donateurs. En vue d'un suivi médical adéquat, il ne leur manque qu'un médecin prescripteur d'ARV pour éviter les déperditions des PVV.

Il existe plusieurs initiatives de sensibilisation et de mobilisation d'ONG à Abidjan. Des informations sur les modes de transmission et de prévention, ainsi que la disponibilité des ARV sont diffusées à la télévision et à la radio. Cependant, à part les PVV encadrés par une ONG, les connaissances des répondants déplacés se limitaient souvent à la transmission sexuelle. Le VIH n'est pas différencié du Sida, et le séropositif est aperçu seulement sous forme squelettique et non pas à l'apparence saine. Selon les PVV, les campagnes sont inefficaces et les gens ne se sentent pas concernés par le VIH. Il faudrait accroître le nombre de pairs éducateurs au niveau des communautés, et organiser des débats informatifs avec des médecins et des PVV. En ce qui concerne les enfants, le ministère de l'éducation a mis en place un cursus « life skills » pour la Côte d'Ivoire, actuellement en phase pilote dans trois établissements à Abidjan.

Traitement, soins et soutien

L'intégration des activités de prise en charge dans les structures de santé existantes à Abidjan permet d'étendre l'offre de soins aux PVVIH dans tous les districts sanitaires leur offrant un plus grand accès au traitement ARV. La possibilité de soins palliatifs est organisée dans les structures de santé et est poursuivie à domicile et dans la communauté.

Les victimes de guerres à Abidjan ont parlé de difficultés de continuité de traitement, soins et soutien. Selon une mère, le manque de nourriture, qu'elle attribue



à la guerre, a obligé sa fille (non déplacée) à abandonner son traitement, ce qui l'a conduit à la mort. Une PVV s'est déplacée à cause de la non disponibilité des ARV suite à la guerre. Elle n'a plus de nouvelle de sa sœur séropositive qui a refusé de partir. Une PVV a dit que pendant son déplacement, elle ne pouvait plus respecter les heures de prise d'ARV. Une autre, déplacée à Abidjan, doit marcher trois kilomètres pour se faire soigner et éviter des fuites potentielles d'information de l'hôpital de son quartier.

La stigmatisation et la discrimination des PVV rendent difficile l'observance au traitement ARV. Les répondants ne révèlent leur statut qu'à un ou deux membres de leur entourage et doivent donc dissimuler tout comportement suggestif. Les PVV non déplacés ont fait part de leurs techniques : on offre des bonbons à son entourage et on prend ensuite ses ARV camouflés dans un emballage semblable, on les met dans sa bouche en cachette avant de se rendre à la cuisine pour boire de l'eau, ou bien on les confie à un ami qui nous rend visite aux heures requises. Les PVV déplacés font face à d'autres difficultés supplémentaires (décrites dans la section suivante).

Les répondantes séropositives non déplacées avaient utilisé tout leur capital pour financer leur traitement et faisaient face à des difficultés financières. Celles qui étaient déplacées étaient démunies davantage par la perte de revenus et de ressources. Le manque de moyens financiers pour payer le traitement des infections opportunistes et de la prophylaxie pose des problèmes supplémentaires.

Selon les PVV, il faut diffuser des informations pour combattre la stigmatisation et la discrimination tel que : « *on peut manger ensemble* », « *cela peut arriver à tout le monde* », « *on peut vivre 20 ans.* » Ils suggèrent des débats à la radio et à la télé avec des médecins ou des PVV. Ils critiquent les messages en « *langage trop soutenu* » et les images de PVV amaigris qui les ont stigmatisés. Selon eux, « *il faut revaloriser le séropositif !* »

Suivi, évaluation et coordination

Le VIH fait l'objet de suivi en milieu hospitalier, entre autre dans le service PPH de Treichville, le service des maladies infectieuses, les patients consultant pour une IST dans les dispensaires anti-vénériens et les femmes libres consultant pour la première fois une cliniques.

Une coordination informelle se fait au niveau des ONG interviewées, et certaines mairies se sont également impliquées à quelques reprises. Des efforts supplémentaires sont nécessaires au niveau du gouvernement pour coordonner les activités de lutte contre le VIH entre les différents ministères à travers leurs points focaux VIH, ainsi qu'avec toutes les ONG impliquées.

E. L'impact du conflit sur le VIH

I. Facteurs de vulnérabilité par rapport au VIH

L'appauvrissement

La paupérisation de la population locale suite à la guerre a été ressentie parmi les communautés hôtes de tous les sites visités, avec un chômage



provoqué par le départ des industries et l'inaccessibilité des champs dus à l'insécurité. Des réfugiés libériens ont perdu leurs sources de revenu en raison de la fuite de leurs employeurs burkinabés, baoulés, za brous et maliens. Comme les populations locales ne maîtrisent pas les procédures de récoltes des plantations qu'ils louaient à ces agriculteurs étrangers depuis 1999, cette nouvelle situation a engendré une **catastrophe alimentaire**, maîtrisable grâce à la livraison constante de vivres en provenance de la ville de San Pedro⁶. Il apparaît donc que la guerre a appauvri l'économie de la région rurale par la fragilisation de son système de production agricole et par l'arrêt des activités industrielles.

Le déplacement

Les quatre sites ont été des zones de déplacement et de rassemblement pour les déplacés internes. L'insécurité avait obligés ces déplacées à quitter leurs maisons et leurs emplois (souvent un commerce lucratif), laissant derrière les personnes âgées.

Leur trajet était souvent divisé en arrêts multiples chez des membres de la famille. Les effets de la dépendance financière de ces filiations nombreuses sans revenu fixe, suivi de l'impact économique de la guerre sur le revenu de la famille hôte étaient sévères.

