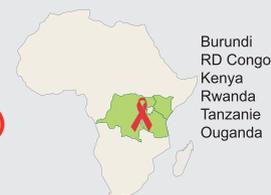




Initiative des Pays des Grands Lacs dans la lutte contre le sida (GLIA)
 et
 Équipe de suivi et évaluation de la lutte mondiale contre le sida (GAMET)
 Programme mondial de lutte contre le VIH/SIDA de la Banque mondiale



Analyse rapide de l'épidémiologie du VIH et des données sur la réponse au VIH au sein des populations vulnérables de la Région africaine des Grands Lacs



Janvier 2008

Titles in this publication series

available at: www.worldbank/aids > publications

1. Lessons from World Bank-Supported Initiatives to Fight HIV/AIDS in Countries with IBRD Loans and IDA Credits in Nonaccrual. May 2005.
2. Lessons Learned to date from HIV/AIDS Transport Corridor Projects. August 2005.
3. Accelerating the Education Sector Response to HIV/AIDS in Africa: A Review of World Bank Assistance. August 2005
4. Australia's Successful Response to AIDS and the Role of Law Reform. June 2006.
5. Reducing HIV/AIDS Vulnerability in Central America. December 2006. (English, Spanish)
6. Reducing HIV/AIDS Vulnerability in Central America: *Costa Rica: HIV/AIDS Situation and Response to the Epidemic*. December 2006. (English, Spanish)
7. Reducing HIV/AIDS Vulnerability in Central America: *El Salvador: HIV/AIDS Situation and Response to the Epidemic*. December 2006. (English, Spanish)
8. Reducing HIV/AIDS Vulnerability in Central America: *Guatemala: HIV/AIDS Situation and Response to the Epidemic*. December 2006. (English, Spanish)
9. Reducing HIV/AIDS Vulnerability in Central America: *Honduras: HIV/AIDS Situation and Response to the Epidemic*. December 2006. (English, Spanish)
10. Reducing HIV/AIDS Vulnerability in Central America: *Nicaragua: HIV/AIDS Situation and Response to the Epidemic*. December 2006. (English, Spanish)
11. Reducing HIV/AIDS Vulnerability in Central America: *Panama: HIV/AIDS Situation and Response to the Epidemic*. December 2006. (English, Spanish)
12. Planning and Managing for HIV/AIDS Results – A Handbook September 2007 (English, Spanish, French, Russian)
13. Rapid analysis of HIV epidemiological and HIV response data about vulnerable populations in the Great Lakes Region of Africa. January 2008. (English, French) Published with the Great Lakes Initiative on AIDS.

**ANALYSE RAPIDE DE L'ÉPIDÉMIOLOGIE DU VIH ET
DES DONNÉES SUR LA RÉPONSE AU VIH
AU SEIN DES POPULATIONS VULNÉRABLES
DE LA RÉGION AFRICAINE DES GRANDS LACS**

**Équipe de suivi et évaluation de la lutte mondiale contre le sida
(GAMET)**

et

**Initiative des Pays des Grands Lacs dans la lutte contre le sida
(GLIA)**

Programme mondial de lutte contre le VIH/SIDA de la Banque
mondiale

Janvier 2008

Programme mondial de lutte contre le VIH/SIDA de la Banque mondiale

La présente série de rapports est produite par le Réseau pour le développement humain du programme mondial sur le VIH-sida de la Banque mondiale, pour la diffusion rapide et étendue des nouveaux travaux d'intérêt sur le VIH-sida.

Les conclusions, interprétations et conclusions exprimées dans le présent rapport sont de la seule responsabilité de leur(s) auteur(s) et ne sauraient être attribuées à la Banque mondiale, aux organismes qui y sont affiliés ou affiliés à des membres de son Conseil d'administration ou aux pays qu'ils représentent. Pour toute citation et utilisation des documents présentés dans cette série, il convient de noter leur caractère éventuellement temporaire.

Les rapports sont disponibles en lignes à l'adresse suivante : www.worldbank.org/AIDS (choisir l'option "publications").

Pour obtenir des exemplaires gratuits des rapports de la présente série, veuillez contacter l'auteur dont le nom figure en bas de la page (iii) du document. Pour toute question concernant la série et la soumission d'articles, veuillez contacter directement Joy de Beyer (jdebeyer@worldbank).

Photographies en couverture :

1. (au centre) Des femmes défilent derrière des soldats armés lors d'une manifestation contre le VIH-sida au Kenya. © 2006 Felix Masi/Voiceless Children, avec l'autorisation de Photoshare
2. (en haut à gauche) "Breaktime at Amuru Rekiceke school" (*La récréation à l'école Amuru Rekiceke*), Ouganda – les fillettes passent devant un panneau qui dit "LA VIOLENCE NE MARCHE PAS". Avec l'aimable autorisation de WRENmedia, www.wrenmedia.co.uk
3. (en haut à droite) Des pêcheurs préparent leurs filets sur les berges du Lac Victoria, Tanzanie. © Banque mondiale. Photographe : Scott Wallace.
4. (en bas à gauche) La violence au Rwanda et au Burundi a poussé des milliers de réfugiés à fuir dans des pays voisins. © 2008 Pittsburgh Post-Gazette, tous droits réservés. Reproduit avec toutes les permissions requises.
5. (en bas à droite) Un groupe d'anciens combattants formés et employés par des ONG locales pour la construction de routes dans la région d'Ituri, en République démocratique du Congo. © 2006 Wendy MacNaughton, avec la permission de Photoshare

© 2008 Banque internationale pour la reconstruction et le développement / Banque mondiale
1818 H Street, NW
Washington, DC 20433

Tous droits réservés

Analyse rapide de l'épidémiologie du VIH et des données sur la réponse au VIH au sein des populations vulnérables de la Région africaine des Grands Lacs

Nicole Fraser,^a Marelize Görgens-Albino,^b et John Nkongolo^c

^a Chef d'équipe, épidémiologiste, consultant à la Banque mondiale

^b Expert, Suivi et évaluation, Banque mondiale

^c Assistant de recherche, consultant à la Banque mondiale

La présente analyse des données épidémiologiques et des résultats des réponses au VIH pour les populations vulnérables résidant dans la Région des Grands Lacs ou y séjournant, a été commanditée par la GLIA (Great Lakes AIDS Initiative) afin de consolider les résultats servant de fondements à l'élaboration du nouveau stratégique de la GLIA pour la période 2008-2012. Ce travail est le fruit d'une collaboration dirigée par le Secrétariat de la GLIA et bénéficiant du financement conjoint du GAMET (Global AIDS Monitoring and Evaluation Team – Équipe chargée du suivi et de l'évaluation du Sida à l'échelle mondiale) du Programme GHPA (Global HIV/AIDS Program – Programme mondiale de lutte contre le VIH-sida) et le Secrétariat de la GLIA.

Synthèse

Introduction : L'Initiative des Pays des Grands Lacs dans la lutte contre le sida (GLIA) est une nouvelle institution régionale créée par les gouvernements du Burundi, de la République démocratique du Congo, du Kenya, de l'Ouganda, du Rwanda et de la Tanzanie à l'appui des réponses à l'épidémie de VIH de ces pays en concentrant notamment les efforts sur les populations mobiles qui ne sont pas couvertes par les programmes nationaux de lutte contre le VIH et sur le renforcement des capacités de collaboration à l'échelle régionale. Avec l'élaboration d'un nouveau plan stratégique à cinq ans, la GLIA a entrepris la présente analyse dans le but de décider : "sur quelles populations la GLIA doit concentrer ses efforts, pourquoi et avec quel type d'interventions de lutte contre le VIH ?"

Élaboration : Une recherche documentaire et l'analyse de 387 documents ont permis d'identifier huit populations extrêmement vulnérables dont l'existence est affectée par la mobilité, les conflits et la violence, et dont la vulnérabilité, les facteurs de risque d'infection par le VIH, les effectifs de population et les taux de séroprévalence sont connus et qui contribuent de manière considérable à la propagation du VIH. Le ciblage de ces 8 sous-groupes de population par les plans stratégiques nationaux de lutte contre le VIH de six pays fait l'objet d'une évaluation, suivie de recommandations sur la manière dont la GLIA peut renforcer la valeur des programmes nationaux et les compléter.

Résultats : Selon les données épidémiologiques pour la Région des Grands Lacs, les populations les plus à risque sont l'un des principaux vecteurs de la propagation de l'épidémie, et les rapports sexuels à plus haut niveau de risque et non protégés et le commerce du sexe en demeurent deux facteurs importants. Les chauffeurs routiers sur longue distance, les pêcheurs hommes et femmes, les membres des services en uniforme, les réfugiés, les personnes déplacées à l'intérieur de leur propre pays, prisonniers et femmes victimes de violences sexuelles constituent des groupes de population non

négligeables (14 millions de personnes), qui présentent des taux de séroprévalence nettement plus élevés que d'autres sous-groupes de population, et constitue une part importante des PVVIH dans les six pays (de 8 % au Kenya à 20 % en Ouganda). Ces groupes ne sont pas systématiquement ciblés ou bien couverts par les programmes nationaux, mais diverses interventions encourageantes en faveur de ces populations vulnérables semblent donner des signes de succès.

Conclusions : Les 8 populations concernées constituent des objectifs d'intervention importants étant donné leur taille, l'intensité des comportements sexuels à risque élevé, le niveau et les tendances de la séroprévalence, leur rôle potentiel de "population passerelle" pour la propagation du VIH dans la population générale, leur mobilité ou leurs interactions avec des personnes mobiles, et leur exposition au conflit et à la violence. L'étude formule les recommandations suivantes : (a) mise sur pied d'interventions fondées sur les résultats pour chaque population ; (b) objectifs stratégiques à prendre en compte par la GLIA ; (c) quatre fonctions de valeur ajoutée pour la GLIA - communications & promotion ; suivi, évaluation & recherche ; soutien technique et travail en réseau.

Mots-clé : VIH, sida, épidémie, réponse, analyse de politique, GAMET, Gras Laye AIDS Initiative (GLIA), Banque mondiale, Burundi, République démocratique du Congo, Kenya, Rwanda, Tanzanie, Ouganda.

Point de contact : Marelize Görgens-Albino, email: mgorgens@worldbank.org,
Mobile phone: +27.82.774.5523. Fax: (202) 522-1252

Sigles

AIS	Enquête d'indicateurs sur le sida
AMREF	Fondation africaine de médecine et de recherche
ART	Thérapie aux antirétroviraux ; thérapie ARV
ARV	Antirétroviraux (médicaments)
ASS	Afrique subsaharienne
ATGWU	Amalgamated Transport and General Workers' Union
AVEGA	Association des veuves du génocide
CAE	Communauté de l'Afrique de l'Est
CCC	Communication des changements de comportement
CDV	Conseils et dépistage volontaire
CEPGL	Communauté économique des pays des Grands Lacs
CM	Circoncision masculine
CMA	Civil-Military Alliance to Combat HIV and sida
CNLS	Commission / Conseil national de lutte contre le sida
COMESA	Marché commun de l'Afrique de l'Est et de l'Afrique australe
CP	Consultations prénatales
DFID	Département du Royaume-Uni pour le développement international
EDS	Enquête démographique et de Santé
ESC	Enquête sur la surveillance des comportements
FHI	Famille Health International,
FSW	Travailleuses du sexe
GLIA	Initiative des pays des Grands Lacs dans la lutte contre le sida
HBC	Soins à domicile
HCR des NU	Haut Commissariat des Nations Unies pour les réfugiés
HEARD	Health Economics and HIV-Aids Research Division
IEC	Information, Éducation et Communication
IGAD	Autorité intergouvernementale pour le développement
IO	Infection opportuniste
IST	Infections sexuellement transmises
ITF	Fédération internationale des ouvriers du transport
MISP	Montage minimal des services initiaux
MOH	Ministère de la Santé
MOU	Protocole d'accord
MSF	Médecins sans Frontières
MST	Maladie sexuellement transmise
NAC	Conseil / Commission / Comité national(e) de lutte contre le VIH-sida
NACC	Conseil national de lutte contre le sida
NACP	Programme national de lutte contre le VIH-sida
NAS	Secrétariat national de lutte contre le sida
NEPAD	Nouveau Partenariat pour le Développement de l'Afrique
OC	Organisation communautaire

OCHA	Bureau de la Coordination des Affaires humanitaires des Nations Unies
OEV	Orphelins et enfants vulnérables
OIM	Organisation internationale pour les Migrations
OIT	Organisation internationale du Travail
OMS	Organisation mondiale de la Santé
ONG	Organisation non-gouvernementale
ONUSDC	Office des Nations Unies contre la drogue et le crime
ONUSIDA	Programme commun des Nations Unies sur le VIH-sida
OSC	Organisation de la société civile
PDI	Personnes déplacées à l'intérieur de leur pays
PMEDP	Programme pour des moyens d'existence durables dans la pêche
PMTCT	Prévention de la transmission de la mère à l'enfant
PNLS	Programme national de lutte contre le sida
PPE	Prophylaxie post-exposition/ Traitement PPE
PPS	Programme plurinational de lutte contre le VIH-sida pour l'Afrique
PSI	Population Services International
PVVIH	Personnes vivant avec le VIH
RDC	République démocratique du Congo
REDSO	USAID Regional Economic Development Services Office
SADEC	Communauté économique et de développement de l'Afrique australe
Sida	Syndrome de l'immunodéficience acquise
SSR	Santé sexuelle et reproductive
SWAA	Société de femmes contre le sida en Afrique
TB	Tuberculose
TCS	Travailleur commercial du sexe
TRAC	Treatment Research and AIDS Center
UA	Union africaine
UAC	Uganda AIDS Commission
UNECA	Commission économique des Nations Unies pour l'Afrique
USAID	Agence des États-Unis pour le développement international
VIH	Virus de l'immunodéficience acquise
VS	Violence sexospécifique
ZAC	Zanzibar Aids Commission

Table des matières

Remerciements	xi
SYNTHÈSE	xiii
1. INTRODUCTION	1
1.1. Informations générales sur la Région des Grands Lacs	1
1.2 Contexte de l'Initiative des Pays des Grands Lacs dans la lutte contre le VIH-sida. 3	3
1.3 Objet de l'étude	4
1.4 Structure du rapport	4
2. MÉTHODOLOGIE	5
2.1 Recherche documentaire	5
2.2 Catalogue & classement des documents	6
2.3 Analyse des données	7
2.4 Limites de l'étude	10
3. RÉSULTATS : Description de l'épidémie de VIH dans chaque pays	10
3.1 Modalités de Transmission	10
3.2 Statut de L'épidémie	13
3.3 Phase Épidémique (Tendances de L'épidémie du VIH)	15
3.4 Schémas de Répartition de L'Infection par Groupe D'âge	16
3.5 Différences Entre Zones Urbaines et Zones Rurales	18
3.6 Incidence de L'infection	19
3.7 Données sur les Comportements sexuels	21
3.8 Circoncision Masculine	24
3.9 Le Troc Sexuel	25
3.10 En Résumé	27
4. RÉSULTATS : Populations vulnérables dans la RGL.....	28
4.1 Quelles sont les populations vulnérables au sein de la RGL ?	28
4.2 Chauffeurs routiers sur longue distance.....	31
4.3 Pêcheurs, hommes et femmes.....	36
4.4 Membres des forces armées et autres personnels en uniforme	41
4.5 Travailleuses du sexe	47
4.6 Réfugiés, personnes déplacées à l'intérieur de leur pays, populations d'accueil & rapatriés.....	53
4.7 Réfugiés	54
4.8 Personnes Déplacées À L'intérieur de Leur Pays	60
4.9 Personnes rapatriées dans leur village	63
4.10 Prisonniers	63
4.11 Femmes victimes de violence sexuelle.....	68
4.12 Résumé : effectif des populations, séroprévalence et nombre de PVVIH.....	74
5. RÉSULTATS : Populations vulnérables et PSN des pays	79
6. RÉSULTATS : interventions prometteuses	81
6.1 Ciblage des chauffeurs routiers et autres populations vulnérables dans les couloirs des transports	82

6.2 Ciblage des pêcheurs, hommes et femmes et des communautés de pêche.....	87
6.3 Ciblage des militaires et autres services en uniforme.....	89
6.4 Ciblage des réfugiés, des personnes déplacées à l'intérieur de leur pays et des rapatriés.....	93
6.5 Ciblage des populations carcérales.....	95
6.6 Ciblage des femmes victimes de violence sexuelle.....	98
6.7 Ciblage des travailleuses du sexe et de leurs clients.....	100
7. CONCLUSIONS.....	101
8. INCIDENCES POLITIQUES DE CETTE ÉTUDE.....	110
ANNEXES.....	114
I CARTES CHOISIES.....	115
II DESCRIPTION DES PAYS DE LA RÉGION DES GRANDS LACS...	126
III MOBILITÉ ET MIGRATION DES POPULATIONS DE LA RÉGION DES GRANDS LACS.....	130
IV COMPOSANTES DU PROJET DE SOUTIEN À LA GLIA.....	140
V MANDAT DE L'ÉTUDE.....	141
VI CALENDRIER DE L'ÉTUDE.....	154
VII CATALOGUE DE LA DOCUMENTATION.....	156
VIII ANALYSE DES PLANS NATIONAUX STRATÉGIQUES DES PAYS DE LA GLIA.....	211
IX STATISTIQUES CHOISIES.....	224

Liste des Tableaux

Tableau 1. Récapitulatif des effectifs de populations et du nombre de PVVIH, populations choisies.....	xx
Tableau 2. Méthodes d'estimation des effectifs de population, du taux moyen de séroprévalence et du nombre de PVVIH pour les populations vulnérables choisies....	8
Tableau 3. Séroprévalence et nombre de PVVIH dans les pays de la GLIA.....	14
Tableau 4. Séroprévalence par sexe et ratio femmes-hommes.....	14
Tableau 5. Séroprévalence par résidence, ventilée par sexe.....	18
Tableau 6. Données démographiques sur les comportements sexuels dans les pays de la GLIA.....	21
Tableau 7. Prévalence du troc sexuel dans les pays de la GLIA.....	26
Tableau 8. Populations vulnérables identifiées et fréquence de leur mention, par pays .	29
Tableau 9. Données sur la population des chauffeurs routiers pour les pays de la GLIA	31
Tableau 10. Séroprévalence au sein de la population des chauffeurs routiers et prévalence moyenne.....	32
Tableau 11. Chauffeurs routiers – Effectifs de population, vulnérabilité et.....	36
Tableau 12. Données sur les populations travaillant dans le secteur de la pêche des pays de la GLIA.....	37
Tableau 13. Séroprévalence au sein des populations de pêcheurs et prévalence moyenne.....	38
Tableau 14. Pêcheurs des deux sexes – Effectifs de population, vulnérabilité et facteurs de risque d'infection par le VIH.....	41
Tableau 15. Données sur les populations militaires pour les pays de la GLIA.....	42

Tableau 16. Comparaison des données sur les comportements sexuels pour le Burundi et la RDC	45
Tableau 17. Forces armées – Effectifs de population, vulnérabilité et facteurs de risque d'infection par le VIH	46
Tableau 18. Données sur le comportement sexuel des travailleuses du sexe dans les pays de la GLIA	50
Tableau 19. Travailleuses du sexe – Effectifs de population, vulnérabilité et facteurs de risque d'infection par le VIH.....	53
Tableau 20. Données sur les populations de réfugiés pour les pays de la GLIA.....	56
Tableau 21. Séroprévalence des populations de réfugiés (2003-2007) et prévalence moyenne.....	57
Tableau 22. Données démographiques relatives aux PDIP des Pays de la RGL.....	60
Tableau 23. Réfugiés & PDIP – Taille du groupe, vulnérabilité et facteurs de risque d'infection au VIH	63
Tableau 24. Données relatives à la population carcérale dans les pays de la GLIA.....	64
Tableau 25. Séroprévalence au sein de la population carcérale et prévalence moyenne.	65
Tableau 26. Prisonniers – Effectifs de la population, vulnérabilité et facteurs de risque d'infection par le VIH	67
Tableau 27. Prévalence de la violence sexuelle envers les femmes et prévalence moyenne.....	70
Tableau 28. Population féminine affectée par la violence sexuelle.....	73
Tableau 29. Femmes objet de violence sexuelle /sexospécifique- Effectifs de population, vulnérabilité et facteurs de risque face au VIH.....	74
Tableau 30. Récapitulation des effectifs de population et du nombre de PVVIH parmi des groupes sélectionnés.	77
Tableau 31. Populations vulnérables ciblées par les Plans stratégiques nationaux en vigueur.	79
Tableau 32. Populations vulnérables à cibler et interventions prometteuses.....	104
Tableau 33. Données relatives à la migrations pour les pays de la GLIA (mi-2000).....	132

Liste des Figures

Figure 1. (a) Superficie des pays de la RGL, et (b) Densité de population des pays de la RGL.....	1
Figure 2. Tendances des taux moyens de séroprévalence chez les clients des consultations prénatales, 1990-2007, dans les principales zones urbaines (a) et en dehors des principales zones urbaines (b) de la RGL.....	15
Figure 3. Centre ougandais de consultations prénatales ayant enregistré une augmentation des taux de séroprévalence entre 2002 et 2005.....	16
Figure 4. Séroprévalence spécifique par groupe d'âge dans les pays de la GLIA	17
Figure 5. Répartition du pourcentage d'incidence des cas par mode d'exposition : L'exemple du Kenya	20
Figure 6. Données provinciales/régionales sur la séroprévalence par rapport aux taux de circoncision masculine.....	24
Figure 7. Nombre moyen de camions de passage : (a) Mombasa-Nairobi, (b) Nairobi-frontière ougandaise.....	33

Figure 8. Trends of Séroprévalence in the Ougandan military 1991-2003.....	44
Figure 9. Séroprévalence chez les travailleuses du sexe dans les pays de la GLIA, 1990-2006.....	49
Figure 10. Réfugié, PDIP et cycle de rapatriement des personnes déplacées.....	53
Figure 11. Niveau relatif du poids du VIH parmi les groupes démographiques vulnérables sélectionnés dans les pays de la GLIA	75
Figure 12. Proportion de PVVIH dans les huit groupes de populations vulnérables combinés, comparée au total des PVVIH dans chaque pays.	76
Figure 13. Tendances à l'urbanisation dans les pays de la GLIA	134

Liste des cartes

Région des grands lacs.....	116
Densité de population et séroprévalence par site prénatal sentinelle	
Burundi	117
République démocratique du Congo et Kenya	118
Rwanda et Tanzanie	119
Ouganda.....	120
Séroprévalence au sein de la population adulte par province (hommes et femmes).....	121
Séroprévalence au sein de la population adulte par province (hommes).....	122
Séroprévalence au sein de la population adulte par province (femmes).....	122
Axes de transport, arrêts et volume de camions.....	123
Changement des nombres de PDIP et de réfugiés (décembre 2006 à mi-2007).....	124
Populations vulnérables dans les pays GLIA : estimation de taille et nombre de personnes vivant avec le HIV.....	125
Burundi	126
République démocratique du Congo.....	127
Kenya	127
Rwanda.....	128
Tanzanie.....	128
Ouganda.....	129

Remerciements

La production du présent rapport est le fruit de la collaboration organisée sous les auspices et sous la direction du Secrétariat de la GLIA. L'analyse a été cofinancée par l'équipe de surveillance et évaluation du VIH à l'échelle mondiale du programme mondial de lutte contre le VIH-sida de la Banque mondiale et le Secrétariat de la GLIA.

Les auteurs du rapport souhaitent exprimer toute leur gratitude au Conseil des Ministres de la GLIA, du Comité exécutif de la GLIA, du Secrétariat exécutif de la GLIA et des services du Secrétariat de la GLIA pour leur vision et leur soutien à la réalisation de la présente analyse. Ce travail n'aurait pu voir le jour sans le soutien des six Commissions nationales de lutte contre le sida et des ministères de la Santé des six pays de la GLIA – le Burundi, la République démocratique du Congo (RDC), le Kenya, l'Ouganda, le Rwanda et la Tanzanie.

Le Secrétariat de la GLIA souhaite remercier tout particulièrement les personnes suivantes qui ont donné de leur temps à la revue de l'analyse et à l'apport de critiques constructives ayant contribué à l'amélioration du produit définitif. Des contributions et des données supplémentaires nous ont été fournies par les personnes ci-après (en ordre alphabétique), que nous remercions vivement : Joy De Beyer (Banque mondiale), Watchiba Dede (RDC), Pamphile Kantabaze (Banque mondiale), Susan Kasedde (ONUSIDA), Jody Zall Kusek (Banque mondiale), Sophia Luhindi (Secrétariat de la GLIA), Emmanuel Malangalila (Banque mondiale), Marian Schilperoord (HCR des Nations Unies), Richard Seifman (Banque mondiale), Paul Spiegel (HCR des Nations Unies), Peter Tukei (Kenya Medical Research Institute), Joseph Wakana (Secrétariat de la GLIA), David Wilson (Banque mondiale) et Dieudonné Yiweza (HCR des Nations Unies). Nous exprimons également toute notre gratitude aux participants à l'atelier ayant examiné le rapport sur l'étude épidémiologique et la réponse au VIH en faveur des populations vulnérables dans les pays des Grands Lacs, organisé à Bujumbura, Burundi, par la GLIA les 11 et 12 décembre 2007.

Nous remercions sincèrement les dirigeants du groupe de travail de la Banque mondiale chargés du financement par le Programme plurinational de lutte contre le sida de la GLIA, au Kenya, en Ouganda, en Tanzanie, au Rwanda et en RDC à l'appui de la présente étude. Nous tenons à exprimer des remerciements tout particuliers aux responsables de ces équipes (et à leurs représentants) pour leur leadership et leur contribution – Pamphile Kantabaze, Frode Davanger et Alex Kamurase.

L'utilisation de l'analyse spatiale a permis d'améliorer le contenu du rapport de manière considérable. Nous devons tous nos remerciements à Bruno Bonansea et à Jeffrey Lecksell de l'Unité de cartographie de la Banque mondiale pour leur assistance à la production de nouvelles cartes, et à l'Organisation mondiale de la Santé, à OCHA/Relief Web et au Professeur Alan Ferguson qui nous ont accordé les autorisations requises pour la reproduction dans notre rapport des cartes qu'ils ont préparées dans le cadre de leurs recherches.

Pour l'atelier d'évaluation technique de Bujumbura, la traduction française des documents essentiels a été assurée par Pascale Ledeur-Kraus et Catherine Gibeault-Becq, avec le financement du GHAP à la Banque mondiale. Nous les remercions de leur contribution

importante à une transmission efficace aux participants des résultats de la recherche dans leur langue maternelle.

Enfin, nous tenons à remercier tous les chercheurs et participants aux 285 projets de recherche examinés dans le cadre de la présente analyse de leur dévouement et de leurs efforts pour publier les résultats de leurs travaux de recherche – sans leur travail, cette méta-analyse n'aurait pu être réalisée.

SYNTHÈSE

1. Introduction

L'Initiative des Pays des Grands Lacs dans la lutte contre le sida (GLIA) a été établie en 1998 par les gouvernements du Burundi, de la RDC, du Kenya, de l'Ouganda, du Rwanda et de la Tanzanie pour mieux faire face à l'épidémie du VIH dans la Région des Grands Lacs, une région profondément marquée par la mobilité, les conflits et les déplacements. La mission de la GLIA consiste à appuyer, compléter et renforcer les activités des Commissions nationales de lutte contre le sida par des interventions différentes sur le VIH et non la répétition de services déjà fournis. La mission de la GLIA reflète clairement cette intention : "la mission de la GLIA est de contribuer à la réduction des infections par le VIH et d'atténuer l'impact socio-économique de l'épidémie dans la Région des Grands Lacs en renforçant la coopération régionale et en mettant en application des interventions susceptibles de renforcer la valeur des efforts individuels de chaque pays".

Cette analyse de l'épidémiologie du VIH et de la réponse au VIH pour les populations vulnérables résidant dans la Région des Grands Lacs ou la traversant a été commanditée par la GLIA pour améliorer les résultats servant de base de l'élaboration du Plan stratégique de la GLIA pour la période 2008-2012. La principale question définissant l'analyse était la suivante : "Quelles sont les populations sur lesquelles la GLIA doit axer ses efforts, pourquoi et en utilisant quel type d'interventions contre le VIH ?", afin d'aider la GLIA à déterminer – conformément à sa déclaration de mission – la valeur qu'elle peut apporter aux efforts de lutte contre le VIH des six pays de la Région des Grands Lacs membres de la GLIA. Les objectifs spécifiques de l'étude étaient définis comme suit : (a) décrire l'état de l'épidémie du VIH et la phase épidémique dans chacun des pays de la GLIA (section 2) ; (b) identifier les populations fortement vulnérables à l'infection par le VIH, à haut risque d'infection par le VIH ou à risque plus élevé de sérotransmission (section 3) ; (c) décrire ces populations en termes de séroprévalence, de facteurs de risque, de mobilité et de comportement sexuel (section 3) ; (d) évaluer le degré de couverture de ces populations par les plans stratégiques nationaux de lutte contre le VIH (section 4) ; (e) identifier, sur la base des résultats disponibles (le cas échéant) les interventions prometteuses dans la lutte contre le VIH pour ces groupes de population (évoqué dans le corps de l'étude, pas dans la synthèse) ; (f) définir, sur la base des résultats disponibles, les populations vulnérables sur lesquelles la GLIA doit axer son intervention (section 5), et (g) recommander les type d'interventions que doit appuyer la GLIA dans le contexte de sa mission et de son plan stratégique (section 6).

La recherche documentaire a révélé 285 documents, publiés et non publiés, des pays de la GLIA. L'un des fruits de la présente étude est le catalogue documentaire ainsi préparé. Nous avons calculé les valeurs estimées des effectifs de populations, la séroprévalence moyenne et le nombre de personnes vivant avec le VIH (PVVIH) pour les membres des forces armées, les chauffeur routiers de longue distance, les pêcheurs, hommes et femmes, les réfugiés, les personnes déplacées à l'intérieur de leur pays (PDIP), les prisonniers et les femmes victimes de violence sexuelle, mais pas les travailleuses du sexe parce qu'il est difficile de déterminer l'appartenance au groupe à risque. L'étude s'est heurtée à certaines limites, notamment la pénurie ou l'insuffisance des données sur les effectifs de populations vulnérables, et le fait que les données sur la séroprévalence sont souvent soit trop anciennes soit portant sur un échantillon insuffisant.

2. Résultats – L'épidémie du VIH dans les pays de la GLIA

L'épidémie de VIH se présente de manières différentes dans les six pays, avec des taux de séroprévalence dans les provinces allant de crêtes de 15,1 % (province de Nyanza au Kenya) et 13,5 % (région de Mbeya en Tanzanie) à des minima de 0,6 % (Zanzibar) et 0 % (province nord-est du Kenya). Les taux nationaux de séroprévalence au Kenya, en Tanzanie et en Ouganda sont de l'ordre de 6 à 7 %, soit près du double des taux de séroprévalence au Burundi, en RDC et au Rwanda (approximativement 3 %). Les taux de séroprévalence sexospécifique sont plus élevés chez les femmes dans tous les pays. Les jeunes femmes au Burundi, au Kenya, au Rwanda et en Ouganda sont 3 à 4 fois plus susceptibles d'être séropositives que les hommes du même groupe d'âge, mais pas en Tanzanie où les taux d'infection des deux sexes sont plus similaires (aucune donnée à base démographique disponible pour la RDC). Dans l'ensemble, l'épidémie du VIH semble se stabiliser ou être en régression – surtout en Ouganda, au Kenya, au Rwanda et en Tanzanie rurale. Il existe toutefois un certain nombre de sites sentinelle sous surveillance qui enregistrent une augmentation des taux de séroprévalence. Il existe moins d'indication que l'épidémie en RDC et au Burundi soit en régression ou se stabilise. Les niveaux de séroprévalence sont nettement plus élevés dans les zones urbaines que dans les régions rurales, ce qui semble indiquer que les populations à risque plus élevé dans les zones urbaines sont l'un des principaux moteurs de l'épidémie.

Dans l'ensemble des six pays, l'épidémie du VIH est essentiellement dominée par la transmission sexuelle du VIH. L'utilisation de drogues injectables par voie intraveineuse (UDI) a été identifiée comme un facteur important dans certaines régions urbaines et côtières concentrées du Kenya et de la Tanzanie.

