

Revue Scientifique du



laboratoire  
Ville Société Territoire  
(laboVST)

# *Le Journal des Sciences Sociales*

N°24-Décembre 2022

ISSN 2073-9303

# LE JOURNAL DES SCIENCES SOCIALES

## CONSEIL SCIENTIFIQUE

- Prof Simplicie Y. Affou, Directeur de Recherches (Institut de Géographie  
Tropicale, IGT, Abidjan) Tel : Cel : (00225) 0707 70 85 57,  
E-mail : syaffou@yahoo.fr ou affou@ird.ci
- Prof Alphonse Yapi-Diahou, Professeur Emérite de Géographie (Université Paris 8),  
Cel : 0033668032480 ; Email : yapi\_diahou@yahoo.fr
- Prof Brou Emile Koffi Professeur Titulaire de Géographie, (Université Alassane  
Ouattara.), Cel.: (00225) 0103589105 ; E-mail : koffi\_brou@uao.edu.ci
- Prof Roch Gnabéli Yao, Professeur Titulaire de Sociologie, (Université Félix  
Houphouët Boigny) ; Cel : 07 08 18 85 96 Email roch.gnabeli@laasse-  
socio.org
- Prof Jonas Guéhi. Ibo, Directeur de Recherches (Université Nangui Abrogoua),  
Cel : (00225) 0505 68 48 23 E-mail : ibojonas@yahoo.fr
- Prof René Joly Assako Assako, Professeur Titulaire de Géographie, Université  
Yaoundé, Cameroun ; Email rjassako@yahoo.fr
- Prof Ferdinand A. Vanga, Professeur Titulaire de Sociologie (Université Péléforo  
Gon Coulibaly), Tel : (00225) 01 03 48 91 60 / 05 05 083 702  
E-mail : ferdinand.vanga@upgc.edu.ci af\_vanga@yahoo.fr

## COMITE EDITORIAL

### **Directeur de Publication**

Simplice Y. Affou, Directeur de Recherches (Institut de Géographie Tropicale, IGT, Abidjan) Tel: Cel: (00225) 07 07 70 85 57 E-mail : syaffou@yahoo.fr  
ou [affou@ird.ci](mailto:affou@ird.ci)

### **Rédacteur en Chef**

Alphonse Yapi-Diahou, Professeur titulaire de Géographie (Université Paris 8)  
Cel : 0033668032480 ; Email : yapi\_diahou@yahoo.fr

### **Rédacteur en Chef Adjoint**

Jonas Guéhi. Ibo, Directeur de Recherches (Université Nangui Abrogoua)  
Cel : (00225) 05 05 68 48 23 E-mail : ibojonas@yahoo.fr

### **Secrétariat du Comité de Rédaction**

Assué Yao Jean-Aimé, Maître de Conférences, Université Alassane Ouattara,  
Bouaké, (00225)0103192952, Email [assueyao@yahoo.fr](mailto:assueyao@yahoo.fr)

Konan Kouakou Attien Jean-Michel, Maître assistant, Université Alassane  
Ouattara, Bouaké, (00225)0707117755, E-mail : [attien\\_2@yahoo.fr](mailto:attien_2@yahoo.fr)

Yapi Atsé Calvin, Maître assistant, Université Alassane Ouattara, Bouaké,  
(00225)0707996683, E-mail : [atsecalvinyapi@gmail.com](mailto:atsecalvinyapi@gmail.com)

Yassi Gilbert Assi, Maître de Conférences de Géographie, Ecole Normale  
Supérieure d'Abidjan, Cel.: (00225) 07 75 52 62; E-mail:  
[yassiga@gmail.com](mailto:yassiga@gmail.com)

### **Secrétaire aux finances**

Bohoussou N'Guessan Séraphin, Maître de Conférences de Géographie, Université  
Alassane Ouattara, Bouaké, Côte d'Ivoire, (00225)0505483129,  
E-mail : [bohounse@yahoo.fr](mailto:bohounse@yahoo.fr)

## COMITE DE LECTURE

- Abdoul Azise SODORE, Maître de Conférences de Géographie/aménagement, Burkina Faso
- Adaye Akoua Assunta, Maître de Conférences de Géographie, Université Félix Houphouët Boigny, Abidjan
- Allaba Ignace, Maître de Conférences d'études germaniques, Université Felix Houphouët Boigny, Abidjan, Côte d'Ivoire
- Assué Yao Jean-Aimé, Maître de Conférences de Géographie, Université Alassane Ouattara, Bouaké, Côte d'Ivoire
- Bally Claude Kore, Maître de Conférences de Sociologie des organisations, université Alassane Ouattara, Côte d'Ivoire
- Beka Beka Annie, Maître de Conférences de géographie, École Normale Supérieure, Gabon
- Biyogbe Pamphile, Maître de Conférences de Philosophie, Ecole Normale Supérieure, Gabon
- Bohoussou N'Guessan Séraphin, Maître de Conférences de Géographie (Université Alassane Ouattara)
- Christian Wali Wali, Maître-Assistant de Géographie, Université Omar Bongo de Libreville, Gabon
- Coulibaly Salifou, Maître-Assistant de Géographie, Université Alassane Ouattara, Côte d'Ivoire
- Diarrassouba Bazoumana, Maître de Conférences de Géographie, environnementaliste, Université Alassane Ouattara, Côte d'Ivoire
- Dja Armand Josué, Maître de Conférences de Géographie, Université Alassane Ouattara, Côte d'Ivoire
- Dosso Yaya, Maître-Assistant de Géographie, Université Alassane Ouattara, Côte d'Ivoire
- Eleanor FUBE MANKA'A, Maître-Assistant de Géographe, ENS/Université de Yaoundé I, géographie des aménagements ruraux
- Gokra Dja André, Maître de Conférences, Sciences du Langage et de Communication, Université Alassane Ouattara, Côte d'Ivoire
- Hugo PILKINGTON, Maître de Conférences, Géographie de la santé, université de Paris 8, France
- Kadet G Bertin, Professeur Titulaire de Géographie, Ecole Normale Supérieure (ENS), Abidjan
- Koffi-Didia Adjoba Marthe, Maître de Conférences de Géographie, Université Félix Houphouët Boigny,

