



# Global Protection Cluster

GBV Prevention and Response

**MISSION EVALUATION RAPIDE SUR LES  
VIOLENCES BASEES SUR LE GENRE  
18-19 MAI 2011**

**Abidjan - Cote d'Ivoire**

## Table of Contents

|   |                                    |
|---|------------------------------------|
| Table des acronymes .....   | 4                                  |
| <b>RESUME EXECUTIF .....</b>  | <b>Erreur ! Signet non défini.</b> |
| <b>1. Contexte et justification .....</b>   | <b>9</b>                           |
| <b>2. Prémices des services de prise en charge de violences sexuelles existantes avant la crise .....</b> | <b>10</b>                          |
| <b>3. Méthodologie de l'évaluation .....</b>  | <b>11</b>                          |
| <b>4. Résultats .....</b>   | <b>13</b>                          |
| 4.1 Situation des VBG .....   | 14                                 |
| <i>Données chiffrées/Statistiques</i> .....   | 14                                 |
| <i>Profil des survivants</i> .....  | 15                                 |
| <i>Profil des auteurs</i> .....   | 15                                 |
| 4.2 Description physique des structures de Prise en charge .....  | 16                                 |
| <i>Structures médicales</i> .....   | 16                                 |
| Etat des lieux des centres de santé .....   | 16                                 |
| Point des besoins pour la prise en charge médicale .....  | 16                                 |
| <i>Structures psychosociales</i> .....  | 17                                 |
| Etat des lieux des structures de prise en charge psychosociale .....                                      | 17                                 |
| Point des besoins pour la prise en charge psychosociale .....   | 17                                 |
| <i>Structures judiciaire</i> .....  | 17                                 |
| Etat des lieux des structures judiciaires .....   | 17                                 |
| Point des besoins des structures de prise en charge judiciaire .....                                      | 17                                 |
| 4.3 Réponse et mécanisme de référence .....   | 18                                 |
| <i>Tendances générales dans l'accès au service de PEC</i> .....   | 18                                 |
| <i>Prise en charge des VBG</i> .....  | 18                                 |
| Prise en charge médicale .....  | 18                                 |
| Prise en charge psychosociale .....   | 19                                 |
| La prise en charge juridique et judiciaire .....  | 20                                 |
| <i>Analyse de la réponse</i> .....  | 20                                 |
| Qualité selon le point d'entrée .....   | 20                                 |
| Qualité selon l'intégration géographique des services .....   | 21                                 |
| Qualité de la prise en charge holistique .....  | 21                                 |
| Rôle des communautés .....  | 21                                 |
| <b>V. Difficultés rencontrées .....</b>   | <b>23</b>                          |
| <b>VI. Recommandations .....</b>  | <b>24</b>                          |
| <b>VI. Défi et prochaines étapes .....</b>  | <b>25</b>                          |
| 6.1 Défis .....   | 25                                 |
| 6.2 Prochaines étapes .....   | 25                                 |
| <b>Annexes .....</b>  | <b>26</b>                          |
| 1) TDR de la mission .....  | 26                                 |
| 2) Outils d'évaluation rapide pour les Violences sexuelles .....  | 26                                 |
| 3) Tableau des centres des PEC visités .....  | 26                                 |
| 4) Rapports des groupes .....   | 26                                 |

|   |    |
|---|----|
| 5) Cartographie des sites visités ..... | 26 |
|---|----|

## Table des acronymes

|                  |   |
|------------------|---|
| <b>TDR</b>       | Termes De Référence   |
| <b>PEC</b>       | Prise En Charge   |
| <b>VBG</b>       | Violences Basées sur le Genre   |
| <b>VS</b>        | Violences Sexuelles   |
| <b>ARV</b>       | Anti Rétroviral   |
| <b>IST</b>       | Infection Sexuellement Transmissible  |
| <b>OBC</b>       | Organisation à Base Communautaire   |
| <b>ONG</b>       | Organisation Non Gouvernementale  |
| <b>ONUSIDA</b>   | Programme conjoint des Nations Unies sur le VIH SIDA                        |
| <b>UNCHR</b>     | Haut Commissariat des Nations Unies des Réfugiés                            |
| <b>UNDP</b>      | Programme des Nations Unies pour le Développement                           |
| <b>UNICEF</b>    | Fond des Nations Unies pour l'Enfance                                       |
| <b>UNFPA</b>     | Fond des Nations Unies pour la Population                                   |
| <b>DRC</b>       | Conseil Danois pour les Réfugiés  |
| <b>IRC</b>       | International Rescue Committee  |
| <b>PEPFAR</b>    | Plan d'urgence du président américain de lutte contre le S                  |
| <b>ASAPSU</b>    | Association de Soutien à l'Auto Promotion Sanitaire Urbaine                 |
| <b>ONEF</b>      | Organisation National pour l'Enfant la Femme et la Famille                  |
| <b>FRCI</b>      | Force Républicaine de Côte d'Ivoire   |
| <b>FDS</b>       | Force de Défense et de Sécurité   |
| <b>ONUCI-DDH</b> | Opération des Nations Unies en Côte d'Ivoire-<br>Division Droits de l'Homme |
| <b>OHCHR</b>     | Bureau de l'Haut Commissariat pour les droits                               |

|                           |  |
|---------------------------|--|
|                           | de l'Homme                                   |
| <b>PEP</b><br>(Kit 3A 3B) | Prophylaxie post-exposition                  |
| <b>MSF</b>                | Médecins Sans Frontière                      |
| <b>MACA</b>               | Maison d'Arrêt et de Correction d'Abidjan    |
| <b>FSUCOM</b>             | Formation Sanitaire Urbaine et Communautaire |
| <b>CHU</b>                | Centre Hospitalier Universitaire             |
| <b>IASC</b>               | Inter Agency Standing Committee              |
| <b>PDI</b>                | Personnes Déplacées Internes                 |