On dispose de peu de données sur l'incidence de l'infection, qui fournissent des informations sur les nouveaux foyers d'infection, pour les pays de la GLIA. Selon les données modélisées sur le Kenya, l'essentiel des nouvelles infections se produit au sein de la population générale (30 %), chez les partenaires des personnes ayant des relations sexuelles occasionnelles (28 %), et chez les personnes ayant des relations sexuelles de passage avec des partenaires non réguliers (ères) (18 %). Les clients des travailleuses du sexe représentaient 11 % et les travailleuses du sexe 1,3 % des toutes les nouvelles infections ; par ailleurs, un nombre considérable de nouvelles infections est enregistré parmi les UDI (4,8 %) et les hommes ayant des rapports sexuels avec des femmes (4,5 %).

La circoncision masculine (CM), un facteur important de modulation de la prévalence au sein de la population, varie de manière considérable d'un pays de la GLIA à l'autre, allant de 84 % au Kenya à 70 % en Tanzanie, 25 % en Ouganda et 11 % au Rwanda. Selon les données épidémiologiques relatives à l'épidémie du VIH au sein des populations générales des pays de la GLIA, les populations à risque le plus élevé jouent un rôle important dans l'évolution de l'épidémie et les groupes ayant des rapports sexuels à risque sans protection et, dans une certaine mesure, des rapports avec des travailleuses commerciales du sexe, demeurent des facteurs importants dans la transmission continue du VIH.

3. Résultats - Les populations vulnérables dans les pays de la GLIA

La documentation consultée a permis d'identifier plus de 20 groupes de populations vulnérables différentes, présentant des caractéristiques très variables et se chevauchant parfois. Bien que des données de qualité soient disponibles pour certaines populations, tel n'était pas le cas pour d'autres (notamment les commerçants ambulants, les domestiques, les membres des forces de police, les mineurs, les hommes ayant des rapports sexuels avec des hommes, les marins navigant en mer ou sur les cours d'eau intérieurs, les enfants victimes d'enlèvement et les victimes de traite des personnes.). L'équipe chargée de l'étude a choisi une liste de huit populations vulnérables qui feront l'objet d'une analyse détaillée en se concentrant sur les groupes suivants : ceux dont l'existence est marquée par la mobilité, les conflits et la violence ; ceux qui, selon les études épidémiologiques, contribuent fortement à la transmission continue du VIH ; ou ceux dont le nombre, le taux de séroprévalence, le profil de vulnérabilité et les facteurs de risque d'infection par le VIH sont soit connus soit susceptibles d'être estimés à partir de la documentation disponible.

SOUS-GROUPES DE POPULATION AYANT DES PROFESSIONS EXIGEANT LA MOBILITÉ OU DES INTERACTIONS AVEC DES PERSONNES AYANT DES EMPLOIS EXIGEANT LA MOBILITÉ

3a. *Chauffeurs routiers sur longue distance :*

Effectifs estimés de la population dans les pays de la RGL = 298.458

Estimation de la séroprévalence moyenne : 18 %

Facteurs de vulnérabilité	• Facteur de risques d'infection par le VIH
<ul style="list-style-type: none"> • Longue séparation des conjoints et des familles • Horaires de travail peu réalistes, travail monotone • Solitude et isolement, atténués par la fourniture de services de transport aux gens • Dangers de la route (accidents, vols) • Travail dans des environnements pauvres et isolés avec des installations inadéquates • Accès facile à l'alcool, stress menant à un abus d'alcool ou de drogues • Argent à disposition • Long retards frustrants aux frontières et aux postes de douane • Harcèlement / hostilité de la part de la police, des garde-frontières, etc. • Absence d'une infrastructure sanitaire là où les routiers en ont besoin, les poids lourds n'ont pas les moyens de quitter les grands axes routiers pour se rendre dans les dispensaires • Hostilité et discrimination par les employeurs, faible protection juridique • Culture machiste 	<ul style="list-style-type: none"> • Partenaires occasionnels et concomitants • Les travailleuses régulières du sexe sont traitées comme des épouses, avec une faible utilisation du préservatif • L'utilisation du préservatif n'est pas systématique • Peu d'utilisation du préservatif avec les partenaires régulier(ère)s et les conjoints • Accès limité aux services réguliers de prévention du VIH, y compris les CDV • Occasions faciles de relations sexuelles de fortune • Zones frontalières dotées d'établissements propres à satisfaire les besoins sexuels des chauffeurs routiers, avec la présence de maisons de passe, de tavernes et de bars • Contexte de violence et de harcèlement sexuel • Les femmes troquent des services de transport contre des faveurs sexuelles

3b. Pêcheurs :

Effectifs estimés de la population dans les pays de la RGL = 447.656

Estimation de la séroprévalence moyenne : 24,7 %

Facteurs de vulnérabilité	Facteurs de risque d'infection par le VIH
<ul style="list-style-type: none"> • Temps passé par les pêcheurs loin du foyer, forte mobilité • Utilisation de l'alcool pour gérer les dangers et le stress de la profession • Profil démographique (surtout très jeunes) • La pêche est une occupation à haut risque susceptible de contribuer à une culture de négation du risque ou de sa confrontation • Accès à des revenus quotidiens en espèces, revenus élevés en période de pêche • Disponibilité des travailleuses du sexe dans les ports de pêche • Marginalisation sociale et faible position sociale • Position subordonnée des femmes dans de nombreux villages de pêche • Population difficile à atteindre avec les efforts de prévention de la maladie. 	<ul style="list-style-type: none"> • Culture d'hypermasculinité susceptible d'inclure de nombreuses partenaires sexuelles • Manque d'accès aux installations et aux médicaments et peu d'infrastructures de santé disponibles • Difficile à atteindre avec des mesures adéquates d'atténuation et de traitement du sida • Les campements et les ports de pêche n'ont pas toujours les structures sociales qui restreignent les comportements sexuels présentes dans les communautés d'origine.

3c. Forces armées :

Effectifs estimés de la population dans la RGL = 401.020

Estimation de la séroprévalence moyenne : Les seules données récemment identifiées proviennent des Forces de défense de l'Ouganda (Uganda Defence Force) (20 %). Des indications suggérant que les taux de séroprévalence seraient plus faibles que prévus, une fourchette de séroprévalence de 10 à 20 % a été utilisée pour estimer le nombre de PVVIH au sein de forces armées.

Il n'est pas toujours facile de déterminer la vulnérabilité et les facteurs de risque d'infection par le VIH chez les membres des forces armées ; il existe parfois des contre-facteurs plausibles susceptibles de réduire la vulnérabilité ou le risque d'infection par le VIH.

Facteurs de vulnérabilité (contre-facteurs entre crochets)	Facteurs de risque d'infection par le VIH (contre-facteurs entre crochets)
<ul style="list-style-type: none"> • Généralement des hommes jeunes en âge de chercher des partenaires (mais : les jeunes hommes sont le groupe à plus faible séroprévalence) • Habités à ne pas craindre le risque et le danger • Séparés pendant de longues périodes de leurs conjoints et partenaires, ou empêchés de se marier pendant la durée de leur engagement • Pendant leur éloignement, retrait de la discipline sociale (mais : environnement de discipline militaire, les soldats ne sont pas tous éloignés de leur base) • Hébergement dans des quartiers non mixtes • Certains grades sont bien payés • Sensibles à la pression de leurs pairs • Peuvent tenter d'utiliser le sexe pour soulager la tension du combat • L'abstinence en service peut être suivi de périodes d'excès sexuels et alcooliques 	<ul style="list-style-type: none"> • Habités à considérer les comportements agressifs et de prise de risque comme la norme • Accès au commerce du sexe et arrangements avec les "femmes à soldats" (mais l'accès à ces réseaux sexuels est souvent limité) • Risque de lésion physique avec lourdes pertes de sang et besoin de transfusion sanguine dans des conditions peut-être non stériles • Utilisation en commun de rasoirs et d'instruments coupants pour les tatouages et les scarifications • Dépistage et sélection de personnes séronégatives lors du recrutement (mais : motivation de rester négatif)

3d. Travailleuses du sexe :

L'étude n'a pas tenté d'estimer les effectifs de la population et la séroprévalence moyenne, en raison de la définition difficile de ce sous-groupe de population.

Facteurs de vulnérabilité	Facteurs de risque d'infection par le VIH
<ul style="list-style-type: none"> • Métier illégal, occupation clandestine • D'autres emplois sont moins rémunérateurs • Consommation d'alcool et de drogues • Occupation professionnelle à des endroits où le commerce du sexe est fréquent • Relations de pouvoir remises en cause • Faible niveau d'autonomisation et d'éducation • Manque de protection par la loi ou par la société • Stigmatisation par la communauté • Il peut s'agir de migrants illégaux 	<ul style="list-style-type: none"> • Initiation sexuelle précoce • Forte intensité de relations sexuelles simultanées avec des partenaires multiples • Ces partenaires multiples simultanées ont souvent également des partenaires multiples (réseau sexuel) • Perception d'un risque faible avec les clients réguliers (la confiance mène à la non utilisation du préservatif) • Les clients réguliers ont d'autres contacts sexuels • Manque de pouvoir de négociation de pratiques sexuelles moins risquées • Coït anal (exigence des clients, période menstruelle, IST)

SOUS-GROUPES DE POPULATION MOBILES OU PLUS À RISQUE DE VIOLENCE**3e. Réfugiés & PDIP :**

Réfugiés : Effectifs estimés de la population dans les pays de la RGL = 1,2 million ; Estimation de la séroprévalence moyenne = 1,65 %

PDIP : Effectifs estimés de la population dans les pays de la RGL = 2,9 millions ;

Pour chaque pays, calculs fondés sur la fourchette des estimations de la séroprévalence moyenne (3,1 % - 6,7 %).

Facteurs de vulnérabilité	Facteurs de risque d'infection par le VIH
<ul style="list-style-type: none"> • Dépossession des terres, des moyens de production, des foyer • Peuplement illicites se soldant par une expulsion • Destruction des infrastructures (santé, éducation, etc) par la guerre • Manque d'accès à des services de santé complets • Menaces sanitaires multiples autres que le VIH • Situation économique des femmes et des enfants • Immigration en provenance des zones rurales où la séroprévalence et le degré d'information sur le VIH sont faibles • Les mineurs livrés à eux même ne disposent pas de la protection de leurs parents • Traumatisme psychologique • Perturbation potentielle des structures familiales et sociales • PDIP : Pas de statut officiel et pas de cadre de protection 	<ul style="list-style-type: none"> • Les normes minimum des interventions humanitaires n'incluent pas toujours la prévention du VIH • Obstacles à la prévention du VIH : perturbation des services médicaux ; les tests de dépistage du VIH sont parfois difficiles • Perturbation des partenariats et des réseaux sexuels • En dehors des normes et des contrôles sociaux ordinaires, une personne adopte parfois de nouveaux comportements • Interaction sexuelle avec le personnel militaire ou paramilitaire • Le recours au troc sexuel constitue une "stratégie de survie" • Violence sexuelle, agresseurs multiples • Nouvelles relations sexuelles avec une hiérarchie des pouvoirs • Risque d'augmentation de la consommation d'alcool et de drogues illicites, et transfusions sanguines dans des conditions dangereuses

3f. Population carcérale :

Effectifs estimés de la population dans les pays de la RGL = 222.042

Estimation de la séroprévalence moyenne = 5.6 %

Facteurs de vulnérabilité	Facteurs de risque d'infection par le VIH
<ul style="list-style-type: none"> • Faiblesse des systèmes judiciaire et de justice pénale • Mélange de personnes condamnées et non condamnées • Stigmatisation des prisonniers par la société • Conditions de vie effroyables, surpeuplement • Soins médicaux insuffisants ou non existants • Ségrégation par sexe, pas de visites conjugales • Contrôle de l'utilisation des drogues & mesures de réduction des préjudices • Criminalisation & dénégation de l'activité sexuelle et du viol • Roulement et mobilité élevés des prisonniers • Protection autonome limitée 	<ul style="list-style-type: none"> • UDI avec du matériel contaminé • Nouvelles normes de domination et de pouvoir • Activités sexuelles à haut niveau de risque (coït anal, viol en bandes, etc) • Prostitution comme mécanisme de survie • Tatouage et autres formes de piercing • Mélange de sang rituel • IST non soignées • Absence fréquente de produits préventifs (préservatifs, lubrifiants, aiguilles / seringues, eau de javel) • Manque d'accès aux services d'IEC

3g. Femmes victimes de violence sexuelle :

Nombre estimé de femmes VVIH en raison de violence sexuelle dans la RGL = 157.777. Ce chiffre est basé sur une estimation du nombre de femmes des pays de la RGL victimes de violence sexuelle = environ 7,8 millions, les femmes victimes de violence sexuelle étant 1,4 fois plus susceptibles d'être séropositives.

Facteurs de vulnérabilité	Facteurs de risque d'infection par le VIH
<ul style="list-style-type: none"> • Faible niveau d'alphabétisation, femmes en situation d'infériorité • Tolérance généralisée de la violence comme forme de contrôle social • Les victimes de viol sont mises à l'écart par leurs partenaires et par la communauté • Degré élevé de domination masculine dans les rapports • Violence physique dans les partenariats • Alcoolisme • Changements fréquents de partenaires, partenaires de fortune 	<ul style="list-style-type: none"> • Agresseurs multiples appartenant aux groupes aux niveaux de risque esplus élevés • Jeunesse des femmes • Partenaire abusif imposant certaines pratiques sexuelles • Partenaire masculin séropositif • Traumatisme physique de la région génitale / anale • Utilisation rare du préservatif en cas de violence sexuelle • Pas de services de conseil ou de PPE

4. Résultats - Populations vulnérables et plans stratégiques nationaux

Les observations ci-après ont été formulées lors de l'analyse de la couverture des groupes vulnérables par les sept PSN des six pays de la GLIA (la République Unie de Tanzanie a deux PSN : un pour la Tanzanie continentale (géré par la Tanzania Commission for AIDS) et un pour Zanzibar (géré par la Zanzibar AIDS Commission)) :

- Les travailleuses du sexe, les soldats, les pêcheurs, les réfugiés, les prisonniers, les PVVIH, les jeunes et les OEV sont mentionnés dans tous les PSN
- Les chauffeurs routiers, les PDIP, les communautés d'accueil, les personnes rapatriées, les femmes victimes de violence sexuelle ou sexospécifique, les travailleurs migrants, les UDI, les hommes ayant des rapports sexuels avec d'autres hommes, les commerçantes ambulantes, les couples mariés et les jeunes femmes sont mentionnés dans la majorité des PSN
- Les travailleurs du secteur des transports sont mentionnés par un PSN
- Parmi les autres groupes mentionnés figurent notamment les couples discordants, les personnes handicapées, le personnel médical, la population générale, les femmes enceintes et les enfants mineurs non accompagnés
- Certains PSN définissent de manière précise la stratégie adoptée pour chaque groupe, alors que d'autres proposent des stratégies virtuellement identiques "pour tous les groupes", ce qui suggère que ces stratégies ne sont pas forcément basées sur les besoins spécifiques identifiés pour ces populations vulnérables.
- La valeur des interventions ciblées dans tous les pays de la GLIA peut être renforcée si des adjonctions essentielles aux interventions en cours et prévues peuvent être identifiées.

5. Conclusions – Effectifs estimés de la populations, nombre estimé de PVVIH et ciblage des populations vulnérables par la GLIA

L'épidémie de VIH est présente dans tous les pays de la RGL et certaines tendances commencent à se faire jour. Malgré ces tendances, l'épidémie de VIH se présente sous forme hétérogène dans les différents pays et au sein des différentes populations de ces pays. L'hétérogénéité de l'épidémie de VIH dans la RGL signifie que les sous-groupes de population ne présentent pas tous des tendances épidémiologiques similaires ou ne courent pas les mêmes risques d'infection par le VIH. Les résultats présentés dans notre étude indiquent clairement que certains sous-groupes de population adoptent des comportements sexuels à niveau de risque plus élevé, ont des professions à forte mobilité, sont en contact avec des membres des populations mobiles, ou sont exposés à la violence et au conflit ; par suite, ces populations présentent un taux moyen de séroprévalence plus élevé que celui de la population générale de la RGL.

Huit de ces sous-groupes de population vulnérables et mobiles ont été identifiés par cette analyse : les chauffeur routiers sur longue distance et les autres transporteurs routiers ; les pêcheurs, hommes et femmes ; les travailleuses du sexe ; les soldats et autre personnel en uniforme ; les réfugiés ; les personnes déplacées à l'intérieur de leur pays ; les prisonniers ; et les femmes victimes de violence sexuelle et de violence sexospécifique.

Ces huit sous-groupes de population constituent des cibles importantes (dans une mesure plus ou moins considérable) dans la RGL, et ce pour différentes raisons, à savoir : la dimension générale des sous-groupes de population (7 % de la population totale de la RGL et 12 % du nombre total de PVVIH), l'intensité de leurs comportements sexuels à niveau de risque plus élevé, leur rôle potentiel comme populations de transmission, leurs niveaux de séroprévalence et leurs tendances, leur mobilité, leur degré d'interaction avec les populations mobiles, et l'impact des conflits et de la violence, sur lesquels ils n'ont aucun contrôle.

Les plans stratégiques nationaux des six pays de la GLIA définissent des interventions pour certains des huit sous-groupes de population identifiés. Il s'agit d'interventions spécifiques que la GLIA peut mettre à exécution au profit de ces populations vulnérables qui viendront compléter les efforts des 7 commissions nationales de lutte contre le sida dans le cadre de la mise en application des 7 PSN. Le tableau 1 résume les raisons pour lesquelles la GLIA doit concentrer ses efforts sur chacun des sous-groupes de population, ainsi que le type d'interventions à recommander pour ces populations vulnérables.

Tableau 1. Récapitulatif des effectifs de populations et du nombre de PVVIH, populations choisies

POPULATION <i>Effectifs de population, nombre de PVVIH</i>	Le plan stratégique de la GLIA doit-il intervenir sur ce groupe de population ?	Quelles sont les interventions prometteuses à envisager dans le cadre du plan stratégique de la GLIA ?
CHAUFFEURS ROUTIERS sur longue distance <i>Effectifs : 298.458 PVVIH : 53.722</i>	OUI. La GLIA doit financer la fourniture de services de VIH à ce groupe à court et à moyen terme, afin que les pays sachent "ce qui marche" avant de mettre en application une série minimum de services pour ce groupe	<ul style="list-style-type: none"> • La GLIA prône l'identification de "points chauds" le long de tous les couloirs et un programme inclusif répondant aux besoins des chauffeurs routiers et des communautés des relais routiers • Échange d'informations par la GLIA sur les interventions couronnées de succès • Recherche épidémiologique et formatrice pour informer l'élaboration des programmes, sous le mandat de la GLIA
PÊCHEURS, HOMMES & FEMMES <i>Effectifs : 447.656 PVVIH : 110.571</i>	OUI. La GLIA doit fournir des services de prévention et de traitement du VIH et de soutien de ces victimes par l'entremise des sous-traitants appropriés. Malgré des taux de séroprévalence toujours élevés chez les pêcheurs des deux sexes de la RGL, peu d'actions concertées ont ciblé les communautés de pêcheurs.	<ul style="list-style-type: none"> • La fourniture de services de prévention et de traitement du VIH & de soutien à ses victimes par des sous-traitants choisis de manière judicieuse, avec notamment la formation d'agents des pêcheries à la communication des changements de comportements en matière de VIH, et la mise au point de matériel de communication qui " parlent le langage des ports" • Promotion de l'intégration des services de VIH pour les pêcheurs, hommes et femmes, des services mobiles de conseil et de dépistage volontaire et de conseil sur la violence sexospécifique, et des programmes sur mesure pour chacune de ces communautés au sein des pays de la GLIA • Échange d'expériences sur "ce qui marche" avec ce groupe de population • Recherche épidémiologique et ethnographique sur les différents groupes professionnels du secteur de la pêche commanditée par la GLIA

POPULATION <i>Effectifs de population, nombre de PVVIH</i>	Le plan stratégique de la GLIA doit-il intervenir sur ce groupe de population ?	Quelles sont les interventions prometteuses à envisager dans le cadre du plan stratégique de la GLIA?
REFUGIES <i>Effectifs : 1.229.069</i> <i>PVVIH : 20.280</i> PDIP <i>Effectifs : 2.929.479</i> <i>PVVIH : 151.761</i>	OUI. La GLIA doit financer la prestation de service par des sous-traitants à court et à moyen termes. Les gouvernements nationaux ne disposent que d'une expérience limitée en matière de fourniture de services de lutte et de traitement du VIH dans les camps de réfugiés.	<ul style="list-style-type: none"> • Fourniture de services de prévention et de traitement du VIH & de soutien à ses victimes • Promotion de l'intégration des services de lutte contre le VIH pour les réfugiés et les populations d'accueil, y compris les services de conseil et de dépistage volontaire et de conseil sur la violence sexospécifique • Promotion des interventions d'IEC/BCC avant, pendant et après leur rapatriement, et du traitement, des soins et des politiques de soutien uniforme dans les pays de la GLIA • Renforcement de la collaboration entre les organisations de réfugiés et les groupes d'accueil • Recherche opérationnelle sur le continuum des soins, y compris les traitements aux ARV lors du cycle de déplacement, financés par la GLIA
PROFESSIONNELLES DU SEXE <i>Pas d'information sur les effectifs de cette population</i>	OUI, mais la prestation directe de services à la population diversifiée des travailleuses du sexe doit être laissée au soins des interventions adaptées des programmes nationaux.	<ul style="list-style-type: none"> • Recommandation d'une législation appropriée, offre de services adéquats et accessibles aux travailleuses du sexe, et réduction de la stigmatisation et de la discrimination dont sont victimes les travailleuses du sexe • Études de recherche épidémiologique, socio-culturelle et socio-économique et d'estimation des effectifs dans les pays de la GLIA pour mieux comprendre la situation des travailleuses du sexe ou des femmes utilisant le sexe comme monnaie d'échange
FEMMES VICTIMES DE VIOLENCE SEXUELLE <i>Effectifs : 7.772.897</i> <i>Prop. PVVIH : 132.500</i>	OUI, mais la GLIA ne doit pas financer directement la prestation des services. Il s'agit d'une population dispersée et clandestine, difficile à atteindre par des interventions spécifiques. La violence sexuelle doit être traitée dans le cadre des services fournis d'ores et déjà par les gouvernements nationaux.	<ul style="list-style-type: none"> • Promotion par la GLIA d'interventions pour modifier les perceptions et les opinions sur la violence sexuelle et sexospécifique, et pour l'intégration de services de dépistage et de conseil en cas de VS dans les services fournis (CDV, CP, SSR, soins en cas d'avortement, programmes destinés aux adolescents) • Partage des expériences et du matériel de formation en termes d'intégration des services dans tous les aspects de la prestation des services ; par exemple : la formation du personnel médical, y compris les dimensions médicales, psychologiques et médico-légales et les soins en cas de viol
PRISONNIERS <i>Effectifs : 222.042</i> <i>PVVIH : 12.434</i>	OUI, mais la prestation directe des services doit rester confiée à d'autres intervenants et aux gouvernements nationaux. Cette population est relativement peu nombreuse et les interventions isolées de lutte contre le VIH risquent d'avoir une efficacité limitée.	<ul style="list-style-type: none"> • Promotion par la GLIA des interventions à l'appui du développement de politiques nationales sur le VIH dans les prisons et d'interventions encourageant une amélioration générale des conditions de vie dans l'environnement carcéral • Recherche épidémiologique sur les communautés carcérales, et recherche opérationnelle sur l'épidémie de VIH et de TB au sein des communautés carcérales et "ce qui fonctionne", sous les auspices de la GLIA

POPULATION <i>Effectifs de population, nombre de PVVIH</i>	Le plan stratégique de la GLIA doit-il intervenir sur ce groupe de population ?	Quelles sont les interventions prometteuses à envisager dans le cadre du plan stratégique de la GLIA ?
FORCES ARMÉES <i>Effectifs : 401.020</i> <i>PVVIH : 40.102 – 80.204</i>	OUI , mais la prestation directe des services aux membres des forces armées (et aux autres personnes en uniforme) doit continuer à relever de la responsabilité des programmes nationaux de lutte contre le VIH.	<ul style="list-style-type: none"> • Promotion par la GLIA d'une amélioration des programmes de distribution des préservatifs, des programmes d'IEC et de communication des changements de comportement, publication des données sur la séroprévalence • Partage d'information par la GLIA sur les types d'interventions couronnées de succès dans d'autres pays • Recherche qualitative sous les auspices de la GLIA pour mieux comprendre la sous-culture au sein des forces armées.

6. Implications politiques de l'étude

Pour que la GLIA puisse remplir sa mission d'ajouter de la valeur aux efforts de lutte contre le VIH des six pays de la GLIA, il convient d'approfondir et d'élargir le caractère complémentaire de la GLIA et sa contribution à la "valeur ajoutée". À l'horizon à moyen et à long termes, les résultats de l'étude semblent suggérer les principaux objectifs stratégiques suivants à la GLIA :

- Appuyer le développement de stratégies de lutte contre le VIH dans la RGL informées par les résultats relatifs aux modes de transmission du VIH ;
- Servir de catalyseur à la fourniture de services de lutte contre le VIH aux populations nécessiteuses et contribuer de la sorte à garantir un accès universel à toutes les populations de la GLIA ;
- Appuyer l'inter-fertilisation de l'information sur "ce qui marche" en termes de services de lutte contre le VIH aux différentes populations ; et
- Encourager l'harmonisation des plans d'action et des politiques de lutte contre le VIH-sida au sein de la RGL, pour assurer la prise en compte des besoins des populations mobiles et migrantes, ainsi que la tendance générale à l'établissement d'un marché commun régional.

À moyen et à long termes (dans les deux ans à venir, ce qui donne 24 mois pour se préparer aux changements anticipés), la GLIA doit assumer les rôles suivants pour atteindre les objectifs choisis :

- a) La GLIA doit jouer un rôle important en matière de communication et de promotion pour s'assurer de l'inclusion de stratégies spécifiques, basées sur les résultats pour les huit populations vulnérables dans les plans stratégiques nationaux de lutte contre le VIH des six pays de la GLIA. Ces efforts doivent être prônés au niveau des systèmes et inclure, le cas échéant, la promotion de changements de nature législative et des directives spécifiques pour les politiques régionales (secteurs spécifiques de promotion et de dialogue politique définis dans le rapport).

- b) La GLIA ne peut jouer un rôle solide de communication et de promotion dans la région qu'à condition d'avoir à sa disposition les données nécessaires, et de s'en servir pour justifier plus avant la mise en application de certaines initiatives. C'est pourquoi la GLIA doit renforcer son rôle de suivi, d'évaluation et de recherche dans la région : elle doit mettre sur pied un centre de rassemblement de toutes les informations sur le VIH disponibles dans la région, procéder à des échanges d'expériences, et aider à consolider la base d'informations utilisée pour la prise de décisions relatives au VIH dans la région (secteurs spécifiques de suivi, d'évaluation et de recherche proposés dans le rapport).
- c) Bien que la GLIA ne joue pas (et ne doit pas jouer, ceci ne relevant pas de son mandat et n'appuyant pas les efforts des sept CNS) un rôle de coordinateur dans la région, elle se doit à l'avenir de jouer un rôle de soutien technique à la lutte contre le VIH dans la région, et donc se doter des effectifs nécessaires. La GLIA se trouve en excellente position pour assurer une inter-fertilisation et se former aux stratégies de "ce qui fonctionne" dans les différents pays de la RGL, et pour renforcer la capacité dans les domaines de la recherche, le suivi et l'évaluation, et les enseignements tirés. Ces enseignements peuvent être appliqués, avec la fourniture d'un soutien technique régional, dans les pays de la GLIA (voir la description d'activités spécifiques de soutien technique dans le rapport).
- d) La GLIA se trouve en situation idéale pour promouvoir l'harmonisation et la collaboration au sein de la RGL. Sans harmonisation des cadres et des politiques d'action contre le VIH-sida, les migrants et les populations vulnérables resteront en position désavantagée en matière de prévention, de traitement et de soins du VIH et de soutien à ses victimes. Une mise en application pratique concernant le marché commun régional et la libre circulation des personnes ne s'est pas encore produite ; elle est susceptible de tirer parti du soutien accru mobilisé par la GLIA dans certains secteurs. Le travail en réseau et la promotion de liens institutionnels par la GLIA contribuera à un échange d'informations et à l'alignement des stratégies et des plans d'action.

En dépit de ces objectifs stratégiques de longue haleine proposés pour la GLIA, il n'est pas recommandé que la GLIA cesse immédiatement la fourniture de tous les services liés au VIH. À court et à moyen termes, la GLIA demeure un **partenaire crucial de la fourniture des services liés au VIH** à quatre populations vulnérables spécifiques (chauffeurs routiers, pêcheurs hommes et femmes, réfugiés et PDIP) par l'entremise de contrats de sous-traitance. Dans toute la mesure du possible, il convient d'intégrer un élément formel de renforcement des capacités dans ces contrats de sous-traitance. La GLIA doit continuer à jouer ce rôle au cours des 24 mois prochains, alors qu'elle se prépare à la fourniture renforcée de services aux Commissions nationales de lutte contre le sida, conformément aux indications ci-dessus. Aux termes de son plan stratégique 2008-2012, la GLIA *doit* définir les stratégies de sortie pour la prestation des services aux quatre populations vulnérables de manière à garantir la non-interruption des services à ces populations prioritaires.

Enfin, pour que la GLIA puisse atteindre ces objectifs stratégiques et les rôles qui lui sont confiés, il convient de les harmoniser avec les compétences du Secrétariat de la GLIA et la structure organisationnelle nécessaire. Ce type de planification doit faire partie des processus à lancer au cours des 24 mois à venir.

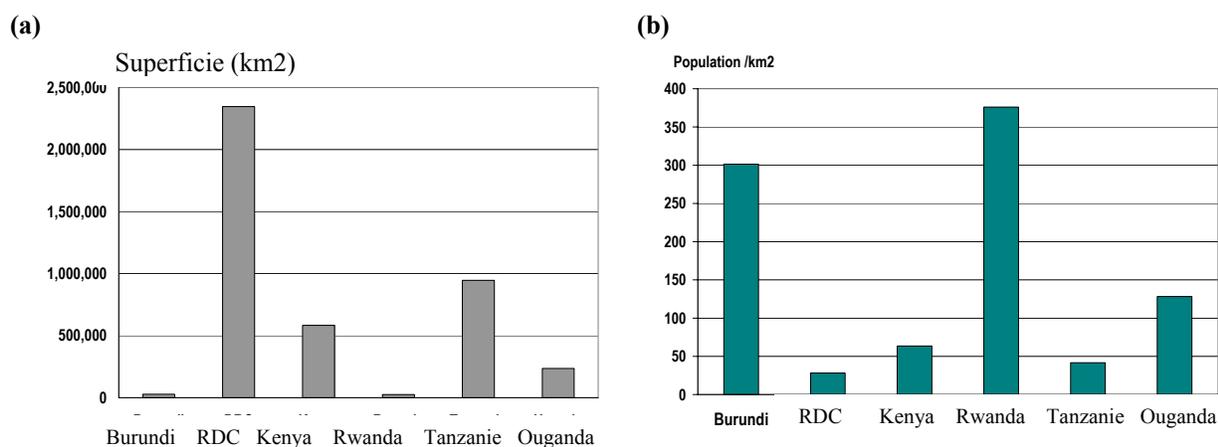
1. INTRODUCTION

1.1. INFORMATIONS GÉNÉRALES SUR LA RÉGION DES GRANDS LACS

Bien qu'il en existe différentes définitions, l'expression "Région des Grands Lacs" (RGL), dans le présent rapport, fait référence à la zone géographique englobant les territoires nationaux du **Burundi, de la RDC, du Kenya, du Rwanda, de la République Unie de Tanzanie et de l'Ouganda** (Cf. la carte à l'annexe Ia). Les six pays ont une population totale combinée d'environ 190 millions de personnes.