Koffi Yeboue Stéphane, Maître de Conférences de Géographie, Université Peloforo Gon Coulibaly, Korhogo

Kouadio M'bra, Kouakou Dieu-Donne, Maître de Conférences de sociologie de la santé, Université Alassane Ouattara, Côte d'Ivoire

Kouame Konan Hyacinthe, Maître de Conférences de Géographie, Université Peloforo Gon Coulibaly, Korhogo

Kra Kouamé Antoine, Maître de Conférences d'Histoire, Université Alassane Ouattara, Côte d'Ivoire

Kramo Yao Valère, Maître-Assistant de Géographie, Université Alassane Ouattara, Côte d'Ivoire

Loukou Alain François, Professeur Titulaire de Géographie TIC, Université Alassane Ouattara, Bouaké, Côte d'Ivoire

Moatila Omad Laupem, Maître-Assistant de Géographie, Université Marien Ngouabi (Brazzaville- Congo)

Ndzani Ferdinand, Maître-Assistant de Géographie, Ecole normale supérieure, université Mariën Ngouabi, République du Congo.

Ngouala Mabonzo Médard, Maître-Assistant de Géographie, Ecole normale supérieure, université Mariën Ngouabi, République du Congo.

N'guessan Adjoua Pamela, Maître-Assistant de Sociologie, Université Alassane Ouattara, Côte d'Ivoire

Soro Debegnoun Marcelline, Maître-Assistante de Sociologie, Université Alassane Ouattara, Côte d'Ivoire

Yao Célestin Amani Maître de Conférences de Bioanthropologie, Université Félix Houphouët Boigny, UFR SHS - ISAD

Yassi Gilbert Assi, Maître de Conférences de Géographie (Ecole Normale Supérieure Abidjan)

## SOMMAIRE

		<b>Pages</b>
Yayo née N'cho Amalatchy Jacqueline	Production et valorisation artisanale des petits pélagiques par les ghanéens en Côte d'Ivoire	<b>9</b>
Sinaly TRAORÉ Mamadou FOFANA	Facteurs de crispation des relations de cohabitation et recomposition des dynamiques de solidarité autour du parc national du Mont Péko	<b>21</b>
Gbougnon Martine Karamoko Vasseko	Le métier d'éducateur dans l'enseignement secondaire public en Côte d'Ivoire	<b>30</b>
Aimé MOUDJEGOU MOUSSAVOU	Grèves, crises politiques et formation des corps professionnels dans le secteur public gabonais	<b>47</b>
Dany Daniel BEKALE	Enseigner la mémoire collective au Gabon : une tâche problématique dans l'école moyenne	<b>59</b>
Marcel BAGARE Dognon Lucien BATCHO Esther Delwendé KONSIMBO	Communication politique et non-violence en période électorale : cas des élections couplées d'octobre 2020 au Burkina Faso à travers le media en ligne " <i>lefaso.net</i> "	<b>71</b>
Ounone KPANTE	La formation initiale a la fonction de chef d'établissement scolaire au Togo : un outil de gestion professionnalisante	<b>83</b>
Yemboaro Pacôme LOMPO Kiss-Wend-Sida Romaine ZANGRE/ KONSEIGA Yisso Fidel BACYE	Les personnes déplacées internes (pdi) face à la covid-19 dans la ville de Ouagadougou (Burkina Faso) : vulnérabilité et résilience.	<b>96</b>
Abdoulaye GUINDO Issa DIALLO Biramapho LY	L'alcoolisme des jeunes filles comme un problème de santé publique au Mali : cas de la commune IV du district de Bamako	<b>110</b>
Yves Arnaud YOUMA Lucien OUÉDRAOGO Gabriel SANGLI Konan Jérôme	Services écosystémiques de la forêt classée de Tiogo dans le Centre-Ouest du Burkina Faso en déforestation	<b>123</b>
	Le système de protection du parc national de la Comoé	<b>138</b>

KOUAKOU M'Bra Kouakou Dieu-Donné KOUADIO Kouassi Kan Adolphe KOUADIO	(Côte d'Ivoire) : un dispositif à la hauteur des enjeux ?	
Bertin YANGA NGARY Bertrand D NDOMBI BOUNDZANGA Djeneric SAKA ALANDJI	Ressources humaines et offre de soins médicaux en zone rurale. Problèmes actuels et perspectives au Gabon	<b>150</b>
Géraud AHOUANDJINO Ousmane BEREPA Patrick AFFOIGNON Laurinda AKLOBO	Communication familiale et comportements sexuels à risque chez les collégiens du Couffo (Bénin)	<b>162</b>
Alain BOUSSOUGOU	La sédentarisation des populations dans la région d'Ekouk (Gabon)	<b>174</b>
Aaron FOUNDHO	Parrainage et situation des élèves à Banikoara	<b>187</b>
Mangliwè ENETEM Ayemi Akessime LAWANI	Analyse de la contribution de la société civile dans l'amélioration des centres d'accueil des enfants vulnérables au Togo : cas du projet d'accompagnement de l'ONG Creuset Togo	<b>201</b>
HOUEDJISSI Fingbe Ghislain	Gouvernance des pesticides et enjeux de coulisses dans les espaces peri-urbains et ruraux : cas des départements de Bouaké et de Tiebissou	<b>216</b>
Affoué Rachel KOFFI Kra Valérie KOFFI	Maintien des usages de l'eau du barrage à Taabo : la communication de lutte contre les schistosomiasés à l'épreuve	<b>230</b>
Kouakou Albert YAO Kouakou G. Barnabas KONAN	La sexualité des femmes en situation de handicap et vivant avec le VIH/Sida dans les villes d'Abidjan, Bouaké, Daloa et Yamoussoukro en Côte d'Ivoire	<b>243</b>
Régis Ollomo Ella	Détermination nominale et construction génitive en	<b>255</b>