## Résumé exécutif

En vue d'avoir un aperçu sur les violences basées sur le genre en Côte d'Ivoire suite à la crise postélectorale, le sous cluster VBG a entrepris une mission d'évaluation rapide sur les VBG, en mettant l'accent sur les violences sexo-spécifiques. Venant en complément d'une évaluation réalisée auparavant par le cluster Protection dans le mois d'avril 2011, cette évaluation s'est déroulée dans le district d'Abidjan. Les opérations de collecte des données ont été réalisées dans 9 communes d'Abidjan sur 10 à savoir : Abobo, Yopougon, Treichville, Cocody, Koumassi, Attécoubé, Adjamé, Williamsville et Port-Bouët. Le choix de ces localités a été faite sur la base de cinq principaux critères : les lieux où les affrontements se sont déroulés, la présence ou l'absence des structures de prise en charge VBG, le lieu de retour ou les sites de PDIs, les centres de regroupement/concentration des hommes en arme et les structures identifiés (Centres Sociaux, ONG-VBG, structures sanitaires). Le présent document fait le point des résultats de l'analyse entreprise et dégage les principaux défis à relever en matière de violences basées sur le genre dans les sites visités et fait des recommandations éventuelles. Des recommandations utiles à court comme à long terme.

Cette étude avait pour objectif général d'évaluer de façon rapide, les besoins dans le domaine des VBG dans les 10 communes d'Abidjan, les gaps dans la réponse ainsi que les stratégies à mettre en place en vue de l'amélioration de la prévention de risques et la prise en charge des personnes survivantes. Il s'agissait plus spécifiquement de (i) Faire l'état des lieux des ressources et structures existantes et leur fonctionnalité actuelle; (ii) Recueillir les informations et données (avec attention particulière sur les cas sur les enfants et commis par les hommes en arme) sur les cas de VBG et les besoins spécifiques pour la PEC holistique ; (iii) Identifier les mécanismes d'écoute, de détection et de référence dans les quartiers (points d'écoute, équipe mobile, comités de protection ou de veille) ; (iv) Identifier les mécanismes de prévention des VBG dans la communauté ; (v) Etablir une cartographie des besoins et des interventions dans les 10 communes d'Abidjan et de (vi) Formuler des recommandations pour le renforcement de la prévention et de la prise en charge des VBG (information, détection, signalement, référence, offre de services médicaux, assistance psychosociale et matérielle, juridique et judiciaire).

Au niveau méthodologique, l'analyse s'est faite sur la base d'interviews des informateurs clés, de discussions de groupe et d'observations directes. Au total cette analyse a permis de collecter des informations auprès de 29 structures sanitaires, 13 structures psychosociales, 8 institutions juridico-administratives (commissariats de police), et au moins 115 individus. En outre, 15 discussions de groupe et 50 entretiens individuels ont été organisés. Les résultats de cette étude sont résumés ci-après.

L'analyse des résultats indique 161 cas de VBG dont 132 viols. On note que plusieurs cas de VBG sont restés sous silence et ont besoin d'être identifiés. En effet 94% des survivants sont de sexe féminin et que 37% d'entre eux sont des mineurs. On relève que 55% des cas de viol ont été commis par des civils issus de la communauté contre 45% par les hommes en arme donc la majorité des auteurs reste des civils. Parmi les survivantes de violences sexuelles seulement 56% ont eu accès au moins à la prise en charge médicale. Il ressort donc que le mécanisme de référence est clairement très faible, et la prise en charge holistique n'est pas garantie partout.

Une autre révélation importante de rapport porte sur l'analyse de la réponse pour la prise en charge des VBG. La prise en charge intégrée de la survivante diffère selon le point d'entrée : elle est plus souvent complète lorsque la survivante accède en premier lieu à un service social par contre la référence pour la prise en charge psychosociale n'est pas systématique lorsque le point d'entrée demeure une structure de santé. Par ailleurs, le circuit pour la prise en charge des survivantes reste encore confus pour les victimes. L'analyse des informations relève que la communauté joue un rôle essentiel dans la référence et la prise en charge des survivantes mais son niveau d'information reste faible. Par ailleurs la présence d'hommes armés un partout dans les rues pose un problème de sécurité qui peut constituer un frein pour les survivantes dans l'enclenchement du processus de prise en charge sur tous les plans.

Au regard des résultats de l'analyse, certains principaux défis se dégagent dont la mise en œuvre permettra d'apporter une réponse rapide et adéquate face à l'ampleur des VBG. Il s'agit de plusieurs actions qu'implique l'engagement des acteurs différents sous plusieurs aspects et dont coordinations sera assuré par le Sous Cluster même:

- Renforcer les capacités des acteurs (personnel de santé, personnel social) sur la prise en charge médicale et psychosociale et la référence.
- Renforcer la coordination opérationnelle des services au niveau local là où c'est faible : mettre en place des plateformes de lutte au VBG locales de coordination et organiser les circuits de référence.
- Améliorer le niveau d'information des communautés sur l'attitude à adopter, les délais de prise en charge médicale, et l'existence des services, et leur implication pour une meilleure référence des survivants pour PEC.
- Identifier dans chaque communes deux structures de prise en charge et la doter des kits pos-exposition au protocole national.
- Réajuster le rôle des comités locaux, en mettant l'accent sur leur avantage comparatif en termes de sensibilisation et information des communautés, et moins dans la détection et référence des survivantes de VBG (problème de couverture, efficacité, confidentialité).
- Conduire un plaidoyer pour la gratuité des soins aux survivants de VBG.