Les six pays de la RGL présentent des différences considérables en termes de superficie et de densité de population : le territoire de la RDC est plus de deux fois plus grand que celui des autres pays, et le Burundi et le Rwanda sont de taille nettement plus petite que les autres pays (Cf. la figure 1a). Par ailleurs, le Burundi et le Rwanda présentent des densités élevées de population, de plus de 300 personnes au km², et la densité de population de l'Ouganda est de l'ordre de 130 personnes au km² alors que le Kenya, la Tanzanie et surtout la RDC sont des pays à faible densité de population (Cf. la figure 1b). La répartition de la population est illustrée sur les cartes figurant à l'Annexe Ib.

Figure 1. (a) Superficie des pays de la RGL, et (b) Densité de population des pays de la RGL



Source: data from CIA fact book

Ces six pays sont confrontés à une épidémie généralisée de sida, exacerbée par les conflits, les déplacements de population et les troubles sociaux et politiques dans la région (Cf. l'Annexe II pour des informations spécifiques sur les pays). L'estimation actuelle des taux de séroprévalence adulte pour ces pays oscille entre 3,1 et 6,7 %, avec quelque 5 millions de personnes vivant avec le VIH (PVVIH).¹ Pendant les années 1980, ces pays ont établi des Programmes nationaux de lutte contre le sida, au sein de leurs ministères respectifs de la Santé (PNLC) pour combattre l'épidémie. Avec la mise en place de réponses multisectorielles à l'épidémie de VIH et de sida pendant les années 1990, les gouvernements respectifs de ces pays ont établi des Autorités nationale de haut niveau pour la coordination de la lutte contre le VIH et le sida (NACA). On

¹ http://www.unaids.org/en/Regions_Country/Country/default.asp, consulté le 14 septembre 2007

peut mentionner notamment : en 1987, le "Conseil national de lutte contre le sida" du Kenya, en 1992 la Commission ougandaise de lutte contre le sida, en 1999 le Conseil national kenyan de lutte contre le sida, en 2000, la "Commission nationale de lutte contre le sida" du Rwanda, et en 2001 le "Conseil national de lutte contre le sida" du Burundi ainsi que la Commission de lutte contre le sida de Tanzanie.² Ces institutions ont un vaste mandat de leadership stratégique et de coordination, suivi et évaluation de la réponse nationale, pour assurer la mise en application d'une réponse concertée et pointue par tous les secteurs de la société.

Une quantité considérable de résultats semble indiquer que la mobilité et la migration sont des facteurs contributifs importants à l'épidémie de sida^{3 4 5} (Cf. les définitions des différents types de migration, à l'Annexe III). De nombreuses études ont révélé que les personnes qui voyagent ou les émigrants récents sont plus susceptibles d'être séropositifs ou d'être atteints d'autres MST (par exemple la Tanzanie,⁶ l'Ouganda,⁷ le Sénégal⁸). Le rôle de la migration dans la propagation du VIH a été décrit avant tout comme la conséquence des hommes qui contractent l'infection loin de leurs foyers, et infectent leurs épouses ou leurs partenaires à leur retour. Des résultats enregistrés plus récemment en Tanzanie suggère que les personnes sont non seulement vulnérable à l'infection par le VIH en raison du comportement dangereux adopté par leurs partenaires mobiles, mais aussi le degré de risque de leur propre comportement pendant l'absence de leurs conjoints.⁹ Les travailleuses migrantes courent des risques spécifiques pendant les voyages. On ne dispose pas, essentiellement, de suffisamment d'informations et d'études sur les migrantes, leur vulnérabilité à l'infection par le VIH et les mécanismes et le contexte socio-économique de la mobilité des femmes. Pour les travailleurs migrants masculins, la migration se traduit souvent par de longues périodes loin de leur foyer, par des horaires de travail fort lourds, par des conditions de vie déplorable et par l'exécution de tâches dangereuses. L'isolation, la solitude, l'accès à l'alcool et à la prostitution sont la porte ouverte aux comportements sexuels dangereux pour le travailleur lui-même, pour sa partenaire et pour sa famille.

La migration et la mobilité enregistrent une tendance à la hausse dans la RGL, et ce en raison de la disponibilité accrue de moyens de transport, des déséquilibres économiques, des tendances de l'urbanisation, de la dissémination par les médias d'images de lieux comme des sites d'opportunité et de sécurité, de l'ouverture progressive des frontières (marchés communs), les déplacements dus au conflit, et la traite des personnes. La Tanzanie est au premier rang en

²RDC : <http://www.kff.org/HIVAIDS/7354.cfm>; Uganda: <http://www.kff.org/HIVAIDS/7368.cfm>; Kenya: <http://www.kff.org/HIVAIDS/7356.cfm>;

Rwanda : <http://www.cnls.gov.rw/cnls.php>; Burundi:

http://data.unaids.org/pub/Report/2006/2006_country_progress_rapport_burundi_en.pdf;

Tanzanie : <http://www.kff.org/VIHsida/7367.cfm>

³Decosas J & Adrien A (1997). Migration and HIV/AIDS, 11(Suppl. A): S77–S84.

⁴ Mabey D & Mayaud P (1997). Sexually transmitted diseases in mobile populations. *Genitourin Med*, 73:18–22.

⁵ Quinn TC (1994). Population migration and the spread of types 1 and 2 HIV. *Proc Natl Acad Sci USA*, 91:2407–2414.

⁶ Barongo LR et al. (1992). The epidemiology of HIV-1 infection in urban areas, roadside settlements and rural villages in Mwanza region, Tanzania. *Sida*, 6:1521–1528.

⁷ Nunn AJ et al. (1995). Migration and HIV-1 seroprevalence in a rural Ugandan population. *Sida*, 9:503–506.

⁸ Pison G et al. (1993). Seasonal migration: a risk factor for HIV infection in rural Senegal. *J Acquir Immune Defic Syndr*, 6:196–200

⁹ Kishamawe C et al. (2006). Mobility and VIH in Tanzanian couples: both mobile persons and their partners show increased risk. *Sida*, 20:601-608

nombre absolu d'immigrants étrangers et de proportion de ces derniers par rapport à la population totale. La quantité nette d'immigration était, en 2000 de près de deux (2) millions au Rwanda (nombre net d'arrivées), alors que la RDC enregistrait une perte de presque 1,5 million d'habitants (nombre excessif de départs). Au total, les pays de la GLIA ont enregistré en 2000 plus de départs d'immigrants de la RGL pour l'étranger qu'il n'en arrivait en RGL (nombre net de départs : 203.000 personnes).¹⁰ Pour de plus amples informations sur la mobilité et la migration dans la RGL, veuillez consulter l'Annexe III.

1.2 CONTEXTE DE L'INITIATIVE DES PAYS DES GRANDS LACS DANS LA LUTTE CONTRE LE VIH-SIDA

Confrontés à la réalisation croissante de la gravité de l'épidémie, et au besoin de formuler des réponses multisectorielles non seulement au niveau national, mais aussi dans l'ensemble de la région, les pays de la RGL ont défini des modalités plus complètes pour faire face à leurs problèmes nationaux par le renforcement de la collaboration régionale. Les Ministres de la Santé, dans le sillage du succès de l'initiative régionale de vaccination contre la polio, ont établi "l'Initiative des Pays des Grands Lacs dans la lutte contre le VIH-sida" (GLIA) à titre de projet en 1998. La même année, un Secrétariat exécutif pour la GLIA a été établi au Rwanda, et des programmes pilotes ont été lancés – avec le soutien majeur de l'ONUSIDA.

Une Réunion consultative de la GLIA à haut niveau sur le VIH-sida, organisée à Nairobi en mai 2003, s'est conclue par l'adoption conjointe d'une déclaration de la GLIA et d'un avant-projet de cadre institutionnel (Draft Institutional Framework) qui se sont traduits par l'accord des pays de la GLIA à opérer par l'entremise des six Commissions nationales de lutte contre le sida des six pays de la RGL. Le 27 juillet 2004, la Convention portant création de la GLIA a été signée par les ministres des six pays, et le Conseil des Ministres a tenu sa séance d'inauguration. La Convention a défini comme suit la mission de la GLIA :

La GLIA s'est donnée pour mission de "contribuer à la réduction des infections au VIH-Sida et de limiter l'impact socio-économique de l'épidémie dans la Région des Grands Lacs en développant une régionale et des interventions susceptibles de valoriser les efforts individuels de chaque État." (Convention GLIA, 2004)

Différents partenaires du développement ont appuyé la GLIA au fil du temps, et la GLIA procède à l'heure actuelle à une mobilisation active de fonds supplémentaires. La Réunion consultative de la GLIA en 2003 a décidé de solliciter de la Banque mondiale le financement d'un programme inter-régional spécifique qui sera géré par la GLIA. La Banque mondiale a approuvé un financement à hauteur de 20 millions en mars 2005 (dans le cadre du mécanisme de financement de son Programme MAP [Multi-country AIDS Program]. Le programme MAP pour la GLIA (intitulé "Projet de soutien à la GLIA") a été conçu à l'appui d'une collaboration plurinationale de lutte contre l'épidémie, par la mise en commun des ressources dans le cadre d'un plan de coopération au niveau sous-régional coopération plan et le renforcement des efforts nationaux à l'appui d'interventions spécifiques – Cf. l'Annexe IV pour plus de détails sur les éléments composant le projet de soutien à la GLIA.

¹⁰ Centre de donnée, Migration Policy Institute (<http://www.migrationinformation.org/datahub/comparative.cfm>)

1.3 OBJET DE L'ETUDE

La GLIA élabore à l'heure actuelle son plan stratégique pour la période 2008 – 2012. Pour s'assurer que le plan stratégique soit basé sur les résultats obtenus jusqu'à présent et vienne compléter les efforts des six NACA (c'est à dire qu'il remplisse sa mission), le Secrétariat de la GLIA a demandé à la Banque mondiale un soutien technique pour la réalisation d'une étude épidémiologique et de réponse au VIH dans la RGL, mettant en exergue les populations vulnérables, transfrontalières et mobiles (Cf. l'Annexe V pour le mandat de l'étude). L'objet de l'étude est de répondre à la question suivante :

"Quelles sont les populations sur lesquelles la GLIA doit concentrer ses efforts, pourquoi, et par quel type d'interventions de lutte contre le VIH ?"

1.4 STRUCTURE DU RAPPORT

- **Chapitre 1** : description de la Région des Grands Lacs, contexte de la GLIA, mise en exergue de l'objet de l'étude et description de la structure du rapport.
- **Chapitre 2** : description de la méthodologie suivie par l'équipe de chercheurs et limites de l'étude.
- **Chapitre 3** : description générale de l'état de l'épidémie dans chaque pays de la GLIA, par l'examen des aspects suivants : modalités de transmission, état de l'épidémie, données sur les tendances, schémas d'infection par âge, différences entre zones urbaines et zones rurales, incidence de l'infection, données relatives aux comportements sexuels, circoncision masculine et le troc sexuel.
- **Chapitre 4** : identification de toutes les population vulnérables dans la Région des Grands Lacs (sur la base de la documentation disponible), et résumé des résultats pertinents sur le VIH concernant les populations vulnérables choisies (effectifs de population, données épidémiologiques, données sur les comportements sexuels, et vulnérabilité et facteur de risques).
- **Chapitre 5** : résumé des populations vulnérables couvertes par les plans stratégiques nationaux de lutte contre le VIH.
- **Chapitre 6** : description des options d'intervention pour cibler les populations vulnérables.
- **Chapitre 7** : énumération des conclusions tirées des résultats, par la définition (sur la base des résultats indiqués dans les chapitres 3 à 6) des populations sur lesquelles le plan stratégique de la GLIA doit concentrer ses efforts, les raisons pour lesquelles il convient d'axer les interventions sur ces populations, et les interventions prometteuses que la GLIA pourrait appuyer à l'avenir.
- Enfin, le **Chapitre 8** résume les implications politiques des résultats de l'étude, il décrit le triple rôle futur de la GLIA et formule des recommandations sur ce qu'il convient d'inclure dans le plan stratégique de la GLIA.

2. MÉTHODOLOGIE

Il s'agit d'une étude sommaire de la documentation existante, publiée ou non, émanant des pays de la GLIA et de tout autre pays assurant la mise en application d'activités ou disposant d'expériences semblant pertinentes pour les besoins de la présente analyse, en termes de contribution aux questions à l'étude ou fournissant des données non disponibles pour le moment dans la RGL. Les résultats d'autres pays ont été inclus uniquement s'ils venaient renforcer un argument ou la crédibilité d'une estimation. L'équipe chargée de l'étude devait donc réaliser une analyse de l'ensemble des données épidémiologiques disponibles sur le VIH et les populations vulnérables dans la RGL, et les facteurs de vulnérabilité et de risque d'infection par le VIH pour les populations choisies ont fait l'objet d'une compilation systématique.

- Les "facteurs de vulnérabilité" sont des facteurs sociaux ou contextuels qui décrivent la condition d'une personne au sein de la société (par exemple vivant dans un environnement isolant les sexes l'un de l'autre, faible degré d'autonomisation)
- Les "facteurs de risque" sont des facteurs liés directement – ou de manière causative – à l'infection par le VIH (par exemple partenaires simultanés, changement fréquent de partenaire, utilisation en commun d'instruments contaminés, faible taux d'utilisation du préservatif).

Pour procéder à l'analyse, l'équipe de l'étude a procédé à une recherche documentaire poussée, puis catalogué et classé tous les documents identifiés lors de la recherche documentaire, analysé les données sur la base de certains paramètres, et élaboré les conclusions et les implications stratégiques pour la recherche. Un rapport a été rédigé puis soumis au Secrétariat de la GLIA et à d'autres membres du panel pour une première évaluation par les pairs. À la suite de cette première évaluation GLIA, le rapport a été présenté à toute une gamme de parties prenantes – les six pays de la GLIA et les partenaires du développement – pour leur évaluation (11 & 12 décembre 2007 à Bujumbura, au Burundi) ; la dernière main a ensuite été mise au rapport, puis ce dernier a été traduit. Le calendrier de l'étude figure à l'Annexe VI.

On trouvera ci-dessous des informations spécifiques sur chacune des étapes du processus :

2.1 RECHERCHE DOCUMENTAIRE

L'équipe de recherche a fait appel à diverses approches pour identifier le maximum de données publiées et non publiées et de documentation pertinente pour la présente étude. L'équipe a notamment utilisé quatre stratégies :

1. Recherches sur les sites Web d'organisations

Les sites Web des organisations suivantes ont fait l'objet d'une recherche : Union africaine, AMREF, Association des veuves du génocide, Care International, Centre for Defence Studies UK, Civil-Military Alliance to Combat HIV and AIDS, CNLS Burundi, CNLS Rwanda, COMESA, Danish Institute for International Studies, East African Community, FHI, HEARD, Internal Displacement Monitoring Centre, International AIDS Society, International Centre for Prison Studies, International Institute for Strategic Studies, OIT, Organisation internationale pour

les migrations (OIM), Comité international de secours (IRC), Fédération internationale des ouvriers du transport (ITF), Kaiser Family Foundation, Measure EDS, MSF, Migration Policy Institute, NACC Kenya, NEPAD, PNLIS du ministère de la Santé de la RDC, Population Services International, Relief Web, Rwanda Census Bureau, Sustainable Fisheries Livelihoods Programme, SWAA Burundi, Tanzania Bureau of Statistics, TACAIDS, The Sphere Project, TRAC Rwanda, Uganda AIDS Commission, Uganda Bureau of Statistics, Centre des ressources des Nations Unies pour le désarmement, la démobilisation et la réintégration, Commission économiques des Nations Unies pour l'Afrique, ONUSIDA, HCR des Nations Unies, Office des Nations Unies contre la drogue et le crime (ONUDD) UN Office on Drugs and Crime, US Institute for Peace, Banque mondiale, Zanzibar AIDS Commission.

2. Recherche sur les vastes bases de données en ligne et par l'intermédiaire de moteurs de recherche

Ces recherches ont été effectuées à l'aide des bases de données et des moteurs de recherche suivants : Journal storage, PubMed, Medline, Google Scholar et Google. Elles ont porté sur des publications à compter de 1986 sans restriction de nature linguistique, en utilisant des titres de thèmes médicaux pour identifier les articles pertinents.

3. Recherche basée sur les listes de citation figurant dans les publications

L'équipe de chercheurs a procédé à une recherche des références figurant dans les publications identifiées pour tenter de trouver d'autres documents et sites Web d'intérêt, qui ont ensuite fait l'objet d'une étude.

4. Sollicitation de documents auprès de points de contact

L'équipe de chercheurs a contacté les pays de la GLIA par écrit pour solliciter la communication de documents spécifiques non disponibles dans le domaine public.

Dans le cas de la première et de la seconde stratégies (recherche des sites Web des partenaires, et de bases de données et de moteurs de recherche en ligne), la recherche a été effectuée à l'aide des termes suivants :

Burundi/ RDC/ Kenya/ Rwanda/ Ouganda/ Tanzanie/ CA, Afrique de l'Est/ Afrique australe/ Afrique centrale/ Grands Lacs, prévention du VIH, infection/ prévalence/ épidémie/pandémie du VIH, VIH-sida, réfugié, PDIP, mobilité/ migration/transfrontière, déplacement de population, perturbation sociale, contexte socioéconomique du VIH-sida, conflit/ guerre, vulnérabilité/ groupe vulnérable, risque d'infection par le VIH, comportement sexuel / pratiques sociales, santé reproductive, MTS/IST, Union douanière/mouvement de population/de biens, cours d'eau/ marins/ pêcheurs, violence sexuelle/ survivant / violence sexospécifique, frontière/transport/ corridor/camion/routier, professionnel(le) du sexe/prostitué(e)

2.2 CATALOGUE & CLASSEMENT DES DOCUMENTS

Au total, 376 documents jugés pertinents pour notre étude ont fait l'objet d'un classement. Le nombre de documents traitant de l'un quelconque des pays de la GLIA était de 289. Le nombre total de documents par pays de la GLIA était le suivant : 20 sur le Burundi, 19 sur la RDC, 45

sur le Kenya, 19 sur le Rwanda, 53 sur la Tanzanie, 41 sur l'Ouganda et 92 traitant de plus d'un pays de la GLIA.

Chacun des documents obtenus à la suite de l'une des stratégies des recherches décrites ci-dessus a tout d'abord fait l'objet d'une vérification pour l'existence de duplicatas puis énuméré dans un tableau pour obtenir un catalogue de documentation. Ce tableau enregistre les caractéristiques suivantes : nom du pays, titre du document, taille du dossier, nom du dossier, institutions, auteurs, année, langue, groupes ciblés & dimensions (Cf. l'Annexe VII pour le catalogue de la documentation). Tous les documents recensés ont fait l'objet d'une lecture et d'une analyse technique aux fins d'intégration dans la base de résultats de l'étude.

2.3 ANALYSE DES DONNEES

À la suite de la lecture des documents identifiés, l'équipe de chercheurs en a extrait les données pertinentes et procédé à diverses analyses types :

1. Extraction des données sur les effectifs de chaque population vulnérable.
2. Détermination du taux moyen de séroprévalence de chacune des populations vulnérables.
3. Estimation des effectifs de chaque population. Le nombre de personnes vivant avec le VIH (PVVIH) dans chacun de ces sous-groupes de population a été calculé en multipliant le nombre de personnes dans le groupe par le taux moyen de séroprévalence estimé à partir des meilleures données disponibles (à l'exception du groupe de population des "femmes victimes de violence sexuelle" – Cf. ci-dessous pour de plus amples informations).
4. Comparaison de la liste des populations vulnérables identifiées pour la GLIA aux sept plans stratégiques nationaux de lutte contre le VIH (y compris les PSN pour la Tanzanie continentale et pour Zanzibar), pour déterminer, par une analyse, les populations vulnérables qui ne sont pas couvertes par les plans stratégiques nationaux de lutte contre le VIH.
5. Définition des populations vulnérables sur lesquelles la GLIA doit concentrer ses efforts, à partir des données sur la séroprévalence et sur les facteurs de risque, les estimations des effectifs de populations et les comparaisons avec les plans stratégiques nationaux de lutte contre le VIH.

Étant donné la rareté des données disponibles, il était impossible de limiter les critères d'inclusion des études sur la séroprévalence aux études les plus récentes, à l'échantillonnage aléatoire et aux taux élevés de réponse ; c'est pourquoi il a été décidé d'inclure toutes les enquêtes publiées ou ayant fait l'objet de rapport. Dans la mesure où nous n'avons utilisé aucun intervalle de confiance sur les estimations de la taille des groupes, optant plutôt pour les taux moyens de séroprévalence et le nombre des PVVIH. De la sorte, toutes les valeurs sont traitées comme des estimations ponctuelles. Les éléments spécifiques des calculs de chacune des principales populations vulnérables sont résumés au tableau 2.

Tableau 2. Méthodes d'estimation des effectifs de population, du taux moyen de séroprévalence et du nombre de PVVIH pour les populations vulnérables choisies

Population vulnérable	Estimation des effectifs de population	Estimation du taux moyen de séroprévalence et du nombre de PVVIH	Difficultés de calcul des estimations
Forces armées	www.nationsencyclopedia.com and www.mongabay.com	Après l'indication récente selon laquelle la séroprévalence au sein des forces armées serait plus faible que les valeurs les laissent supposer, une fourchette de prévalence de 10 à 20 % a été utilisée pour estimer le nombre de PVVIH.	Les statistiques concernant la séroprévalence au sein des forces armées étaient essentiellement inexistantes. Les seules données identifiées pour cette décennie concernaient les forces de défense de l'Ouganda (20 %).
Chauffeurs routiers	Kenya : estimations des effectifs disponibles. <i>Autres pays</i> : Effectifs des populations extrapolées à partir de la population totale, sur la base de la proportion de chauffeurs routiers kenyans par rapport à l'ensemble de la population du pays.	La séroprévalence moyenne a été calculée à partir de six études différentes.	L'essentiel des données sur la séroprévalence provenait des études sur les chauffeurs routiers kenyans. Les estimations du nombre de chauffeurs routiers sont particulièrement incertaines, surtout en raison du fait qu'une partie seulement de ces derniers sont organisés, et que les statistiques émanant des syndicats ne reflètent pas les effectifs réels de ce groupe. Les statistiques professionnelles tirées des recensements de population n'ont pu être utilisées en raison de leur non-disponibilité ou de l'usage de catégories d'emploi vastes et variées. La seule estimation des effectifs identifiés concernait les chauffeurs routiers kenyans.
Pêcheurs hommes et femmes	Les estimations des effectifs pour le Rwanda, la Tanzanie & l'Ouganda ont été tirées des recensements de population de 2002. La FAO a fourni des estimations pour le Burundi (données pour 2001), la RDC (2000) et le Kenya (2005).	La séroprévalence moyenne a été calculée à partir de quatre études relativement récentes portant sur plusieurs pays de la GLIA.	Les statistiques disponibles sur les personnes qui travaillent dans le secteur des pêcheries dans la RGL présentent plusieurs faiblesses dues notamment à l'irrégularité des rapports par les pays, aux différents concepts utilisés pour l'énumération des emplois et à la nature informelle de la pêche.
Travailleuses du sexe	Pas d'estimation des effectifs de population en raison des problèmes liés à la définition des limites de l'appartenance au "groupe à risque" (Cf. l'explication des défis)	Présentation des données sur la séroprévalence tirées de différentes études, mais pas de calcul des taux moyens de séroprévalence et du nombre de PVVIH.	Pour la prostitution hors-maison de tolérance, il est difficile de définir les limites entre le travail du sexe à temps plein, à mi-temps ou occasionnel, d'une part, et le troc sexuel contre des cadeaux ou de l'argent de l'autre. Les femmes impliquées dans ces différentes modalités de travail du sexe ont des niveaux variables d'exposition au VIH, ce qui peut donner lieu à une différence importante de séroprévalence au sein du groupe (cette question n'a pas fait l'objet d'une étude poussée). ¹¹

¹¹ Nagot N et al. (2002). Spectrum of commercial sex activity in Burkina Faso: classification model and risk of exposure to HIV. J Acquired Immune Defic Syndr, 29:517-521.

Population vulnérable	Estimation des effectifs de population	Estimation du taux moyen de séroprévalence et du nombre de PVVIH	Difficultés de calcul des estimations
Réfugiés	OCHA (chiffres de juin 2007)	La séroprévalence moyenne est calculée sur la base de huit enquêtes réalisées récemment dans différents camps	Pas de difficultés majeures.
Personnes déplacées à l'intérieur de leur pays	OCHA (chiffres de juin 2007)	Le calcul du nombre de PVVIH se fonde sur les estimations nationales de la séroprévalence de l'ONUSIDA pour 2007.	Pas de données disponibles sur les taux de séroprévalence spécifiques des PDIP
Prisonniers	Les chiffres les plus récents pour 2004, 2005 et 2006 sont tirés de la liste de la population carcérale mondiale [World Prison Population List].	Les taux moyens de séroprévalence sont calculés sur la base de sept études de différents pays de la GLIA présentant les données recueillies entre 1995 et 2007.	Le total des effectifs de la population carcérale en RDC et au Rwanda est incertain. Quatre évaluations de la séroprévalence ont été effectuées il y a plus de 5 ans. Certaines données sur le VIH ont été tirées d'études modestes.
Femmes victimes de violence sexuelle	Les estimations sont basées sur six études présentant la proportion de femmes au sein de la population féminine adulte ayant des antécédents de violence sexuelle ou de violence sexospécifique.	Le risque relatif (RR) d'infection par le VIH attribuable à la violence sexuelle a fait l'objet d'une estimation. Les données sur le RR ont été tirées de deux études de CA, révélant un RR identique (1,4 – les femmes avec des antécédents de violence sexuelle sont 1,4 fois plus susceptibles d'être séropositives que les femmes n'ayant pas ces antécédents). Le RR estimé a ensuite été utilisé pour calculer le nombre de PVVIH attribuable à la violence sexuelle, sur la base des chiffres ONUSIDA du nombre total de femmes adultes VVIH dans chacun des pays de la GLIA. Le nombre net de femmes VVIH des suites de violence sexuelle était basé sur le risque net de séropositivité chez les femmes victimes de violences.	Ce groupe n'est pas un groupe à risque professionnel spécifique ou un groupe isolé dans un emplacement particulier notamment des camps ou des prisons ; il fait partie intégrante de la population générale. Par suite, les calculs se fondent sur une méthodologie différente. Le calcul du nombre de PVVIH ne pouvait se fonder sur un taux moyen de séroprévalence au sein de ce groupe, dans la mesure où la séroprévalence au sein de la population varie de manière considérable selon les pays de la GLIA. Plusieurs sources majeures de données ont dû être exclues des estimations des effectifs de population en raison de leur utilisation d'une définition plus étroite de la violence sexuelle (par exemple le viol).

2.4 LIMITES DE L'ETUDE

Cette étude présente plusieurs limites. Certaines données n'étaient pas accessibles, ce qui a limité notamment l'évaluation des forces armées comme groupe de population vulnérable. En général, l'analyse s'est trouvée limitée par la nature et la qualité des activités au sein des groupes de populations vulnérables des pays de la GLIA. Dans le cas de certaines études, l'année des mesures n'était pas précisée clairement. Certaines publications n'ont pas été prises en compte pour la collecte des données sur la séroprévalence simplement parce que ces données provenaient de la même cohorte que celles d'une autre publication déjà incorporée dans les calculs. Ces derniers ont dans certains cas pris en considération des données remontant à plus de 10 ans en raison de l'absence de données plus récentes, ou les données pour des échantillons légèrement différents en raison de la présence de critères d'inclusion différents, des données provenant d'études basées sur des échantillons biaisés ou de taille modeste, ou de données portant sur une couverture géographique limitée qui représentaient de manière disproportionnée certains sous-groupes. Aucune donnée brute n'a été utilisée pour les calculs, de sorte que les données ne peuvent être ajustées comme données confusionnelles pour en améliorer le degré de comparabilité. Des études plus modestes se sont vues accorder le même poids que des données portant sur des groupes plus vastes, et donc plus représentatifs.

L'équipe chargée de l'étude n'a pas tenté d'établir un classement des populations vulnérables en ordre d'importance pour la GLIA, et ce en raison des données variables qu'il faudrait alors prendre en compte (notamment les effectifs estimés de population, le degré de couverture actuelle et l'accès aux services médicaux de nature préventive et curative, le potentiel de sérotransmission, le fardeau de la maladie, etc.).

L'étude n'a inclus aucune modélisation pour le calcul des niveaux et tendances actuels des schémas de prévalence et d'incidence du VIH dans les pays de la GLIA. Par conséquent, la méthodologie n'a pas permis de calculer une estimation exhaustive du pourcentage des nouvelles infections au sein des diverses populations vulnérables.

3. RÉSULTATS : DESCRIPTION DE L'ÉPIDÉMIE DE VIH DANS CHAQUE PAYS

3.1 MODALITES DE TRANSMISSION

Le premier cas de sida dans les six pays a été enregistré pendant les années 1980, et la transmission s'est faite essentiellement par la voie sexuelle. La sérotransmission par la transfusion de sang ou de produits sanguins infectés s'est incontestablement produite (et continue peut-être, encore que dans une mesure très limitée), mais dans la plupart des pays, la sécurité du sang est une priorité, et ce depuis le tout début de l'épidémie. Certaines données sur le dépistage des unités de sang pour la transfusion sont disponibles.¹² Au Kenya, en 1999, Moore et al.¹³ ont

¹² Au Burundi, la réduction des risques de transmission par voie hématogène constitue l'un des programmes prioritaires du Plan d'action national 2002-2006 (Rapport de l'UNGASS sur le Burundi 2006). Cette analyse n'a pas reçu de données du Burundi que ce soit sur le dépistage sanguin avant transfusion ou sur les précautions de nature universelle. La RDC dispose d'une politique et de stratégies nationales pour la santé et le soutien, dont relèvent le dépistage du VIH dans le sang destiné aux transfusions ainsi que les précautions systématiques au sein des installations médicales (Rapport de l'UNGASS – Session extraordinaire de l'Assemblée générale des Nations Unies

observé un taux de prévalence de 6,4 % chez les donneurs de sang kenyans. Il s'agissait notamment des donneurs membres des familles, et les tests de dépistage du sang étaient effectués à l'aide de kits VIH de 3e génération. D'autre part, les taux de séroprévalence dans la population générale étaient de 8 à 10 %. Selon les estimations de l'époque, 2,1 % des transfusions au Kenya ont donné lieu à une infection par le VIH. Ce nonobstant, il convient de noter que les taux de séroprévalence des donneurs de sang (opérant sur la base d'un système purement volontaire) est de moins de 1 %. Par ailleurs, le Service national de transfusion de sang (National Blood Transfusion Service) utilise maintenant des kits de test de 4e génération.

La transmission par des injections médicales insalubres a peut-être contribué à l'épidémie, mais il est difficile de quantifier la transmission du VIH causée par de l'équipement stérilisé de manière inadéquate dans la mesure où ces problèmes se posent souvent dans des endroits où les systèmes de diagnostic et de surveillance sont insuffisants. Selon l'OMS¹⁴, l'administration d'injections insalubres dans des installations médicales est responsable de quelque 250 000 cas de VIH par an (à l'échelle mondiale). Les pratiques telles que la réutilisation de seringues sans une stérilisation adéquate, ainsi que la destruction incorrecte de l'équipement d'injection usagé, ajoutent au nombre de ces cas. Les programmes sur les précautions universelles sont couverts de manière insuffisante dans les rapports (Cf. la même note de bas de page). Selon les données sur les injections médicales tirées des EDS réalisées dans des pays de la GLIA, les aiguilles et les seringues proviennent presque exclusivement d'emballages ouverts juste avant l'emploi. Selon le consensus, la transmission par le sang ou les produits sanguins infectés ou par les injections médicales insalubres est limitée.