Une fois arrivés à Abidjan, les PDI ne trouvent pas d'emploi quotidien et certains n'arrivent plus à manger même un repas par jour. Un déplacé séparé de sa femme dort dans une église et ne mange qu'une banane douce par jour. Une fille majeure, traumatisée par les horreurs vécues pendant le déplacement est devenue une charge supplémentaire pour sa mère veuve en situation financière difficile. Dans certains cas, ce sont les partenaires en uniforme des filles qui aident les membres de la famille. **Ces femmes et ces hommes démunis de tout se retrouvent entièrement dépendants de la continuation de l'aide fournie par des liens apparentés, des bonnes volontés ou par des individus qui exploitent leur condition.**

Les PVV déplacées sont victimes de la perte d'emploi, de la destruction des activités de production et de la clôture d'un service approprié. La sous-alimentation qui résulte du conflit fragilise leur état de santé et, selon les PVV, cette situation serait encore plus grave pour ceux qui sont sous ARV. La destruction et fermeture des services de santé de Bouaké, notamment le laboratoire, rendent difficile l'accès aux soins de qualité et provoque la dégradation rapide de l'état de santé des

Je suis sortie de Bouaké le 10 octobre 2002 avec un T-shirt, un morceau de pagne et des tapettes de douche. Pendant les premiers moments à Abidjan, ma relation avec la famille était bonne et j'avais leur soutien. Je me sentais vraiment en famille. Par la suite, la famille n'arrivait plus à joindre les bouts car la guerre a duré et il y avait des problèmes financiers. Les enfants sont partis vivre chez différentes personnes et moi-même chez des paroissiens que je ne connaissais pas. Je regrette d'être sortie de Bouaké car j'ai tout perdu.

Abidjan : Veuve, 2 enfants

⁶ Les Burkinabés qui sont récemment revenus pour faire un état des lieux depuis la paix n'ont pas pu commencer les semences à temps, ce qui conduira selon eux, à une famine accentuée en 2008.



PVV. Cette inaccessibilité et la pauvreté des populations a renforcé la fréquentation des guérisseurs traditionnels.

Chez les PVV déplacés, le pillage et la perte de leur maison aggravent leur dénuement par rapport aux non déplacés. Des PVV ont soulevé la difficulté potentielle de l'observance aux ARV. La prise régulière du médicament pourrait dévoiler leur sérologie à leur entourage qui les mettrait à la rue.

L'appauvrissement, la dépendance et l'insécurité alimentaire et économique constituent des facteurs de vulnérabilité au VIH immédiats ou latents chez les hommes et les femmes, qui peuvent entraîner le développement de comportements à risque tels que nourriture contre sexe et le commerce sexuel. Chez les PVV, les conditions de vie ont été aggravées par la guerre et le déplacement.

Les séquelles du déplacement

L'un des mécanismes de survie chez les répondants déplacés a été la dispersion de la famille. Le déplacement a entraîné la fracture des structures et des relations familiales, affaiblissant la protection dont ils bénéficiaient avant la guerre. Plusieurs déplacés, parents et enfants, ont décrit comment des actes humiliants pendant le déplacement et la détérioration de leurs conditions de vie ont diminué l'autorité morale et économique des parents, ce qui a conduit au libertinage sexuel des enfants.

Un douanier retraité polygame qui auparavant logeait ses 14 enfants dans une maison de 10 chambres à Bouaké, a été obligé de les remettre à leurs familles maternelles respectives à conditions financières différentes. Il se retrouva ensuite dans une chambre/salon avec les quelques enfants et neveux restants. Une veuve a dû envoyer les enfants de sa co-femme décédée « *se débrouiller* », alors qu'elle a gardé seulement ses propres enfants quand la prise en charge est devenue trop difficile. Ils vivent dans un quartier précaire d'Abidjan. Un étudiant issu d'une famille polygame explique que « *dès qu'il y a polygamie, il n'y a plus de justice. [La famille] est prédisposée à la division. Avec une famille déplacée, on sent vraiment la différence.* » Pourtant, même une mère de huit enfants qui dit avoir perdu son mari une fois arrivée à Abidjan « *suite aux différents problèmes issus de la guerre tels que la séparation, les angoisses et le manque de moyens financiers* », a été obligée de les disperser dans différentes familles d'accueil parce qu'elle n'arrivait plus à les scolariser et à les nourrir. Une mère déplacée à Abidjan a affirmé que sa fille avait « *adopté une attitude désinvolte vis-à-vis [d'elle] et refuse d'écouter [ses] conseils et [ses] mises en garde* ». D'autres parents ont décrit que leurs filles avaient quitté leurs familles volontairement pendant ou après leur déplacement. Dans la plupart des cas, la famille n'avait plus de nouvelles des enfants. ,

L'éducation

La scolarité a été interrompue pendant au moins un an dans tous les récits personnels et témoignages rapportés. Selon les témoignages, les plus démunis n'ont jamais repris leurs études. Une mère vivant avec la VIH n'a pas pu ramener sa fille auprès d'elle à Abidjan lorsque son école a été fermée par manque de moyens et de logement. Selon les autorités du département de l'éducation de Bouaké, la population scolaire estimée à 200 000 avant le conflit est actuellement aux alentours de 130 000 :



près de 40 000 se trouveraient dans des zones dites de sécurité et 30 000 autres sont portés disparus.

Les enfants soldats démobilisés ont observé des pratiques de viols pendant leur vie militaire et le traumatisme de ces expériences vécues les rendent insouciants en ce qui concerne le Sida.

La fréquence des activités sexuelles s'est intensifiée avec la fermeture des écoles, selon les filles mères de Guiglo, qui déploient le lien entre leur l'oisiveté et leur grossesse: « *Il n'y avait plus rien à faire au village. Les écoles étaient fermées et avec l'insécurité, on ne pouvait pas aller vendre des produits au marché ou travailler la terre.* »

Les enfants et les lycéens ayant repris leurs études sont ceux qui bénéficient de l'aide financière d'un parent ou d'une ONG. **La qualité de l'enseignement a baissé.** La crise a occasionné le départ ou la perte des enseignants. A ce moment, les lycéens ont constaté que les enseignants entretiennent des relations sexuelles commerciales et forcées avec les lycéennes.

L'identification des élèves déplacés au sein de l'école pour assurer leur protection pose un problème potentiel parce qu'ils témoignent dissimuler leur statut de crainte d'être stigmatisé.

Il y a **manque de moyens et d'accès au soutien financier qui amplifie les difficultés des étudiants déplacés.** Le « *cambodgien* » ou le partage occasionnel de la chambre d'un autre, est devenu une pratique habituelle et prononcée selon les étudiants, ce qui constitue encore un élément de vulnérabilité.