- Renforcer l'assistance juridique des survivants, en termes de conseils juridiques et constitution du dossier (inclus le certificat médical) pour dépôt de plainte auprès de la police / justice le moment venu, lorsque le dispositif sécuritaire et judiciaire le permettra
- Renforcer les capacités de l'appareil judiciaire pour la prise en charge des cas de VBG
- Améliorer les systèmes d'information internes aux services, et mettre en place un dispositif général de collecte et de centralisation des données
- Renforcer le système de notification des VBG dans les structures sanitaires
- Faire une évaluation approfondie sur la prise en charge médicale des violences sexuelles
- Elaborer et vulgariser la cartographie des centres de prise en charge des VBG
- Plaidoyer pour la création et la mise en place de centres intégrés de PEC des survivantes de VBG
- Réhabiliter les structures de prise en charge (médicale et psychosociale) endommagées et pillées (réhabilitation légère ou complète), et les appuyer en matériel médical, informatiques et bureautiques les centres de prise en charge médicale ainsi que les centres sociaux pillés
- Dynamiser le protection monitoring pour implémentation des résolutions des Nations Unies 1612 1882 1960 (ONUCI-DDH et Child Protection en collaboration avec le Cluster Protection et ses sous-cluster)
- Plaidoyer auprès à ONUCI-DDH pour la mise en place de point focaux VBG au sein de la division et à accorder une attention particulière sur les violences sexuelles dans la compilation des rapports de dénonciation des droits humains (auprès du Conseil de Droits de l'Homme, al UPD, les procédures spéciales aux OHCHR etcetera)



## 1. Contexte et justification

A l'issue du second tour des élections présidentielles du 28 novembre 2010, les contestations des résultats par les différentes parties ont replongé la Côte d'Ivoire dans un nouveau cycle de violences. Ces violences postélectorales ont occasionné plusieurs violations des droits humains ainsi que d'importants mouvements de population dans plusieurs localités. Les femmes, les filles et les enfants se sont trouvés dans une situation de vulnérabilité particulièrement accrue aux violences basées sur le genre.

Le sous-cluster VBG, face à la crise, a donc développé plusieurs stratégies pour coordonner la réponse aux VBG. C'est donc dans le cadre de ses prérogatives que le sous-cluster VBG a décidé de réaliser une mission d'évaluation rapide pour approfondir les résultats obtenus par le cluster Protection dans le mois d'avril 2011 en mettant l'accent sur les violences sexo-spécifique.

L'objectif général de cette mission d'évaluation rapide sur les violences basées sur le genre était d'évaluer les besoins dans le domaine des VBG dans les 10 communes d'Abidjan, les gaps dans la réponse ainsi que les stratégies à mettre en place en vue de l'amélioration de la prévention de risques et la prise en charge des personnes survivantes. Il s'agissait plus spécifiquement de (i) Faire l'état des lieux des ressources et structures existantes et leur fonctionnalité actuelle; (ii) Recueillir les informations et données (avec attention particulière sur les cas sur les enfants et commis par les hommes en arme) sur les cas de VBG et les besoins spécifiques pour la PEC holistique ; (iii) Identifier les mécanismes d'écoute, de détection et de référence dans les quartiers (points d'écoute, équipe mobile, comités de protection ou de veille) ; (iv) Identifier les mécanismes de prévention des VBG dans la communauté ; (v) Etablir une cartographie des besoins et des interventions dans les 10 communes d'Abidjan et de (vi) Formuler des recommandations pour le renforcement de la prévention et de la prise en charge des VBG (information, détection, signalement, référence, offre de services médicaux, assistance psychosociale et matérielle, juridique et judiciaire).

## **2. Prémices des services de prise en charge de violences sexuelles existantes avant la crise**

En Côte d'Ivoire, les violences sexuelles sont prises en charge dans les centres de santé. Le personnel médical et para médical est formé à cet effet et des directives nationales existent. Les centres de santé dispensant les ARV sont en mesure d'offrir la prophylaxie post-exposition au VIH. Cependant la prise en charge des IST et les examens médicaux constituent très souvent un obstacle à la PEC de qualité car n'étant pas gratuit n'est pas accessible aux survivants financièrement limités. Les structures bénéficiaires des kits 3A et 3B à Abidjan sont au nombre de 3 c'est-à-dire le CHU de Yopougon, le Centre PAVVIOS d'Attiekoubé et la Maison Akwaba de Treichville. Les mécanismes de détection des cas de VBG, de référence et de coordination semblaient faibles et la lisibilité de la situation des VBG n'était pas claire malgré les efforts des partenaires.

### 3. Méthodologie de l'évaluation

La mission d'analyse rapide s'est déroulée sur 2 jours du 18 au 19 mai 2011. Elle était composée de 9 équipes mixtes constituées selon les critères suivants : gender balance, organisation d'appartenance et compétences techniques.

Elle a consisté dans :

- (1) une phase préparatoire, où le sous-cluster s'est accordé sur les termes de référence de la mission, les outils à utiliser pendant les visites de terrain, les sites à visiter et la méthodologie d'enquête. Cette phase a aussi prévu la prise de contact avec les autorités (Directeurs régionaux, directeurs départementaux de la santé et des affaires sociales) et les acteurs de niveau terrain (les responsables des structures sanitaires, des centres sociaux, des centres d'écoute, des ONG ET OBC, les leaders communautaires et religieux).
- (2) formation des enquêteurs
- (3) visites de terrain dans les communes identifiées (Abobo, Youpougon, Adjame, Williamsville, Attecoubé, Treichville, Port Bouet, Cocody et Koumassi). L'identification des quartiers dans chaque commune s'est faite sur la base de critères prédéfinies et retenus au sein du Sous-Cluster (lieux des affrontements, présence/absence des structures de prise en charge VBG, lieu de retour/sites de PDis, centre de regroupement/concentration des hommes en arme) et dans les structures identifiés (Centres Sociaux, ONG-VBG, structures sanitaires)
- (4) élaboration du draft du rapport de la mission par le Comité de rédaction (composé par ASAPSU, IRC, ONEF, PEPFAR, UNDP, UNAIDS, UNFPA et UNICEF)
- (5) présentation des résultats au sous-cluster VBG, validation finale
- (6) présentation des résultats au Cluster Protection
- (7) Partage du rapport à la communauté humanitaire

La collecte de l'information s'est faite sur la base d'interview des informateurs clés à travers un outil d'évaluation mis en annexe, discussions de groupe et d'observation directe.