Par contre, la transmission attribuable à l'utilisation de drogues injectables (UDI) a été documentée par certaines études. Nombreux sont les utilisateurs de drogues injectables qui utilisent en commun aiguilles et seringues, et ont en plus des relations sexuelles non protégées ; ils ont été identifiés comme une "population-passerelle", qui accélère la transmission du VIH à la population générale. La probabilité moyenne de transmission par injection intraveineuse de drogues est estimée à 0,08 (selon le modèle d'incidence de l'ONUSIDA). Un rapport sur les

consacrée au VIH-sida- sur la RDC 2006). L'ensemble des capitales provinciales de la RDC reçoit, selon les rapports, des unités de sang ayant fait l'objet de tests de dépistage. Cependant, aucune donnée n'est disponible quant à la proportion d'unités de sang transfusé testées pour le VIH en RDC, pas plus que sur les activités relatives aux précautions universelles. Au Kenya, le pourcentage d'unités de sang destinées à la transfusion ayant fait l'objet d'un test de dépistage pour le VIH en 2005 était de 100 % (Rapport de l'UNGASS sur le Kenya 2006). Tant le dépistage du VIH dans le sang destiné aux transfusions que les précautions universelles dans le contexte des installations médicales constituent des éléments du programme de soin et de traitement au Kenya, mais aucun autre document n'était disponible. Au Rwanda, des mesures ont été prises pour sauvegarder l'approvisionnement en unités de sang pour les transfusions. Le Centre des transfusions de sang déclare que le taux de dépistage des unités de sang pour déceler la présence de VIH s'élève à 100 % (Rapport de l'UNGASS sur le Rwanda 2006). En Tanzanie continentale, les données sur le mode de transmission recueillies dans le contexte de la surveillance des cas de sida semblent suggérer que la transfusion de sang contaminé serait responsable de 0,5 % de tous les cas de sida (Rapport de l'UNGASS sur la Tanzanie 2006). Zanzibar déclare que la transmission par les fluides corporels et les produits sanguins et toute incision cutanée (y compris l'utilisation de drogues par injection et tout autre instrument chirurgical) représente environ 6 % des infections par le VIH (Rapport de l'UNGASS sur Zanzibar 2006). Le rapport sur l'Ouganda pour 2005 déclare que 100 % de toutes les unités de sang transfusé ont fait l'objet d'un test de dépistage du VIH (Rapport de l'UNGASS sur l'Ouganda 2006).

¹³ Moore et al. Lancet 2001: 358: 651-660

¹⁴ Bulletin de l'OMS bulletin 2003 81 :491

utilisatrices de drogues injectables en Tanzanie continentale¹⁵ et un autre sur les utilisateurs masculins de drogues injectables à Zanzibar¹⁶ évoquent tous deux une pratique observée de partage du sang ("flashblood") : un UDI sans accès à des drogues se procure une partie aliquote de sang d'un camarade qui vient de s'administrer une dose de stupéfiant. Cette pratique augmente incontestablement le risque de transmission du VIH (et d'autres pathogènes) de manière considérable et la rapproche de la probabilité estimée de transfusion par des produits sanguins contaminés (0,89-0,96, modèle d'incidence de l'ONUSIDA).

- Une étude récente portant sur 191 UDI (dont 96 % d'hommes) à Zanzibar a observé un taux de séropositivité de 26 % (Dahoma et al. 2006). Cette étude a également procédé à une évaluation des comportements sexuels à risque. 71 % des participants à l'étude ont avoué avoir des partenaires sexuels multiples. Pratiquement toutes les utilisatrices de drogues injectables (6 sur 7) ont déclaré troquer leurs faveurs sexuelles contre des drogues. 34 % des participants masculins ont indiqué une préférence pour le coït anal, et 23 % d'entre eux ont déclaré participer à des activités sexuelles de groupe.
- Une évaluation rapide de la situation réalisée en 2001 dans cinq villes de Tanzanie a identifié un problème sérieux d'héroïne à Arusha, à Dar es Salaam et à Zanzibar, ce problème étant émergent à Mwanza et absent à Mbeya.¹⁷
- Une étude de 624 jeunes utilisateurs de drogues multiples (alcool, cannabis, tabac, héroïne, valium, khat) à Dar es Salaam a révélé que 75 % des membres de l'échantillon étaient héroïnomanes, et 18,3 % des membres de l'échantillon étaient des utilisateurs de drogues injectables.¹⁸
- Une étude de l'utilisation des drogues et des comportements sexuels de 237 hommes et 123 femmes héroïnomanes à Dar es Salaam a révélé que les hommes étaient nettement plus âgés, plus susceptibles de n'injecter que de l'héroïne blanche, de partager des aiguilles, et de donner ou prêter des seringues usagées à d'autres utilisateurs de drogues injectables. Les femmes étaient plus susceptibles d'être sans-abris, d'avoir injecté de l'héroïne brune, d'avoir un plus grand nombre de partenaires sexuels et d'avoir utilisé un préservatif lors de leurs derniers rapports sexuels.¹⁹
- De petits groupes d'UDI ont été observés à Nairobi et dans les villes du littoral, notamment Mombasa, Malindi et Lamu. Odek-Ogunde et al. (2004) ont observé chez les utilisateurs d'héroïne à Nairobi (à 90 % masculins) un taux de séroprévalence de l'ordre de 36 %.²⁰
- Beckerleg et al. (2005) remarquent que la consommation d'héroïne par voie injectable semble se produire maintenant dans la plupart des grandes agglomérations du Kenya et de la

¹⁵ McCurdy S et al (2005). "Flashblood" and HIV risk among IDUs in Tanzania. Août 2005. Consulté en ligne : <http://www.bmj.com/cgi/eletters/330/7493/684>, le 27 octobre 2007.

¹⁶ Dahoma MJU et al. (2006). HIV and substance abuse: the dual epidemic challenging Zanzibar. *African J Drug & Alcohol Studies*, 5(2):130-139.

¹⁷ Kilonzo GP et al. (2001). Rapid Situational Assessment for Drug Demand Reduction in Tanzania. UNDCP 2001.

¹⁸ Muhondwa E et al. (2002). An evaluation of the treatment needs of drug users in Dar es Salaam. Rapport de Christ Compassion in Action préparé pour l'organisme Save the Children UK, Programme pour la Tanzanie, 2002.

¹⁹ Williams M et al. (2007). Differences in HIV risk behaviors by gender in a sample of Tanzanian injection drug users. *Aids and Behavior*, 11(1) 137-144.

²⁰ Odek-Ogunde M et al. (2004). Prevalence of HIV, HBC and HCV in injecting drug users in Nairobi, Kenya: World Health Organization Drug Injecting Study Phase II findings. Conférence internationale sur le sida. 2004 11-16 juillet ; 15: abstract no. WePeC6001.

Tanzanie.²¹ Selon leurs estimations, il existait 600 héroïnomanes à Malindi en 2000, dont 50 % étaient des UDI.

- Une enquête portant sur 120 toxicomanes, dont des UDI, réalisée à Mombasa, a révélé une forte prévalence de l'infection à l'hépatite C infection et par le VIH²². Selon l'ONUSIDA, le nombre des UDI au Kenya augmente, et il est impératif de réagir très rapidement au problème de la sérotransmission par les UDI.
- L'application du modèle d'incidence de l'ONUSIDA pour 2005 au Kenya prédit qu'environ 5 % de ces incidents sont attribuables aux UDI.²³

L'UDI a été identifié comme l'un des moteurs de l'épidémie de VIH dans certaines des agglomérations et des villes du littoral du Kenya et de la Tanzanie. L'étude n'a pas recensé d'informations sur les UDI au Burundi, en RDC, au Rwanda et en Ouganda. L'UDI et autres formes de transmission non-sexuelle ne constitue pas dans l'ensemble l'un des facteurs majeurs de transmission de l'épidémie dans les pays de la GLIA. Les pays qui ont identifié le problème ont défini les UDI comme un groupe cible important pour les interventions (Cf. l'Annexe VIII de l'analyse des PSN). Un problème d'ordre régional a trait au volume considérable du trafic de l'héroïne entre l'Asie du Sud et l'Afrique de l'Est et aux voies d'approvisionnement au sein de la RGL.

3.2 STATUT DE L'ÉPIDÉMIE

L'épidémie dans les six pays de la GLIA est classée comme "généralisée", ce qui signifie que l'infection par le VIH est fermement ancrée au sein de la population générale.²⁴ L'étude a examiné le schéma spatial des niveaux de séroprévalence à partir des données sur la séroprévalence au niveau provincial (ou régional) tirées des enquêtes sur la population. Quatre pays (le Kenya, le Rwanda, la Tanzanie et l'Ouganda) disposaient de telles données, recueillies au cours des cinq dernières années. Deux pays ne disposent pas pour le moment de donnée sur la prévalence au niveau provincial (le Burundi et la RDC). Les cartes représentant ces schémas spatiaux sont présentées à l'Annexe Ic.

La transmission du VIH a d'abord commencé au sein des réseaux locaux à haut risque, et s'est ensuite répandue au sein de la communauté générale. La transmission se produisant maintenant en dehors des groupes à plus haut niveau de risque, elle se poursuit malgré les interventions au sein de ces derniers. Ce nonobstant, il demeure important de procéder à des interventions ciblant les groupes à risque dans la mesure où ces derniers pourraient continuer à contribuer de manière disproportionnée à l'épidémie. Un résumé des estimations actuelles des taux de séroprévalence et du nombre de personnes vivants avec le VIH (PVVIH) dans les pays de la GLIA figure au tableau 3.

²¹ Beckerleg S et al. (2005). The rise of injecting drug use in East Africa: a case study from Kenya. Harm Reduction Journal 2005, 2:12

²² Le rapport de l'UNODC examine d'un point de vue différent les relations entre la toxicomanie, l'utilisation de drogues injectables et le VIH-Sida au Kenya. 2004. Office des Nations Unies sur la drogue et le crime (UNODC) Office régional pour l'Afrique de l'Est. Nairobi. http://www.unodc.org/kenya/press_release_2004-07-01_1.html

²³ Gouws E et al. (2006). Short term estimates of adult HIV incidence by mode of transmission: Kenya and Thailand as examples. Sex Transm Infect, 82(suppl III):iii51-55

²⁴ UNAIDS/WHO. Guidelines for second generation surveillance, 2000

Tableau 3. Séroprévalence et nombre de PVVIH dans les pays de la GLIA

	Séroprévalence estimée	Nombre estimé de personnes vivant avec le VIH			
		Adultes âgés de 15 à 49 ans	Total	Femmes de 15 ans et plus	Hommes de 15 ans et plus
Burundi	3,3 [2,7-3,8] %	150.000	79.000	51.000	20.000
RDC	3,2 [1,8-4,9] %	1.000.000	520.000	360.000	120.000
Kenya	6,1 [5,2-7,0] %	1.300.000	740.000	410.000	150.000
Rwanda	3,1 [2,9-3,2] %	190.000	91.000	72.000	27.000
Tanzanie	6,5 [5,8-7,6] %	1.400.000	710.000	580.000	110.000
Ouganda	6,7 [5,7-7,6] %	1.000.000	520.000	370.000	110.000

Source : http://www.unsida.org/en/Regions_Country/Country/default.asp, consulté le 14 septembre 2007

- Les taux de séroprévalences enregistrés au Kenya, en Tanzanie et en Ouganda sont près du double de ceux enregistrés au Burundi, en RDC et au Rwanda (l'important intervalle de confiance utilisé indique l'incertitude relative aux estimations indiquées pour la RDC)
- Le nombre total de PVVIH est estimé à environ un million au moins dans les quatre plus grands pays, et à moins de 200.000 au Burundi et au Rwanda
- Le ratio femmes-hommes des PVVIH se situe entre 1,22 (Tanzanie) et 1,80 (Kenya) ce qui indique que l'épidémie prend une ampleur toute particulière chez les femmes ; c'est ce que l'on appelle la "féminisation" de l'épidémie.

Le tableau 4 ci-dessous présente des données plus précises concernant la féminisation de l'épidémie, ventilées par pays.

Tableau 4. Séroprévalence par sexe et ratio femmes-hommes

	Séroprévalence Total	Séroprévalence (Femmes)	Séroprévalence (Hommes)	Ratio femmes-hommes	Source
Burundi	3,2	3,8	2,6	1,5/1	Nat. Sero-survey 2002
RDC	--	--	--	--	--
Kenya	6,7	8,7	4,6	1,9/1	EDS 2003
Rwanda	3,0	3,6	2,3	1,6/1	EDS 2005
Tanzanie continentale	7,0	7,7	6,3	1,2/1	AIS 2003/4
Tanzanie Zanzibar	0,6	0,9	0,2	4,5/1	Enquête sur la population 2002
Ouganda	6,4	7,5	5,0	1,5/1	AIS 2004/5

NOTE : Les données sur la séroprévalence figurant aux tableaux 3 et 4 sont différentes les unes des autres ; en effet, les données du tableau 3 sont des estimations de l'ONUSIDA basées sur un modèle mathématique, alors que les données sur la séroprévalence présentées dans le tableau 4 sont les résultats effectifs d'une enquête réalisée dans un pays.

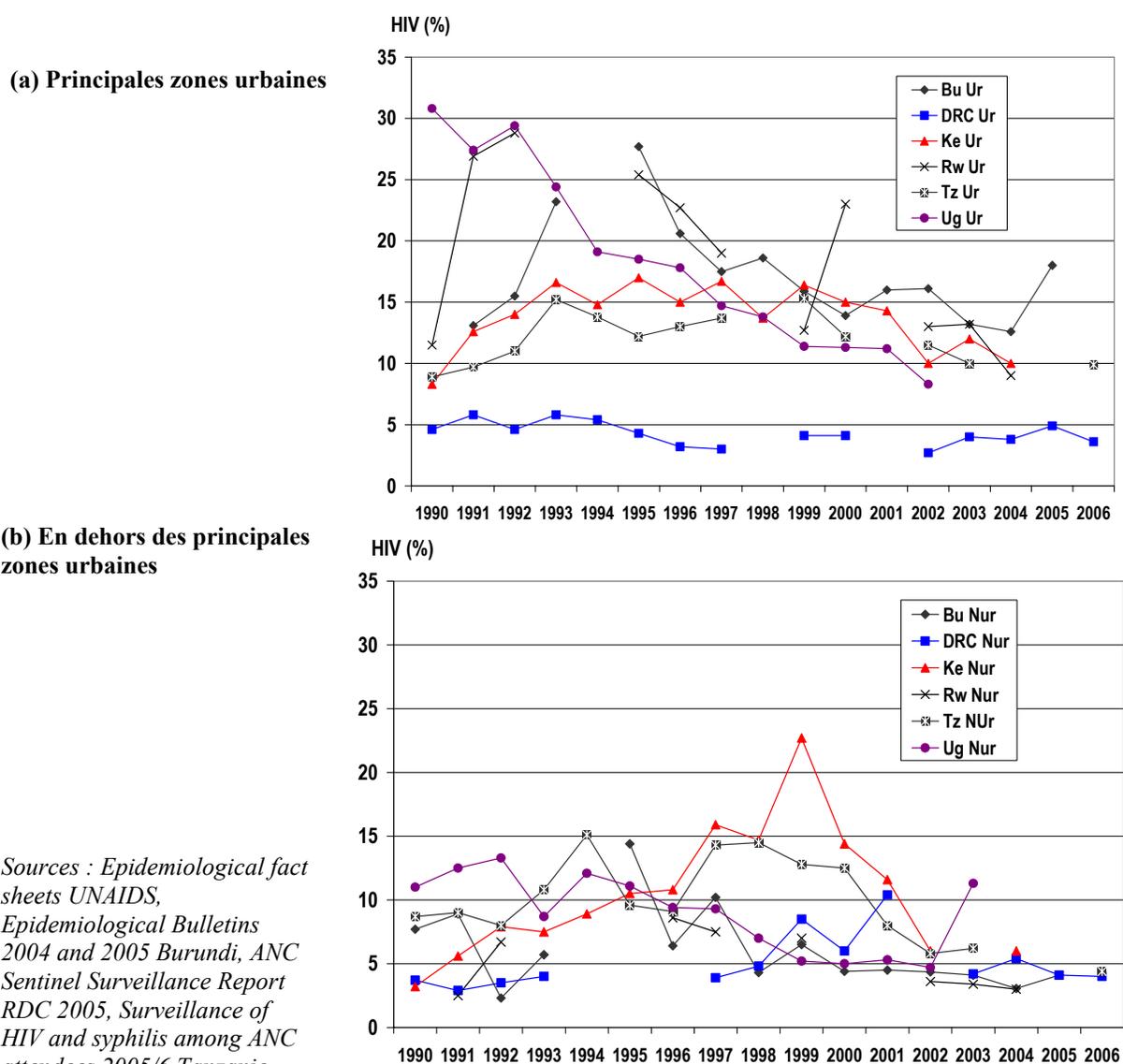
- Les ratios hommes-femmes enregistrés sont très élevés à Zanzibar (4,5) et un peu moins au Kenya (1,9), ce qui suggère qu'un nombre considérable de femmes contractent l'infection par transmission sexuelle. Les conclusions de l'enquête réalisée à Zanzibar s'expliquent en partie par la taille limitée de l'échantillon et l'ampleur des intervalles de confiance des estimations.
- C'est en Tanzanie continentale que l'on observe la plus faible différence (1,2) entre les femmes et les hommes, confirmée d'ailleurs par les données sur les comportements sexuels

des hommes tanzaniens (forte prévalence du sexe "commercial", multiplicité des partenaires et risque sexuel plus élevé)

3.3 PHASE ÉPIDÉMIQUE (TENDANCES DE L'ÉPIDÉMIE DU VIH)

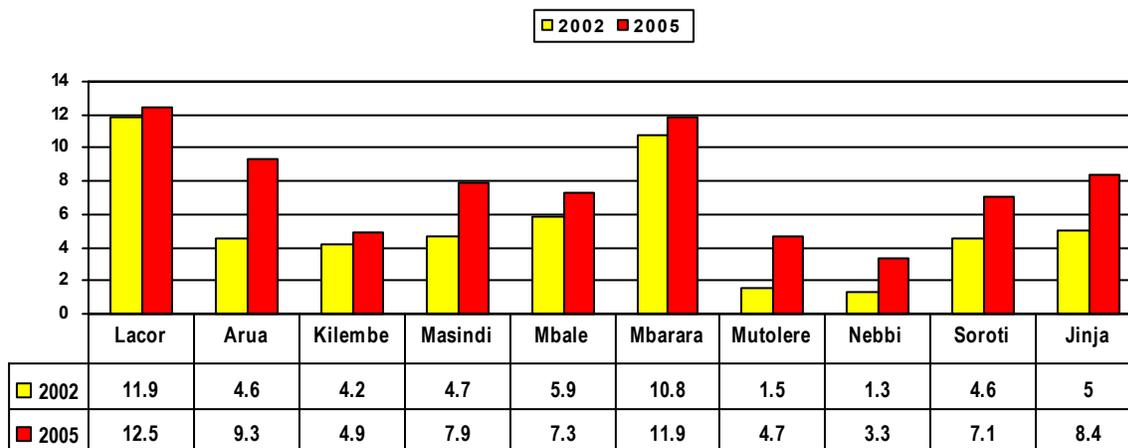
Les pays de la GLIA procèdent au suivi des tendances de l'épidémie de VIH grâce à la surveillance d'unités sentinelles au sein de différentes populations. La figure 2 présente les données des clients des consultations prénatales (CA) pour les emplacements situés dans les principales zones urbaines (a) et en dehors de ces dernières (b). L'Annexe Ib précise les emplacements et les taux de séroprévalence enregistrés sur ces sites sentinelles pour les soins prénataux.

Figure 2. Tendances des taux moyens de séroprévalence chez les clients des consultations prénatales, 1990-2007, dans les principales zones urbaines (a) et en dehors des principales zones urbaines (b) de la RGL



Sources : Epidemiological fact sheets UNAIDS, Epidemiological Bulletins 2004 and 2005 Burundi, ANC Sentinel Surveillance Report RDC 2005, Surveillance of HIV and syphilis among ANC attendees 2005/6 Tanzanie, projet de rapport national de la RDC sur l'épidémie de VIH 2006.

Figure 3. Centre ougandais de consultations prénatales ayant enregistré une augmentation des taux de séroprévalence entre 2002 et 2005



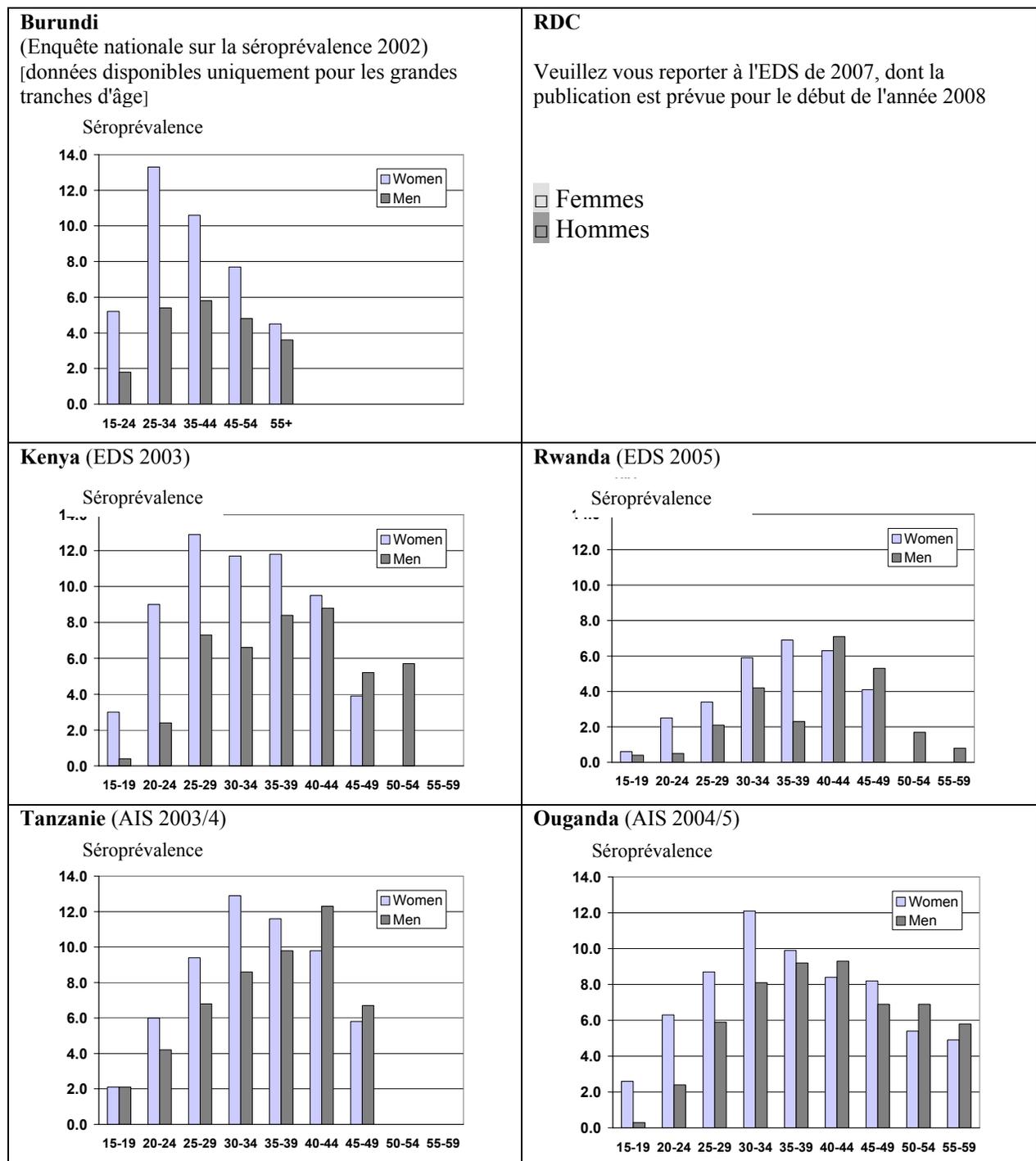
Source : Shafer et al. NACPU/MRC/UVRI (2005)

Les graphiques des figures 2 et 3 indiquent ce qui suit :

- Les courbes des épidémies ne sont pas toujours lisses, peut-être en raison des changements dans la sélection des sites sentinelle et des variations importantes d'un site à l'autre, d'où la présence d'intervalles de confiance importants
- La séroprévalence est généralement plus élevée dans les principales zones urbaines qu'ailleurs, mais ces différences s'atténuent
- L'épidémie de VIH semble se stabiliser du moins dans quatre des six pays de la GLIA (le Kenya, la Tanzanie, le Rwanda et l'Ouganda). Cependant, des tendances en hausse ont été enregistrées sur certains sites, comme par exemple au Centre de médecine communautaire de Buyenzi au Burundi (taux de séroprévalence de 18 % en 2005 contre 12,6 % en 2004) et les centres de consultations prénatales en Ouganda (Cf. la figure 3).

3.4 SCHEMAS DE REPARTITION DE L'INFECTION PAR GROUPE D'AGE

Cinq pays disposent de données récentes sur la séroprévalence basées sur la population nationale et divers facteurs connexes tirés des Enquêtes démographiques et de santé (EDS), des Enquêtes sur les indicateurs du sida (AIS) et des Enquêtes nationales sur la séroprévalence (ENS) : EDS pour le Kenya 2003, EDS pour le Rwanda 2005, AIS pour la Tanzanie 2003-2004, AIS pour l'Ouganda 2004-2005 et ENS pour le Burundi 2002. L'Enquête sur les comportements et la sérologie pour le Burundi (2007), l'EDS pour la RDC (2007) et l'AIS pour la Tanzanie (2007) sont en cours. La figure 4 présente les données sur la séroprévalence de différents groupes d'âge pour les femmes et les hommes.

Figure 4. Séroprévalence spécifique par groupe d'âge dans les pays de la GLIA

- Dans certains groupes d'âge au Burundi, au Kenya, en Tanzanie et en Ouganda, une personne sur huit est séropositive
- Les taux de séroprévalence les plus élevés chez les femmes varient d'un groupe d'âge à l'autre selon les pays : 25-29 ans (Kenya), 25-34 ans (Burundi), 30-34 ans (Tanzanie, Ouganda) et 35-39 ans (Rwanda). Chez les hommes, les plus forts taux de séroprévalence sont enregistrés dans le groupe des 40-44 ans, ce qui suggère que la transmission se fait entre des femmes plus jeunes et des hommes plus âgés (les couples d'âges très différents, les relations sexuelles entre personnes de générations différentes et le "syndrome du papa gâteau" ont tous été documentés). Cependant, les niveaux de séropositivité sont pratiquement identiques entre les jeunes garçons et les jeunes femmes jusqu'à l'âge de 19 ans tant au Rwanda qu'en Tanzanie.
- Au Burundi, au Kenya, au Rwanda et en Ouganda les femmes âgées de 15 à 24 ans sont 3 à 4 fois plus susceptibles d'être séropositives que les hommes du même groupe d'âge [risques relatifs : Burundi : 2,9, Kenya : 4,3, Rwanda : 3,4, Ouganda : 3,3], mais pas en Tanzanie où les taux d'infection des jeunes femmes et des jeunes hommes sont beaucoup plus similaires.

3.5 DIFFERENCES ENTRE ZONES URBAINES ET ZONES RURALES

Les premières statistiques sur l'épidémie de VIH en Afrique de l'Est ont révélé des différences marquées entre les taux de séroprévalence dans les zones urbaines et les plaques tournantes des transports, d'une part, et ceux des zones rurales loin des principaux axes de transport^{25, 26}. Cette différence demeure, comme le confirment les données des récentes EDS et AIS (Cf. le tableau 5).

Tableau 5. Séroprévalence par résidence, ventilée par sexe

	Femmes			Hommes			Total			Source
	Z. urbaine	Z. rurale	p*	Z. urbaine	Z. rurale	p*	Z. urbaine	Z. rurale	p*	
Burundi*	13,3 %	2,9 %	<0,0001	6,2 %	2,1 %	<0,0001	10,0 %	2,5 %	<0,0001	Enquête sur la séroprévalence nationale 2002
RDC	--	--	--	--	--	--	--	--	--	---
Kenya	12,3 %	7,5 %	<0,001	7,5 %	3,6 %	<0,001	10,0 %	5,6 %	<0,001	EDS 2003
Rwanda	8,6 %	2,6 %	<0,0001	5,8 %	1,6 %	<0,0001	7,3 %	2,2 %	<0,0001	EDS 2005
Tanzanie	12,0 %	5,8 %	<0,0001	9,6 %	4,8 %	<0,0001	10,9 %	5,3 %	<0,0001	AIS 2003/4
Ouganda	12,8 %	6,5 %	<0,0001	6,7 %	4,7 %	n.s.	10,1 %	5,7 %	<0,001	AIS 2004/5

* Valeur de probabilité tirée du test χ^2 de Mantel-Haenszel, n.s.= négligeable ($p = 0,05$) & données urbaines et semi-urbaines combinées

²⁵ Asamoah-Odei E et al. (2004). Seroprevalence and trends in Sub-Saharan Africa: no decline and large subregional differences. *Lancet* 2004; 364: 35–40.

²⁶ Ghys et al. (2006). Measuring trends in prevalence and incidence of HIV infection in countries with generalised epidemics. *Sex Transm Infect* 2006; 82 (suppl 1): 52–56.

- Dans les cinq pays pour lesquels nous disposons des données sur la différence entre les taux de séroprévalence des zones urbaines et des zones rurales, le taux de séroprévalence en région urbaine est nettement plus élevé que celui enregistré dans les zones rurales (pour les femmes, les hommes et la population totale ayant fait l'objet de l'étude), exception faite de l'Ouganda, où la différence entre les taux de séroprévalence des hommes dans les zones urbaines et rurales est négligeable
- La différence entre les taux des zones urbaines et rurales existe dans les pays de petite taille et à forte densité de population (comme le Burundi et le Rwanda) ainsi que dans les pays plus vaste et moins peuplés (comme le Kenya et la Tanzanie)
- Cette différence suggère que les groupes à plus haut niveau de risque dans les zones urbaines sont les principaux responsables de la transmission de l'épidémie (travailleuses du sexe, travailleurs migrants, salariés, etc.).

3.6 INCIDENCE DE L'INFECTION

La plupart des pays de la GLIA disposent d'une quantité importante de données sur la séroprévalence au niveau de la population (reflétant tant les infections récentes que les données du passé), mais les données sur l'incidence du VIH sont beaucoup moins abondantes²⁷ ; ces dernières fourniraient des informations cruciales sur les sites des nouvelles infections. La présente évaluation a découvert quelques données sur l'incidence du VIH provenant d'essais et d'une étude de surveillance à long terme, mais ces échantillons sont de taille modeste et ne sont pas représentatifs (et l'incidence étant calculée de manière différente selon les pays) :

- **Test à Rakai**, en Ouganda (2007) : 1,33 cas sur 100 personnes-années au sein du groupe de contrôle²⁸
- **Test à Kisumu**, au Kenya (2007) : Incidence du VIH sur deux ans de 4,2 % au sein du groupe de contrôle²⁹
- **Cohorte de Kisesa, région de Mwanza en Tanzanie** (1997-2000) : Le taux global annuel d'incidence est de 1,35 % (1,4 % pour les hommes et 1,3 % pour les femmes ; zones rurales isolées : 1,1 %, peuplements en bordure de route : 1,9 %, zone de marché des villes : 2,4 %)

Le taux d'incidence de l'infection par le VIH-1 a été déterminé par une étude d'observation d'une cohorte de 424 travailleuses du sexe à Nairobi, qui auparavant étaient séronégatives pour le VIH-1. Cette étude a été réalisée entre 1985 et 1994³⁰ Quarante-trois travailleuses du sexe étaient toujours séronégatives après trois ans ou plus de suivi, et ce en dépit d'une forte exposition au VIH. Bien que nous ne comprenions pas encore parfaitement les corrélats de la protection par

²⁷ "L'incidence du VIH" est le nombre de nouvelles infections par le VIH au sein d'une population donnée pendant une période donnée. Les personnes ayant contracté l'infection avant le début de la période en question ne sont pas incluses dans le total, même si elles sont toujours en vie.