Un étudiant de 27 ans avait perdu le soutien financier de sa famille après leur déplacement, s'est joint aux nombreux étudiants qui piratent des CD pour subventionner leurs études. Selon lui, le bouleversement de l'économie familiale a eu des répercussions sur ses études.

Une étudiante déplacée et orpheline a perdu sa bourse quand elle a dû redoubler à cause des événements et s'est livrée au petit commerce. Elle n'est pas parvenue à recevoir l'aide financière promise par le gouvernement: « *le jour ou on est allé revendiquer les 45 000 CFA [\$90] pour nos trois mois d'études à la FECI⁷, [...] ils ont voulu nous attaquer. Ils ont commencé à compter jusqu'à 5, on devait fuir. Ceux qui n'ont pas voulu, ils les ont frappés. On n'est jamais retourné.* » Selon une étudiante : « *Avant la guerre, ils étaient maximum quatre dans une chambre double. Maintenant ils sont six à huit.* »

Quelques étudiants ont reconnu que, comme elles se retrouvent dans une situation de pauvreté extrême, le commerce sexuel dans leur milieu est devenu très florissant surtout avec la présence des onusiens qui ont plus d'argent. La vulnérabilité au commerce sexuel chez les filles, qui existait déjà avant le conflit, serait donc aggravée par de telles situations, surtout parmi les victimes de guerre.

⁷ Federation Estudiantile Cote D'Ivoire



Vulnérabilité diminuée

La vulnérabilité des déplacés en termes de pauvreté, de mobilité d'un site de déplacement à l'autre, de détérioration des structures familiales, de baisse de scolarité et de cohabitation, s'est accrue. Cependant, certains répondants déplacés et quelques victimes de guerres non déplacés ont affirmé que les événements avaient renforcé leur foi en dieu et ainsi réduit les comportements sexuels à risque. Une baisse de mobilité a aussi été rapportée par deux jeunes frères déplacés vers Abidjan, qui ont signalé que pendant la guerre, ils évitaient de sortir à cause de leur appartenance ethnique. Ceux déplacés vers Abidjan auraient aussi un meilleur accès géographique aux CDV et aux soins, avec toutefois des moyens financiers réduits.

De plus, la présence des ONG qui font de la sensibilisation et apportent une assistance psychosociale et matérielle dans les camps de déplacés et de réfugiés constitue un facteur qui diminue certains facteurs de vulnérabilité au VIH : les réfugiés libériens dans le camp de Nicla avaient des connaissances approfondies sur les modes de transmission et de prévention du VIH, et accès aux kits PEP.

Toutefois, peu d'informations supplémentaires ont été recueillies pour permettre un débat approfondi sur la diminution en vulnérabilité. Il semble que de manière générale, la guerre a aggravé les facteurs de vulnérabilité liés au VIH.



II. Facteurs de risque par rapport au VIH (témoignages)

Violence et exploitation sexuelle

À Bouaké, Maman vendait des gâteaux. Un soir, on a entendu tirer partout. Maman est venue nous ramener dans sa chambre. Ils sont venus cinq. Ils avaient des armes. Ils ont demandé à maman de quelle ethnie elle était. L'un a pris la clé. Ils dormaient à la maison. On n'allait plus à l'école.
Un soir, lorsqu'ils étaient dans les champs, maman nous a réveillées et on a fui :
On marchait, on marchait... on avait soif.
On marchait, on marchait... on pleurait.
On marchait, on marchait... on n'avait rien à manger.
Ici, il n'y a pas de nattes. On dort à terre. Parfois, on mange du riz blanc.
Maman dit « c'est la vie, c'est dieu qui l'a voulu ». Une déplacée, (18 ans)

La mère de cette déplacée, une veuve de 52 ans, confirma qu'elle vécut des **assauts sexuels** non protégés, perpétrés par le chef pendant un mois d'emprisonnement et elle attribue sa séropositivité à ces viols répétés. Son fils se sacrifia pour permettre la fuite de ses sœurs et de sa mère vers Abidjan. Quelques répondants à Guiglo ont évoqué les viols des rebelles dans les villages, les champs ou sur les routes, mais aucune victime ne pu témoigner. Selon les étudiants de Bouaké, celles qui veulent rompre leur relation avec les éléments de forces combattants sont victimes d'esclavagisme sexuel. Les onusiens aussi refusent l'utilisation des préservatifs avec leurs partenaires étudiantes et enfants en échange de plus d'argent ou au risque de suspendre toute assistance alimentaire.

Cependant, les hommes en armes ne sont pas les seuls à commettre des violences sexuelles : à Tabou et à Bouaké, ce sont les enseignants qui exploitent les lycéennes démunies par la guerre. Les encadreurs des victimes de violences sexuelles à Bouaké ont noté une méconnaissance des procédures à suivre en cas de violences sexuelles.

Un témoignage suggère que la pauvreté des femmes déplacées peut les placer dans des situations d'exploitation. Une répondante déplacée à Abidjan a raconté : « Il y avait un homme, un 'peace talker', qui prenait des filles comme hôtesse quand il allait faire des discours. Pour chaque sortie, il donnait 10 000 CFA [20\$]. Il sortait avec elles sans préservatif. Il voulait sortir avec ma grande sœur, et quand elle a refusé, il l'a blessée. Il y avait d'autres filles déplacées. » A l'âge de 15 ans, elle-même a accepté des cadeaux fréquents de 200 ou 300 CFA (0.5\$) de la part d'un garçon. Il l'a ensuite forcée à avoir des relations sexuelles avec lui deux fois avant de disparaître, et sa fille de deux ans en est née. « C'est à cause de l'argent que c'est arrivé », affirme-t-elle.



Comportement et connaissances sexuels

La séparation des conjoints pendant ou après le déplacement constitue un autre facteur de risque, noté à Abidjan et à Bouaké. Un mari abandonné pendant deux ans par sa femme à la suite d'un déplacement, eu des rapports sexuels non protégés avec elle pendant un mois quand il la retrouva. Il ne se soucia pas du VIH malgré ses connaissances, ses rapports sexuels avec une autre femme pendant leur séparation et ses symptômes d'IST.