- 1) selon les critères qui suivent lieux des affrontements, présence/absence des structures de prise en charge VBG, lieu de retour/sites de PDis, centre de regroupement/concentration des hommes en arme) et dans les structures identifiés (Centres Sociaux, ONG-VBG, structures sanitaires).<sup>1</sup>



- 2) Les visites de terrain : elles ont été effectuées dans les communes identifiées que Abobo, Youpougon, Adjame/Williamsville, Attecoubé, Treichville, Port Bouet, Cocody et Koumassi.



## 4. Résultats

Cette évaluation a vu une large participation des membres du sous-cluster, 10 organisations ont participé au processus du début à la fin, dont des agences onusiennes (ONUSIDA, UNCHR, UNDP, UNICEF et UNFPA), des ONG internationales (DRC, IRC, Save The Children) un fond américain (PEPFAR) et des ONG nationales (ASAPSU et ONEF). Neuf équipes comprenant 21 enquêteurs ont été commises à cette évaluation qui a couvert huit des dix communes d'Abidjan<sup>2</sup> hormis celle du Plateau et Marcory.

Les équipes ont pu en deux jour enregistrer 161 cas de VBG dont 132 viols. Ce qui permet de noter que plusieurs cas de VBG sont restés sous silence et ont besoin d'être identifiés. 94% des survivants sont de sexe féminin et 37% d'entre eux sont des mineurs. Les auteurs sont quant à eux à 45% des hommes en arme et 55% des civils dans la communauté. Malgré 56% des survivantes de VS ont eu accès au moins à la prise en charge médicale, le mécanisme de référence est clairement très faible, et la prise en charge holistique ne pas garanti.

Notons que dans les communes les plus affectées par la crise électorale comme Abobo et Yopougon, l'atmosphère reste encore tendue, la présence des hommes armés et remarquable, aussi que la situation sécuritaire ne semble pas encore stabilisée. La commune d'Abobo a été pendant plus de quatre mois, une zone de combats où on constate encore une forte présence des hommes en armes comprenant des enfants soldats. Les quartiers de PK18 et d'Anonkoi Kouté de cette commune sont déserts, ce qui signifie que très peu de population est retournée, et que les activités reprennent timidement du fait de la présence des hommes en armes. Par ailleurs, à Abidjan, on a noté que 3 structures sanitaires (Centre de Santé ASAPSU, Centre Religieux Anonkoi Kouté et le Service Médical de l'Université Abobo Adjamé), ainsi que le Centre Social d'Abobo, le Centre Social Port Bouet 2 de Yopougon, et les Service Social de l'Université d'Abobo Adjamé sont occupés par les FRCI.

---

<sup>2</sup> Il a été décidé lors de la réunion préparatoire de ne pas prendre en considération Plateau car le quartier moins prioritaire (peu peuplé, déserts pendant la crise, avce des services ne plus fonctionnel etc), il a été donc décidé de dédier plus des équipes à Youpougon et Abobo.

## 4.1 Situation des VBG

- Sur 161 cas de VBG notifiés, 132 soit 82% sont des viols, cela est du à la fois au dysfonctionnement des interventions VBG pendant la période de la crise post-électorale, ainsi que à la crise elle même
- Attécoubé, Wiliamsville, Adjamé, Youpougon, Abobo et Port Bouët ont été le théâtre des plusieurs épisodes des violences sexuelles (viols et agressions) par les deux groupes d'opposants politiques
- Abobo, Youpougon et Port Bouet en particulier sont les communes qui ont connu une sérieuse recrudescence des cas de VBG
- Les focus groups dans la communauté ont révélé une augmentation de la prostitution dans les quartiers d'Attecoubé, Williamsville, Port Bouët et Adjamé pour supplier au manque de revenus

## Données chiffrées/Statistiques

| Ville d'Abidjan                         | Cas VBG    | Types des cas VGB signalés |           |           |          |          |          | Personnes survivantes |            |           |            | Auteurs        |
|---|------------|----------------------------|-----------|-----------|----------|----------|----------|-----------------------|------------|-----------|------------|----------------|
|   |            |                            |           |           |          |          |          | Sexe                  |            | Age       |            | Hommes en arme |
| Communes                                | TOT        | V                          | AS        | AP        | MF       | DROS     | VPE      | M                     | F          | <18       | >18        | n°             |
| Abobo                                   | 34         | 28                         | 2         | 4         | 0        | 0        | 0        | 4                     | 30         | 15        | 19         | 20             |
| Treichville                             | 15         | 6                          | 0         | 8         | 0        | 0        | 1        | 3                     | 12         | 7         | 8          | 0              |
| Yopougon                                | 39         | 37                         | 2         | 0         | 0        | 0        | 0        | 0                     | 39         | 6         | 33         | 29             |
| Cocody                                  | 15         | 9                          | 6         | 0         | 0        | 0        | 0        | 0                     | 15         | 3         | 12         | 7              |
| Koumassi                                | 4          | 4                          | 0         | 0         | 0        | 0        | 0        | 0                     | 4          | 2         | 2          | 4              |
| Attecoubé/<br>Adjamé/<br>Willisamsville | 23         | 19                         | 0         | 2         | 0        | 0        | 2        | 3                     | 20         | 13        | 10         | 13             |
| Port Bouet                              | 31         | 29                         | 1         | 0         | 1        | 0        | 0        | 0                     | 31         | 13        | 18         | 5              |
| <b>Totaux</b>                           | <b>161</b> | <b>132</b>                 | <b>11</b> | <b>14</b> | <b>1</b> | <b>0</b> | <b>3</b> | <b>10</b>             | <b>151</b> | <b>59</b> | <b>102</b> | <b>78</b>      |