²⁸ Gray RH et al. (2007). Male circumcision for HIV prevention in men in Rakai, Uganda: a randomised trial 1. *Lancet*, 369(9562):657-66

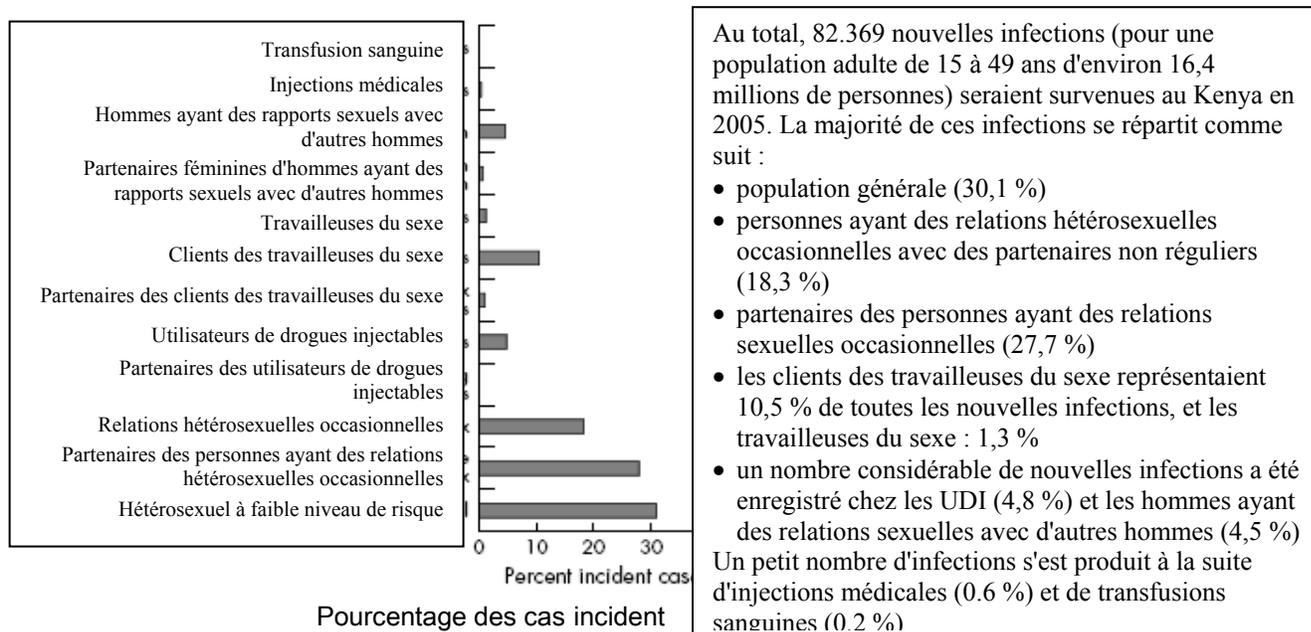
²⁹ Bailey RC et al. (2007). Male circumcision for HIV prevention in young men in Kisumu, Kenya: a randomised controlled trial 2. *Lancet*, 369(9562):643-56.

³⁰ Fowke KR et al. (1996). Resistance to HIV-1 infection among persistently seronegative prostitutes in Nairobi, Kenya. *Lancet*, 348:1347-51

rapport à l'infection par le VIH, il semble que la contribution combinée d'une immunité innée et d'une immunité adaptative et les facteurs génétiques jouent un rôle de première importance.³¹

En l'absence de données mesurant l'incidence au niveau de la population, les sources de l'infection incidente peuvent être représentées en utilisant, par exemple, le modèle d'incidence de l'ONUSIDA. Gouws et al. (2006) présentent un rapport sur les résultats de cet exercice de modélisation basé sur les données pour le Kenya (Cf. la figure 5).³²

Figure 5. Répartition du pourcentage d'incidence des cas par mode d'exposition : L'exemple du Kenya



Source : Gouws E et al. (2006). Short-term estimates of adult VIH incidence by mode of transmission: Kenya and Thailand as examples. *Sex Transm Infect*, 82(suppl III):iii51-55.

Les résultats de l'exercice de modélisation ne font que confirmer les interprétations précédentes basées sur les données sur la population provenant du Kenya ; ces résultats se trouvent confortés par les données relatives aux comportements sexuels provenant du Kenya.

La contribution des nouvelles infections au sein de la population des hommes ayant des relations sexuelles avec d'autres hommes (4,5 %, Cf. la figure 4) souligne la nécessité d'interventions ciblées. Les nouvelles indications du taux élevé de séroprévalence au sein du groupe de hommes ayant des relations sexuelles avec d'autres hommes au Kenya proviennent d'une étude de cohorte en cours à Kilifi sur ce groupe : 38 % (23/60) des hommes étaient séropositifs au niveau de référence.³³ Les données de CDV émanant de sites de l'ensemble du pays révèlent que sur les 780 hommes ayant des relations sexuelles avec d'autres hommes testés entre 2002 et 2005, 10,6

³¹ Hirbod T & Broliden K (2007). Mucosal immune responses in the genital tract of VIH-1-exposed uninfected femmes. *Journal of Internal Medicine* 262 (1), 44–58.

³² Gouws E et al. (2006). Short term estimates of adult VIH incidence by mode of transmission: Kenya and Thailand as examples. *Sex Transm Infect*, 82(suppl III):iii51-55.

³³ Sanders EJ et al. (2006). Establishing a high-risk VIH-bnegative cohort in Kilifi, Kenya. Conférence sur les vaccins contre le sida 2006. Amsterdam, août 2006 [résumé 470.00].

% étaient séropositifs.³⁴ On continue à manquer de données épidémiologiques, comportementales et sociales susceptibles d'éclairer les stratégies d'intervention basées sur les circonstances des hommes ayant des relations sexuelles avec d'autres hommes, leurs situations et leurs besoins (dans bien des régions du monde, les hommes ayant des relations sexuelles avec d'autres hommes sont mariés ; il s'agit moins d'un groupe mis à l'écart que d'un élément majeur de la population générale ; les relations sexuelles entre hommes ne sont pas associées à une identité individuelle ou sociale particulière, et ne sont que rarement discutées ouvertement³⁵). Cette analyse n'a mis au jour aucune donnée sur les hommes ayant des relations sexuelles avec d'autres hommes dans les pays de la GLIA, à l'exception du Kenya.

3.7 DONNEES SUR LES COMPORTEMENTS SEXUELS

Les données sur les comportements sexuels présentés au tableau 6 proviennent toutes d'EDS récentes (Kenya 2003, Rwanda 2005, Tanzanie 2004, Ouganda 2006). Aucune donnée comparable n'a été obtenue pour le Burundi et la RDC.

Tableau 6. Données démographiques sur les comportements sexuels dans les pays de la GLIA

	Burundi	RDC	Kenya	Rwanda	Tanzanie	Ouganda
Initiation sexuelle : âge aux premiers rapports sexuels						
Femmes 25-49 ans	n.d.	n.d.	17,6 ans	20,3 ans	17,0 ans	
Hommes 25-54/59 ans			17,2 ans	20,8 ans	18,5 ans	18,1 ans
Initiation sexuelle : ont eu leurs premiers rapports sexuels avant leur 15e anniversaire						
Femmes 15-24 ans	n.d.	n.d.	13,7 %	2,6 %	12,4 %	15,5 %
Hommes 25-54/59 ans			28,8 %	10,8 %	9,4 %	12,2 %
Partenaires multiples : a eu plus d'un(e) partenaire sexuel(le) au des 12 derniers mois						
Femmes	n.d.	n.d.	1,7 %	0,6 %	4,3 %	2,4 %
Hommes			11,7 %	5,1 %	30,1 %	28,4 %
Sexe à plus haut risque* au cours des 12 derniers mois						
Femmes 15-49 ans	n.d.	n.d.	17,6 %	8,1 %	23,7 %	15,9 %
Hommes 15-49 ans			39,6 %	13,6 %	45,2 %	34,9 %
Femmes 15-24 ans			30,0 %	15,3 %	34,0 %	27,1 %
Hommes 15-24 ans			84,4 %	48,0 %	82,8 %	65,3 %
Emploi du préservatif lors des derniers rapports sexuels à haut risque						
Femmes	n.d.	n.d.	23,9 %	19,7 %	27,5 %	34,9 %
Hommes			46,5 %	40,9 %	51,0 %	57,0 %
Diversité d'âge : rapports sexuels à risque lors des 12 derniers mois avec un homme plus âgé de 10 ans						
Femmes 15-19 ans	n.d.	n.d.	4,0 %	4,6 %	6,2 %	7,0 %
IST auto-déclarées : IST/décharge/irritation /ulcère génital(e) lors des 12 derniers mois						
Femmes	n.d.	n.d.	4,4 %	5,0 %	5,1 %	22,1 %
Hommes			3,1 %	2,7 %	5,6 %	12,5 %
Information sur la séropositivité : S'est fait testé et a reçu les résultats						
Femmes	n.d.	n.d.	13,1 %	21,2 %	12,1 %	24,8 %
Hommes			14,3 %	20,1 %	12,3 %	20,6 %

Sources : EDS pour le Kenya 2003, EDS pour le Rwanda 2005, EDS pour la Tanzanie 2004, EDS pour l'Ouganda 2006

* Rapports sexuels avec un(e) partenaire qui n'est pas un conjoint ni ne vit avec le sujet

³⁴ Angala P et al. (2006). Men who have sex with men (MSM) as presented in VCT data in Kenya. XVI Conférence internationale sur le sida, Toronto, août 2006 [résumé MOPE0581].

³⁵ ONUSIDA (2005). Men who have sex with men, HIV prevention and care. Report of a stakeholder consultation. Genève, 10-11 novembre 2005.

- Il existe des différences marquées entre les comportements sexuels dans les quatre pays de la GLIA pour lesquels nous disposons de données
- Le taux de connaissance de la séropositivité personnelle était de moins de 20 % pour l'ensemble des pays de la GLIA
- Le pourcentage des hommes et des femmes aux pratiques sexuelles à niveau de risque élevé variait de manière considérable, de 83 % chez les hommes de 15 à 24 ans en Tanzanie à 8 % chez les femmes âgées de 15 à 49 ans au Rwanda.
- L'emploi du préservatif lors des derniers rapports sexuels à niveau élevé de risque était systématiquement plus élevé chez les hommes que chez les femmes
- Le nombre des cas d'IST auto-déclarées était nettement différent en Ouganda (22 % F, 13 % H) par rapport aux autres pays (moins de 6 % pour les hommes et les femmes)

Les comportements et pratiques sexuels sont déterminés par un contexte de coutumes et normes sexuelles et reproductives traditionnelles et modernes. Certaines de ces coutumes se limitent à un groupe ethnique, d'autres à un emplacement géographique ou à une couche socioéconomique de la population. L'analyse a permis d'identifier des exemples de ces coutumes dans la RGL et d'en mesurer l'impact présumé sur la transmission du VIH :

- Héritage de l'épouse (*levirat*) : une des traditions et coutumes Luo. Lorsque décède le mari, son épouse (ou plutôt sa veuve) est censée faire l'objet d'un héritage pour assurer la continuité de la famille, surtout si elle est en âge d'avoir des enfants. De par le passé, l'héritier devait provenir strictement du clan ou être l'un des membres de la famille immédiate du mari décédé, par exemple un frère ou un cousin. Ceci n'est plus le cas aujourd'hui, la veuve pouvant être héritée par quelqu'un de l'extérieur du clan. Si feu le mari est décédé des suites du sida, et que sa veuve est séropositive, celui qui en hérite risque fort de contracter à son tour l'infection.³⁶
- Les mutilations génitales féminines (MGF) varient de manière considérable d'un groupe ethnique à l'autre dans la Région des Grands Lacs, une diversité que reflètent les taux nationaux de prévalence : 32 % pour le Kenya (EDS 2003), 15 % pour la Tanzanie (EDS 2004-2005) et <1 % pour l'Ouganda (EDS 2006). Les MGF sont pratiquées pour différentes raisons, notamment les chances de mariage, la répression du désir sexuel, la protection de la virginité, les rituels religieux, l'initiation à l'âge adulte, l'amélioration de l'hygiène, et l'embellissement. Un récent article³⁷ a révélé qu'il pouvait y avoir transmission du VIH aux fillettes dont l'hymen est intact (vierges) et que 97 % du temps, le même instrument peut être

³⁶ Owino JP (1998). Wife inheritance and 'Chira' cultural impediments in HIV and AIDS control, prevention and management: a case study of Luo community in Kenya. Conférence internationale sur le sida 1998 ; 12: 474 (résumé no 24168).

³⁷ Etokidem AJ (2004). HIV-AIDS transmission through female genital cutting: a case report. Conférence internationale sur le sida, 11-16 juillet 2004 ; 15 (résumé no D10677)

utilisé sur 15 à 20 filles.³⁸ Parmi les autres facteurs susceptibles d'accroître le risque figurent notamment l'augmentation du besoin pour des transfusions sanguines en raison des hémorragies qui surviennent soit au moment de la procédure, à la naissance ou à la suite d'un déchirement du tissu vaginal. Nombreuses sont les femmes ayant subi des mutilations de type III qui souffrent de dyspareunie (ou coït douloureux), ainsi que de lésions des tissus et d'hémorragies à répétition, et pour qui le coït vaginal est difficile et douloureux. Ceci les pousse souvent à pratiquer le coït anal avec des partenaires hétérosexuels, ce qui accroît le risque de transmission du VIH. Il est donc plausible que le risque de transmission du VIH soit renforcé par la pratique très répandue des mutilations génitales féminines.³⁹

- Les relations sexuelles entre personnes de générations différentes sont fréquentes et elles contribuent à la transmission du VIH entre les populations aux taux de prévalence plus élevés (les hommes plus âgés) et celles dont les taux de prévalence sont plus faibles (les femmes plus jeunes). Une étude réalisée dans différentes villes du Kenya a découvert que les motivations principales pour les femmes qui s'engagent dans de telles relations sont les pressions financières et celles de leurs pairs qui les poussent à rechercher des partenaires plus âgés.⁴⁰ De tels couples n'utilisent que rarement les préservatifs. Les gains matériels, la gratification sexuelle, les facteurs affectifs et la reconnaissance par les pairs surmontent les inquiétudes liées aux IST et au VIH. En raison de ces différences d'âge et des disparités économiques, les femmes ont encore plus de mal à négocier l'emploi du préservatif avec leurs partenaires.
- Les opinions et convictions relatives aux préservatifs et à leur emploi ont des implications importantes pour l'approvisionnement en préservatif et leur adoption. À titre d'exemple, une étude a été réalisée sur le contexte socio-culturel de l'emploi du préservatif chez les Maasai, une population agropastorale d'Afrique de l'Est⁴¹, et la documentation ethno-démographique décrit l'importance socio-culturelle du sperme dans toute une gamme de contextes. Les opinions et les convictions concernant les préservatifs portent notamment sur leur effet contraceptif, leur impact négatif sur la qualité des rapports sexuels, le gaspillage de sperme et "l'altérité" des préservatifs.
- La "Chira" est une malédiction qui frappe ceux qui sont perçus comme allant à l'encontre des coutumes et traditions de la société. Les personnes affectées développent des signes et des symptômes similaires à ceux du sida déclaré. Il existe donc un conflit entre la "Chira" et le sida au sein de la communauté Luo. Selon les coutumes et traditions Luo, le VIH et le sida n'existent pas, il s'agit de la "Chira" et la "Chira" ne se transmet pas par les relations hétérosexuelles, mais par la violation des coutumes et traditions sexuelles (ibid).

³⁸ Mutenbei IB & Mwesiga MK (1998). The impact of obsolete traditions on HIV-AIDS rapid transmission in Africa: The case of compulsory circumcision on young girls in Tanzania. Conférence internationale sur le sida, 1998 ; 12: 436 (résumé 23473)

³⁹ Monjok E (2007). Female Genital Mutilation: Potential for HIV Transmission in sub-Saharan Africa and Prospect for Epidemiologic Investigation and Intervention. African Journal of Reproductive Health, 11(1), 33-42. <http://www.bioline.org.br/request?rh07004>

⁴⁰ Longfield K et al. (2004). Relationships between older men and younger women: Implications for STIs/HIV in Kenya. Studies in Family Planning, 35(2), 125-134.

⁴¹ Coast E (2007). Wasting semen: Context and condom use among the Maasai. Culture, Health & Sexuality, 9(4), 387-401.

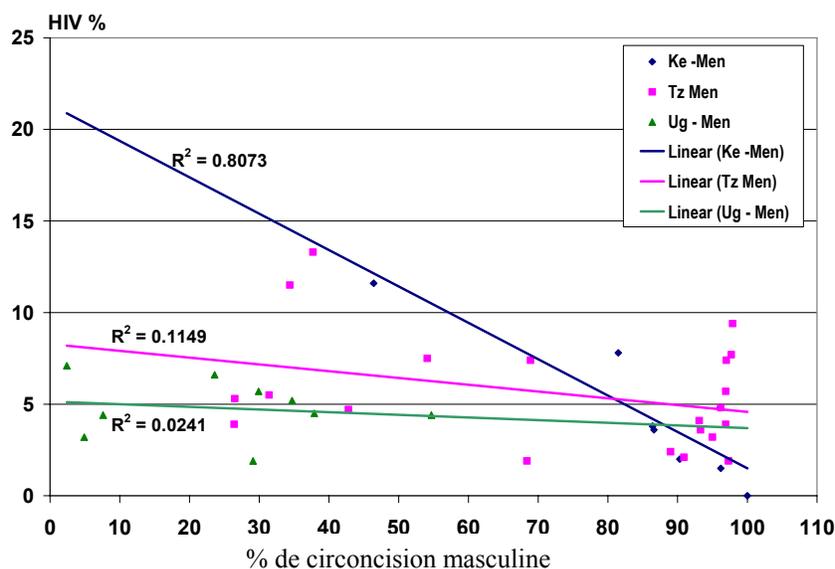
- Le "Matalisi" est un phénomène révélé par une étude des comportements sexuels des jeunes en Ouganda. Le "Matalisi" est un intermédiaire qui joue un rôle central pour l'initiation sexuelle précoce et les relations sexuelles de la plupart des jeunes à Mpigi, en Ouganda. Les Matalisis étaient utilisés lors de la plupart des parades nuptiales et des premières liaisons sexuelles. Une participation comme Matalisi de quelqu'un d'autre précède la plupart des premiers coïts.⁴²

Un facteur socio-culturel reconnu de plus en plus comme un des principaux déterminants des taux de séroprévalence au sein de la population est la circoncision masculine (OMS, 2006).

3.8 CIRCONCISION MASCULINE

La circoncision masculine (CM) est pratiquée dans de nombreuses régions de la RGL, où elle constitue souvent un rite de passage à l'âge adulte. Cependant, les taux de CM varient de manière considérable d'un pays de la GLIA à l'autre : Kenya (83,7 %), Rwanda (10,7 %), Tanzanie (69,7 %) et Ouganda (24,9 %). Des taux plus élevés sont enregistrés dans les zones urbaines que dans les zones rurales au Rwanda, en Tanzanie et en Ouganda, mais pas au Kenya, et au sein des couches de population plus éduquées et plus aisées. L'un des principaux déterminants de la MC est la religion, avec plus de 90 % des Musulmans qui sont circoncis (les chiffres sont moins élevés au Rwanda). L'EDS réalisée au Kenya en 2003 a révélé un déclin de la CM dans ce pays. La figure 6 présente les données de trois pays de la GLIA, ventilées par prévalence provinciale et régionale des taux de séropositivité des hommes.

Figure 6. Données provinciales/régionales sur la séroprévalence par rapport aux taux de circoncision masculine



Sources : EDS pour le Kenya 2003, AIS pour la Tanzanie 2003-2004, AIS pour l'Ouganda 2004-2005

⁴² Morrow O et al. (2004). The Matalisi: Pathway to Early Sexual Initiation Among the Youth of Mpigi, Uganda. *AIDS and Behavior*, 8(4), 365-378.

Il convient de noter que le graphique en nuage de points compare des paires de valeurs pour chacune des provinces ou régions du Kenya, de la Tanzanie et de l'Ouganda. Les valeurs appariées (carrés, cercles et triangles à la figure 6) représentent les pourcentages d'hommes circoncis et les taux de séroprévalence des hommes à chacun de ces endroits.

- Il existe une relation linéaire entre les taux de séroprévalence et les taux de CM au Kenya, mais ni en Tanzanie ni en Ouganda
- Les taux de circoncision ne peuvent expliquer qu'en partie les taux actuels de séroprévalence – d'autres facteurs importants jouent un rôle, notamment l'âge aux premiers rapports sexuels, la multiplicité des partenaires, la maturité de l'épidémie et les efforts de prévention.

Deux essais randomisés effectués dans la RGL ont tous deux observé que la CM réduit considérablement le risque d'infection par le VIH chez les jeunes hommes, et recommandé que "lorsque cela est approprié, il convient d'intégrer des services de circoncision volontaires, sûrs et d'un coût abordable aux autres interventions de prévention du VIH et ce le plus rapidement possible" :

- Le test à **Rakai**⁴³ en Ouganda, a observé que l'incidence du VIH sur une période de 24 mois était de 0,66 cas pour 100 personnes-années au sein du groupe d'intervention (circoncision au début de la période du test) et 1,33 cas pour 100 personnes-années au sein du groupe de contrôle (circoncision reportée). L'efficacité estimée de l'intervention a été mesurée à **51 %** (95 % CI 16–72 ; $p = 0,006$).
- Le test à **Kisumu**⁴⁴, au Kenya, a relevé un taux d'incidence du VIH sur deux ans de 2,1 % pour le groupe circoncis et de 4,2 % au sein du groupe de contrôle ($p = 0,0065$). L'effet de protection de la CM était de l'ordre de **60 %** (95 % CI 32–77).

Bien que les données préliminaires du test réalisé au Kenya indiquent que lors de la première année suivant la circoncision, les hommes ne se sont pas engagés dans des comportements à plus haut niveau de risque que leurs homologues non circoncis⁴⁵, on dispose de peu d'informations sur l'impact éventuel sur les comportements à long terme de la CM (pour de plus amples informations sur la CM, veuillez voir reporter au chapitre sur les interventions prometteuses).

3.9 LE TROC SEXUEL

Le troc sexuel est un échange de faveurs sexuelles contre de l'argent, des faveurs ou des cadeaux. Cette pratique est associée au risque élevé de contracter le VIH et d'autres IST en raison du déséquilibre des rapports de pouvoir et de la tendance conséquente à avoir simultanément des partenaires multiples. Le troc sexuel est reconnu comme l'un des moteurs de la dynamique du

⁴³ Gray RH et al. (2007). Male circumcision for HIV prevention in men in Rakai, Uganda: a randomised trial 1. *Lancet*, 369(9562):657-66.

⁴⁴ Bailey RC et al. (2007). Male circumcision for HIV prevention in young men in Kisumu, Kenya: a randomised controlled trial 2. *Lancet*, 369(9562):643-56.

⁴⁵ Agot KE et al. (2007). Male circumcision in Siaya and Bondo Districts, Kenya: Prospective cohort study to assess behavioural disinhibition following circumcision. *Jsida*, 44:66-70.

VIH sur maints sites différents. La proportion de la population pratiquant le troc sexuel est estimée à 84 % à Accra⁴⁶ et 76 % à Cotonou.⁴⁷

Une méta-analyse récente a confirmé l'importance du "sexe rémunéré" comme facteur de risque de la transmission hétérosexuelle du VIH en Afrique subsaharienne pour les femmes comme pour les hommes.⁴⁸ Toutes études combinées, environ 9 % des femmes séropositives ont déclaré avoir reçu un paiement pour des faveurs sexuelles, contre 4 % des femmes séronégatives, et l'odds ratio était de 2,29 (95 % IC [1,45-3,62]). Cette analyse se fondait sur neuf (9) études, dont six (6) sur des pays de la GLIA (datées de 1990 à 1993). Environ 31 % des hommes séropositifs ont déclaré avoir payé pour des relations sexuelles, contre 18 % des hommes séronégatifs, avec un odds ratio de 1,75 (95 % IC [1,30-2,36]). Cinq des 10 études incluses ici portent sur des pays de la GLIA (datées de 1987 à 1991).

Les données concernant les pays de la Région des Grands Lacs sont résumées dans le tableau 7.

Tableau 7. Prévalence du troc sexuel dans les pays de la GLIA

Troc sexuel :	Burundi	RDC	Kenya	Rwanda	Tanzanie	Ouganda
Hommes disant avoir payé pour des rapports sexuels au cours des 12 derniers mois	n.d.	n.d.	2,9 %	n.d.	10,6 %	2,8 %
Hommes ayant utilisé un préservatif lors de leurs derniers rapports sexuels payés			64,5 %		59,0 %	--
Femmes recevant de l'argent, des cadeaux ou des faveurs en échange de faveurs sexuelles			5,5 %		n.d.	6,6 %*

Sources : EDS pour le Kenya, 2003, EDS pour le Rwanda, 2005, EDS pour la Tanzanie, 2004, EDS pour l'Ouganda, 2006

* Femmes *donnant* ou *recevant* de l'argent, des cadeaux ou des faveurs contre des faveurs sexuelles

Ces données révèlent ce qui suit :

- Les pays ne collectent pas tous de manière systématique les données démographiques sur le troc sexuel
- La prévalence des rapports sexuels contre paiement varie de manière considérable et est très élevée en Tanzanie
- L'emploi du préservatif lors des rapports sexuels contre paiement n'est toujours pas "la règle".

⁴⁶ Coté et al. (2004). Transactional sex is the driving force in the dynamics of HIV in Accra, Ghana. *Sida*, 18(6):917-925.

⁴⁷ Lowndes CM et al. (2003). Male clients of female sex workers in Cotonou, Benin (West Africa): contributions to the epidemics of HIV and effect of targeted interventions. 15th Biennial Congress of the International Society for Sexually Transmitted Diseases Research, Ottawa, juillet 2003 [résumé 0729]

⁴⁸ Chen et al. (2007). Sexual Risk Factor for HIV infection in early and advanced HIV epidemics in Sub-Saharan Africa: systematic overview of 68 epidemiological studies. *PLoS ONE* (www.plosone.org), octobre 2007, no 10.

3.10 EN RESUME

Que savons nous de l'épidémie de VIH dans les six pays de la GLIA ?

- L'épidémie de VIH dans les pays de la GLIA se présente sous des formes très diverses, avec des taux de séroprévalence atteignant jusqu'à 15,1 % (province de Nyanza, au Kenya) et 13,5 % (région de Mbeya, en Tanzanie) et descendant jusqu'à 0,6 % (Zanzibar) et 0 % (province Nord-Est du Kenya)
- Les épidémies se stabilisent, voire même reculent, de manière particulièrement évidente en Ouganda, au Kenya, au Rwanda et dans les zones non urbaines de Tanzanie. Les tendances et phases de l'épidémie sont moins claires en RDC et au Burundi, en raison du manque de données (les enquêtes de 2007 sur les bio-comportements dans ces deux pays devraient être source de données de qualité).
- Certaines épidémies sont relativement bien comprises en raison de la disponibilité de données récentes sur la prévalence et les comportements de la population générale et des analyses épidémiologiques continues (par exemple au Kenya).
- D'autres épidémies sont moins bien comprises en raison du manque de données démographiques de séroprévalence (notamment en RDC).
- Selon les données disponibles, les populations les plus à risque jouent un rôle important dans le développement de l'épidémie, et les rapports sexuels à risque et sans protection, et dans une certaine mesure, le commerce du sexe, demeurent des facteurs qui contribuent de manière importante à la poursuite de la transmission du VIH.

4. RÉSULTATS : POPULATIONS VULNERABLES DANS LA RGL

4.1 QUELLES SONT LES POPULATIONS VULNERABLES AU SEIN DE LA RGL ?

Il est important de reconnaître la différence entre facteurs de vulnérabilité d'une part et facteurs de risque d'infection par le VIH de l'autre. Les sous-groupes de populations ayant déjà enregistré une forte séroprévalence sont souvent décrits comme les **populations à haut niveau de risque**. D'un autre côté, les **populations vulnérables** n'ont pas toujours une forte séroprévalence, mais elles sont considérées comme étant vulnérables en raison de leur statut au sein de la société. Les sous-groupes de populations telles que les travailleuses du sexe sont à la fois vulnérables au VIH (en raison de l'ostracisme et de la discrimination dont elles font l'objet) et enregistrent une forte séroprévalence (en raison de leur exposition élevée au VIH). Les sous-groupes de populations tels que les femmes au foyer, par exemple, peuvent être vulnérables à l'infection par le VIH parce qu'elles ne parviennent pas à influencer les comportements de leurs époux ; cependant, elles n'enregistrent pas à l'heure actuelle des taux de séroprévalence disproportionnés.

Il existe différentes raisons qui font qu'une personne est plus vulnérable à l'infection par le VIH. D'une part, certains particuliers ou sous-groupes de population ne disposent pas d'informations sur la prévention du VIH et/ou le traitement du sida. D'autres n'ont pas les moyens de mettre en application les comportements nécessaires (par exemple les travailleuses du sexe n'ont pas forcément les moyens d'exiger de leurs clients qu'ils utilisent des préservatifs), ou n'ont pas accès aux services de prévention ou de traitement (par exemple, une personne vit peut-être dans une région où les ART ne sont pas vraiment disponibles). La vulnérabilité peut donc influencer non seulement le risque d'infection par le VIH mais aussi la pathogénèse de la maladie et son développement en déterminant notamment qui a accès aux CDV, qui reçoit des ART en temps voulu et qui fera l'objet d'un ostracisme et d'une marginalisation renforcés.

Au début de l'épidémie, Zwi et Cabral (1991) ont identifié cinq manières dont les populations peuvent atteindre un niveau de risque élevé pendant les conflits de faible intensité : les déplacements, les activités militaires, les troubles de l'économie, les tensions d'ordre psychologique et l'intensification des migrations⁴⁹. Cette analyse examine d'une nouvelle perspective cette proposition et présente les informations les plus à jour sur les principaux facteurs de vulnérabilité et de risque d'infection par le VIH dans la Région des Grands Lacs.

Le tableau 8 résume les populations vulnérables identifiées par la documentation disponible.

⁴⁹ Zwi AB & Cabral AJ (1991). Identifying 'high risk situations' for preventing AIDS. *BMJ*, 303(6816):1527-9.

Tableau 8. Populations vulnérables identifiées et fréquence de leur mention, par pays

Population	Burundi	RDC	Kenya	Rwanda	Tanzanie	Ouganda	Total
Serveurs de bar / Vendeurs d'alcool	0	0	3	0	3	0	6
Pêcheurs /Communautés de pêcheurs	0	0	4	0	0	3	7
Population générale / hommes	7	5	8	10	11	12	53
Prestataires de services de santé	0	0	2	2	1	0	5
PDIP / communautés d'accueil / rapatriés	1	2	0	0	0	6	9
Utilisateurs de drogues (injectables)	0	0	4	0	2	2	8
Travailleurs migrants	0	0	0	1	1	1	3
Militaires / Combatants / Casques bleus	0	3	0	0	0	3	6
Hommes ayant des rapports sexuels avec des hommes	0	0	1	0	0	1	2
Patients	0	2	0	0	2	2	6
Personnes vivant avec le VIH (PVVIH)	5	4	3	4	4	6	26
Police / Gendarmerie / Douaniers	0	0	0	0	0	1	1
Prisonniers	2	0	4	2	2	2	12
Réfugiés / communautés d'accueil / rapatriés	0	0	2	2	7	6	17
Communautés rurales	0	0	1	0	8	3	12
Travailleuses du sexe et leurs clients	2	5	12	1	2	1	23
Chauffeurs routiers / mécaniciens	0	2	9	0	4	0	15
Victimes de violence sexospécifique	0	1	1	0	6	3	11
Femmes	3	6	5	0	6	5	25
Ouvriers y compris les mineurs	1	2	3	0	3	1	10
Jeunes / Adolescents / Enfants / OEV	3	6	7	1	4	6	27

NOTE : nous n'indiquons pas ici des documents couvrant plusieurs groupes de population dans divers pays de la GLIA

Il convient de remarquer du résumé qui précède que :

- **Pour certains groupes de populations vulnérables, il est difficile d'identifier les données et les informations pertinentes.** Ceci inclut notamment les vendeurs ambulants, les domestiques, les policiers, les mineurs et les enfants kidnappés. Aucune information spécifique sur le VIH n'a pu être obtenue sur les groupes extrêmement vulnérables que sont les personnes victimes du trafic des êtres humains –les hommes, les femmes et les enfants soumis au travail forcé ou à l'exploitation sexuelle.
- **Il existe un chevauchement considérable entre les différentes populations vulnérables, c'est à dire qu'une personne peut appartenir à plus d'un groupe.** Une vendeuse d'alcool peut aussi être une PDIP et une travailleuse du sexe, un chauffeur routier longue distance peut également être un travailleur migrant, et une victime de la violence sexospécifique peut également être une adolescente. Les personnes passent d'une tranche d'âge spécifique à une autre, d'un groupe professionnel à un autre, d'un groupe géographique à l'autre – les gens sont mobiles, ils se déplacent d'un pays à l'autre, ils changent la manière dont ils gagnent leur vie, et peuvent avoir contracté l'infection par le VIH pendant qu'ils appartenaient à un groupe de population spécifique auquel ils n'appartiennent plus au moment de leur recensement et des tests.
- **Certains groupes de population partagent des caractéristiques spécifiques.** Par exemple, vivre loin de son foyer pour des raisons de mobilité (chauffeurs routiers, membres de forces armées, pêcheurs), courir des risques à caractère professionnel (mineurs, chauffeurs routiers, travailleuses du sexe), avoir des antécédents de violence (femmes victimes de violence

sexuelle, réfugiés, combattants), ou être clients de travailleuses du sexe (chauffeurs routiers, policiers, commerçants).