Les connaissances liées au VIH des répondants dans tous les sites étaient insuffisantes. Souvent, les informations reçues avaient été véhiculées avant la guerre à la radio et à la télévision. Les moyens de transmissions connues se limitaient souvent aux relations sexuelles, prévenus avec l'utilisation du préservatif, mais ne comprenaient pas la transmission mère enfant et les transfusions sanguines. Les répondants percevaient souvent le séropositif comme un malade squelettique, et non pas un individu à l'apparence saine.

Certains répondants utilisent le préservatif pour prévenir les grossesses et le Sida, mais l'omettent quand ils veulent procréer, quand ils sont habitués à leurs partenaires ou sous l'influence de l'alcool. La diminution du plaisir, la non disponibilité dans les villages et la pauvreté ont aussi été cités dans les autres sites. A Guiglo, les seuls à bénéficier d'un approvisionnement gratuit de préservatifs étaient les militaires. Pourtant, les hommes en armes et les forces de maintien de la paix sont plus cités par les enquêtés de Guiglo, Bouaké et Tabou à avoir des relations sexuelles non protégées avec des jeunes filles et des étudiantes. Dans les trois sites, les cas de grossesse chez les jeunes filles et les enfants métissés de pères onusiens sont devenus plus fréquents.

L'enquête n'a pas identifié de liens immédiats entre le déplacement ou la guerre et la consommation de drogues ou d'alcool. Selon un étudiant appauvri par la guerre, l'alcool « *c'est un effet de mode* ». Il ajoute qu'« *un déplacé qui boit, c'est un déplacé qui a les moyens.* » A Abidjan, les fumeurs de chanvre indien interviewés, des étudiants de familles aisées, ne connaissaient pas non plus de déplacés. Un chef de caserne à Guiglo affirme qu'il a observé une augmentation de l'utilisation des drogues et de l'alcool parmi les soldats et quelques répondants ont remarqué une hausse subite de drogues cultivées à Guiglo et dans les champs et de consommation de joints pendant les deux dernières années de guerre. Toutefois, la consommation de drogues pourrait aussi bien être liée à la modernisation qu'au conflit.

Les témoignages des PVV démontrent que l'utilisation du préservatif n'est pas systématique malgré leurs connaissances. Certains sont strictes, comme une étudiante déplacée qui l'utilise toujours « *dans le but de protéger [son] enfant* » depuis qu'elle connaît son état sérologique. Les partenaires sexuels refusent souvent le préservatif et le dépistage malgré la révélation de la sérologie de leur partenaire : « *il dit qu'il ne croit pas au VIH* », partage une femme séropositive. Une PVV déplacée qui a refusé tous rapports sexuels avec son mari a été délaissée. Elle vit maintenant de la vente intempestive de sachets ramassés. Plusieurs ont arrêté d'avoir des relations sexuelles une fois qu'ils ont connu leur séropositivité, ce qui diminue (temporairement) le risque de transmission : « *Quand tu te dis que c'est par cet acte que tu as été contaminé, ça crée un blocage.* »



Groupes à risque

Les professionnelles du sexe d'Abidjan, des réfugiées libériennes déplacées et des ivoiriennes, et celles de Bouaké disent qu'elles utilisent le préservatif systématiquement avec leurs clients pour se protéger des IST, du Sida et des grossesses, car elles ne pourraient plus travailler si elles tombaient enceintes, et veulent vivre. Elles gagnent entre 15 000 (\$30) et 50 000 (\$100) CFA par jour, et recevraient trois fois plus sans préservatif. Cependant, **les professionnelles du sexe de Guiglo expliquent que leurs besoins financiers ne leur permettent pas de refuser les 6000 CFA (\$12) offerts par leurs clients sans préservatif par rapport aux 1000 CFA (\$2) avec**, malgré leurs connaissances du Sida. Leurs clients peuvent attendre un nombre de sept par jour.

Une prostituée d'Abidjan a fait son test, mais l'autre non, même si elle compte faire un enfant avec son partenaire. A Guiglo, les deux professionnelles du sexe ont accès au CDV grâce à l'ONG CAMES, mais pas aux soins médicaux et aux vaccins pour leurs enfants par défaut de moyens.

On observe que **les clients d'Abidjan provenant de tous les milieux sociaux et de toutes origines, sont aussi plus disposés aux relations sexuelles protégées que ceux de Bouaké et de Guiglo, qui sont de professions itinérantes** tels que les hommes en armes (qui refusent parfois de payer), les chauffeurs et les voyageurs, ou peuvent aussi être des étudiants. A Guiglo, seul un officier avait fait son test de dépistage. Les chauffeurs de Bouaké ont souligné la présence des jeunes filles offrant leur service sexuel dans les gares routières ou aux grands carrefours des axes routiers et ils ont admis qu'ils n'utilisent pas de préservatif lors des rapports sexuels occasionnels. L'automédication en IST s'effectue parmi eux à cause du manque d'information et du faible coût d'achat de ces médicaments. Ils ont aussi déclaré que des prisonniers libérés lors des événements étaient devenus apprentis chauffeurs, et qu'ils se livrent à des rapports désordonnés parce qu'ils avaient été privés de rapports sexuels pendant longtemps.

A Bouaké et à Guiglo, les professionnelles du sexe ont remarqué **que le commerce du sexe a beaucoup prospéré avec la présence plus élevée des clients en armes et onusiens, et l'avenue de nouveaux prostitués hommes et femmes, appauvris par la guerre**. A Guiglo, les deux répondantes étaient des déplacées. Leur comportement à risque vis-à-vis du VIH et l'accroissement des professionnelles du sexe, des clients et de leur mobilité aggrave leur exposition potentielle au VIH.

La perte de mes parents et la maladie de ma sœur m'ont forcé à entrer dans la prostitution. J'ai quitté Abidjan pour Guiglo en 2005 avec mes trois enfants [de pères différents] et ma sœur. Ma sœur est devenue aveugle parce qu'on ne pouvait pas payer le traitement.