Légenda : V= Viol, AS= Agression sexuelle, AF= Agression physique, MF= Mariage forcé, DROS= Denis de ressources, opportunité ou service, VPE= Violence physique/émotionnelle (selon définitions IMS VBG)

## Profil des survivants

Les survivants sont de sexe, d'âge et d'appartenance ethnique et religieuse différents. Le profil des survivants se présente comme suite :

- 94% des personnes survivantes sont du sexe féminin
- 10 cas de violence sexuelle à l'égard des garçons, ce phénomène qui se rencontre en milieu carcéral, chez les enfants de la rue et qui devient fréquent en milieu scolaire a été noté au cours de la crise. Bien que rare, il mérite des investigations approfondies.
- 37% des survivants sont des mineurs



## Profil des auteurs

- 45% des auteurs présumés sont des hommes armés, dont la presque totalité par des partisans des deux principaux opposants politiques, organisés en bandes armées dans les quartiers et qui ne portent pas toujours les uniformes ni des FDS ni FRCI.
- Parmi ces viols 34% sont de viols collectifs, toujours commis par ce genre de combattants à Attécoubé, Wiliamsville, Adjamé, Youpougon, Abobo et Port Bouët.

A titre comparative, et indicatif d'un changement de tendance important, conséquence relative à la crise post-électorale, selon IRC, la tendance majeure en Cote d'Ivoire pour l'année 2010 était de 25,5% de cas de viols parmi la totalité des VBG prise en charge par l'organisation et ses partenaires. En 2010, IRC a enregistré 842 cas de VBG, dont 214 cas de viol dont seulement le 2,8 % était commis par des hommes en arme, tous à l'Ouest.

La majorité des auteurs restent des civils (des inconnus, voisins, personnes de l'entourage de la famille de la survivante etc), cela est dû au fait que certaines communes n'ont pas été affectées par la crise post-électorale jusqu'à la fermeture des Centres Sociaux, soit à la suspension totale des services offerts par les ONG spécialisés dans la PEC holistique des VBG. Dans ces communes (Cocody, Port Bouet, Koumassi et Treichville) les tendances sont restées en ligne avec le période pré-crise, sauf qu'il y a eu baisse d'accès aux services à cause de la précarité de la sécurité. Ce qui permet de noter que les VBG en général et les violences sexuelles en particulier ont toujours miné la société et que les moyens de prévention sont restés faibles depuis longtemps.

## 4.2 Description physique des structures de Prise en charge

### Structures médicales

#### *Etat des lieux des centres de santé*

- **29 structures médicales ont été visitées :**
  - 82% des structures médicales visitées sont fonctionnelles
  - 3 structures notent la présence soit l'occupation même par les FRCI ce qui ne permet pas un accès aisé aux populations en leur sein
  - 11 Centres de santé ont été touchés par les obus, autres armes à feu et ont subi des pillages et destructions diverses mais la plupart sont fonctionnels en dehors de 3
  - Dans la plupart des structures sanitaires fonctionnelles on note la présence des hommes en armes
  - Seulement 4 centre de santé assurent la PEC médicale de VS complète (dont 2 grâce à la présence d'MSF), c'est à dire disposant aussi de PEP Kits
  - 90% de centre de santé assurent un PEC basique de VS
- 
- **Le personnel de santé**
  - Dans sa grande majorité le personnel de santé n'est pas encore présent à son poste, on peut estimer 40% de personnel de santé présentes dans les centres visités<sup>3</sup>
  - Dans certains centres, des volontaires assurent les permanences, soutenus par l'action d'ONG internationales (MSF, Médecin du Monde, Caritas..)
  - La prise en charge médicale des violences sexuelles est assurée par MSF à Yopougon et Abobo
  - Seulement 4 centres de santé ont de personnel formé à la prise en charge médicale des VS (dont dans 2 il s'agit du personnel MSF)

#### *Point des besoins pour la prise en charge médicale*

Les besoins exprimés pour la prise en charge médicale sont divers. Ils vont des ARV, aux PEP Kits, autres médicaments : antibiotiques pour les IST et pilules contraceptives (5/29), un besoin en formation sur les violences sexuelles, des équipements médicaux, du matériel informatique pour la notification des cas.

---

<sup>3</sup> Il s'agit d'une estimation car, lors de la visite des équipes, ne pas dans tous les structures le premier responsable était présente, soit les effectifs totale était connus avec exactitude.



## Structures psychosociales

### *Etat des lieux des structures de prise en charge psychosociale*

- 13 structures de prise en charge psychosociale soit 10 centres sociaux et 3 ONG locales ont été visitées
- 4 centres sociaux sont soit occupés ou à proximité des FRCI, ce qui ne permet pas l'accès aux populations pour une assistance quelconque.
- 5 centres ont été pillés et/ou saccagés par les hommes en arme et de nombreux matériels informatiques, bureautiques et logistiques ont été emportés ou détruits.

### *Point des besoins pour la prise en charge psychosociale*

Les structures occupées comme les centres sociaux d'Abobo, de Port Bouët 2 à Yopougon et du Centre pilote de Port Bouët ont besoin d'être libérés, équipés et réhabilités. Les autres centres ont également besoin d'être d'équipés en matériel bureautique et informatique.