- **L'estimation des effectifs des populations vulnérables n'est pas toujours calculé par une agence quelconque du pays et les données sont souvent insuffisantes ou incomplètes.** Par exemple, les groupes professionnels comme les pêcheurs et les chauffeurs travaillent essentiellement dans le secteur informel et sont rarement recensés ou représentés par un syndicat. Les typologies des travailleuses du sexe suggèrent qu'il en existe différentes catégories, des femmes travaillant dans les maisons de passe aux femmes à faible revenu qui se prostituent de temps à autre en échange pour de l'argent ou des cadeaux – tout ceci rendant les recensements pratiquement impossible.
- **Les techniques de cartographie ne sont pas suffisamment utilisées pour permettre une représentation spatiale de la corrélation des données.** Une exception positive est celle de la cartographie détaillée du Couloir Nord des autoroutes africaines (Africa Highway Northern Corridor), qui est un bon exemple pratique de recherche formative.
- **Les six pays ont des zones frontalières communes, ils ont également de vastes régions en bordure de la RGL.** Il s'agit notamment des îles de Zanzibar et de Pemba de l'océan Indien, du Nord aride du Kenya, ou de certaines régions de la RDC qui présentent des zones inaccessibles et plus de cours d'eaux navigables que les autres pays d'Afrique.

L'équipe chargée de l'étude a préparé une liste des principales populations vulnérables aux fins d'analyse détaillée, en appliquant les critères de sélection suivants à la liste des populations du tableau 8 :

1. Les populations dont les vies sont affectées par des questions spécifiques caractéristiques de la RGL – mobilité (volontaire ou forcée), conflit et violence.
2. Les populations qui, selon les résultats épidémiologiques, contribuent de manière marquée à la transmission continue du VIH.
3. Les populations dont les nombres, la séroprévalence, le profil de vulnérabilité et les facteurs de risque d'infection par le VIH sont connues ou peuvent être estimés à partir de la documentation disponible.
4. L'importance universelle des populations avec un taux élevé de changement de partenaire sexuel(le). Les travaux récents de Chen et al.⁵⁰ ont révélé que les personnes ayant ce genre de comportement – par exemple les travailleuses du sexe et leurs clients – sont des moteurs importants de l'épidémie, quelle que soit la phase de cette dernière.
5. Une connaissance générale des taux d'infection proportionnellement plus élevés chez les femmes que chez les hommes (exigeant un renforcement des efforts portant sur les femmes comme populations vulnérable).

Sur la base de ces facteurs, l'équipe chargée de l'étude a opté pour une discussion plus poussée des groupes de population suivants :

⁵⁰ Chen et al. (2007). Sexual risk factor for VIH infection in early and advanced HIV epidemics in Sub-Saharan Africa: systematic overview of 68 epidemiological studies. PLoS ONE (www.plosone.org), octobre 2007, no 10

• Les populations ayant des occupations mobiles :	Les chauffeurs routiers sur longue distance Les pêcheurs des deux sexes Les membres des forces armées et autre personnel en uniforme
• Les interactions avec les personnes ayant des occupations mobiles :	Les travailleuses du sexe
• Les populations ayant une expérience spécifique des conflits, de la criminalité et de la violence :	Les réfugiés, PDIP, populations d'accueil et rapatriés* Les prisonniers Les femmes victimes de violence sexuelle et sexospécifique
* Ces populations sont également mobiles / déplacées	

Le reste du présent chapitre indique les données sur les effectifs de chacune de ces populations, l'épidémiologie du VIH et les comportements sexuels ; il résume ensuite la effectif des populations, leur vulnérabilité et les facteurs de risque du VIH pour l'ensemble de ces populations.

4.2 CHAUFFEURS ROUTIERS SUR LONGUE DISTANCE

En Afrique de l'Est, les premiers résultats des études de surveillance ont révélé une forte corrélation entre la séroprévalence et les sites placés le long des axes de transport routier. Au fur et à mesure que s'est répandue l'épidémie, le VIH s'est diffusé vers l'extérieur à partir des foyers originaux le long des principaux axes routiers, vers les agglomérations principales d'abord, puis vers les zones rurales.

Deux types d'enquêtes axées sur les transporteurs routiers ont été organisés par la GLIA : une identification des escales le long des principaux axes routiers régionaux (1999), et une évaluation de la situation des services médicaux au niveau des principaux relais routiers le long des axes régionaux, réalisée en 2006 par l'OIM et l'ONUSIDA.⁵¹ Certaines des données tirées de l'évaluation ont été insérées dans la présente analyse de données (Cf. l'Annexe Id).

Effectifs de population

Tableau 9. Données sur la population des chauffeurs routiers pour les pays de la GLIA

	Population totale (2007)	Nombre estimé de chauffeurs routiers
Burundi	8.390.505	13.138
RDC	65.751.512	102.954
Kenya	36.913.721	57.800
Rwanda	9.907.509	15.513
Tanzanie	39.384.223	61.668
Ouganda	30.262.610	47.385
Total	190.610.080	298.458

Sources : Nombre de chauffeurs routiers kenyans, tiré de Kissling et al (2005). Toutes les autres données sur les effectifs de population de chauffeurs routiers ont été extrapolées à partir de la population totale, en utilisant la même proportion de chauffeurs routiers kenyans par rapport à la population kenyane totale (méthodologie de Kissling et al. 2005).

⁵¹ OIM.ONUSIDA/GLIA (2006). Long-distance Truck Drivers' Perceptions and Behaviors Towards STI/HIV/TB and Existing Health Services in Selected Truck Stops of the Great Lake Region: a Situation Assessment

Il existe une incertitude considérable quant au calcul des estimations du nombre de chauffeurs routiers, en particulier pour la RDC : le pays a un degré d'urbanisation plus élevé que les autres pays de la GLIA (on pourrait donc s'attendre à un nombre plus élevé de chauffeurs routiers), mais le réseau routier est de très mauvaise qualité, avec à peine 2.250 km de chaussée à revêtement toutes saisons.

Épidémiologie du VIH et mobilité

Les chauffeurs routiers, souvent frappés d'ostracisme et considérés comme un "groupe central de vecteurs", ont fait l'objet d'une étude au tout début de l'épidémie, en particulier au Kenya et en Ouganda, où les enquêtes réalisées le long des autoroutes ont observé des taux systématiquement élevés d'infection par le VIH au sein de la population des chauffeurs routiers sur longue distance. Morris et Ferguson (2006) ont récemment utilisé –aux fins de modélisation—une valeur de 20 % pour estimer les taux de séroprévalence au sein de la population de transporteurs routiers.

Tableau 10. Séroprévalence au sein de la population des chauffeurs routiers et prévalence moyenne

Site	Échantillon	% VIH+	Année	Taux national de séroprévalence
RDC	Chauffeurs routiers et mécaniciens	4,9 %	2006	n.d.
RDC – Ouest	Chauffeurs routiers	3,3 %	2006	n.d.
Kenya : fleuve Athi	Chauffeurs routiers	27 %	1994	6,7 % (2003)
Kenya : Mariakani	Chauffeurs routiers et mécaniciens	26%	1995	6,7 % (2003)
Kenya	Employés des sociétés de transport routier	18 %	1999	6,7 % (2003)
Kenya : autoroute Mombasa-Nairobi	Chauffeurs routiers	27 %	1992	6,7 % (2003)
Kenya : Mombasa	Ouvriers des sociétés de transport routier	18 %	1997	6,7 % (2003)
Séroprévalence moyenne		18 %		

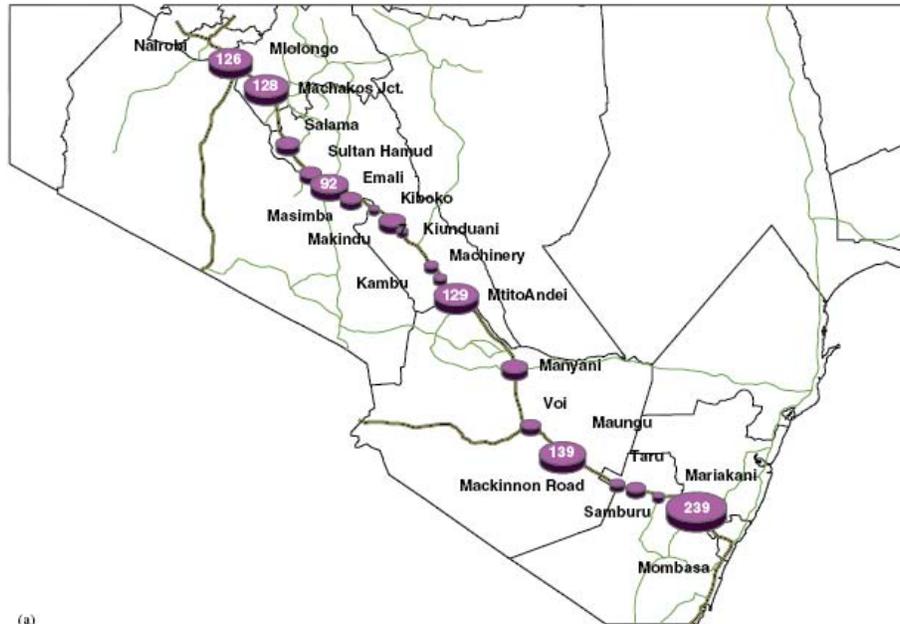
Sources : PNMLS (2006) *Enquête de surveillance comportementale en RDC, volume 2* ; Bwayo J et al. (1994) *Human immunodeficiency virus infection in long-distance truck drivers in East Africa. Arch Intern Med, 154:1391–1396* ; Mbugua GG et al. (1995). *Epidemiology of HIV infection among long distance truck drivers in Kenya. East Afr Med J, 72:515–518* ; Rakwar J et al. (1999). *Cofactors for the acquisition of HIV-1 among heterosexual men: prospective cohort study of trucking company workers in Kenya. Sida, 13:607–614*; Job B et al. (1992). *HIV infection in long distance truck drivers in Kenya: seroprevalence, seroincidence, and risk factors. Conférence internationale sur le sida 1992, résumé ThC1514*; Jackson DJ et al. (1997). *Decreased incidence of sexually transmitted diseases among trucking company workers in Kenya: results of a behavioural risk-reduction programme. Sida, 11(7):903-9.* (Le taux de séroprévalence des chauffeurs routiers à Kampala observé par Carswell JW et al. en 1989 n'a pas été utilisé dans les calculs) ; EDS pour le Kenya (2003)

Une étude récente du corridor de transport entre le port de Mombasa et Kampala a révélé le nombre élevé de travailleuses du sexe disponibles dans les relais routiers et le nombre élevé de nouvelles infections par le VIH projetées au sein de la population des travailleuses du sexe et de leurs clients.⁵² Les cartes préparées par le même projet sont présentées à la figure 7.

⁵² Morris CN & Ferguson AG (2006). Estimation of the sexual transmission of HIV in Kenya and Ouganda on the trans-Africa highway: the continuing role for prevention in high risk groups. *Sex Transm Infect, 82:368-71.*

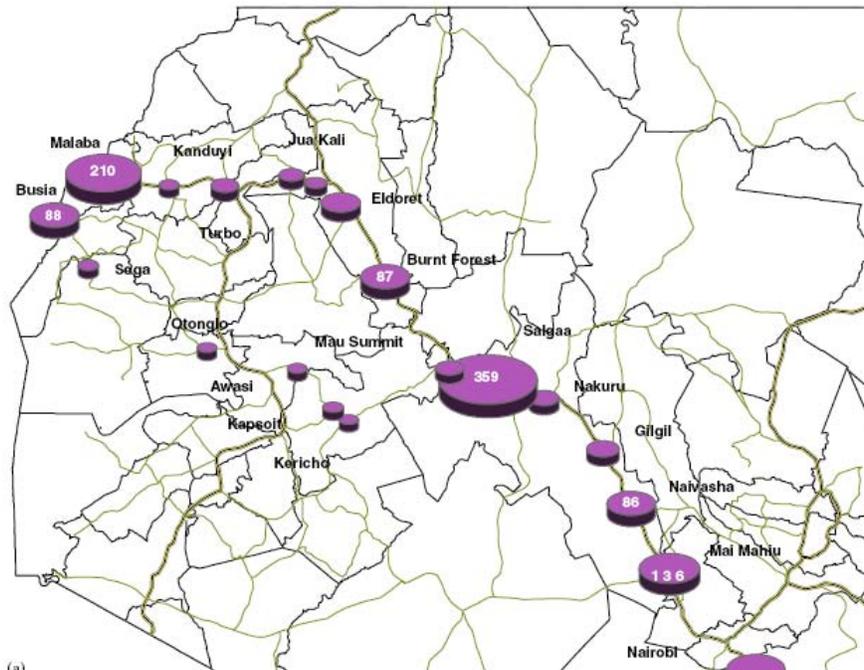
Figure 7. Nombre moyen de camions de passage : (a) Mombasa-Nairobi, (b) Nairobi-frontière ougandaise

(a)



(a)

(b)



(a)

Source : Ferguson AG & Morris CN (2007). Mapping transactional sex on the Northern Corridor highway in Kenya. *Health & Place*, 13:504-519.

Rakwar et al. (1999) ont observé un taux annuel d'incidence du VIH de 3,1 % au sein de l'étude prospective de cohorte des employés de sociétés de transport routier au Kenya. Deux facteurs à caractère professionnel connexes, l'emploi comme chauffeur ou mécanicien et le temps passé sur

la route, constituent des facteurs de risque de séroconversion. Baeten et al. (2005) ont remarqué que le taux de séroinfectiosité des chauffeurs routiers par contact le plus élevé était pour ceux qui voyagent 14 jours par mois.⁵³

Données sur les comportements sexuels

Les seules données récentes sur les comportements sexuels (BSS) des chauffeurs routiers identifiées dans le cadre de la présente analyse proviennent de la RDC (PNMLS, 2006). Globalement, 48 % des chauffeurs routiers et des mécaniciens ont déclaré avoir eu des rapports sexuels avec des partenaires rémunérées au cours des 12 derniers mois. Seuls 30 % des personnes sexuellement actives ont déclaré avoir jamais utilisé un préservatif. 28 % n'avaient jamais été testés pour le VIH, et 17 % avaient bénéficié d'une formation par leurs pairs. Une étude des comportements sexuels à risque par les adolescents dans les relais routiers (Malaba, Mashinari et Sachangwan) a enregistré des niveaux extrêmement élevés de comportements à risques.⁵⁴ Les filles de 15 à 17 ans ont déclaré avoir en moyenne 15 partenaires sexuels pendant leur vie, y compris des chauffeurs de camions, alors que pour les garçons, le nombre moyen de partenaires sexuels pendant leur vie était de 12, y compris des travailleuses du sexe dans les relais routiers. 54 % des filles et 35 % des garçons ont déclaré avoir jamais eu recours au préservatif.

Certaines autres données de nature qualitative disponibles ont révélé l'ampleur des interactions entre les chauffeurs routiers et les travailleuses du sexe, notamment :

- Mbugua (2000) prend l'exemple d'un relais routier populaire appelé Mdaula, situé le long de l'autoroute de Morogoro en direction du sud de la Tanzanie.⁵⁵ Le soir, le relais routier de Mdaula devient un centre animé et tous les bars, les gîtes, les travailleuses du sexe et les serveurs de bar font de bonnes affaires lorsqu'arrivent les centaines de chauffeurs routiers et leurs mécaniciens. Ce centre attire des jeunes femmes des zones rurales, souvent des jeunes ayant abandonné leurs études, qui offrent des faveurs sexuelles rémunérées aux membres relativement bien payés du groupe des professionnels du transport, chauffeurs, mécaniciens, et autres commerçants.
- Haour-Knipe et al. (1999) remarquent qu'un chauffeur routier peut offrir des services de transport (en particulier aux femmes) pour égayer la monotonie d'un long trajet, et ces services sont généralement fournis en échange de faveurs sexuelles.⁵⁶
- "Il me faut trois (3) mois pour charger ma cargaison à Mombasa et la livrer au Burundi. Je ne peux franchement pas survivre tout ce temps sans une femme en route, alors j'ai une professionnelle du sexe à Mombasa, une à Kisumu et une à Kampala. Ce sont les endroits où

⁵³ Baeten JM et al. (2005). Female-to-male infectivity of HIV-1 among circumcised and uncircumcised Kenyan men. *JID*, 191:546-553.

⁵⁴ Nzyuko S et al. (1996). Adolescents high-risk sexual behaviour along the trans-Africa highway in Kenya. *Conférence internationale sur le sida 1996*, 11:140, résumé MoC1487.

⁵⁵ Mbugua I (2000). *Keeping on Truckin' – but Playing it Safe*. Daily Nation Newspaper - Special report.

⁵⁶ Haour-Knipe M et al (1999). *Interventions For Workers Away From their Families* in *Preventing HIV in Developing Countries: Biomedical and Behavioural Approaches*, edited by Gibney et al. Press, New York 1999

je fais escale pendant une, voire plusieurs semaines, pendant les formalités de dédouanement", déclare un routier kenyan.⁵⁷

- Une récente étude du corridor de transport entre le port de Mombasa et Kampala a révélé la présence de quelque 8.000 prostituées sur cet axe routier, et projette 3.000 à 4.000 nouveaux cas de séropositivité sur cet axe routier chez les travailleuses du sexe et leurs clients.⁵⁸
- "8.000 routiers travaillent sur le couloir nord de l'Afrique de l'Est, et leur salaire mensuel est de l'ordre de l'équivalent de US\$150. 7.000 travailleurs du sexe offrent leurs services le long de cet axe routier, au tarif moyen de US\$2 par client. Il existe 300 travailleuses du sexe établies au niveau du poste frontière de Malaba entre le Kenya et l'Ouganda". David Browne, Highway of Hope.⁵⁹
- Une étude de l'ITF sur le VIH-sida et les transporteurs routiers en Ouganda réalisée en 1999 a révélé que le taux de séropositivité des travailleuses du sexe des relais routiers en Ouganda atteignait 76 %.⁶⁰ Une étude réalisée des routiers en Tanzanie a également noté que l'usage du préservatif avec les travailleuses du sexe régulières était très faible, dans la mesure où ces dernières sont traitées comme des partenaires de confiance ou des "épouses", avec lesquelles l'emploi du préservatif est inacceptable car il revient à un manque de confiance.⁶¹
- Les syndicats de transporteurs soulignent que l'un des principaux facteurs causant la propagation du VIH est le temps qu'il faut parfois pour franchir un poste frontière : *"Tous les délais bureaucratiques imposés par les différentes agences – et, dans bien des pays, tous les pots-de-vin qui doivent être payés – font que les routiers perdent plusieurs jours aux postes frontières. Ils sont alors plus susceptibles de se rendre chez les travailleuses du sexe ou de pratiquer d'autres comportements malsains. Des communautés toute entières se développent à proximité des principaux postes frontières pour répondre aux besoins des transporteurs routiers."*⁶²

Autres travailleurs du secteur des transports

On ne dispose d'aucune autre donnée sur les autres travailleurs du secteur des transports (autres que les chauffeurs routiers sur longue distance), leur taux de séroprévalence et leur niveau de risque d'infection par le VIH, et ce en dépit de l'augmentation marquée du nombre de ces travailleurs, par exemple l'industrie informelle des taxis⁶³ ; les opérateurs informels de société de

⁵⁷ Voeten H et al. (2002). Clients of female sex workers in Nyanza Province, Kenya. *Sex Trans Dis* 2002, 29:8, 444-452.

⁵⁸ Morris CN & Ferguson AG (2006). Estimate of the sexual transmission of HIV in Kenya and Ouganda on the trans-Africa highway: the continuing role for prevention in high risk groups. *Sex Transm Infect*, 82:368-71.

⁵⁹ <http://www.itfglobal.org/HIV-Aids/agenda1-hwy.cfm>

⁶⁰ Ouma NM et al. (2002). HIV-Aids prevention and care for transport workers in Ouganda. Conférence internationale sur le sida, 7-12 juillet 2002 ; no ThPeF8071.

⁶¹ Laukamm-Josten U et al. (2000). Preventing HIV infection through peer education and condom promotion among truck drivers and their sexual partners in Tanzania, 1990–1993. *Aids Care* 2000; 12:27–40

⁶² ITF. HIV-Aids: Transport workers take action. <http://www.itfglobal.org/files/seealsodocs/324/VIH%20Daid.pdf>

⁶³ "Reaching out to informal workers" <http://www.itfglobal.org/transport-international/ti24-informal.cfm> (consulté le 16 octobre 2007)

camionnage ; les personnes employées sans contrats formels par des opérateurs informels de sociétés de camionnage, les travailleurs indépendants qui survivent en transportant des ordures ou des bagages, en réparant des pneus, en vendant de l'essence, etc., et des femmes qui préparent et vendent de la nourriture aux passagers, nettoient ou vendent de l'essence.

Résumé des conclusions : chauffeurs routiers

Tableau 11. Chauffeurs routiers – Effectifs de population, vulnérabilité et facteurs de risque d'infection par le VIH

Chauffeurs routiers – Effectifs estimés de population dans les pays de la RGL = 298.458	
Chauffeurs routiers : Facteurs de vulnérabilité	Chauffeurs routiers : Facteur de risques d'infection par le VIH
<ul style="list-style-type: none"> • Longue séparation des conjoints et de la famille • Horaires de travail peu réalistes, travail monotone • Solitude & isolement, atténuées par la fourniture de services de transport aux gens • Risques de la route (accidents, vols) • Travail dans des environnements pauvres et isolés avec des installations inadéquates • Accès facile à l'alcool, stress menant à un abus d'alcool ou de drogues • Disponibilité de fonds à répartir • Long retards frustrants aux postes frontières et aux points de contrôle des douanes • Harcèlement / stigmatisation par la police, les garde-frontières, etc. • Absence d'une infrastructure sanitaire où les transporteurs routiers en ont besoin, les poids lourds ne peuvent accéder aux installations en-dehors de l'artère principale • Stigmatisation et discrimination par les employeurs, faible protection juridique • Culture machiste 	<ul style="list-style-type: none"> • Partenaires occasionnels et concomitants • Les professionnelles régulières du sexe sont traitées comme des épouses, avec faible utilisation du préservatif • L'utilisation du préservatif n'est pas systématique • Peu d'utilisation du préservatif avec les partenaires régulier(ère)s et des conjoints • Accès limité aux services réguliers de prévention du VIH, y compris les CDV • Facilité des relations sexuelles occasionnelles • L'environnement autour des postes frontières répond aux besoins sexuels des transporteurs routiers, avec la présence de maisons de passe, de tavernes et de bars • Contexte de violence sexuelle et de harcèlement • Les femmes demandent à être transportées et payent avec des faveurs sexuelles

4.3 PECHEURS, HOMMES ET FEMMES

La pêche en eau de mer et sur les cours d'eau intérieurs est un facteur qui contribue fortement au développement des communautés côtières, en bordure de lacs et de rivières et aux économies nationales de la RGL. Les pêcheries jouent souvent le rôle de "moteurs de la croissance" à l'échelle locale en amenant l'économie de marché aux zones rurales isolées. La présente analyse fait la distinction entre les pêcheurs hommes et femmes (hommes et femmes participant aux opérations de pêche à proprement parler), les "travailleurs de la pêche" (c'est à dire toute personne participant à la pêche, au commerce de la pêche et à la transformation des produits de la pêche) et les personnes qui vivent dans les communautés qui subsistent grâce à la pêche (toute personne qui réside dans un port, un village ou une station de débarquement du poisson où la pêche est un des métiers de premier plan).

Il existe plusieurs différents types de pêcheurs. Certains partent en mer pour quelques jours à la fois, d'autres pendant plusieurs semaines voire plusieurs mois. Certains travaillent depuis leur port d'attache, d'autres viennent d'ailleurs pour chercher du travail dans des ports de pêche plus vastes. Ceux qui partent en mer pendant plusieurs mois font escale dans d'autres ports dans leur propre pays ou dans d'autres pays de la région. Certains pêcheurs travaillent à plein temps dans des pêcheries industrielles et s'organisent en unités (par exemple les pêcheurs burundais sur le Lac Tanganyika sont organisés en groupes de 25 à 35 au sein d'une unité de pêche industrielle). D'autres sont des pêcheurs à mi-temps, pour qui la pêche est une occupation secondaire qu'ils pratiquent 10 à 12 jours par mois, pour compléter leurs revenus agricoles. D'autres sont purement des pêcheurs occasionnels. Une équipe de pêcheurs sur un lac intérieur compte généralement 4 à 5 membres. Les unités de pêche sont relativement autonomes dans leur comportement, et la mentalité des pêcheurs est souvent empreinte d'individualisme.

Les données disponibles sur le nombre de travailleurs de la pêche dans la RGL présentent bien des points faibles dus à l'irrégularité des rapports par les différents pays, les différents concepts utilisés pour l'énumération des emplois et à la nature informelle des activités de pêche. Les données spécifiques sur les divers pays figurant à l'Annexe IXa de proviennent de la FAO et des recensements de population –résumé des données au tableau 12.

Effectifs de population

Tableau 12. Données sur les populations travaillant dans le secteur de la pêche des pays de la GLIA

	Population totale (2007)	Nombre estimé de pêcheurs hommes et femmes
Burundi	8.390.505	10.969
RDC	65.751.512	108.400
Kenya	36.913.721	55.176
Rwanda	9.907.509	3.460
Tanzanie	39.384.223	150.865
Ouganda	30.262.610	118.786
Total	190.610.080	447.656

Sources : FI, HSTAT (FAO), Recensement de population 2002 (Tanzanie), recensement de population 2002 (Rwanda) et recensement de population 2002 (Ouganda)

Épidémiologie du VIH et mobilité

Il est connu que la séroprévalence dans certaines des communautés de pêche dans les pays à revenu faible et intermédiaire est assez élevée par rapport aux taux nationaux moyens de séroprévalence – Cf. le tableau 13.⁶⁴ La plupart des études à l'appui de cette assertion concerne les pêcheurs, tout en reconnaissant que les hommes et les femmes qui travaillent dans des occupations connexes comme le commerce du poisson et la transformation des produits de la pêche sont eux aussi vulnérables, en partie parce qu'ils appartiennent souvent aux réseaux sexuels des pêcheurs.

⁶⁴ Allison EH, Seeley JA. Another group at high risk for HIV. Science 2004; 305:1104.

- Les taux de séroprévalence chez les pêcheurs sont élevés : les études effectuées en RDC ont observé 20,3 % (4,2 % au sein de la population générale)⁶⁵, dans la région du Lac Albert en Ouganda 24,0 % (4,1 % dans les villages agricoles voisins)⁶⁶, et 30,5 % au Kenya (6,7 % dans la population générale)⁶⁷ et 25,3 % (et 39,2 % chez les personnes dans la trentaine).⁶⁸
- La prévalence des IST chez les pêcheurs de Kisumu, au Kenya (Bukusi et al 2006) était de 74,3 % pour le HSV-2 et 9,6 % pour la syphilis. L'emploi déclaré du préservatif était de 28,1 % avec une petite amie, 12,5 % avec une partenaire occasionnelle et 3,9 % avec une épouse.
- Une étude longitudinale basée sur les informations des agendas dans la région sud-ouest de l'Ouganda, où des différences significatives des taux de séroprévalence ont été enregistrées entre les zones urbaines et les zones rurales, révélant que les femmes à niveau de risque plus élevé qui vivaient dans le village de pêche et les zones rurales avoisinantes avaient 90 % de leurs contacts avec des hommes locaux.⁶⁹
- Un exercice participatif d'évaluation rurale pour un projet de pêcheries des communautés dans la région de Kagera, sur la rive occidentale du Lac Victoria, en **Tanzanie** a permis aux travailleurs de la pêche de décrire comment le sida affecte la subsistance des communautés d'agriculteurs et de pêcheurs pauvres. *"Sur les rives des lacs et dans les îles, les adultes tombaient malades et mouraient. Cette perte d'hommes et de femmes dans la primeur de l'âge est une cause majeure de tensions économiques et sociales pour les parents seuls, les grand-parents et les orphelins".*⁷⁰

Tableau 13. Séroprévalence au sein des populations de pêcheurs et prévalence moyenne

	Site	% de VIH +	Année	Estimation des taux nationaux de VIH (Cf. le tableau 3)
RDC	Kalemie (partenaires of pêcheurs)	20,3	2001	3,2 %
Kenya	Lac Victoria	25,3	2006	6,1 %
Kenya	Villages de pêcheurs	30,5	2002	6,1 %
Ouganda	Ntoroko	24,0	1992	6,7 %
Séroprévalence moyenne		24,7 %		

Sources : Kambale L (2001). Etude de la séroprévalence de l'infection par VIH dans la zone de santé de Kalemie au Nord Katanga. Kivu : Save the Children/PNLS. <http://www.kongo-kinshasa.de/dokuhommeste/ngo/index.php> (consulté le 7 octobre 2007); Bukusi EA et al. (2006). HIV/IST prevalence & risk among fishermen in Kisumu, Kenya. XVIe Conférence internationale sur le Sida, résumé CDC0248; ONUSIDA(2002), Epidemiological fact sheet Kenya; Kipp W et al. (1995) Prevalence and risk factors of HIV-1 infection in three parishes in western Uganda. Trop Med Parasitol 46:141-146; EDS du Kenya (2003), AIS pour l'Ouganda 2004-2005

⁶⁵ Kambale L (2001). Etude de la séroprévalence de l'infection par VIH dans la zone de santé de Kalemie au Nord Katanga. Kivu : Save the Children/PNLS. <http://www.kongo-kinshasa.de/dokuhommeste/ngo/index.php> (consulté le 7 octobre 2007)

⁶⁶ Kipp W et al. (1995). Prevalence and risk factors of HIV-1 infection in three parishes in western Uganda. Trop Med Parasitol 46:141-146

⁶⁷ Revue dans Kissling E et al. (2005). Fisherfolk are among groups most at risk of HIV: cross-country analysis of prevalence and numbers infected

⁶⁸ Bukusi EA et al. (2006). HIV/STI prevalence & risk among fishermen in Kisumu, Kenya. XVIe Conférence internationale sur le sida, résumé CDC0248.

⁶⁹ Pickering H et al. (1997). Sexual networks in Uganda: mixing patterns between a trading town, its rural hinterland and a nearby fishing village. Int J STD sida 1997; 8:495-500.

⁷⁰ Appleton J. 'At my age I should be sitting under that tree': the impact of Aids on Tanzanian lakeshore communities. Gender Dev 2000; 8:19-27.

De nombreuses populations de pêcheurs sont extrêmement mobiles. Les hommes se déplacent entre les sites de débarquement du poisson et les marchés locaux sur une base quotidienne et saisonnière. Les ouvriers de la transformation des produits de la pêche, les commerçants et les transporteurs – hommes et femmes – se déplacent entre les sites de débarquement. Les marchés régionaux et nationaux et les usines de transformation. D'autres prestataires de services – y compris les travailleuses du sexe – se déplacent avec eux. Ces mouvements et ces réseaux sont susceptibles de jouer un rôle dans la transmission de l'infection entre les zones à séroprévalence plus élevée et moins élevée. Une étude de l'impact du VIH-sida sur la pêche au Kenya⁷¹ a souligné la forte mobilité des travailleurs de la pêche, avec migration vers de nouveaux sites chaque fois que la pêche perdait de son caractère lucratif sur un emplacement donné.