Prostituée, 25 ans

J'ai quitté le Togo en 2002 à cause de la guerre pour me rendre à Abidjan avec ma famille. En 2005, la guerre de la Côte d'Ivoire m'a pris ma famille. Je suis partie, accompagnée seulement de mon enfant pour commencer la prostitution à Guiglo.

Prostituée, 18 ans



Conclusion

Les outils qualitatifs de la mission ont permis d'évaluer en peu de temps la disponibilité et la qualité des services VIH offerts dans les départements de Tabou, Guiglo, Bouaké et Abidjan. Ils ont également assisté l'identification des facteurs de vulnérabilité et de risque à l'infection au VIH parmi les personnes déplacées par la guerre et leurs communautés hôtes, et permis d'explorer les liens entre la guerre et le VIH.

Les résultats de la mission démontrent que les facteurs de vulnérabilité et de risque à l'infection VIH se sont exacerbés avec la guerre de la Côte d'Ivoire. Les communautés hôtes et non déplacées ont souffert d'une baisse en qualité ou de la fermeture des services sociaux, du chômage qui s'est répandu suite à la guerre, et de la charge financière des déplacés qu'elles ont accueillis. Les familles déplacées se sont retrouvées démunies par la perte de revenus et des biens et décomposées par la pauvreté, le décès et l'appel d'hommes qui promettent de prendre les filles en charge. L'exploitation sexuelle et le comportement sexuel à risque se sont aggravés parmi les victimes de guerres, particulièrement chez les déplacés.

Les difficultés des PVV intensifiées pendant et après un déplacement sont liées à leur mobilité, leur sous-alimentation, leur pauvreté accrue et la plus grande proximité de leurs familles et de leurs hôtes, et la détérioration des structures sanitaires, qui rendent difficile l'observance au traitement VIH et la continuité des soins.

Dans les quatre sites visités, on note une insuffisance, voire même une absence d'interventions pour lutter contre le VIH. Les personnes déplacées qui présentent des facteurs de vulnérabilité au VIH et des comportements à risque aggravé par la guerre, manquent d'accès aux structures en place en raison de leur appauvrissement, du manque d'information et de leur marginalité. Leurs besoins sont spécifiques suivant leur sérologie, leurs situations familiales et économique, leur sexe, leur âge, ...

L'aide qui leur est offerte, souvent intensive et de courte durée, ne convient pas à leurs difficultés et aux besoins de leurs hôtes. Elle crée de plus une dépendance chez les déplacés qui n'est pas prise en compte lors du retrait.

Les résultats de l'enquête portent sur les orientations à prévoir dans le cadre des stratégies de plaidoyer et de programmation dans les domaines de la protection, de la prévention, du traitement, des soins et d'assistance en faveur des populations déplacées et des communautés hôtes.

L'enquête recommande qu'un soutien approprié soit accordé aux infrastructures intellectuelles, physiques et médicales pouvant offrir une protection aux déplacés par rapport au VIH. Elle suggère qu'en parallèle, des mesures sont nécessaires pour identifier les déplacés et adresser leurs problèmes d'accès.



Recommandations

PROTECTION

Adapter un mécanisme de protection des victimes de guerre

- Déplacés (PDI) :** Créer une base de données identifiant les PDI et leurs besoins
Adapter un mécanisme de protection des déplacés
- OEV :** Développer des programmes de réinsertion des OEV dans le système scolaire
Assurer une protection au sein de l'école et une aide psychosociale
- PVV :** Elaborer et mettre en oeuvre une loi portant sur la protection des PVV
- Infrastructure :** Etablir des centres d'accueil pour les OEV, les PDI et les PVV
- Violence sexuelle :** Elaborer et faire appliquer une loi sur la violence sexuelle
Sanctionner les agents, y compris les agents onusiens, et autres violeurs

PREVENTION

Intensifier une prévention proactive en faveur des déplacés et des populations hôtes

- Préservatifs:** Planter un système de distribution des préservatifs ciblant étudiants, lycéens, prostitués et leurs clients, hommes en armes, onusiens, etc.
- Information :** Sensibiliser les populations vulnérables et à risque sur les modes de prévention et de contamination du VIH
Différencier le VIH du Sida
Inclure les procédures à suivre après un viol
- Dissémination :** Elaborer des programmes de prévention du VIH en langue locale ainsi qu'en français
Organiser des campagnes de sensibilisation de proximité avec des éducateurs pairs dans les villages, les communautés et les établissements scolaires et universitaires
Renforcer les cours d'éducation civique et morale
Appuyer les activités d'IEC/CCC
Renforcer les compétences des acteurs qui participent à la lutte anti-VIH
- Mobilisation :** Impliquer les leaders religieux, les tradi-praticiens et les guérisseurs traditionnels et renforcer leurs capacités
Créer une plateforme de collaboration entre les guérisseurs traditionnels et les médecins pour assurer une meilleure prise en charge des malades du Sida
- Filles/mères :** Multiplier les activités de sensibilisation à l'endroit des jeunes filles
Développer les AGR au profit des filles – mères
Créer des centres techniques féminins réservés aux jeunes filles
Apporter un soutien financier pour scolariser les enfants qui sont à leur charge



TRAITEMENT, SOINS ET SOUTIEN

Rendre accessible et disponible les services de traitement, des soins et de soutien, et garantir la continuité des soins

TRAITEMENT: Assurer la prise en charge des malades
Rendre disponibles et accessibles les ARV
Renforcer la prise en charge des infections opportunistes

SOINS ET SOUTIEN : Former et mettre en place le personnel de santé pour la prise en charge psychosociale, médicale et l'éducation au traitement
Promouvoir les activités de continuum des soins (soins à domicile, accompagnement, complément alimentaire)
Développer les AGR pour les PVV

STIGMATISATION ET DISCRIMINATION

Etablir un programme pour lutter contre la stigmatisation et la discrimination des personnes vivant avec le VIH

Renforcer les campagnes de lutte contre la stigmatisation et la discrimination avec des débats à la radio et à la télé invitant des médecins ou des PVV
Revaloriser le séropositif pour qu'il ne soit pas perçu comme un être amaigri
Rectifier les fausses notions de contamination