shiwa, langue Bantu du Gabon

Sadji N’Gbansohfi GBANDEY Kodjo SOSOE	Engagement affectif et comportements de citoyenneté organisationnelle des agents de l’école supérieure d’administration et de gestion notre dame de l’église (esag-nde)	<b>266</b>
Michael MARAS	Écoles coraniques itinérantes, « Mahadjiris » et scolarisation aux écoles conventionnelles dans le Département du Logone et Chari, Extrême-nord Cameroun	<b>277</b>
Simon Pierre TIBIRI ZONGO Mathias Siaka GUE	Enseignement-apprentissage de la lecture courante dans l’enseignement primaire au Burkina Faso : les pratiques enseignantes sont-elles un frein ?	<b>286</b>
TCHANTIPO Sai Sotima M Gniré KORA GUERRA	Fondements de la dépigmentation cosmétique volontaire de la peau par les filles et femmes de Cotonou	<b>297</b>
E ZUO EPSE DIATE Sabine A TONAN T Yao ADOU Axel D D NASSA	Analyse des conflits fonciers entre les jeunes, les chefs de familles et l’état dans la mise en valeur des terrains périurbains de la métropole abidjanaise	<b>309</b>
SABLÉ Léhoua P ANGAMAN Kadio Mathieu	La question du statut épistémologique de la médecine : De Claude Bernard à Georges Canguilhem	<b>322</b>
Mama DJAUGA Sanni S SABI OROU BOGO François ALLOGNON	Cartographie des poches de criminalité transfrontalière dans la commune de Pèrèrè au Bénin (Afrique de l’Ouest)	<b>333</b>
Z MENIE OVONO O ISSA BOUYEBI Marie T ITONGO Jean B MOMBO	Apport de l’imagerie satellitale optique et radar a la caractérisation des inondations dans le grand Libreville (Gabon)	<b>346</b>

## **La sexualité des femmes en situation de handicap et vivant avec le VIH/Sida dans les villes d'Abidjan, Bouaké, Daloa et Yamoussoukro en Côte d'Ivoire**

### **Sexuality of women with disabilities living with HIV/AIDS in the cities of Abidjan, Bouaké, Daloa and Yamoussoukro in Côte d'Ivoire**

**Kouakou Albert YAO**

Université Jean Lorougou Guédé de Daloa, Côte d'Ivoire

Email : ykalbert@yahoo.fr / yao\_albert.ujlg.edu.ci

**Kouakou Geremy Barnabas KONAN**

Université Alassane Ouattara de Bouaké, Côte d'Ivoire

Email : geremykonan0991@gmail.com

**Résumé :** Identifier la vulnérabilité sexuelle de la personne en situation de handicap et vivant avec le VIH est l'objectif que s'est donnée d'atteindre cette recherche à visée qualitative. Notre échantillon était composé d'un groupe de 40 femmes en situation de handicap moteur, visuel, psychique et souffrant d'albinisme, vivant avec le VIH. Les villes de Daloa, Yamoussoukro, Bouaké et Abidjan, considérées parmi les localités à forte prévalence du VIH en Côte d'Ivoire ont servi de cadre de collecte des données de novembre à décembre 2021. Un guide d'entretien individuel structuré et de discussion de groupe a été mobilisé pour recueillir les informations. De façon spécifique, il s'agissait dans un premier temps, de déterminer les connaissances des femmes en situation de handicap sur le VIH. Notre second objectif visait à déterminer le lien entre le statut de femmes en situation de handicap et la prévalence du VIH, des violences, de l'utilisation du préservatif lors des rapports à risque ainsi que de la perception du risque d'exposition aux IST/VIH/Sida. Il ressort que la femme en situation de handicap a une bonne connaissance des modes de transmission et de prévention du VIH. Le statut de personnes porteuses de handicap favorise la prise de risque face au besoin biologique et physiologique. En outre, le handicap associé au VIH est un frein à la capacité de résilience des femmes porteuse de handicap et VIH+. En somme, le handicap réduit chez la capacité de résilience de la femme VIH+.

**Mots clés :** Handicap ; vulnérabilité sexuelle ; résilience, femmes VIH+ ; Côte d'Ivoire

**Abstract:** Identifying sexual vulnerability of people with disabilities and living with HIV is the objective of this qualitative research. Our sample was composed of a group of 40 women with motor, visual and mental disabilities and suffering from albinism, living with HIV. The cities of Daloa, Yamoussoukro, Bouaké and Abidjan, considered among the localities with high HIV prevalence in Côte d'Ivoire, served as a framework for data collection from November to December 2021. A structured individual interview and discussion guide from group was mobilized to collect the information. Specifically, the first step was to determine the knowledge of women with disabilities about HIV. Our second objective was to determine the link between the status of women with disabilities and the

prevalence of HIV, violence, condom use during risky sex and the perception of the risk of exposure to STIs/ HIV/AIDS. It appears that women with disabilities have a good knowledge of the modes of transmission and prevention of HIV. The status of people with disabilities encourages risk-taking in facing biological and physiological needs. In addition, the disability associated with HIV is a brake on the resilience capacity of women with disabilities and HIV+. In short, disability reduces the resilience capacity of HIV+ women.

**Keywords :** Disability; sexual vulnerability; resilience, HIV+ women; Côte d'Ivoire

## **Introduction**

La pandémie du VIH/sida constitue encore aujourd'hui un problème de santé publique et de développement. En effet, l'OMS notait 37,7 millions de personnes vivant avec le VIH dans le monde en 2020, OMS (2021). Selon le rapport de l'ONUSIDA (2016), 2,1 millions de personnes ont été nouvellement infectées et 1,1 million de personnes décédées.

Les données nationales disponibles montrent que la Côte d'Ivoire est l'un des pays de l'Afrique subsaharienne dont la prévalence du VIH/sida est plus élevée, soit 2,9% en 2021, CIPHIA (2021). En effet, la pandémie demeure, et la catégorie sociale la plus touchée est celle des femmes (ONUSIDA, 2018). En effet, sur les 381 907 adultes de 15 à 64 ans vivant avec le VIH/sida, 4,1% sont des femmes, contre 1,7% d'hommes. En plus, en Côte d'Ivoire, on compte, selon le recensement de 2014 (RGPH, 2014), environ 453 453 personnes handicapées, dont 42% de femmes sur une population globale de 23 millions d'habitants, avec une proportion de 70% vivant en milieu rural. Il a été noté que les personnes handicapées sont exposées à un risque élevé au VIH/sida à cause de l'accès limité aux services d'information et de prévention d'une part et de l'autre, à leur grande vulnérabilité face aux violences basées sur le genre (VBG).