## Structures judiciaire

### *Etat des lieux des structures judiciaires*

- Le palais de justice du Plateau fonctionne timidement depuis début mai et le tribunal de Yopougon a été pillé et n'a pas encore repris.
- La plus part des postes de polices et de gendarmerie ayant fait le théâtre des combats les locaux sont détruits, et les agents n'ont pas de matériels de travail
- Les éléments FRCI occupent les services sociaux comme le Centre Pilote de Port Bouët, le Centre Social de Port Bouët 2 à Yopougon qui ne sont pas des lieux appropriés à ce genre d'activités.
- Les éléments FRCI dans certains quartiers n'ont pas de formation pour mener les enquêtes préliminaires, auditionner les plaignants et établir les procès verbaux de VS.
- La Maison d'Arrêt Correctionnelle d'Abidjan n'étant pas fonctionnelle, les affaires pénales ne peuvent être conduites.
- En général, l'Etat de Droit semble être très faible à ce moment en Côte d'Ivoire et la prise en charge des cas de VBG reste donc encore plus problématique

### *Point des besoins des structures de prise en charge judiciaire*

- Réhabilitation et équipement des postes de police, gendarmerie
- Réhabilitation et réouverture de la MACA
- Formation des agents de police et de gendarmerie
- Réhabilitation et équipement du tribunal de Yopougon

### 4.3 Réponse et mécanisme de référence

#### Tendances générales dans l'accès au service de PEC

| Ville d' Abidjan               | Cas de viol | PEC médicale |          |           | PEC psychosociale |           |           |           | PEC légale |          |          |            |
|--------------------------------|-------------|--------------|----------|-----------|-------------------|-----------|-----------|-----------|------------|----------|----------|------------|
|                                |             |              |          |           | Référé            |           | reçu      |           | référé     |          | reçu     |            |
| Communes                       | n°          | <72 hrs      | >7 2h rs | N         | O                 | N         | O         | N         | O          | N        | O        | N          |
| Abobo                          | 28          | 22           | 3        | 3         | 23                | 5         | 12        | 16        | 23         | 5        | 0        | 28         |
| Treichville                    | 6           | 6            | 0        | 0         | 6                 | 0         | 6         | 0         | 6          | 0        | 0        | 6          |
| Yopougon                       | 37          | 7            | 0        | 30        | 2                 | 37        | 0         | 39        | 0          | 3        | 0        | 39         |
| Cocody                         | 9           | 8            | 0        | 1         | 9                 | 0         | 8         | 1         | 9          | 0        | 0        | 9          |
| Koumassi                       | 4           | 3            | 0        | 1         | 3                 | 1         | 0         | 4         | 0          | 4        | 0        | 4          |
| Attecoubé/Adjamé/Williamsville | 19          | 16           | 0        | 3         | 19                | 0         | 9         | 10        | 19         | 0        | 0        | 19         |
| Port Bouet                     | 29          | 13           | 0        | 16        | 0                 | 29        | 6         | 23        | 0          | 2        | 0        | 29         |
| <b>Totaux</b>                  | <b>132</b>  | <b>75</b>    | <b>3</b> | <b>52</b> | <b>62</b>         | <b>72</b> | <b>41</b> | <b>93</b> | <b>57</b>  | <b>7</b> | <b>0</b> | <b>132</b> |

### Prise en charge des VBG

#### Prise en charge médicale

Un peu plus de la moitié des survivants de VBG recensés ont accédé à un service médical, soit 56 % d'entre eux. L'accès et la qualité des services pour une prise en charge de VBG médicale adéquate sont affectés par plusieurs facteurs que sont :

- Une rupture dans la prise en charge médicale : lorsque les survivantes accèdent aux consultations, elles ne peuvent pas toujours supporter le coût du traitement médical prescrit (analyses et médicaments pour IST). Ainsi, il est noté une référence aux matrones faute de moyens comme c'est le cas dans la commune de Port Bouët.
- Le personnel de santé notamment les médecins généralistes ne sont pas toujours formés à la prise en charge intégrée des survivants VBG (CocodyAnono, Yopougon, Abobo)
- Certains gynécologues ont un manque de connaissance sur les équipements/matériels nécessaires à la bonne documentation du dossier

médico-légal (guide pour orientation, sac en plastique pour le recueil des preuves etc). (Port Bouët)

- Absence de communication entre le personnel de santé notamment les médecins d'une même structure pour l'ampleur des VBG et tirer la sonnette d'alerte (au niveau communautaire) afin de réfléchir à une meilleure prise en charge. Chaque médecin garde ses chiffres et la gravité du phénomène n'est pas partagée. D'où la question de savoir si les VS sont pris en compte dans la base de données des districts.
- La permanence médicale limitée à certaines formations sanitaires. A Cocody-Anono, la FSUCOM visitée n'avait pas les moyens financiers pour rémunérer les médecins vacataires pour le service de nuit. Les cas sont alors référés vers le CHU de Cocody, avec les difficultés d'accès que cette référence peut soulever.
- L'insuffisance de moyens logistiques des structures décentralisées pour accompagner la référence des survivants. A Cocody-Anono, l'absence de véhicule de "liaison" pour l'évacuation des patients dans les structures de référence de PEC aussi bien pour les centres sociaux que pour la formation sanitaire a été mentionnée comme une contrainte (Cocody-Anono).
- La non disponibilité de ARV dans certains centre de santé comme le Centre Communautaire de Gonzagueville qui réfère les survivants à l'Hôpital Général de Port Bouët et qui n'a pas toujours de retour pour le suivi (Port Bouët Gonzagueville)
- La faible fonctionnalité des systèmes de référence et de contre référence existant
- L'inadéquation des kits PEP au protocole national qui demande la trithérapie alors que certains protocoles sont en bithérapie sur certains sites visités (Treichville)

### **Prise en charge psychosociale**

La prise en charge psychosociale des survivantes de VBG est restée secondaire par rapport à la PEC médicale. Seul 41% des survivants recensés ont eu accès à une PEC psychosociale. Ceci s'explique par :

- La compréhension limitée des familles/survivants du besoin d'assistance psychosociale, *priorité étant accordée a la prise en charge médicale liée à la recherche d'un certificat médical et à la perception qu'il s'agit d'un « besoin de santé »*
- La faible formation des prestataires de service, notamment de santé, sur la prise en charge intégrée des VBG, incluant la référence pour PEC psychosociale (Abobo, Port Bouet, Yopougon)

- L'insuffisance de personnel d'écoute et de PEC spécialisée (Cocody Anono, Treichville). A Treichville, le centre social dispose de 10 assistants sociaux, mais un seul a été formé pour la PEC des survivantes VBG.
- Le manque de suivi des survivantes par les services sociaux, faute de moyens notamment (Abobo, Port Bouet). Aucune visite à domicile ni aucun suivi psychosocial n'a été assuré par le service social qui ne dispose pas d'assez de moyens pour mener à bien ses actions dans la prise en charge des survivants (Port Bouet).
- Les dossiers des survivants ne sont pas correctement documentés. Certains centres sociaux visités comme celui de Cocody ne disposent pas de registres documentant les cas VBG et interventions associées.