PERSONNES DEPLACEES

Assurer l'accès des déplacés aux interventions VIH

Identifier les ONG concernées par la situation des déplacés
Renforcer leurs capacités en matière de prévention du VIH
Créer une plateforme de collaboration entre les ONG visant les personnes déplacées et les acteurs dans la lutte contre le VIH
Elaborer une stratégie pour assurer l'indépendance socio-économique des déplacés

SUIVI ET EVALUATION

Opérationnaliser le cadre national de suivi-évaluation et l'intégrer à toutes les étapes de la lutte contre le VIH

Recueillir des données selon le programme national au niveau du district et les diffuser auprès des acteurs impliqués dans le VIH
Assurer le suivi des activités des comités de lutte contre le VIH dans la communauté
Recueillir des informations claires sur l'état nutritionnel des PVV
Soutenir le suivi des activités des pairs éducateurs

COORDINATION

Mettre en place un mécanisme de coordination à tous les niveaux

Renforcer les capacités de coordination du CPLS et du MLS
Mettre sur pied le comité régional de lutte contre le Sida
Mettre en place un comité de coordination des acteurs impliqués dans la santé
Assurer la coordination et la collaboration entre le programme national de lutte contre la TB et le VIH
Mettre en place un comité de coordination des acteurs impliqués dans la lutte contre le Sida



RECOMMANDATIONS PAR SITE

Tabou	<p>Mettre à disposition une salle de conseil confidentielle pour la PTME Améliorer l'accès géographique et économique des structures de santé Augmenter le nombre d'éducateurs pairs Assurer la prise en charge alimentaire des PVV Identifier et mobiliser les PVV en groupe d'auto-support Renforcer les capacités des services en personnel, en matériel et en formation Faire un état des lieux vis-à-vis de l'impact de la catastrophe alimentaire sur la situation des PVV et des PVV déplacés</p>
Guiglo	<p>Mettre en place des CDV dans la région du Moyen Cavally avec un personnel formé Mettre en œuvre les précautions universelles dans les hôpitaux et les centres de santé avec un personnel formé Promouvoir une prise en charge adéquate des IST au niveau des établissements de santé de premier contact (Formation Sanitaire Urbaine et Communautaire) Mettre en place des centres de PTME pour couvrir tous les besoins de la population Créer des comités de lutte contre le Sida dans les camps de réfugiés libériens et des déplacés internes Opérationnaliser le laboratoire d'analyse Assurer un accès universel aux ARV dans les districts sanitaires de Guiglo et Bloléquin et former des prescripteurs d'ARV Encourager la création de groupes d'auto-support</p>
Bouaké	<p>Approvisionner les laboratoires en réactifs pour le diagnostic et le suivi biologique des malades Assurer l'approvisionnement et l'accès aux kits PEP Créer des organisations de soutien pour les enfants soldats démobilisés et les encadrer sur les dangers liés au VIH</p>
Abidjan	<p>Renforcer l'accès des déplacés aux centres de dépistage et aux groupes d'auto- support (Lumière Action, Solidarité Plus, ...) Elaborer un programme de prévention pour les toxicomanes de la Croix Bleue Renforcer la capacité de coordination au niveau des mairies et du gouvernement Assurer la protection des réfugiées libériennes professionnelles du sexe et professionnelles du sexe déplacées aux mains de la police</p>



Annexe
Liste de répondants

	Autorités et informateurs clés	Répondants du groupe cible	Groupes de discussion
ABIDJAN	<ul style="list-style-type: none"> Président des déplacés de guerre à la Mairie de Cocody ONG Croix Bleue ONG Village SOS ONG Solidarité + ONG Mouvement du Nid ONG Bayewa ONG Espérance 2000 ONG Espoir 3000 HCR 	<ul style="list-style-type: none"> Veuves déplacées (5 : 1VVS) Veuves PVV déplacées (6) Ecolières déplacées (4) Filles mères déplacées (2 : 1VVS) PVV déplacés (3) Etudiants déplacés (4) Autres déplacés (4) Etudiant non déplacés (1) Toxicomanes non déplacés (1) 	<ul style="list-style-type: none"> Déplacés internes PVV non déplacés hommes PVV non déplacés femmes Conseillères PVV Toxicomanes
BOUAKÉ	<ul style="list-style-type: none"> Médecin Sans Frontière Centre Hospitalier et Universitaire ONG Espoir Vie ONG Bouaké éveil ONG Renaissance santé Bouaké (RSB) Centre social action solidarité (Centre SAS) ONG école pour tous (EPT) ONG Jewakili ONG Maison de l'enfance 	<ul style="list-style-type: none"> Déplacés internes (4) PVV (4) Etudiants (2) Lycéens (2) Enfants orphelins ou travailleurs de rue (4) Chauffeurs (2) Professionnelles du sexe (2F, 1H) Filles – mères (2) VVS (1) Veuves (2) Ecoliers (2) Enfants soldats démobilisés (2) 	<ul style="list-style-type: none"> Déplacés internes Lycéennes Lycéens Guérisseurs traditionnels Chauffeurs Filles – mères Groupes de religieux
GUIGLO	<ul style="list-style-type: none"> Préfet Directeur du département de la santé ONG CAMES ONG CARITAS ONG AWECO ONG Save the Children UK ONG MSF France Medecins (CHR, Save the Children) Conseillère CDV Militaires FDS Enseignant Guérisseuse traditionnelle Paster 	<ul style="list-style-type: none"> PVV (4) Déplacés internes (6) Lycéens (2) Enfants travailleurs/des rues (6) Chauffeur (1) Professionnelles du sexe (2) Filles mères (4) Victime de violence sexuelle (1) Veuves (2) Ecoliers (6) Enfants soldats (3) 	<ul style="list-style-type: none"> Déplacés internes hommes Déplacés internes femmes Lycéennes Lycéens Guérisseurs traditionnels Chauffeurs Leaders religieux Filles mères