La vulnérabilité des personnes handicapées et plus spécifiquement des femmes handicapées face au VIH/sida est avérée. Dans ce contexte, on note que la question de la prévention et de la lutte contre le VIH/sida n'a cependant pas été menée en ciblant particulièrement certains groupes sociaux, au nombre desquelles les personnes en situation de handicap dans la mesure où face au VIH, ce groupe est fortement vulnérable, ONUFEMMES-CIV (2020). C'est pourquoi l'agenda 2030 qui repose sur 17 objectifs du développement durable (ODD) a été adopté en 2015 afin de lutter contre toutes les formes ou manifestations d'inégalités et de discriminations, avec pour principe directeur "ne laisser personne de côté". Les analyses qui ont été menées à partir du croisement de certains facteurs de vulnérabilité ont permis d'identifier 8 catégories de groupes de personnes qui pourraient être en marge du processus de développement en cours dans le cadre des ODD, parmi lesquelles les personnes en situation de handicap. En effet, sur les 169 cibles des 17 objectifs de développement durable (ODD), sept (7) font explicitement référence aux personnes handicapées, et six (6) autres sont dédiées aux personnes en situation de vulnérabilité et concernent aussi les personnes handicapées et les personnes vivant avec le VIH. Soucieux de la persistance du VIH/sida dans le monde, l'ONUSIDA a lancé en 2014, un appel pour renforcer les efforts au niveau international, afin de mettre un terme à cette épidémie à l'horizon 2030. Mais cet ambitieux programme ne peut être réalisé avec succès que si l'on prend en compte tous les groupes sociaux, notamment, la sexualité des femmes et filles en situation de handicap, considérées parmi les populations les plus vulnérables et les plus marginalisées. Pour donner suite à la problématique du handicap combinée au VIH, et se fondant sur le principe LNOB (ne laisser personne de côté), cette étude cible, dans son approche, un groupe de

femmes et filles vulnérables et défavorisées, à besoins spécifiques, principalement celles en situation de handicap, afin de disposer des informations et des données susceptibles d'améliorer leur prise en charge. En effet, selon le rapport mondial de l'OMS et la BM (2012) sur le handicap, les personnes handicapées constituent une population particulièrement vulnérable à l'infection par le VIH, car elles sont plus souvent touchées par la pauvreté, les violences physiques et sexuelles. Malgré cela, elles retiennent peu l'attention des programmes de lutte contre le VIH/sida en raison du peu de données objectivant la situation. Dans l'optique d'avoir des données récentes et fiables sur les problèmes de IST/VIH affectant les filles et les femmes vivant avec un handicap et le VIH, cette étude a été diligentée afin de contribuer à la recherche de la réponse pour l'amélioration de la prise en charge holistique de ce groupe de femmes dans ce domaine spécifique.

## **1. Méthodologie**

### ***1.1 Cadre de l'étude et population cible***

L'étude s'est déroulée dans les villes à forte prévalence du VIH en Côte d'Ivoire. Ce sont Abidjan (3,4%), Bouaké (2,7%), Daloa (2,8%) et Yamoussoukro (2,9%). Les centres sociaux, les centres des complexes sociaux, les ministères ont servi de cadre de rencontre avec la population cible. La population cible est constituée de femmes en situation de handicap ou non, mais vivant avec le VIH, soit 40 femmes en situation de handicap (moteur, visuel, psychique et albinisme) dont 6 jeunes filles et 5 femmes valides. Etaient exclues, toutes femmes non vivant avec le VIH.

### ***1.2 Méthode d'étude***

Pour la réalisation de cette étude, les informations ont été recueillies à travers des focus groups discussion et des entretiens individuels auprès des femmes et filles âgées de 15 à 65 ans et en situation de handicap ou non, vivant avec le VIH. L'entretien individuel et le FGD sont des techniques de collecte de données de la méthode qualitative. La méthode de l'étude consistait à recueillir des informations à travers deux guides d'entretiens pour les deux catégories de femmes vivant avec le VIH. Ils portaient sur les Connaissances sur le VIH, la prévalence du VIH, les Violences, relations à risque et infection par le VIH, la place des facteurs socio-économiques, l'utilisation du préservatif lors des rapports potentiellement à risque et la perception du risque. Des focus group également ont donné l'opportunité à ces femmes marginalisées d'être écoutées ; elles ont exprimé leurs émotions, souffrances, frustrations, violences et abus de tous genres, mettant en exergue leurs vulnérabilités en tant que femmes (1) vivant avec handicap (2) et VIH (3).

### ***1.3 Outils de collecte et traitement des données***

A travers les deux guides d'entretien, la collecte de données s'est faite avec les femmes handicapées VIH et les femmes VIH sans handicap à travers des entretiens individuels et des focus groups de discussion (FGD). L'ensemble des entretiens ont été menés auprès de 45 femmes dont 40 en situation de handicap (moteur, visuel, psychique et albinisme), et 5 Femmes valides ont été réalisés en situation de handicap ou non, mais vivant toutes avec le VIH. Au total 6 FGD et 11 entretiens individuels ont été réalisés.

Pour le traitement des données, les entretiens individuels et les FGD ont été d'abord retranscrit mot à mot sous Word. Le traitement des entretiens retranscrit a été manuel. L'analyse de contenus des différents entretiens a donc servi à l'élaboration de cet article.

## 2. Résultats

Deux principaux résultats en lien avec les deux objectifs spécifiques de cette recherche sont présentés dans cette partie. Le premier résultat expose les connaissances des femmes en situation de handicap sur le VIH. Quant au second, il présente le lien entre le statut de femmes en situation de handicap et la prévalence du VIH, des violences sexuelles faites aux femmes, et l'utilisation du préservatif lors des rapports à risque ainsi que de la perception du risque d'exposition aux IST/VIH/Sida.