### *La prise en charge juridique et judiciaire*

Ce volet de la prise en charge reste encore très faible pour plusieurs raisons :

- Forte présence des hommes en armes dans les quartiers (alors qu'ils sont parfois les auteurs des cas de VBG)
- Les postes de police et de gendarmerie sont occupés par des personnes non qualifiées qui ne peuvent documenter correctement un dossier
- La réaction « brutale des éléments de police » effraie les plaignants
- Non fonctionnalité de l'appareil judiciaire
- La demande systématique de certificat médical par les FRCI aux médecins lorsqu'ils accompagnent un survivant a pour conséquence une mauvaise documentation du dossier. Car le personnel médical qui veut produire de certificat médical sous contrainte et sans paiement (le coût étant de 50 000F) reste évasif sur la description des cas (Port Bouët).

## **Analyse de la réponse**

### *Qualité selon le point d'entrée*

Selon le point d'entrée de la survivante, celle-ci accède différemment à une PEC intégrée. Lorsque la survivante accède en premier lieu à un service social pour PEC psychosociale, elle est davantage référée vers les structures de santé pour PEC médicale. Par contre, lorsque la survivante accède en premier lieu à une structure de santé, la référence vers les services sociaux pour PEC psychosociale n'est pas systématique (Port Bouet, Abobo).

La déperdition constatée des survivantes entre les différents types de services, souligne le besoin de renforcer les circuits de référence, mais aussi souligne la pertinence de centres/structures offrant le paquet intégré de services VBG (médical, psychosocial, juridique).

L'existence d'un partenariat formel constitue un atout dans la référence et prise en charge intégrée des survivantes. A Treichville, un partenariat entre le centre social et la « maison Akwaba » permet l'écoute de base et l'orientation vers la maison Akwaba pour PEC intégrée. Mais un grand partie des survivantes de viol, c'est a dire le 44% arrivent au centre au delà des 72heures.

### ***Qualité selon l'intégration géographique des services.***

La proximité géographique des structures les unes par rapport aux autres détermine en partie l'accès des survivantes aux services.

A Port Bouet, Les centres sociaux, quand ils reçoivent la survivante assurent la PEC psychosociale et la réfèrent au gynécologue du centre médical le plus proche. Concernant le service social du centre pilote de Port Bouet, les survivantes étaient référées à l'hôpital général de Vridi où elles étaient prises en charge.

### ***Qualité de la prise en charge holistique***

Il ressort que parmi les 132 survivantes de viol recensées au cours de l'évaluation rapide, seulement le 56 % ont bénéficié d'une prise en charge médicale de base (consultations avec premiers soins), tandis que le traitement prophylactique et les soins plus approfondis posent souvent des difficultés d'accès financiers pour les survivantes, soit le manque de disponibilité des médicaments au sein du centre de prise en charge. Sur le plan de l'assistance psychosociale, seulement le 31% des survivantes recensées ont accédé à des services d'écoute et/ou consultations individuelles, tandis que le suivi a été quasi inexistant. De façon globale, une minorité des survivantes recensées a bénéficié d'une assistance intégrée (médicale et psychosociale), soit le 41%. L'assistance juridique aux survivantes a été inexistante.

### ***Rôle des communautés***

Les communautés jouent un rôle essentiel dans la référence et PEC des survivantes, mais on constate un faible niveau d'information pour la référence et PEC des survivantes, avec une méconnaissance des besoins des survivantes et de la démarche à suivre en cas de VBG.

A Abobo, les membres des familles des survivantes ont joué un rôle très important dans l'accompagnement et le soutien des survivants pour la PEC ainsi que leur intégration. Les survivantes sont référées vers les structures de prise en charge essentiellement par la famille, et secondairement par les structures communautaires et/ou associatives.

A Yopougon, les cas référés vers la structure médicale Mamie-Faitaie, sont remontés par les leaders communautaires (leaders religieux « Imam », les leaders communautaires, chef de communauté ethnique, les jeunes hommes et les jeunes filles du quartier, l'ONG LAFED qui travaille en partenariat avec le Foyer médical pour la

prise en charge médicale des membres de la communauté depuis les évènements post-électoraux).

A Koumassi, l'existence de mécanismes de référence que sont les comités de soutien et de veille composée de leaders communautaires et d'associations féminines a été relevée. Mais aucun cas de violence sexuelle n'a été rapporté par les comités rencontrés. La question qui se pose de façon générale, est celle du rôle effectivement joué par les comités mis en place par le passé pour la détection et référence des survivantes. Ces comités semblent jouer un rôle dans la sensibilisation et l'information des communautés, mais leur rôle comme mécanisme de référence en milieu urbain reste confus.