TABOU	<ul style="list-style-type: none">• Préfet• Directeur Département de la Santé• Chefferie du village d' Olodjo• ONG REPMACI• ONG AIP• ONG IRC• ONG AWANE• Pasteur• Imam• Club santé de Tabou• Conseiller d'orientation scolaire• Infirmier major armée• Pair éducateur• Tradi-praticien	<ul style="list-style-type: none">• PVV (2)• OEV (2)• Lycéens (2)	<ul style="list-style-type: none">• Déplacées internes• Déplacés internes• Réfugiés libériens• Réfugiées libériennes• Elèves filles déplacées et autochtones• Elèves garçons déplacés• Autochtones jeunes et adultes• Jeunes chauffeurs
--------------	---	---	--



Document de base

DONNEES GENERALES⁸

- Population: 17,9 millions
- PNB par habitant: US\$1,551
- Espérance de vie: 48.82 ans
- Taux de mortalité infantile: 117 décès /1,000 naissances
- Accès à l'eau propre: 98% (milieu urbain), 74% (milieu rural)
- Accès à l'électricité: 86% (milieu urbain), 23% (milieu rural)
- Taux d'alphabétisation: 43,6% (femmes), 57,9% (hommes)
- Taux d'alphabétisation (entre 15 et 24 ans): 52% (femmes), 70% (hommes)
- Médecins/habitants: 0.12/1000
- Indice de développement humain: 0.421 (rang 164, IDH 2006)

REPERES HISTORIQUES DE LA COTE D'IVOIRE⁹

- 1893: la Côte d'Ivoire fait partie de l'empire colonial français.
- 1960: Indépendance avec Félix Houphouët-Boigny comme président.
- Pendant ses 30 années au pouvoir, l'autocrate Houphouët-Boigny favorise le développement économique et l'immigration des pays voisins pour soutenir la production agricole.
- Début des années 1980: la Côte d'Ivoire devient un pays prospère et stable.
- 1993: Henri Konan Bedie, aussi un membre du groupe ethnique Baoulé, succède à Houphouët-Boigny après la mort de ce dernier. Bedie encourage la xénophobie dans le sud du pays, envers les habitants du nord où la plupart sont les descendants d'immigrés.
- 1999: coup dirigé par le Général Robert Guei qui organise des élections l'année suivante contre son gré. Il modifie la constitution pour exclure le candidat Alassane Ouattara.
- 2000: Guei se proclame élu et des révoltes éclatent. Laurent Gbagbo, considéré comme le véritable vainqueur, prend le pouvoir tandis qu'Ouattara exige de nouvelles élections. La violence s'ensuit parmi les supporteurs chrétiens de Gbagbo et les musulmans de Ouattara. Malgré des efforts de réconciliation, la tension s'accroît entre le nord musulman et le sud chrétien.
- Septembre 2002: une mutinerie militaire permet aux groupes de rebelles de s'accaparer de la partie nord du pays.
- Malgré l'accord de paix de 2003, la violence continue
- 2004: un contingent des Nations Unies est déployé pour aider à trouver un accord.
- La situation aujourd'hui: le processus de désarmement a été interrompu et les élections ont été repoussées deux fois.
- La Côte d'Ivoire est toujours un pays divisé entre le sud contrôlé par le gouvernement et le nord, tenu par les Forces Nouvelles dont l'armée est composée essentiellement de Musulmans et de descendants d'immigrés.

LES EFFETS DU CONFLIT

Personnes déplacées et réfugiés

- Personnes déplacées: 700,000 (selon le FNUAP)
- La plupart sont à Abidjan.
- Celles à l'ouest du pays bénéficient du soutien humanitaire du Fonds central de secours d'urgences des Nations Unies.

⁸ OCHA (2007) Republic of Cote d'Ivoire humanitarian country profile: humanitarian news and analysis. <<http://www.irinnews.org/country.aspx?CountryCode=CI&RegionCode=WA#bg>>

⁹ OCHA (2007) Republic of Cote d'Ivoire humanitarian country profile: humanitarian news and analysis. <<http://www.irinnews.org/country.aspx?CountryCode=CI&RegionCode=WA#bg>>



- Un tiers des enfants déplacés ne vont pas à l'école.
- 7 000 fermiers issus de familles d'immigrés ont été chassés de leurs plantations de cacao à l'ouest et vivent maintenant dans des camps où ils sont logés et nourris grâce à l'aide des agences de l'ONU.
- c. 360 000 sont retournées au Burkina Faso
- Réfugiés: 40,000

Enfants

- Le nombre d'enfants soldats qui se sont joint au mouvement rebelle en 2002 est indéterminé.
- La plupart se sont réintégrés dans la société ou sont retournés à l'école.
- En mars 2003, une étude de l'ONG SOS Sexual Violence a constaté que parmi 500 écolier(e)s à Abidjan et dans les banlieues, 27% étaient victimes d'abus sexuels (74% parmi les filles et 26% parmi les garçons).
- Les enfants dont la plupart venaient de pays voisins tels que Mali et Burkina Faso, travaillent souvent dans les plantations de cacao. L'UNICEF estime que le taux de travailleurs enfants est de 35%.

Femmes

- Les viols commis par les forces rebelles ont été reportés par HRW, mais ces chiffres sous-estiment le nombre actuel de viols à cause de la stigmatisation de ces victimes.
- Le viol des femmes et des filles burkinabées par les forces rebelles démontre que certaines agressions étaient commises pour des raisons ethniques.
- Des femmes auraient également été prises en otage par les rebelles pour servir d'esclaves sexuelles et domestiques.

Scolarité

- Le système scolaire a beaucoup souffert de la guerre civile et l'UNICEF estime que plus d'un million d'enfants n'ont pas pu être scolarisés.
- Les écoles au sud sont surpeuplées tandis que celles au nord manquent d'enseignants et de matériaux scolaires.
- Grâce à l'UNICEF ainsi qu'aux autres agences de développement, presque 1 200 écoles ont été rouvertes et le nombre d'étudiantes a doublé.
- En 2002, 67% des enfants âgés entre 6 et 17 ans allaient à l'école (73% parmi les garçons et 61% parmi les filles).
- Ce n'est qu'en 2006 que le pays a connu sa première inscription nationale depuis le début de la guerre civile. La préférence est toujours donnée aux garçons.
- Presque un tiers du taux de décrochage de 66% aux niveaux primaire et secondaire peut être attribué aux étudiantes enceintes, selon le ministère de l'éducation nationale.
- Selon un rapport du Ministère des Affaires Etrangères américain sur les droits de l'homme, certains enseignants échangeaient de bonnes notes et de l'argent contre des faveurs sexuelles.