### 2.1 Connaissances des femmes en situation de handicap sur le VIH/Sida

Le VIH/Sida est bien connu par notre population d'étude. De cette étude, il ressort que l'ensemble des femmes interrogées dans les groupes focaux de discussion connaissent le VIH comme une maladie qui se transmet au cours des rapports sexuels non protégés et la transmission mère-enfant. Le VIH/Sida se transmet aussi, selon elles, par le sang, les matériels souillés et contaminés. L'ensemble des participants aux groupes focaux de discussions connaissance les trois composantes de la prévention du VIH : abstinence, fidélité, préservatif. Dans leur grande majorité, les femmes porteuses de handicap affirment utiliser systématiquement le préservatif lors des rapports potentiellement à risque. Ce qui montre une réelle prise de conscience de la majorité des enquêtées qui pensent ainsi se protéger et protéger aussi le partenaire. Mais une minorité de femmes porteuses de handicap estime que le désir sexuel peut être très fort pour cause d'une abstinence sexuelle forcée (i) d'une part et de l'autre, il y a aussi la peur de perdre le nouveau partenaire attendu depuis longtemps qui vous aidera à satisfaire cette forte envie sexuelle (ii).

« *La maladie se transmet par les rapports sexuels non protégés, le sang, les matériels souillés contaminés, et la transmission mère-enfant. Pour se prévenir, se protéger et protéger les autres, il faut développer les mesures préventives suivantes : le port du préservatif, l'abstinence et la fidélité* ». (Participante, E, étudiante, FGD 2, Daloa). En outre, la connaissance des femmes porteuses de handicaps sur le VIH/Sida et ses modes de transmission reste limitée. Cette étroitesse de la connaissance du VIH/Sida et de ses modes de transmission est la conséquence d'un accès limité aux services d'information et de prévention du VIH par les femmes porteuses de handicaps. Les facteurs explicatifs de la connaissance limitée des personnes porteuses de handicaps sont l'analphabétisme, l'ignorance, le chômage, le rejet, le manque d'information, la stigmatisation, les barrières à la communication. Ces éléments avancés par les participantes à l'étude constituent des facteurs aggravants les risques d'exposition au VIH chez les femmes et filles en situation de handicap. Ils alimentent par ricochet, la vulnérabilité de cette catégorie de population en les exposant aux agressions sexuelles et au risque de contamination par le VIH.

### 2.2 Lien entre le statut de femmes en situation de handicap et la prévalence du VIH, des violences sexuelles faites aux femmes, de l'utilisation du préservatif lors des rapports à risque ainsi que de la perception du risque d'exposition aux VIH/Sida

Les modes de prévention du VIH/Sida sont l'abstinence, la fidélité et le port du préservatif. Mais quel est le lien entre ces modes de prévention et le statut de femmes porteuses de handicap ?

Au niveau de la négociation du port du préservatif avant le rapport sexuel, il ressort que la grande majorité des femmes enquêtées affirment utiliser systématiquement le préservatif lors des rapports à risque. Le port du préservatif est donc pour elle, une stratégie d'autoprotection et de protection du partenaire sexuel. Cependant, cette stratégie d'autoprotection n'est parfois pas utilisée pour cause d'abstinence sexuelle prolongée et forcée liée au statut de femme porteuse de handicap. En effet, certaines femmes en situation de handicap n'ont pas de partenaires sexuels réguliers pour satisfaire leur libido. Elles subissent ou sont contrainte à pratiquer l'abstinence sexuelle. Cette contrainte liée à leur statut de femme porteuse de handicaps lève toutes les barrières de protection face à un potentiel soupirant. Dès lors, le port du préservatif ne peut être sérieusement négocié car l'imposition du port du préservatif avant le rapport sexuel pourrait annuler le consentement du soupirant et prolonger le temps d'abstinence sexuelle forcé.

La perception du risque d'exposition aux VIH/Sida est fortement liée au handicap comme forme de disqualification sociale, de contraintes liées à la prise de médicament et à la qualité des soins que reçoivent les personnes porteuses de handicap.

En effet, le risque d'exposition aux VIH/Sida du fait du handicap, est perçu comme une forme de disqualification sociale et un frein à la capacité de résilience de la totalité des femmes porteuses de handicap. « *On nous trouve incapables de faire quelque chose, comme si on était des sous-hommes* », ont-elles dit, les unes après les autres (Participante, TS, FGD, Abidjan). En plus, l'accès au crédit à la banque nous est « interdit » à cause du handicap : on est exclues. Une participante a indiqué : « *À la COOPEC ou à la banque, on dit : si on accorde le crédit à une femme en situation de handicap, on est sûr qu'elle ne va pas rembourser. Si elle ne rembourse pas, on ne sera pas en mesure de la traduire en justice, pour récupérer notre argent. La justice s'abstiendra de la condamner* » (Source : femme, C, primaire, FGD, Daloa). La même participante a noté que cette discrimination se retrouve aussi dans la sélection des bénéficiaires des filets sociaux. Elle a dit : « *les filets sociaux ne nous touchent pas à cause des critères retenus<sup>1</sup> qui nous excluent alors que nous sommes des personnes indigentes* » (source : femme, C, FGD, Daloa). Une jeune participante au focus group, étudiante de son état, en situation de handicap et vivant avec le VIH s'est exclamée dans ses termes : « *la combinaison handicap-VIH, c'est la cata<sup>2</sup>* » (Source : une étudiante, E, FGD, Daloa). Ces risques sociaux impactent la capacité de résilience des femmes porteuses de handicap face au VIH/Sida.

Un autre aspect de la perception du risque réside dans les contraintes liées à la prise de médicament ARV. Toutes les femmes et les filles interrogées ont relevé le caractère contraignant de la prise des ARV. « *La prise en charge est gratuite, mais la prise des médicaments est très contraignante. Pour les prendre, il faut beaucoup manger. Malheureusement il n'y a pas à manger ; on ne nous donne pas les kits alimentaires et nous n'avons pas d'argent pour payer la nourriture, car on ne fait rien. Qu'on pense un peu à nous, pour que les choses changent* » (participante M, vendeuse, FGD 1, Daloa). Il ressort que les conditions de vie précaires de ce groupe de femmes constituent un obstacle pour la prise régulière des médicaments : le respect de la posologie des ARV est assujéti à une

---

<sup>1</sup> Voir discussion pour les critères de choix des bénéficiaires des projets filets sociaux productifs

<sup>2</sup> Catastrophe

bonne alimentation. Cette contrainte les expose donc au risque de non stabilisation des CD4 et d'aggravation de la maladie qui peut ainsi passer du stade de VIH à celui du Sida.