Les pesanteurs culturelles freinent la référence des survivantes vers les services appropriés. La référence spontanée des survivantes vers des centres de santé reste encore un défi pour les acteurs communautaires pour plusieurs raisons : la réaction accusatrice ou moqueuse de la communauté ; la menace permanente des auteurs (Abobo principalement). A Port Bouet-Gonzagueville-Abattoir, il a été fréquemment mentionné le départ de la survivante et famille, après violations de droit, en raison du tabou social encore très fort, rendant ainsi limite le suivi et PEC adéquate. *Cela a également pour conséquence de rendre plus vulnérable la survivante qui abandonne les acquis de sa vie, sa stabilité pour se réfugier dans une autre localité où elle doit mettre en place un nouvel mécanisme de survie (nouvelle activité économique, problème d'intégration et d'insertion dans sa nouvelle communauté etc.) pour se prendre en charge.*

## V. Difficultés rencontrées

- Partage des informations anonymes par certaines structures de PEC reste encore problématique (partenariat, membership à clarifier)
- Le silence sur les VBG n'est pas encore brisé et dans les quartiers plusieurs femmes ressentent de la gêne à parler
- L'évaluation ayant porté sur 2 jours, les communes du Plateau et Marcory ainsi que plusieurs quartiers dans les 8 autres communes n'ont pu être visités
- Pour des raisons de sécurité plusieurs équipes n'ont pu visiter les postes de police et de gendarmerie
- Plusieurs structures membres du sous-cluster et des équipes de l'évaluation ont besoin de renforcement de capacités sur les VBG
- Les équipes de Cocody et Koumassi ont connu des problèmes logistiques ce qui a influé sur leur rendement
- Les outils utilisés étaient simples et clairs pour les enquêteurs, mais ne sont pas les meilleurs existants, une fois renforcées les capacités des membres du sous-cluster on devra améliorer les outils de sous-cluster
- Le questionnaire n'a pas été correctement documenté par les enquêteurs, ni tous ont été remis au comité de rédaction, ce qui a prolongé la finalisation du rapport final
- Le personnel clé n'était disponible sur certains sites pour fournir les informations appropriées

## VI. Recommandations

- Former le personnel de santé sur la PEC médicale et la référence des survivants de VS pour la PEC holistique (priorité : Port Bouet, Abobo, Cocody, Yopougon)
- Former le personnel social sur la PEC et la référence des survivants. Recyclage des travailleurs sociaux (Cocody, Yopougon, Treichville)
- ✓ Renforcer la coordination opérationnelle des services au niveau local : mettre en place des plateformes locales de coordination et organiser les circuits de référence (Port Bouet, Cocody).
- Améliorer le niveau d'information des communautés sur l'attitude à adopter, les délais de PEC, et l'existence des services, et leur implication pour une meilleure référence des survivants pour PEC (tous)
- Identifier dans chaque commune deux structures de prise en charge et la doter en kit 3A et 3B pour la prise en charge des VS et adapter les PEP Kits au protocole national
- Réactiver / renforcer les structures sanitaires en personnel social pour écoute et prise en charge psychosociale des survivantes (Yopougon)
- Réajuster le rôle des comités locaux, en mettant l'accent sur leur avantage comparatif en termes de sensibilisation et information des communautés, et moins dans la détection et référence des survivantes de VBG (problème de couverture, efficacité, confidentialité)
- Renforcer les capacités opérationnelles des comités locaux pour la sensibilisation et l'information des communautés en termes de prévention/réponse aux cas de VBG (Yopougon).
- Conduire un plaidoyer pour la gratuité des soins aux survivants de VBG
- Renforcer l'assistance juridique des survivants, en termes de conseils juridiques et constitution du dossier (inclus le certificat médical) pour dépôt de plainte auprès de la police / justice le moment venu, lorsque le dispositif sécuritaire et judiciaire le permettra
- Renforcer les capacités de l'appareil judiciaire pour la prise en charge des cas de VBG
- Plaidoyer afin que les FRCI libèrent les locaux occupés
- Améliorer les systèmes d'information internes aux services, et mettre en place un dispositif général de collecte et de centralisation des données
- Renforcer le système de notification des VBG dans les structures sanitaires



- Faire une évaluation approfondie sur la prise en charge médicale des Violences sexuelles
- Elaborer et vulgariser la cartographie des centres de prise en charge des VBG
- Plaidoyer pour la création et la mise en place de centre intégré de PEC des survivantes de VBG
- Appuyer en matériel médical (médicaments, kit PEP...), informatiques et bureautiques les centres de prise en charge médicale pillées
- Réhabiliter les structures de prise en charge (médicale et psychosociale) endommagées (réhabilitation légère ou complète)
- Dynamiser le protection monitoring pour l'implémentation des (ONUCI-DH et Child Protection en collaboration avec le Cluster Protection et ses sous-cluster)
- Plaidoyer auprès à ONUCI-DDH pour la mise en place de point focaux VBG au sein de la division et à accorder une attention particulière sur les violences sexuelles dans la compilation des rapports de dénonciation des droits humains (auprès du Conseil de Droits de l'Homme, al UPD, les procédures spéciales aux OHCHR etcetera)

## VI. Défi et prochaines étapes

### 6.1 Défis

Deux grands défis s'imposent à la suite de cette évaluation

- 1) La faiblesse de la réponse étant établie en plus de l'importance de la situation VBG (161 cas identifiés en 2 jours), il est impératif qu'un plan de réponse (prévention et prise en charge) soit rapidement établir par le sous-cluster
  -
- 2) La notion de sous-cluster étant nouvelle pour le groupe et vu l'importance des besoins à couvrir, il faudrait renforcer les acteurs du cluster (Directives IASC, Compétences de coordination, les outils de collecte et les différents mécanismes existants) afin de rendre efficace la réponse.

### 6.2 Prochaines étapes

- Mise en place d'un plan de réponse commun répartissant les tâches et les responsabilités
- Etablir un zonage des réponses/des acteurs
- Détailler le draft de la cartographie sur Abidjan

## **Annexes**

- 1) TDR de la mission
- 2) Outils d'évaluation rapide pour les Violences sexuelles
- 3) Tableau des centres des PEC visités
- 4) Rapports des groupes
- 5) Cartographie des sites visités