Soins de santé

- Avant 2002, la Côte d'Ivoire offrait l'un des meilleurs systèmes de santé en Afrique de l'Ouest.
- La guerre civile a forcé l'exode des médecins, des infirmiers et des pharmaciens. Aujourd'hui, ils retournent à leur poste.
- L'aide des bailleurs de fond internationaux a permis la réouverture de 86% des centres de santé dans le nord.
- Le VIH, la tuberculose et le paludisme sont les problèmes de santé majeurs.

LE VIH EN COTE D'IVOIRE

- Premiers cas en 1985
- Présence du VIH-1 et VIH-2



- Prévalence du VIH (15-49 ans)¹⁰:
 - ⓧ 2005 (EIS 2005¹¹) : 4,7%
 - ⓧ 2003: 7%
 - ⓧ 2001 : 9,7%
- Personnes vivant avec le VIH¹² : 570 000
 - ⓧ Adultes (15-49 ans) : 530 000
 - ⓧ Enfants (0-14 ans) : 40 000

Hommes-Femmes

- Rapport homme-femme¹³ :
 - ⓧ 2000 : 1 homme pour 1 femme
 - ⓧ 1988 : 4,8 hommes pour 1 femme
- Prévalence homme-femme en 2005 :
 - ⓧ Urbaine : 7,4% chez les femmes et 3,2% chez les hommes
 - ⓧ Rurale : 5,5% chez les femmes et 2,5% chez les hommes
 - ⓧ Total : 6,4% chez les femmes et 2,9% chez les hommes

Donneurs de sang

- Prévalence chez les donneurs de sang en 2002:
 - ⓧ 5% chez les nouveaux donneurs
 - ⓧ 1% chez les donneurs réguliers

Femmes enceintes

- Prévalence chez les femmes enceintes en 2002¹⁴ :
 - ⓧ Moyenne de 9,5% en zone urbaine (varie de 7,4% à 11,6%)
 - ⓧ Moyenne de 5,6% en zone rurale (varie de 1,9% à 11%)
- Prévalence chez les femmes enceintes en 2004 :
 - ⓧ Moyenne de 8,25% en zone urbaine¹⁵ (varie de 4,9% à 15,5%)
 - ⓧ 9,1% en zone gouvernementale
 - ⓧ 6,8% en zone ex-assiégée
- Le Sida représente une des premières causes de morbidité et de mortalité en milieu pédiatrique
- La proportion de jeunes femmes enceintes séropositives est particulièrement élevée dans les zones ex-assiégées (PMI de Belleville – Bouaké, de Man, d’Odienné), soit plus de 25% avaient entre 15 et 19 ans.
- Age moyen du premier rapport sexuel : 16,2 ans
- Femmes qui ont reçu des conseils sur le VIH durant une visite prénatale, ont été testées et ont reçu les résultats¹⁶ : 7%

Infections sexuellement transmises¹⁷

- Incidence moyenne des IST chez les adultes au plan national :
 - ⓧ 1999 : 10,7 pour 1000
 - ⓧ 1996 : 15,6 pour 1000
 - ⓧ 1997 : 13,8 pour 1000

¹⁰ Rapport 2004 de l’Onusida

¹¹ Enquête sur les indicateurs du Sida (EIS) 2005: enquête de ménages incluant 3930 hommes et 4568 femmes

¹² Rapport 2004 de l’Onusida

¹³ *Ibidem*

¹⁴ Enquête de séro surveillance sentinelle auprès des femmes enceintes 2002 – Ministère de la santé et RETROCI.

¹⁵ Données rurales non disponibles

¹⁶ Enquête sur les indicateurs de santé 2005

¹⁷ *Ibidem*



ⓧ 2000 : 10,2 pour 1000

Comportement sexuel¹⁸

- Premier rapport sexuel avant 18 ans :
 - ⓧ 56% chez les jeunes femmes
 - ⓧ 73% chez les jeunes hommes
- Utilisation du préservatif lors du dernier rapport sexuel :
 - ⓧ 12% chez les femmes
 - ⓧ 30% chez les hommes
- N'ont jamais fait le test du dépistage du VIH :
 - ⓧ 87% chez les femmes
 - ⓧ 90% chez les hommes
 - ⓧ 88,5 en moyenne

Groupes vulnérables¹⁹

- Les jeunes célibataires de 15-19 ans
 - ⓧ Méconnaissances ou aucune connaissances des signes ou symptômes d'IST : plus de 40%
 - ⓧ Multipartenariat sexuel
 - 1998 : 36% chez les garçons et 21 % chez les filles
 - 2002 : 39% chez les garçons et 15% chez les filles
 - 2004 : 58% chez les garçons et 39% chez les filles
 - ⓧ Faible taux d'utilisation du préservatif
 - 42% chez les garçons
 - 29% chez les filles
- Les migrants ruraux
 - ⓧ Niveau de connaissances élevé (transmission et préservatifs)
 - ⓧ Faible utilisation du préservatif : 39%
- Les filles libres ou professionnels du sexe
 - ⓧ Bonnes connaissances des IST, mais insuffisances au niveau de la prévention du VIH
 - ⓧ Faible utilisation du préservatif
 - 95-96% avec les clients occasionnelles
 - 42% avec partenaires réguliers non payant
- Les routiers
 - ⓧ Méconnaissances des symptômes d'IST
 - ⓧ 34% ont eu des rapports sexuels avec une partenaire occasionnelle non commerciale
 - ⓧ 75% utilisent le préservatif

¹⁸ *Ibidem*

¹⁹ Enquête démographie et santé (EDS 1998) ; enquête socio comportementale (ESC 2002) ; étude de la santé sexuelle et de la reproduction des adolescents et des jeunes de 12-24 ans en Côte d'Ivoire (UNFPA 004) ; enquête d'AIMAS 2005