Concernant le risque lié à la qualité des soins, les avis des enquêtées en situation de handicap ont fortement divergé selon leurs niveaux d'étude. Les femmes analphabètes qui représentent la grande majorité des personnes interrogées, ont soutenu bénéficier des soins et d'un traitement non discriminatoire dans les centres de santé, au même titre que ceux offerts aux femmes non porteuses de handicap. Une participante a même affirmé que : « *Dans ces centres-là, y'a pas différence. Tout le monde est « même chose »* ». (Participante, A, analphabète, FGD 1, Daloa). En revanche, les femmes d'un certain niveau d'études et les étudiantes ont affirmé le contraire et mis l'accent sur :

- Les difficultés d'accès dans les centres de santé : en effet, la structure des bâtiments des centres de santé n'intègre pas encore les dispositions concernant les personnes porteuses de handicap notamment l'installation de rampe pour les utilisateurs de fauteuils roulants. Cette non-conformité des bâtiments est l'un des principaux facteurs réduisant l'accessibilité des personnes porteuses de handicap au centre de santé ;
- Le caractère dégradant et méprisant de l'accueil et du traitement en général dans les centres de santé, du fait du handicap. « À cause de ces discriminations, nous fuyons des fois l'hôpital pour aller voir les tradipraticiens ou les pasteurs », a affirmé une participante. (Participante (B), secrétaire, FGD, Femmes handicapées de Bouaké).

### 3. Discussion

Notre étude n'est pas la première à s'intéresser à la sexualité des femmes porteuses de handicap. Sa particularité porte sur une analyse du lien entre le handicap, la sexualité et le VIH/Sida chez les femmes porteuses de handicap en Côte d'Ivoire et particulièrement dans les villes d'Abidjan, de Bouaké, de Daloa et de Yamoussoukro. Elle visait deux points qui ont conduit premièrement à déterminer les connaissances des femmes en situation de handicap sur le VIH/Sida et deuxièmement à identifier le lien entre le statut de femmes en situation de handicap et l'utilisation du préservatif lors des rapports à risque ainsi que la perception du risque d'exposition aux VIH/Sida.

Premièrement, à travers les 40 répondantes porteuses de handicap et VIH+ rencontrés dans les villes visitées, les résultats indiquent que toutes les femmes ont une bonne connaissance des modes de contamination et de prévention du VIH/Sida. Ce qui est conforme à l'étude dirigée par Pierre De Beaudrap sur *VIH & Handicap en Afrique de l'Ouest : Une analyse combinée de 4 études conduites au Burkina Faso, Niger, Guinée Bissau et Cap Vert*, Programme régional Afrique de l'Ouest en 2019 où il est ressorti que « la majorité des participants (80%) a entendu parler du VIH, les connaissances sur le VIH, son mode de transmission et les moyens de prévention ».

Deuxièmement, l'analyse de contenu a montré que le niveau d'éducation et la durée de l'abstinence sexuelle forcée du fait du handicap, influence fortement la capacité de résilience des femmes porteuses de handicap face à la prise de risques lié au VIH/Sida. Ce sentiment est partagé par la Déclaration de Kampala sur l'incapacité et le VIH/SIDA (2008) qui révèle que : « *Dans la plupart des pays, leur situation est encore compliquée par la présence de barrières sociales qui les empêchent de participer pleinement et efficacement à la vie de la société, et notamment d'avoir accès à l'éducation* ». « *Les faibles niveaux d'alphabétisation et la pénurie d'informations sur la prévention de l'infection à VIH diffusées sous forme accessible, par exemple en braille, viennent encore s'ajouter aux*

*obstacles qui empêchent les personnes handicapées d'acquérir les connaissances dont elles ont besoin pour se protéger contre ce virus ».*

Relativement aux résultats d'autres études, notre recherche permet de confirmer le lien entre le handicap, la sexualité et l'épanouissement des êtres humains. En ce qui concerne le caractère contraignant de la prise de médicament, il ressort que les conditions de vie précaires des femmes porteuses de handicap et VIH+ constituent un obstacle au suivi et respect de la prise régulière des ARV, assujettie à une bonne alimentation.

Ce qui corrobore avec la Communication du 20 Mai 2011 de Anne Leymat, Référente sur la Technique Insertion économique à Handicap International. Selon l'auteur dans son étude, les personnes infectées ou affectées par le VIH peuvent se retrouver confrontées à des difficultés ou à un déclin économique à plusieurs moments de leur vie, en raison d'une absence de travail temporaire ou permanente, d'une perte de revenus, d'une productivité réduite, de la vente de leurs biens ou de leurs terres pour soutenir les familles et couvrir les coûts des soins de santé.

L'évaluation de la qualité des soins selon les femmes en situation de handicap et vivant avec le VIH/Sida révèle deux tendances. Pour la majorité des femmes de niveau d'instruction analphabète soit (90%), les soins et traitement sont non discriminatoire dans les centres de santé, au même titre que ceux offerts aux femmes sans handicap. Par contre, les femmes ayant le niveau d'études du secondaire ou étudiantes, soit (10%) affirment le contraire. Pour elles, les difficultés d'accès dans les centres de santé liées à l'absence de rampes doublées au caractère dégradant et méprisant de l'accueil et du traitement en général qu'elles reçoivent dans ces centres de santé, rendent difficile leur fréquentation par les femmes porteuses de handicaps et VIH+. Ce sentiment de rejet est corroboré ici par cet extrait de la Déclaration de Kampala : « *Les personnes handicapées se voient souvent refuser l'accès aux services d'éducation, de prévention et de soutien anti-VIH parce que l'on prend pour acquis qu'elles ne sont pas sexuellement actives ou n'ont pas d'autres comportements à risque, tels que la consommation de drogues.* » Déclaration de Kampala sur l'incapacité et le VIH/sida (2008).