L'étude d'impact au Kenya a défini quatre catégories de personnes qui sont plus susceptibles en raison de leurs stratégies de subsistance, à savoir (a) les équipages de pêche, (b) les propriétaires des bateaux, (c) ceux qui sont engagés dans la vente et la transformation des produits de la pêche, et (d) ceux qui participent au commerce de l'alcool.

Les calendriers de pêche laissent aux **équipages** beaucoup de temps libre :

"Nous mettons les filets la nuit et nous récupérons les prises très tôt le matin. Quand on quitte le lac, on a froid et on veut une femme ou une boisson alcoolisée pour se réchauffer." Pêcheur lors de l'étude au Kenya

Seuls les petites opérations traditionnelles font participer les équipages aux opérations de commercialisation des produits de la pêche. **Les propriétaires des bateaux** de pêche gagnent des revenus relativement élevés de manière régulière, et ils ont beaucoup de temps de libre. Les femmes impliquées dans **la vente et la commercialisation** des produits de la pêche sont tributaires des équipages pour recevoir le poisson, qui est leur principale source de revenus. **Les propriétaires de bars et les marchands de bière**, dont la majorité sont des femmes, sont des groupes relativement peu mobiles. Ils passent le plus clair de leur temps dans des endroits qui, bien souvent, sont aussi des logements. Par suite, un nombre considérable d'entre eux consomme de l'alcool et ont des relations sexuelles avec leurs clients. Cette pratique s'applique aussi apparemment, dans une mesure limitée, aux employés de restaurant et de sites d'hébergement. Des travailleurs migrants viennent au quotidien dans les communautés de pêcheurs qui tirent leur subsistance des rives des lacs mais ne résident pas dans la communauté. Les poissonniers, les industries du poisson, les vendeurs à la criée et les agents des entreprises privées d'exportation résident parfois jusqu'à 30 km des opérations. Avec leurs revenus quotidiens, ces émigrants quotidiens contribuent à une activité économique vibrante autour des zones riveraines.

Données sur les comportements sexuels

On ne dispose d'aucune donnée sur la surveillance des comportements des travailleurs de la pêche. Il existe cependant certaines données qualitatives décrivant la pratique du troc de faveurs sexuelles contre du poisson, décrite dans l'étude de cas ci-dessous.

⁷¹ MoLFD (2004). Étude de l'impact du VIH-sida sur le secteur de la pêche au Kenya et réponses possibles du MoLFD. Rapport final, juillet 2004.

Relations sexuelles, poisson et ostracisme au sein des communautés de pêche au Kenya (étude de cas du DFID)⁷²

La province de Nyanza est en bordure de l'Ouganda et de la Tanzanie, et elle partage les eaux du Lac Victoria avec les deux pays. Ses nombreuses plages, qui sont certains des sites de plus forte infection du VIH et du sida, constituent pour les experts de la santé un problème sans précédent — le système du jaboya de troc de faveurs sexuelles contre du poisson. Bondo Town est une communauté balnéaire dynamique. Presque tout le monde travaille dans l'industrie de la pêche. Les poissons sont pesés sur la plage et transportés par de gros camions. Ruth Anyango, une poissonnière de 50 ans à Uhanya Beach près de Bondo, explique comment est né le système de jaboya. *"La pauvreté sur ces plages est effroyable, ce qui expose les femmes au VIH et au sida. Le système du jaboya est pratiqué de manière très commune. Les pêcheurs viennent d'abord avec leur prise. Mais les poissonniers sont tellement nombreux qu'il n'y a pas assez de marchandises pour tout le monde. Si vous n'avez pas de poisson à vendre, votre commerce s'arrête, alors on est forcé de faire du charme aux pêcheurs pour qu'ils nous donnent du poisson. Je suis devenue poissonnière quand j'étais jeune, et j'ai été obligée d'avoir certains rapports avec eux. Maintenant que je suis adulte, je peux dire non. En 1994, je suis allée faire un test de dépistage du VIH et j'ai appris que j'étais infectée. Depuis cela, je vis de manière positive. Mon mari est mort du sida, j'ai aussi perdu des enfants. Mes enfants survivants sont séropositifs et je dois les aider à vivre de manière constructive."*

Autres populations professionnelles des zones marines et des voies navigables intérieures

Une population de travailleurs migrants présentant bien des similarités avec les populations de pêcheurs qui travaillent en mer et sur les voies navigables intérieures, composée notamment des marins et des matelots. La présente analyse n'a identifié aucune donnée sur ces populations pour la RGL, bien que, étant donné leur niveau de vulnérabilité escompté et leurs comportements sexuels, elles soient susceptibles de représenter un groupe-passerelle important entre les travailleurs du sexe et la population générale. Des données et des rapports nombreux sur les interventions réalisées en Asie du Sud-Est sont disponibles, où les travailleurs migrants sur les voies navigables sont ciblés en tant que groupe à haut niveau de risque. Un rapport en provenance du Vietnam confirme que "la vie maritime n'est pas seulement un métier, c'est un style de vie."⁷³ Dans les états indiens de Jammu et Cachemire, la State Aids Prevention and Control Society considère les marins comme un groupe présentant le même niveau de risque élevé que les travailleuses du sexe, les utilisateurs de drogues injectables et les chauffeurs routiers.⁷⁴

⁷² <http://www.dfid.gov.uk/casestudies/files/africa/kenya-sex-fish.asp>

⁷³ Care Vietnam (2002). Seafarers, their sex partners and HIV-Aids/STDs.

<http://www.un.org.vn/undp/projects/vie98006/Sex%5cMobile%20SeafarersKienGiang.doc>

⁷⁴ Bhat BA (). Knowledge and beliefs about HIV-Aids among youth in Jammu and Kashmir.

http://www.iipsindia.in/abstractfiles/2006831122236_01_B.A_Bhat_paper.doc

*Résumé des conclusions : Pêcheurs des deux sexes***Tableau 14. Pêcheurs des deux sexes – Effectifs de population, vulnérabilité et facteurs de risque d'infection par le VIH**

Pêcheurs, hommes et femmes – Effectifs estimés de la population dans les pays de la RGL = 447.656 (92 % hommes et 8 % femmes)	
Pêcheurs - Facteurs de vulnérabilité	Pêcheurs - Facteurs de risque d'infection par le VIH
<ul style="list-style-type: none"> • Temps passé par les pêcheurs loin du foyer, forte mobilité • Utilisation de l'alcool pour gérer les dangers et le stress de la profession • Profil démographique (surtout très jeunes) • La pêche est une occupation à haut risque susceptible de contribuer à une culture de négation du risque ou de sa confrontation • Accès à des revenus quotidiens en espèces, revenus élevés en période de pêche • Disponibilité des professionnels du sexe dans les ports de pêche • Marginalisation sociale et faible position sociale • Position subordonnée des femmes dans de nombreux villages de pêche • Population difficile à atteindre avec les efforts de prévention de la maladie 	<ul style="list-style-type: none"> • Culture d'hypermasculinité susceptible d'inclure de nombreuses partenaires sexuels • Manque d'accès aux installations et aux médicaments et faible mise en place des services de santé disponibles • Difficile à atteindre avec des mesures adéquates d'atténuation et de traitement du sida • Les camps et les ports de pêche n'ont pas toujours les structures sociales qui restreignent les comportements sexuels présentes dans les communautés de résidence.

4.4 MEMBRES DES FORCES ARMÉES ET AUTRES PERSONNELS EN UNIFORME

Les populations militaires sont composées de membres des forces armées nationales, y compris les contingents de l'armée permanente, de la marine et de l'armée de l'air, les milices et les unités de réserve, et les groupes paramilitaires et les guerrillas. L'expression "personnel en uniforme" regroupe en fait différentes professions – les soldats, les officiers de police, les agents de l'immigration, les douaniers et les gardiens de prison relèvent tous de ce groupe. Ces groupes sont placés sous l'autorité de différents ministères et présentent des schémas de mobilité très diversifiés. Le présent chapitre se concentre avant tout sur les forces armées en raison du manque d'information sur le VIH pour les autres personnels en uniforme (le gouvernement du Kenya a commandité une étude dont les résultats permettront d'estimer les effectifs des personnels en uniforme autres que les forces armées à proprement parler).

Effectifs de population

Tableau 15. Données sur les populations militaires pour les pays de la GLIA

Pays	Population totale (2007)	Armée active	Réserve	Paramilitaire	Total
Burundi ⁷⁵	8.390.505	40.000	0	5.500	45.500
RDC ⁷⁶	65.751.512	83.800	0	1.400	85.200
Kenya ⁷⁷	36.913.721	24.120	0	5.000	29.120
Rwanda ⁷⁸	9.907.509	61.000	0	10.000	71.000
Tanzanie ⁷⁹	39.384.223	27.000	80.000	1.400	108.400
Ouganda ⁸⁰	30.262.610	60.000	0	1.800	61.800
Total	190.610.080	295.920	80.000	25.100	401.020

Jusqu'à présent, l'on a surtout pensé que les niveaux de séropositivité sont plus élevés au sein des forces armées, et peut-être d'autres personnels en uniforme. Cependant, les informations obtenues plus récemment contraignent à une réévaluation de ces idées reçues et recommandent la réalisation d'analyse plus fines, mieux informées par des données empiriques et plus spécifiques au contexte des forces armées.⁸¹

Épidémiologie du VIH et mobilité

Les statistiques sur la séroprévalence sont difficiles à obtenir et il existe peu d'études publiées sur la séroprévalence dans le domaine public, notamment pour les raisons suivantes : certaines forces armées ne souhaitent pas tester les soldats sous les drapeaux ou n'ont pas les moyens de le faire, nombreux sont les soldats qui ne veulent pas être testés, et il existe des questions de sécurité nationale (en particulier la forte réticence à publier des données jugées confidentielles ou délicates⁸²). Selon les résultats empiriques, il semblerait qu'au tout début de l'épidémie en Afrique de l'Est, certaines armées ont été durement frappées par la perte d'officiers due au sida.⁸³ Le premier lien statistique avéré entre soldats et diffusion du VIH a été identifié en Ouganda, où le schéma géographique du sida a été corrélé avec le déploiement des membres de l'Armée de libération nationale de l'Ouganda pendant les six premières années de la guerre civile à la suite du régime d'Idi Amin Dada.⁸⁴

Traditionnellement, les taux de séroprévalence au sein des forces armées au début de l'épidémie auraient été plus élevés que ceux enregistrés dans la population générale. Les estimations des taux de séroprévalence pendant la fin des années 1990 en Afrique étaient notamment 40 à 60 %

⁷⁵ <http://www.nationsencyclopedia.com/Africa/Burundi-ARMED-FORCES.html>, consulté le 16 octobre 2007

⁷⁶ <http://www.nationsencyclopedia.com/Africa/Congo-Democratic-Republic-of-the-DROC-ARMED-FORCES.html>

⁷⁷ http://www.mongabay.com/reference/new_profiles/331.html

⁷⁸ <http://www.nationsencyclopedia.com/Africa/Rwanda-ARMED-FORCES.html>

⁷⁹ <http://www.nationsencyclopedia.com/Africa/Tanzanie-ARMED-FORCES.html>

⁸⁰ <http://www.nationsencyclopedia.com/Africa/Ouganda-ARMED-FORCES.html>

⁸¹ De Waal A (2005). HIV-Aids and the military (issue paper 1), Aids, security and democracy: Expert seminar and policy conference, Clingendael Institute, La Haye, 2-4 mai 2005.

⁸² Whiteside A et al. (2006). Aids, security and the military in Africa: a sober appraisal. African Affairs, 105/419,201-18.

⁸³ De Waal A (2005). HIV-Aids and the military (issue paper 1), Aids, security and democracy: Expert seminar and policy conference, Clingendael Institute, La Haye, 2-4 mai 2005.

⁸⁴ Smallman-Raynor, MR & AD Cliff (1991) Civil War and the Spread of Aids in Central Africa. Epidemiology and Infection 107: 69-80.

des soldats angolais (2,8 % de la population adulte), 10 à 25 % au Congo (Brazzaville) (6,4 % de la population adulte), 4,6 % en Érythrée (2,8 % de la population adulte), 15 à 30 % en Tanzanie (8,1 % de la population adulte) et 50 % au Zimbabwe (25 % de la population adulte). Le Bureau of Census (1999) a présenté des données sur la séroprévalence pour les hommes membres des forces armées et des forces de police entre 1994 et 1999 et déclaré, pour la Tanzanie (forces armées & police, 4 études) une prévalence moyenne de 13,3 % et pour l'Ouganda (forces armées, 3 études) une prévalence moyenne de 27,0 %. Une évaluation des services de renseignements de la défense en Afrique du Sud fixait les taux de séroprévalence au sein des forces armées de la RDC à 50 % en 1999.⁸⁵ Une enquête de nature volontaire incluant 3.000 soldats des forces de défense de l'Ouganda (UDF) et réalisée en 2001 a révélé un taux de séroprévalence de 23 %, un chiffre qui a maintenant été ramené à environ 20 % et est généralement accepté par la plupart des observateurs extérieurs, y compris le Département de la Défense des États-Unis.⁸⁶ Tous les nouveaux candidats à l'UDF doivent maintenant passer un test de dépistage du VIH ; en 2003, le taux d'infection pour l'ensemble des candidats était inférieur de 4,7 % au taux estimé de séroprévalence de la population ougandaise en général (6,7 % en 2005, Cf. le tableau 3).

Cependant, l'on ne dispose pas encore de la réponse définitive concernant la séroprévalence au sein des forces armées. De Waal (2005) et Whiteside et al. (2006) ont remis en cause l'opinion prédominante selon laquelle les taux de séroprévalence actuels au sein des forces armées seraient deux à trois fois supérieurs à ceux des populations civiles. En Afrique subsaharienne, selon De Waal, ceci n'était vrai que lors des premiers stades de l'épidémie. De Waal (2005) explique comme suit les raisons pour lesquelles, dans le contexte d'une épidémie généralisée dans la population hétérosexuelle, les forces armées devraient présenter des taux de VIH comparables sinon inférieurs à ceux de la population générale :

- Au sein de forces armées tirant l'essentiel de leurs effectifs du service militaire ou de la conscription, ou composées avant tout d'une infanterie, la majorité des soldats seront de jeunes hommes âgés de 18 à 25 ans, et venant avant tout des régions rurales. Les taux de séropositivité au sein de ce sous-groupe de population sont inférieurs à ceux enregistrés au sein de la population adulte générale, y compris chez les jeunes femmes de la même tranche d'âge. Ce **facteur démographique** est la principale raison laissant présumer un taux inférieur de séroprévalence.
- La plupart des unités militaires sont mal payées, immobiles et postées dans des régions isolées pendant de longues périodes. Le stéréotype du soldat hypersexualisé, agressif, mobile et bien payé est souvent un mythe. D'aucuns suggèrent que les garnisons attirent des groupes de prostituées qui se consacrent exclusivement aux soldats, et que ces dernières ont leur propre hiérarchie qui imite les grades de l'armée. Ainsi, les subalternes frayent avec un groupe alors que les officiers en préfèrent un autre. Ceci semble impliquer l'existence d'un **réseau sexuel relativement clos** pour les soldats de rang subalterne (avec a priori des taux peu élevés de séroprévalence) et les travailleurs du sexe. Ces conditions ne sont pas propices à la transmission accélérée du VIH.

⁸⁵ Heineken L (2001). Living in terror: The looming security threat to Southern Africa. African Security Review, 10, 4

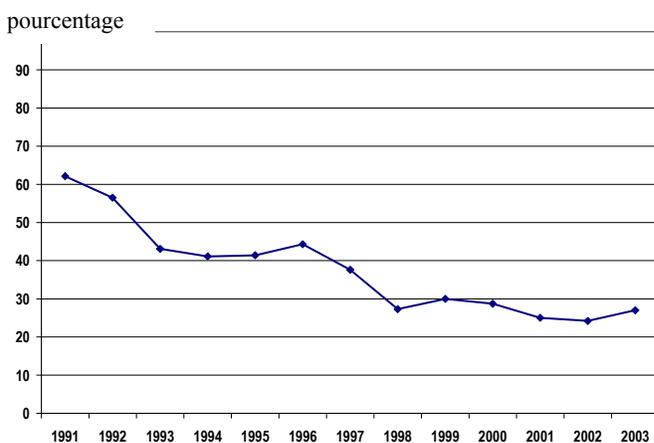
⁸⁶ International Crisis Group (2004). HIV-Aids as a security issue in Africa: Lessons from Uganda. ICG Issues Report N°3, Kampala/Bruxelles

- Nombreuses sont les armées qui testent leurs recrues et rejettent les candidats jugés physiquement inaptes au service. Les tests de dépistage du VIH font de plus en plus partie de ces examens médicaux, et un résultat positif au VIH est motif de rejet d'une recrue potentielle. Au sein de plusieurs forces armées, les tests de dépistage du VIH sont également obligatoires pour le renouvellement des contrats, les promotions ou tout entraînement ultérieur. **Ces procédures de test et sélection de candidats séronégatifs** signalent que les nouvelles recrues et les jeunes soldats ont des taux de séropositivité inférieurs à ceux de leurs homologues dans la population civile.

L'approche suivie par De Waal et Whiteside tranche par rapport à l'opinion prévalente, qui affirme que les soldats sont plus susceptibles de devenir séropositifs ou de contracter d'autres IST. En effet, ils sont postés loin de leurs partenaires régulières ; ils font l'objet de pression par leurs pairs, de pression et échappent au contrôle du comportement exercé par leur famille et leur communauté ; leur système de valeurs encourage dans certains cas les comportements à risque ; ils se retrouvent parfois "riches" dans un environnement pauvre ; et ils peuvent être blessés lors de combats et risquent une exposition à du sang non testé, que ce soit par contamination directe ou par transfusion.⁸⁷

Les tendances de la prévalence au sein des forces armées semblent cependant en baisse. Selon un rapport, dans certains pays, les taux d'infection par le VIH au sein des forces armées demeurent peu élevés ou ont commencé à diminuer, pour des raisons diverses.⁸⁸ Les données sur la prévalence au sein de l'UDF sont les seules obtenues par l'équipe chargée de l'étude pour la présente décennie pour les six pays de la GLIA. Les tendances observées dans les dispensaires de CDV pour les soldats de l'UDF sont illustrées à la figure 8.

Figure 8. Trends of Séroprévalence in the Ugandan military 1991-2003



NOTE : Le graphique représente les tendances enregistrées dans les cliniques de CDV pour les soldats de l'UDF. Ces données émanant des sites de CDV surestiment dans certains cas les taux réels de séroprévalence, dans la mesure où elles portent sur un sous-groupe de soldats ne souhaitant peut-être pas révéler leur séropositivité. Aucune information sur les effectifs de l'échantillon n'était disponible.

Source : Bwire GS & Musingunzi (2004), *XVe Conférence internationale sur le sida, résumé MoPeC3457*

⁸⁷ ONUSIDA (1998). "Aids and the military", UNAIDS Best Practice Collection, mai 1998.

⁸⁸ Healthlink Worldwide (2002). *Combat Aids: HIV and the World's Armed Forces*.

Données sur les comportements sexuels

La comparaison des données disponibles sur les comportements sexuels pour le Burundi et la RDC révèle des fluctuations considérables de ces comportements et des profils de risque entre les membres des services en uniforme d'un pays à un autre et au sein du même pays – comme l'indique le tableau 16.

Tableau 16. Comparaison des données sur les comportements sexuels pour le Burundi et la RDC

Comportements sexuels	Burundi	RDC
Ayant eu des relations sexuelles au cours des 12 derniers mois	45% (soldats), 53 % (agents de police), 78 % (gendarmes)	90 %
Ayant eu plus d'un partenaire au cours des 12 derniers mois	7 %	41 %
Ayant eu des relations sexuelles de nature commerciale au cours des 12 derniers mois	7 %	28 %
Utilisant le préservatif avec des partenaires de passage non professionnelles	15 % (soldats), 45 % (agents de police) and 6 % (gendarmes)	34 %
Ayant jamais subi un test de dépistage du VIH	70 % (soldats et agents de police), 50 % (gendarmes)	22%

Sources : Enquêtes sur les comportements sexuels (BSS), Burundi (2003-2004), BSS RDC

D'autres données sur les comportements sexuels au sein des forces armées ont été obtenues : dans l'ensemble, les preuves indirectes suggèrent que le personnel militaire et paramilitaire a fréquemment et systématiquement pratiqué le viol pour terroriser les populations et les chasser d'une région. Dans le cas du Rwanda, il semblerait que les soldats se livrant au viol aient considéré l'infection par le VIH comme un élément délibéré de leurs exactions sexuelles.^{89, 90} La question de la violence sexuelle fait l'objet d'une discussion ultérieure dans les sections traitant des femmes victimes de violence sexuelle et des populations carcérales.

Autres personnels en uniforme et personnes en contact avec les membres des forces armées

Casques bleus : Les "casques bleus" sont des soldats ou du personnel civil déployés dans un pays étranger sous mandat des Nations Unies pour appuyer le processus d'établissement de la paix. Dans la RGL, la mission de la MONUC se poursuit en RDC (au 30 août 2007, le total des effectifs était de 18.275 soldats en uniforme).⁹¹ Bazergan (2002) a observé que certains pays hôtes avaient demandé que le personnel des Nations Unies soit soumis à des tests de dépistage du VIH, alors que certains pays contribuant des effectifs ont fait preuve d'une grande réticence à envoyer leurs soldats dans des régions présentant des taux de séropositivité élevés.⁹² Ce nonobstant, rares sont les informations publiées sur les comportements sexuels et les taux de séroprévalence des casques bleus. Ces derniers sont considérés comme étant plus à risque dans la

⁸⁹ African Rights, Rwanda (2004). Broken bodies, torn spirits; living with genocide, rape and HIV-AIDS (African Rights, Kigali, 2004).

⁹⁰ Randell V (2002). Sexual violence and genocide against Tutsi women. Propaganda and sexual violence in the Rwandan genocide: an argument for intersectionality in international law, Columbia Human Rights Law Review, 33(3):733-755.

⁹¹ <http://www.un.org/Depts/dpko/dpko/contributors/Yearly06.pdf> consulté le 16 octobre 2007.

⁹² Bazergan RY (2002). HIV-AIDS, the military and human security. Oral abstract, the XIVE Conférence internationale sur le sida, abstract no. ThOrG1509.

mesure où ils sont généralement plus âgés (et viennent de cohortes d'âge présentant des taux de séroprévalence plus élevés (De Waal, 2005)), mieux payés et mobiles.

Forces irrégulières : Diverses anecdotes suggèrent que les taux de séroprévalence des forces irrégulières sont élevés, mais les données en la matière sont insuffisantes et la signification de ce groupe pour l'épidémiologie de VIH au sein de la RGL est inconnue.

Civils vivant à proximité d'institutions militaires : Des taux plus élevés de séroprévalence peuvent être observés au sein des populations civiles vivant à proximité d'installations militaires ou associées aux mouvements du personnel militaire (Healthlink 2002). Dans la région du Nord de l'Ouganda, des femmes connues localement sous l'appellation "Jua Kali" vivent dans de petits peuplements à proximité des logements réservés aux militaires dans les régions rurales, et vendent de l'alcool et des faveurs sexuelles. Lorsque ces soldats partent ailleurs, les femmes attendent le groupe suivant.⁹³

Résumé des conclusions : forces armées

Tableau 17. Forces armées – Effectifs de population, vulnérabilité et facteurs de risque d'infection par le VIH

(entre crochets : contre-facteurs susceptibles de réduire la vulnérabilité et le risque d'infection par le VIH)

Forces armées – Effectif estimée de la population dans les pays de la RGL = 401.020	
Forces armées – Facteurs de vulnérabilité	Forces armées - Facteurs de risque d'infection par le VIH
<ul style="list-style-type: none"> • Généralement des hommes jeunes en âge de chercher des partenaires (mais : les jeunes hommes sont le groupe à plus faible séroprévalence) • Habités à ne pas craindre le risque et le danger • Séparés pendant de longues périodes de leurs conjoints et partenaires, ou empêchés de se marier pendant la durée de leur engagement • Pendant leur éloignement, retrait de la discipline sociale (mais : environnement de discipline militaire, les soldats ne sont pas tous éloignés de leur base) • Hébergement dans des quartiers non mixtes • Certains grades sont bien payés • Sensibles à la pression de leurs pairs • Peuvent tenter d'utiliser le sexe pour soulager la tension du combat • L'abstinence en service peut être suivi de périodes d'excès sexuels et alcooliques 	<ul style="list-style-type: none"> • Habités à considérer les comportements agressifs et de prise de risque comme la norme • Accès aux professionnels du sexe et à des campements avec des "femmes de soldats" (mais : ces réseaux sexuels sont souvent d'accès limité) • Risque de lésion physique avec lourdes pertes de sang et besoin de transfusion sanguine dans des conditions peut-être non stériles • Utilisation en commun de rasoirs et d'instruments coupants pour les tatouages et les scarifications • Dépistage et sélection de personnes séronégatives lors du recrutement (mais : motivation de rester négatif)

⁹³ Abwola S & Dolan C (1999). HIV & Conflict in Gulu District: findings from an ACORD study. In: Background papers presented to the conference on 'Peace research and the reconciliation agenda', Gulu, Northern Uganda, septembre 1999, COPE Working Paper no. 32, ACORD, 2000.

4.5 TRAVAILLEUSES DU SEXE

Les données présentées pour les membres des forces armées, les travailleurs de la pêche et ceux du secteur des transports suggèrent toutes qu'il existe une certaine forme de troc sexuel entre ces trois catégories de populations mobiles et les femmes des populations locales. Cette analyse révèle qu'il existe de nombreuses variantes du troc sexuel – toutes impliquant des femmes – qui sont pratiquées par différentes catégories de travailleuses du sexe.

Une étude réalisée à Kisesa, en Tanzanie, a identifié quatre groupes de femmes qui vendent des faveurs sexuelles⁹⁴ : les serveuses de bar (42 %), les femmes sollicitant dans les bars (30 %), les femmes offrant leurs faveurs sexuelles chez elles ("*gesti bubu*") (20 %), et les femmes qui se prostituent lorsqu'elles ont des besoins pressants d'argent (8 %). Aucune de ces catégories de femmes n'est classée parmi les "travailleuses du sexe". Selon les résultats d'une étude des serveuses de bar travaillant ailleurs dans le district—et appuyée par les activités d'intervention portant sur des femmes travaillant dans des bars dans la ville voisine de Mwanza— il n'existait pas de distinction claire entre le sexe commercial et non commercial. Certaines ont un partenaire régulier et de temps à autre un partenaire occasionnel, alors que d'autres avaient un nombre plus important de contacts de passage. Selon Kisesa, le nombre de femmes offrant leurs faveurs sexuelles contre de l'argent était de l'ordre de 1 pour 14 hommes âgés de 15 ans et plus.

Le commerce du sexe est particulièrement actif dans les centres où se font les échanges commerciaux, où les revenus en espèces renforcent la probabilité de relations sexuelles contre de l'argent entre client et travailleur du sexe. Les facteurs liés au lieu de travail, en particulier dans les zones agro-industrielles, contribuent au développement d'un secteur commercial du sexe : les activités saisonnières, la mauvaise qualité des logements et une jeune population masculine sont autant de facteurs de déstabilisation de la communauté et de la vie de famille. Voeten et al. (2002) ont observé qu'une vaste proportion des clients des femmes qui troquent leurs faveurs sexuelles sont les hommes qui travaillent dans ces endroits, notamment les serveurs de bar, les caissiers et les musiciens.⁹⁵ Les travailleuses du sexe dans les relais routiers travaillent parfois comme serveuses de bar, prostituées dans les maisons closes, femmes de ménage dans les gîtes, vendeuses locales de boissons alcoolisées et "femmes des rues" qui socialisent avec les chauffeurs de camion et les ouvriers de l'industrie de la construction des routes. Le commerce du sexe et d'autres activités économiques se retrouvent ainsi inextricablement liés.

Effectifs de population

En raison de la grande variété des catégories et des classifications de travail du sexe, il est difficile de procéder à une estimation précise des effectifs de population des travailleuses du sexe, et ce pour les raisons suivantes :

- La définition difficile de l'appartenance à ce groupe de population : le troc sexuel est un échange de faveurs sexuelles contre l'argent, des faveurs ou des cadeaux – les femmes ayant

⁹⁴ Boerma JT et al. (2002). Sociodemographic context of the AIDS epidemic in a rural area in Tanzania with a focus on people's mobility and marriage. *Sex Transm Infect*, 78(Suppl 1):i97–i105.

⁹⁵ Voeten et al. (2002). Clients of Female Sex Workers in Nyanza Province, Kenya: A core Group in STD/HIV Transmission. *Sex Transm Dis*, 29(8):444-452.

fait l'expérience du troc sexuel ne sont pas toutes des travailleuses du sexe, mais il n'existe pas de délimitation claire des critères d'appartenance à ce groupe

- Le continuum entre sexe commercial et non commercial : les femmes peuvent avoir plusieurs types différents de partenaires sexuels payants et non payants, allant d'un mari ou d'un petit ami permanent à des partenaires réguliers et occasionnels et à des clients réguliers et non réguliers. Bien des relations sexuelles en dehors de la relation stable ne sont pas considérées comme étant de nature commerciale ; qui plus est, la position et la perception des différents partenaires peut évoluer au fil du temps.
- La nature informelle du travail du sexe : le commerce sexuel dans la RGL est avant tout motivé par la survie et il est surtout de nature informelle. La majorité des femmes qui vendent leurs faveurs sexuelles ne sont pas des travailleuses du sexe à plein temps, et elles n'accueillent qu'un nombre relativement modeste de clients payants.
- Les différents secteurs d'opération et la mobilité : Certaines des travailleuses du sexe opèrent dans des bars (notamment les hôtels ou les night-clubs), d'autres travaillent de chez elles, dans les rues ou comme prostituées pour des "services d'escorte" (qui constituent le groupe le moins accessible). Par ailleurs, les travailleuses du sexe sont relativement mobiles.
- La nature clandestine du commerce sexuel : Cette occupation est essentiellement illégale, cachée et clandestine.

Les incertitudes relatives aux effectifs de population s'accompagnent de niveaux d'exposition au VIH apparemment hautement différents selon les catégories de travailleuses du sexe, en raison notamment des différences dans le nombre des clients, des variations des taux d'utilisation des préservatifs et des pratiques sexuelles (Cf. également la section sur les comportements sexuels).

Épidémiologie de VIH et mobilité

Les études sur les travailleuses du sexe ont systématiquement relevé les taux de séropositivité les plus élevés dans les pays de l'Afrique subsaharienne. Les études sur les travailleuses du sexe dans les pays de la GLIA ont enregistré des taux élevés de séropositivité comme suit :

- Au Kenya, on a enregistré des taux de séoprévalence de 50 à 80 % au sein des populations des travailleuses du sexe.^{96, 97} Une étude des travailleuses du sexe à temps partiel à Mombasa a révélé des taux de séoprévalence de 31 %.⁹⁸ L'enquête sur les comportements sexuels (BSS) des travailleuses du sexe au Kenya n'a pas calculé les taux de séoprévalence mais elle a découvert que 12 % des travailleuses du sexe souffraient d'une IST confirmée par un examen en laboratoire.

⁹⁶ Plummer FA et al. (1991). Importance of core groups in the epidemiology and control of HIV-1 infection. *Sida*, 5:S169-176.