Les travaux de McCue, M. (2008) confirme cette situation selon laquelle les femmes et les filles porteuses de handicaps en plus d'être vulnérables dans la mesure où elles sont plus exposées au risque de violences sexuelles que les femmes non handicapées, subissent les conséquences de la méconnaissance des prestataires de services de santé et sociaux, ce qui augmente le risque de VIH et les problèmes de santé sexuelle et reproductive chez cette catégorie de la population.

Concernant l'avis des femmes sur la négociation du port du préservatif, les résultats relèvent que la grande majorité des femmes affirment utiliser systématiquement le préservatif lors des rapports potentiellement à risque afin de se protéger et protéger aussi le partenaire. Pour les une minorité, l'utilisation du préservatif est susceptible de réduire le plaisir sexuel.

Pierre De Beaudrap sur *VIH & Handicap en Afrique de l'Ouest : Une analyse combinée de 4 études conduites au Burkina Faso, Niger, Guinée Bissau et Cap Vert*, Programme régional Afrique de l'Ouest en 2019, confirme ces propos dans son étude où il est ressorti que la majorité des femmes handicapées ayant eu des relations potentiellement à risque (respectivement 79% et 76%) rapportaient avoir utilisé un préservatif masculin lors du dernier rapport sexuel potentiellement à risque avec une fréquence d'utilisation de 33% au Niger versus 85 % dans les autres pays. Il a ajouté que le niveau d'instruction était associé à

l'utilisation d'un préservatif lors de rapports à risque, elle était de 94 % deux fois plus fréquente chez les femmes ayant atteint le secondaire que chez celles n'ayant jamais été à l'école 48%.

Au sujet de l'accès aux services d'information et de prévention du VIH, il ressort un accès limité aux services d'information sur la prévention du VIH et des agressions sexuelles. La grande majorité des participantes à l'étude a pointé du doigt l'analphabétisme, l'ignorance, le chômage, le rejet, le manque d'information, la stigmatisation et les barrières à la communication, comme étant des facteurs aggravants les risques d'exposition au VIH et aux agressions sexuelles. Ce sentiment est partagé par la déclaration de Kampala sur l'incapacité et le VIH/SIDA (2008) qui révèle que : « *Dans la plupart des pays, leur situation est encore compliquée par la présence de barrières sociales qui les empêchent de participer pleinement et efficacement à la vie de la société, et notamment d'avoir accès à l'éducation* ». « *Les faibles niveaux d'alphabétisation et la pénurie d'informations sur la prévention de l'infection à VIH diffusées sous forme accessible, par exemple en braille, viennent encore s'ajouter aux obstacles qui empêchent les personnes handicapées d'acquérir les connaissances dont elles ont besoin pour se protéger contre ce virus* ».

Dans son guide ACSEXE+, la Fédération du Québec pour le planning des naissances rapporte aussi que les femmes en situation de handicap sont discriminées, car privées d'éducation à la santé sexuelle. Une précarité qui invisibilise ces femmes, qui voient leurs paroles, leurs envies et leurs inconforts étouffés, et leur relation à leur corps infantilisé par des opinions extérieures. Cette déclaration est contraire au souhait de l'OMS qui rappelle l'importance du droit à une santé sexuelle respectueuse et comblée, sans discrimination ni violence, peu importe le degré d'incapacité de la personne. L'OMS ajoute que l'éducation à la sexualité par un encadrement sain, permet de faire de la prévention, d'enseigner le consentement et le bien-être, mais aussi de prémunir contre les maladies, les infections et les violences sexuelles.

« *Gap Report* » de ONU SIDA présenté en 2016 soutien aussi que les personnes porteuses de handicaps n'étaient pas bien prises en compte dans les services de prévention et de prise en charge du VIH. Dans les 4 études HI, à peine 14 % des participants rapportaient avoir participé à une activité de prévention (20% en Guinée Bissau, 6% au Niger). Et Cette participation était plus fréquente chez les personnes ayant des revenus réguliers (18%) ou un niveau de scolarisation plus élevé : secondaire :26% et supérieur : 43%.

Le Handicap est perçu comme une forme de disqualification sociale selon les femmes en situation de handicap et VIH+. Elles considèrent le handicap associé au VIH comme un frein à leur capacité de résilience. Elles l'ont exprimé à travers l'accès au crédit dans les institutions bancaires à cause du handicap, ainsi que dans la sélection des bénéficiaires des projets de soutiens sociaux comme les filets sociaux en Côte d'Ivoire. En effet, selon Sercom UGP-FS-SNPS (2015), le Mécanisme de ciblage du projet filets sociaux se décline en deux zones. Dans le milieu rural comme dans le milieu urbain, les ménages bénéficiaires du Programme Filets Sociaux Productifs sont retenus selon une approche rigoureuse et participative. L'un des critères qui milite en faveur des personnes porteuses de handicaps est : *être confirmé par la communauté de son milieu de résidence, comme un ménage en situation de pauvreté extrême ou un cas particulièrement vulnérable du fait de l'âge, d'un handicap ou toute autre situation de vulnérabilité*. Malgré ces critères qui devait permettre l'inclusion des femmes porteuse de handicap et VIH+ dans le Programme Filets Sociaux Productifs, aucune des participantes à l'étude n'y est incluse.

Cette situation que présentent nos résultats est aussi décrite par Mitra S. et al, dans *Disability and Poverty in Developing Countries : A Multidimensional Study. World Development* (2013). Dans leur travail il a été relevé que les personnes porteuses de handicap sont exposées à différents types d'inégalités socio-économiques. Ces inégalités peuvent concerner divers domaines, tels que le travail, l'éducation, la santé, les ressources financières, et sont regroupées sous le terme de pauvreté multidimensionnelle.

Le dernier point évoqué par les femmes en situation de handicap et VIH+ a porté sur leur quête d'épanouissement sexuel. Les résultats ont relevé que ces femmes sans défense sont en quête permanente d'amour, d'affection et de partenaire pour satisfaire leur besoin sexuel.

Pierre De Beudrap, dans *VIH & Handicap en Afrique de l'Ouest : Une analyse combinée de 4 études conduites au Burkina Faso, Niger, Guinée Bissau et Cap Vert*, Programme régional Afrique de l'Ouest en 2019 a souligné que, trop souvent privées d'autonomie, les personnes porteuses de handicap doivent faire face à de nombreuses barrières et contraintes lorsqu'il s'agit de décider de leur propre vie, et ont beaucoup de difficultés pour accéder aux services dont elles auraient besoin. C'est ainsi que Mann, J. dans *Statement at an informal briefing on AIDS to the 42nd Session of the United General Assembly. New York; 20 October 1987, in Population Council (2010). Reducing HIV-related stigma*, « Si l'on n'y répond pas suffisamment tôt dans les stratégies de prévention du VIH, les actions des projets pourraient être compromises ou s'avérer tout simplement vaines ».

C'est dans ce sens que pour Karim, Q. A. & Humphries, H. en 2010 dans *Reducing HIV infection among young women in Southern Africa: The key to altering epidemic trajectories in a generalized, hyperendemic setting*, les rôles liés au sexe et les inégalités de pouvoir limitent les capacités des femmes vivant avec le VIH/Sida à suivre l'approche ABCCC<sup>3</sup> de la prévention pratiquer l'abstinence, entretenir des relations monogames ou demander l'utilisation du préservatif.

## Conclusion

Afin de comprendre les problèmes du VIH/IST affectant les femmes et les filles en situation de handicap et vivant avec le VIH, cette étude a été réalisée auprès de 40 femmes et filles handicapées, vivant toutes avec le VIH, dans les zones d'Abidjan, de Bouaké, de Daloa et de Yamoussoukro qui sont respectivement les localités à forte prévalence du VIH en Côte d'Ivoire. Cette étude a mis en lumière les multiples défis auxquels les femmes et filles porteuses de handicap et VIH+ font face au quotidien. Elle a permis de mesurer le niveau de connaissance des femmes porteuses de handicap sur le VIH, ses modes de transmission, de prévention ainsi que sur leur perception des risques associés à cette pandémie. En somme, cette étude a permis de montrer que la vulnérabilité et la capacité de résilience des femmes porteuses de handicap et VIH+ sont élevées.

---

<sup>3</sup> ABCCC en anglais, « A » signifie « abstinence », « B » signifie « be faithful » (soyez fidèle) et les trois « C » signifient « correct and consistent use of the condom » (usage correct et régulier du préservatif).

## Références bibliographiques

- 4e appel de financement, MPTF UNPRPD, 2020
- Académie africaine des collectivités locales, Séminaire international sur : « ne laisser personne pour compte dans la mise en œuvre des Objectifs du développement durable (ODD) », Ouagadougou-Burkina Faso, du 18 au 22 novembre 2019, Site Web : [www.uclgafrica-alga.org](http://www.uclgafrica-alga.org)
- Agenda pour une Action Accélérée au Niveau des Pays en Faveur des Femmes, des filles et de l'Égalité des Sexes et du VIH
- Anne Leymat, Référente Technique Insertion économique à Handicap International. Communication personnelle du 20 Mai 2011.
- AINYAKOU Taïba Germaine, GNABRO Ouakoubo Gaston et ETTIEN Ablan Anne-Marie, Logique sociale de la prise de risque des étudiantes handicapées physiques de Cocody face aux VIH/sida, Annales de la faculté des lettres, arts et sciences humaines, n°11, Congo, pp.187-199, 2019
- Banque Mondiale, Une inclusion du handicap, Décembre 2021
- Banque Mondiale, Pauvreté, Octobre 2021
- Carew MT, Braathen SH, Swartz L, Hunt X, Rohleder P. The sexual lives of people with disabilities within low- and middle-income countries: a scoping study of studies published in English. *Glob Health Action*. 2017;10(1):1337342
- De Beaudrap P, Mac-Seing M, Pasquier E. Disability and HIV: a systematic review and a meta-analysis of the risk of HIV infection among adults with disabilities in Sub-Saharan Africa. *AIDS Care*. 2014;26(12):1467-76
- Déclaration de Kampala sur l'incapacité et le VIH/SIDA, 2008
- Évaluation de l'impact du VIH dans la population générale en Côte d'Ivoire (CIPHIA) 2017-2018, Mars 2021.
- Groce NE, Rohleder P, Eide AH, MacLachlan M, Mall S, Swartz L. HIV issues and people with disabilities: a review and agenda for research. *Soc Sci Med*. 2013;77:31-40
- Hanass-Hancock J. Disability and HIV/AIDS - a systematic review of literature on Africa. *J Int AIDS Soc*. 2009;2 (1):9
- Handicap International, Une programmation VIH/sida inclusive du handicap et intégrée aux services, Mars 2012
- Karim, Q. A. & Humphries, H. (2010). Reducing HIV infection among young women in Southern Africa: The key to altering epidemic trajectories in a generalized, hyperendemic setting. ONUSIDA. AIDSTAR-One. [http://www.aidstar-one.com/sites/default/files/additional\\_resources/AIDSTAR-One\\_Pev\\_Spotlight\\_Issue\\_3.pdf](http://www.aidstar-one.com/sites/default/files/additional_resources/AIDSTAR-One_Pev_Spotlight_Issue_3.pdf)
- Mann, J. Statement at an informal briefing on AIDS to the 42nd Session of the United General Assembly. New York; 20 October 1987, in Population Council (2010). Reducing HIV-related stigma.
- McCue, M. L. (2008). *Domestic Violence: A Reference Handbook*. 2nd ed. ABC-CLIO, Inc. [http://books.google.fr/books?id=30G\\_aws4DIC&printsec=frontcover&hl=fr#v=onepage&q&f=false](http://books.google.fr/books?id=30G_aws4DIC&printsec=frontcover&hl=fr#v=onepage&q&f=false)
- Ministère de la Lutte contre le Sida et Institut National de la Statistique, Enquête sur les Indicateurs du Sida 2005, 2005
- OMS, VIH et sida, 2021
- Rapport mondial sur le Handicap, OMS et Banque Mondiale, 2012

Recensement Général de la Population et de l'Habitat, 2014

Sercom UGP-FS-SNPS (2015)

United Nations. Convention of the Rights of persons with disability. 2006

WHO, The World Bank. World report on disability. Geneva: World Health Organization; 2011