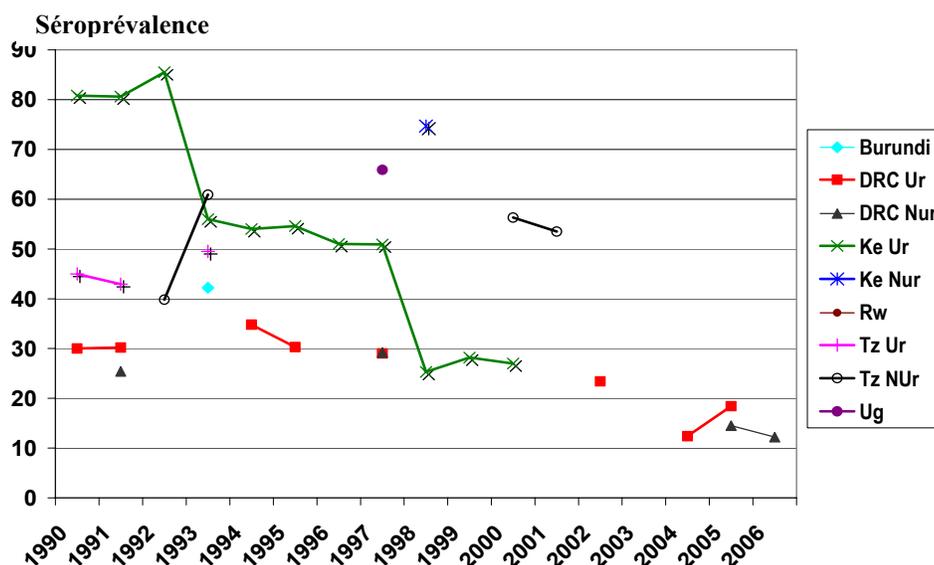
⁹⁷ Morison L et al. (2001) Commercial sex and the spread of HIV in four cities in sub-Saharan Africa. *Sida*, 15:S61-69.

⁹⁸ Hawken M et al. (2002). Part time female sex workers in a suburban community in Kenya: a vulnerable hidden population. *Sex Transm Infect*, 78:271-273.

- En **RDC**, les taux de séroprévalence des travailleuses du sexe à Kinshasa étaient de 34 % en 1988.⁹⁹ La BSS de 2002 sur les travailleuses du sexe a révélé un taux moyen de séroprévalence de 12,2 % (le plus faible était de 1,4 % à Kikwit et le plus élevé était de 17,5 % à Kananga).

Les activités de modélisation réalisées par l'ONUSIDA¹⁰⁰ ont prédit que sur les 82.369 nouvelles infections estimées se produire en 2005 au Kenya, **la proportion correspondant aux travailleuses du sexe était de 1,3 % et celle correspondant à leurs clients était de 10,5 %** (incidence pour 100 population par an = 1,9 pour les travailleuses du sexe, 3,6 pour leurs clients et 0,8 pour les partenaires des clients des travailleuses du sexe). Ces résultats concernant le Kenya sont conformes à ceux obtenus par Chen et al. (2007) qui ont découvert, dans une méta-analyse des épi-données en Afrique subsaharienne que 9 % des femmes séropositives avaient eu des relations sexuelles payées contre 3 % des femmes séronégatives), et que 31 % des hommes séropositifs avaient payé pour des faveurs sexuelles (contre 18 % des hommes séronégatifs).

Figure 9. Séroprévalence chez les travailleuses du sexe dans les pays de la GLIA, 1990-2006



Sources : Fiches de données épidémiologiques de l'ONUSIDA, PNMLS (2006) sur la BSS en RDC, projet de rapport national sur l'épidémie à VIH en RDC en 2006

Les données suggèrent que les données sur la prévalence chez les travailleuses du sexe ne font que l'objet d'une collecte sporadique dans les pays de la GLIA (ou, si celles sont collectées, elles ne sont pas fréquemment publiées comme il se doit) – Cf. la figure 9. On ne dispose de données sur les tendances que pour le Kenya pour la période 1990 à 2000 qui indique des tendances remarquables à la baisse. Aucun des six rapports de l'UNGASS pour 2005 n'évoquent les tendances du VIH chez les travailleuses du sexe.

⁹⁹ Laurent C et al. (2001). Seroepidemiological survey of hepatitis C virus among commercial sex workers and pregnant women in Kinshasa, DRS. *Int J Epidem*, 30:872-877.

¹⁰⁰ Gouws E et al. (2006). Short term estimates of adult HIV incidence by mode of transmission : Kenya and Thailand as examples. *Sex Transm Infect*, 82 (suppl III) :iii51-55.

Hawken et al. (2002) ont enregistré des taux de prévalence de la gonorrhée, la chlamydia et la syphilis de 1,8 %, 4,2 % et 2,0 % respectivement. Le taux global de séroprévalence pour le VIH-1 était de 30,6 %.

La mobilité des travailleuses du sexe varie d'un site à l'autre selon, entre autres, les circonstances de chacun. Selon O'Connor et al., (1992) et Mwizarubi et al. (1997), les travailleuses du sexe se déplacent entre les relais, les villes et leurs villages.¹⁰¹, ¹⁰² La BSS sur la RDC a révélé une forte mobilité des travailleuses du sexe, et jusqu'à 57 % d'entre elles se sont prostituées dans d'autres endroits.¹⁰³ Selon Ferguson et al. (2006), la majorité des travailleuses du sexe passe au moins une nuit par mois loin de leur base, mais seule une minorité était extrêmement mobile, avec un quart des nuitées loin de chez elles passées à plus de 20 km de leur domicile.

Comportements sexuels, données économiques et autres données sur les travailleuses du sexe

Données des BSS : Trois pays de la GLIA ont recueilli des données sur les comportements des travailleuses du sexe, comme le résume le tableau 18 ci-dessous.

Tableau 18. Données sur le comportement sexuel des travailleuses du sexe dans les pays de la GLIA

	Burundi (2004) ¹⁰⁴	RDC (2006) ¹⁰⁵	Province occidentale du Kenya (2000) ¹⁰⁶
Consommation de drogues	16 %	12 %	n.d.
Autres activités que le travail du sexe	34 %	48 %	83 %
Rapports sexuels avec des clients au cours des 7 derniers jours	69 %	79 %	82 %
Rapports sexuels avec un autre partenaire au cours des 7 derniers jours	18 %	38 %	76 %
Nombre moyen de partenaires sexuels au cours des 7 derniers jours	4,0	3,1	1,5
Usage du préservatif lors des derniers rapports sexuels			
avec un client	74 %	46 %	61 %
avec un autre partenaire	46 %	43 %	n.d.
Usage constant du préservatif au cours du mois écoulé			
avec un client	49 %	25 %	49 %
avec un autre partenaire	27 %	20 %	14 %
Obstacles à l'emploi du préservatif avec le client			
Confiance	23 %	37 %	25 %
Refus	22 %	26 %	92 %
Aversion au préservatif	4 %	21 %	5 %
Manque de disponibilité du préservatif	32 %	12 %	6 %
Client régulier / "pas de risque"	8 %	11 %	41 %

¹⁰¹ PNMLS (2006). Enquête de surveillance comportementale en RDC, volume 2.

¹⁰² Mwizarubi, B. et al (1997). Working in high-transmission areas: Truck routes" in Ng'weshemi J. et al (editors), 1997 "HIV Prevention and AIDS Care in Africa: A District level approach". Royal Tropical Institute – Pays-Bas

¹⁰³ PNMLS (2006). Enquête de surveillance comportementale en RDC, volume 2.

¹⁰⁴ CEFORMI/FHI (2004). Enquête de surveillance de comportement face au VIH/sida auprès des travailleuses du sexe, Burundi.

¹⁰⁵ PNMLS (2006). Enquête de surveillance comportementale en RDC, volume 2.

¹⁰⁶ University of Nairobi (2000). Behavioral Surveillance & STD Prevalence Survey Western Province, Kenya. Female sex workers

	Burundi (2004) ¹⁰⁴	RDC (2006) ¹⁰⁵	Province occidentale du Kenya (2000) ¹⁰⁶
Obstacles à l'emploi du préservatif avec un autre partenaire			
Confiance	62 %	39 %	64 %
Refus	12 %	27 %	40 %
Aversion au préservatif	0 %	20 %	-
Manque de disponibilité du préservatif	21 %	11 %	1 %
"pas de risque"	3 %	12 %	13 %
A subi un test de dépistage du VIH	41 %	37 %	n.d.
A bénéficié d'une formation par les pairs au cours des 6 derniers mois	12 %	23 %	n.d.

Consommation de drogues : Selon les rapports, les drogues utilisées sont essentiellement la colle et le cannabis (drogues non injectables)

Deuxième emploi : La BSS pour le Kenya a observé que de nombreuses travailleuses du sexe ont un autre emploi. Les activités de production de revenus dans le secteur formel semblent étoffer les revenus tirés du commerce du sexe (un emploi dans le secteur formel fournit parfois aux travailleuses du sexe l'accès à des clients à même de payer un tarif plus élevé, et une association avec le secteur formel est susceptible de renforcer l'opinion de la femme, ce qui veut dire que le client est plus disposé à payer un tarif plus élevé)

Pratiques sexuelles avec les clients : Le volume des clients fluctue de manière considérable entre les travailleuses du sexe de la province occidentale, et le Kenya enregistre un volume de moins de la moitié de celui des travailleuses du sexe au Burundi. La BSS du Kenya a remarqué en outre la pratique du coït anal, par 10 % des travailleuses du sexe. Selon O'Connor et al. (1992), le coït anal serait plus commun avec des partenaires de long terme, et certaines travailleuses du sexe pratiquent volontairement le coït anal si elles ont eu des rapports sexuels vaginaux le même jour ou pendant leurs règles.

Différences entre les taux d'utilisation du préservatif : L'utilisation systématique du préservatif avec les clients demeure d'un taux extrêmement faible (25 % en RDC), en dépit d'une forte sensibilité au fait que n'importe qui peut être séropositif. Un grand nombre d'adolescentes travailleuses du sexe n'ont pas les informations nécessaires pour se protéger de l'infection, ce qui fait qu'elles n'utilisent le préservatif que de manière sporadique. L'utilisation systématique du préservatif avec d'autres partenaires est très faible malgré le risque élevé de leurs pratiques sexuelles. Cette non utilisation du préservatif est expliquée par les concepts de régularité et de confiance entre partenaires, le refus de l'utilisation du préservatif et la notion que le niveau de risque est peu élevé.

"Connaître son statut" : Moins de la moitié des travailleuses du sexe connaissent leur statut d'infection par le VIH

Autres données relatives au nombre de partenaires des travailleuses du sexe, niveau d'autonomisation et paiement pour services rendus : L'étude réalisée par Hawken et al. (2002) est importante car elle se concentre sur **les travailleuses du sexe auto-déclarées et à temps partiel**, une catégorie de travailleuses du sexe clandestine et non quantifiée. Ces travailleuses du sexe, qui vivent dans une banlieue de Mombasa, ont déclaré avoir eu en moyenne 2,8 partenaires sexuels au cours de la semaine précédente. Le nombre moyen de clients non réguliers et réguliers au cours de la semaine précédente était de 1,5 et 1,0, respectivement. Les revenus hebdomadaires moyens du commerce du sexe était de \$US15. 67 % des femmes avaient une autre source de revenus dans le secteur informel. 29 % et 45 % n'utilisent jamais de préservatif avec un client et un partenaire non payant, respectivement.

Les différences entre catégories de travailleuses du sexe ont des répercussions sur le niveau d'autonomisation de ces femmes, leur visibilité pour les programmes et leur protection personnelle. Les travailleuses du sexe ont généralement un niveau d'autonomisation assez peu élevé. Le besoin économique réduit leur pouvoir de négociation de comportements moins risqués, notamment l'emploi du préservatif. L'étude de O'Connor et al. (1992) a remarqué que lorsque les clients "paient bien" (par exemple les chauffeurs de la RDC), les travailleuses du sexe n'ont pratiquement aucun pouvoir de négociations quant aux pratiques sexuelles. La BSS du

Kenya a révélé que le niveau d'éducation des travailleuses du sexe était inférieur à la moyenne nationale (Univ. de Nairobi, 2000).

Les recherches portant sur des travailleuses du sexe de 39 points chauds entre Mombasa et les villes frontalières de Malaba et Busia ont révélé des fluctuations considérables de la fréquence des rencontres sexuelles pour les travailleuses du sexe.¹⁰⁷ Le nombre de différents partenaires par mois variaient entre 1 et 79 (avec 14 comme moyenne) et le nombre d'actes sexuels était de 3 à 192 (54 en moyenne). Les préservatifs étaient utilisés dans 69 % des liaisons avec des clients réguliers et 90 % des liaisons avec des clients de passage. *Selon l'auteur : "Les taux d'utilisation du préservatif sont, dans l'ensemble, très élevés, ce qui semble indiquer la pratique du sexe à moindre risque. Ceci est tempéré par le contraste entre les taux d'utilisation avec les partenaires réguliers et les partenaires occasionnels. Le continuum confiance-intimité, qui provoque une réduction de l'utilisation systématique du préservatif avec des partenaires réguliers, est un phénomène observé fréquemment. Une étude de simulation sur les contacts entre les travailleuses du sexe et leurs clients suggère que le nombre de contacts différents pour les travailleuses du sexe est plus important que le nombre de liaisons pour la continuité de l'infection par les IST chez les clients. L'importance des niveaux d'emploi du préservatif avec des clients de passage est renforcée par ces résultats."*

Selon la documentation disponible, de nombreux actes sexuels sont payés en nature, et bien des travailleuses du sexe ont souvent beaucoup plus de partenaires sexuels qui ne les paient pas que de clients payants.¹⁰⁸ Ferguson et al. (2006) résument leurs observations en déclarant que le nombre de clients de passage dépasse le nombre de clients réguliers par un facteur de 4:1, mais plus de la moitié des actes sexuels enregistrés étaient avec des clients réguliers. **S'il est important de cibler également les changements de comportement des clients, il est impératif de faciliter la conversion de ces informations en actions appropriées au niveau des relations personnelles des travailleuses du sexe.**

Clients des travailleuses du sexe

Les clients des travailleuses du sexe sont une des principales populations-passerelle de l'infection (les sous-groupes de population en interaction tant avec les sous-groupes de population à haut niveau de risque (comme les travailleuses du sexe) et les secteurs de la population à faible risque (partenaires maritales des clients des travailleuses du sexe), et jouent un rôle primordial dans la transmission de l'épidémie à la population générale. Ferguson et al. (2006) ont analysé les métiers des clients des professionnelles du sexe au Kenya et en ont découvert une grande variété.¹⁰⁹ *Les chauffeurs routiers constituent la catégorie principale des clients, mais la clientèle transcende les divisions socio-économiques ("un chauffeur routier peut être chronologiquement suivi par un cadre supérieur de l'administration publique, un avocat ou un cireur de chaussures").* La clientèle est également très variée, entre ceux qui se déplacent sur les

¹⁰⁷ Ferguson AG et al. (2006). Using diaries to measure parameters of transactional sex: an example from the Trans-Africa highway in Kenya. *Culture, Health & Sexuality*. Culture, Health & Sexuality, 8(2):175-185.

¹⁰⁸ University of Nairobi (2000). Behavioral Surveillance & STD Prevalence Survey Western Province, Kenya. Female sex workers

¹⁰⁹ Ferguson AG et al. (2006). Using diaries to measure parameters of transactional sex: an example from the Trans-Africa highway in Kenya. *Culture, Health & Sexuality*. Culture, Health & Sexuality, 8(2):175-185.

routes (comme par exemple les chauffeurs routiers, les vendeurs) et la population résidente (par exemple les policiers ou le personnel des services d'alimentation).

Résumé des conclusions : Travailleuses du sexe

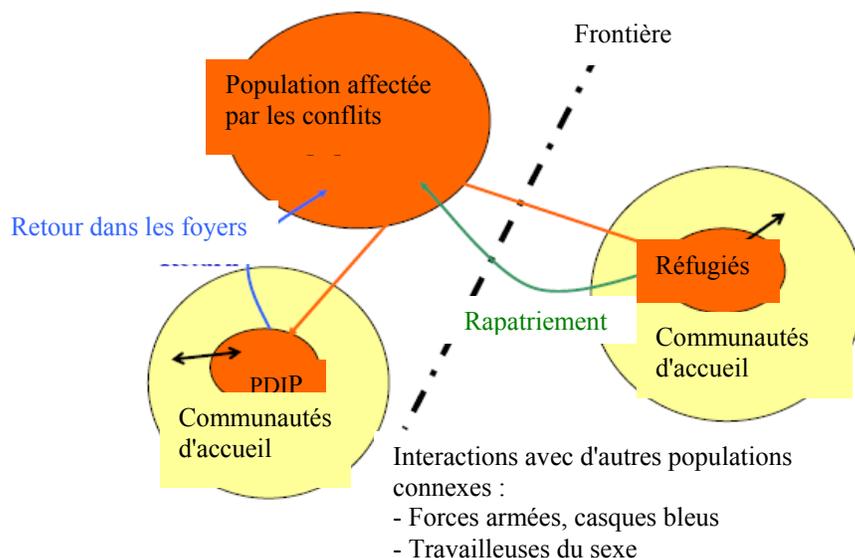
Tableau 19. Travailleuses du sexe – Effectifs de population, vulnérabilité et facteurs de risque d'infection par le VIH

Travailleuses du sexe - Facteurs de vulnérabilité	Travailleuses du sexe - Facteurs de risque d'infection par le VIH
<ul style="list-style-type: none"> • Métier illégal, occupation clandestine • D'autres emplois sont moins rémunérateurs • Consommation d'alcool et de drogues • Occupation professionnelle à des endroits où le commerce du sexe est fréquent • Relations de pouvoir remises en cause • Faible niveau d'autonomisation et d'éducation • Manque de protection par la loi ou par la société • Stigmatisation par la communauté • Il peut s'agir de migrants illégaux 	<ul style="list-style-type: none"> • Initiation sexuelle précoce • Forte intensité de relations sexuelles simultanées avec des partenaires multiples • Ces partenaires multiples simultanées ont souvent également des partenaires multiples (réseau sexuel) • Perception d'un risque faible avec les clients réguliers (la confiance mène à l'non utilisation du préservatif) • Les clients réguliers ont d'autres contacts sexuels • Manque de pouvoir de négociation de pratiques sexuelles moins risquées • Coït anal (exigence des clients, période menstruelle, IST)

4.6 REFUGIES, PERSONNES DEPLACEES A L'INTERIEUR DE LEUR PAYS, POPULATIONS D'ACCUEIL & RAPATRIES

La RGL est affectée de manière disproportionnée par les conflits armés, la violence, et les déplacements et intégrations forcées des populations. À la mi-2007, les pays de la GLIA comptaient un total de 1,2 millions de réfugiés (12 % du nombre estimé des réfugiés à l'échelle mondiale) et environ 2,9 millions de PDIP (23 % du nombre estimé de PDIP à l'échelle mondiale bénéficiant de la protection et de l'assistance du HCR des Nations Unies). Il existe au sein de tous les pays de la GLIA des réfugiés et des PDIP fuyant des crises humanitaires. Ces situations complexes se divisent souvent en phases permettant de formuler des recommandations pour la détermination des besoins des programme et l'établissement des priorités : **l'exode ou phase d'urgence**, qui peut durer jusqu'à six mois, est suivi des phases post-urgence et stabilisation, qui peuvent durer plusieurs années. Certains réfugiés finissent par regagner leur foyer, d'autres sont réinstallés dans un autre pays, d'autres enfin restent déplacés pendant de longues périodes.

Il est clair que les réfugiés et les PDIP courent le risque d'une infection par le VIH. Ce risque dépend des interactions de plusieurs facteurs complexes, notamment la maturité de l'épidémie de VIH, la séroprévalence relative au sein de la population de réfugiés et des populations d'accueil, la prévalence d'autres IST susceptibles de faciliter la transmission, le niveau d'interaction sexuelle entre les deux groupes de population, la présence de facteurs de risque contextuels spécifiques, notamment les viols systématiques commis par les groupes militaires ou paramilitaires et le commerce du sexe, et le niveau et la qualité des services de prévention du VIH.

Figure 10. Réfugié, PDIP et cycle de rapatriement des personnes déplacées

Les populations affectées par les conflits peuvent soit devenir des PDIP soit franchir une frontière internationale et devenir des réfugiés. Ces populations déplacées se trouvent entourées par une communauté d'accueil avec laquelle elles ont des interactions. Elles ont en outre des contacts avec les membres des forces armées, les casques bleus, les travailleurs humanitaires et les travailleurs du sexe. Chaque fois que cela est possible, les populations déplacées regagnent leur foyer ou retournent ailleurs. Les populations déplacées courent un risque tout particulier tant au sein des communautés d'accueil que lorsqu'elles regagnent leur foyer ou vont s'installer ailleurs.¹¹⁰

L'essentiel de la documentation se concentre sur la manière dont les conflits augmentent les risques d'infection par le VIH (changement de comportement, violence sexospécifique, troc sexuel, réductions des ressources et des services). Généralement, divers autres facteurs de compensation sont négligés, notamment la réduction du risque attribuable à la réduction de la mobilité, de l'accessibilité et de l'urbanisation.

Une évaluation systématique récente a examiné la question de savoir s'il était avéré que les conflits augmentent la transmission du VIH et si les réfugiés fuyant les conflits présentent un taux de séroprévalence plus élevé que la population d'accueil qui les entoure.¹¹¹ Il est intéressant de noter que l'évaluation conclut ce qui suit : *"Il n'existe pas suffisamment de preuves que la transmission du VIH augmente au sein des populations affectées par les conflits, et pas suffisamment de données pour conclure que les réfugiés fuyant les zones de conflit présentent un taux de séroprévalence plus élevé que les communautés d'accueil qui les entourent. Dans bien des circonstances, les comparaisons des taux de séroprévalence dans les deux situations révèlent en fait le résultat contraire."*

4.7 REFUGIES

Un réfugié est défini comme une personne ayant fui son pays et qui ne peut pas ou ne veut pas y retourner en raison de persécutions pour des raisons de race, de religion, de nationalité, d'appartenance à un groupe social particulier ou d'opinion politique. Ce terme inclut également ceux qui ont fui en raison de la guerre, de troubles civils, de la famine et de catastrophes environnementales.¹¹²

¹¹⁰ Spiegel PB (2004). HIV/AIDS among conflict-affected and displaced populations: Dispelling myths and taking action. *Disasters*, 28(3):322-339.

¹¹¹ Spiegel PB et al. (2007). Prevalence of HIV infection in conflict-affected and displaced people in seven sub-Saharan African countries: a systematic review. *Lancet*, 369:2187-95.

¹¹² Definition from: United States Committee for Refugees. World Refugee Survey 2000. Washington, D.C., décembre 1999

Les réfugiés peuvent vivre dans des camps pendant de longues périodes. Dans les camps de réfugiés rwandais, 81 % des réfugiés ont déclaré avoir vécu dans la localité depuis 5 à 10 ans.¹¹³ Généralement la majorité des populations de réfugiés (et de PDIP) sont des femmes et des enfants.¹¹⁴ Les hommes abandonnent fréquemment leurs familles ou en sont séparés pour des raisons militaires ou parce qu'ils partent en quête d'un emploi dans les villes ; ils sont aussi souvent la cible des forces d'opposition et peuvent être tués ou fait prisonniers. Le pourcentage de ménages ayant des femmes à leur tête est donc souvent élevé, et ces ménages sont plus vulnérables au plan économique. Qui plus est, les femmes peuvent être contraintes de se trouver un nouveau partenaire en dehors de leur caste sociale, en raison du ratio défavorable du nombre d'hommes par rapport aux femmes au sein de leur couche sociale (Cf. HCR des Nations Unies/GLIA-Rw, 2004). Cependant, les réfugiés se déplacent fréquemment par villages entiers, ce qui assure le maintien des structures sociales, et la notion selon laquelle les réfugiés ont généralement besoin de constituer de nouveaux partenariats en raison de leur déplacement n'est pas confirmée (P. Njogu, pers. comm.). Le tableau 20 résume le nombre de réfugiés et les tendances pour chaque pays de la GLIA.

Effectifs de populations

La **Tanzanie** accueille plus de 471.912 réfugiés, dont 273.678 bénéficient de l'assistance du HCR des Nations Unies, alors que 200.000 autres réfugiés du Burundi des mouvements de 1972 vivent dans des peuplements autonomes dans les régions de Tabora et de Rukwa. Selon les estimations des pouvoirs publics, 200.000 à 300.000 réfugiés du Burundi et du Congo se sont installés spontanément au fil des années dans des villages situés au nord-ouest de la Tanzanie. Le **Kenya** accueille des quantités importantes de réfugiés de la région, la population la plus nombreuse de réfugiés enregistrés par le HCR des Nations Unies (plus de 187.565 personnes) venant de Somalie. La **RDC** est le pays d'accueil de quelque 156.690 réfugiés, tous sous les auspices de l'assistance du HCR des Nations Unies, en dépit des conflits armés qui se poursuivent dans l'Est de la RDC (en mai 2007). Au **Burundi**, on trouve des réfugiés congolais et rwandais dans des camps dans les régions du nord et du centre du pays (Kirundo, Kayanza, Gitega, Karuzi), alors que les populations de PDIP se retrouvent essentiellement dans les régions du sud du pays. Le nombre important de réfugiés soudanais en **Ouganda** représente un mélange de cas nouveaux et anciens à la suite des combats qui se poursuivent dans la partie sud du Soudan. Les estimations des effectifs de populations figurent dans le tableau 20, et les changements récents des populations de réfugiés et de PDIP sont indiqués sur la carte du HCR des Nations Unies qui figure à l'Annexe Ie.

¹¹³ HCR des Nations Unies/GLIA-Rw (2004). Enquête de surveillance comportementale chez les réfugiés et la population. Camp de Kiziba et secteurs de Rubazo et Kagabiro

¹¹⁴ HCR des Nations Unies (1992) Sub-Committee of the Whole on International Protection: Progress Report on Implementation of the UNHCR Guidelines on the Protection of Refugee Women, Executive Committee of the High Commissioner's Programme, 43e Session. EC/SCP/67.

Tableau 20. Données sur les populations de réfugiés pour les pays de la GLIA

Pays	Population totale (2007)	Réfugiés (juin 2007)	Tendances générales
Burundi	8.390.505	23.215	Augmentation lente due aux arrivées en provenance de la RDC au début de 2007
RDC	65.751.512	197.232	Réduction due au rapatriement de réfugiés soudanais, congolais et angolais
Kenya	36.913.721	269.196	Réduction due au rapatriement volontaire et assisté à destination du Sud Soudan, mais les opérations ont été ralenties par des pluies abondantes empêchant le transfert et l'accès aux points d'origine
Rwanda	9.907.509	46.600	Réduction due au rapatriement assisté par le HCR
Tanzanie	39.384.223	471.912	Réduction due au rapatriement assisté par le HCR au début du mois de juin 2006
Ouganda	30.262.610	220.914	Réduction due au retour progressif, en particulier pour les Soudanais
Total	190.610.080	1.229.069	Réduction totale du nombre de réfugiés de 78.556 par rapport à décembre 2006

Source : OCHA Regional Office for Central and East Africa (2007). *Displaced populations report, janvier-juin 2007*

Épidémiologie de VIH et données sur la circoncision

Ce n'est que récemment que la disponibilité de rapports contenant suffisamment de données sur la séroprévalence a permis de procéder à des comparaisons entre les populations affectées par les conflits et les déplacements et à l'intérieur de ces dernières. La qualité des données en limite parfois l'interprétation, dans la mesure où il est parfois difficile de travailler avec les populations déplacées ou affectées par des conflits. Les comparaisons avec les données sur les population d'accueil sont souvent source de problèmes en raison des différences dans la méthodologie de collecte des données, des années où les mesures ont été effectuées, de la couverture géographique, etc.

L'évaluation de Siegel et al. se fonde sur les données concernant sept pays (RDC, Sud du Soudan, Rwanda, Ouganda, Sierra Leone, Somalie et Burundi).¹¹⁵ Sur les 12 séries de camps de réfugiés, 9 présentaient un taux de séroprévalence plus faible, 2 un taux de séroprévalence similaire et un un taux de séroprévalence plus élevé que celui des communautés d'accueil. La raison principale en est que les réfugiés viennent peut-être de pays à plus faible séroprévalence (comme la Somalie et le Soudan), et qu'ils ont donc un taux de séroprévalence plus faible que celui enregistré dans les communautés d'accueil. En dépit de viols très fréquents dans de nombreux pays, aucune donnée n'indique une augmentation important de la séroprévalence au sein de la population. Les données sur la séroprévalence chez les réfugiés et au sein des populations d'accueil, ventilées par camp, tirées de la présente publication figurent à l'Annexe IXb. Par ailleurs, cette évaluation a révélé que la prévalence dans les zones urbaines affectées par les conflits diminuait au Burundi, au Rwanda et en Ouganda à des taux similaires à ceux des zones urbaines non touchées par les conflits dans leurs pays respectifs. La séroprévalence dans les zones rurales affectées par les conflits est resté faible et relativement stables dans ces pays. Cependant, l'évaluation n'a révélé aucune augmentation des taux de séroprévalence pendant les périodes de conflit, quel que soit le niveau de la séroprévalence lorsque le conflit a commencé.

¹¹⁵ Spiegel PB et al. (2007). Prevalence of HIV infection in conflict-affected and displaced people in seven sub-Saharan African countries: a systematic review. *Lancet*, 369:2187-95.

Tableau 21. Séroprévalence des populations de réfugiés (2003-2007) et prévalence moyenne

	Provenance des réfugiés	Camps	% VIH	Année	Taux de séroprévalence estimée dans le pays hôte (Cf. le tableau 3)
Kenya	Somalie	Dadaab	0,60	2003	6,1 %
Ouganda	Soudan	Peuplement de Palorinya	1,00	2004	6,7 %
Kenya	Somalie	Dadaab	1,40	2005	6,1 %
Tanzanie	Burundi	Lukole	1,60	2003	6,5 %
Tanzanie	Burundi	Nduta et Mtendeli	1,70	2003	6,5 %
Tanzanie	RDC	Lugufu et Nyaragusu	1,80	2003	6,5 %
Ouganda	Soudan	Kyangwali	2,70	2004	6,7 %
Tanzanie	Burundi	Mtabila et Muyovosi	4,50	2003	6,5%
Taux moyen de séroprévalence			1,65%		

Source: Spiegel et al. (2007), retaining refugee camps in GLIA countries

- Immédiatement après le mouvement massif de réfugiés du Rwanda en Tanzanie à la mi-1994, une évaluation rapide de la prévalence des IST dans les camps de réfugiés a été effectuée.¹¹⁶ Plus de 60 % des femmes souffraient d'une infection de l'appareil reproducteur (candidiase, vaginose bactérienne, trichomoniose), 3 % étaient atteintes de gonorrhée et 2 % de syphilis. Chez les hommes, 1-2 % étaient atteints de gonorrhée, 3 % d'urétrite et 6 % de syphilis. Les auteurs ont observé que les niveaux d'infections de l'appareil reproducteur et d'IST au sein de la population de réfugiés étaient similaires à ceux enregistrés lors d'une étude précédente des résidents de la région de Mwanza.
- Deux études effectuées par Rey et ses collègues dans des camps de réfugiés pour les Rwandais à Goma en 1994 ont révélé des taux de séroprévalence de 6 % chez 48 contrôles adultes, de 19 % chez 48 patients adultes atteints d'une " fièvre d'origine inconnue",¹¹⁷ et de 5 % dans un groupe de 143 orphelins, ce qui indique la gravité du problème.¹¹⁸

Le niveau de CM au sein des populations semble jouer un rôle important dans l'interprétation des données sur la séroprévalence des réfugiés et des populations d'accueil. À Kakuma, le taux de circoncision des réfugiés (d'origine soudanaise, somalienne et éthiopienne) était de 51 %, mais celui des résidents locaux (Kenyans appartenant à l'ethnie Turkana) était de 6 % seulement [HCR des Nations Unies/GLIA-Kenya]. Le taux supérieur de risque d'infection par le VIH des réfugiés est particulièrement important pour les personnes des zones rurales, où les taux de séroprévalence et de connaissance du VIH sont généralement peu élevés, qui s'installent à proximité de villes ou de villages de plus grande taille.¹¹⁹ Les réfugiés soudanais en Ouganda ont notamment révélé un manque de connaissance marqué du VIH.

Données sur les comportements sexuels.

Un ensemble de données récentes concernant le comportement sexuel des réfugiés et des populations d'accueil a été rassemblé par le biais des enquêtes de surveillance des

¹¹⁶ Mayaud P et al (1997) STD rapid evaluation in Rwandan refugee camps in Tanzania. *Genitourin Med*, 73(1):33-38.

¹¹⁷ Ray JL et al. (1996). Fever of unknown origin in the camps of Rwandan Refugees in the Goma region of Zaire. *Bull Soc Pathol Exot*, 89(3):204-8.

¹¹⁸ Rey JL et al. (1995). HIV seropositivity and cholera in refugee children from Rwanda. *Sida*, 9(10):1203-4.

¹¹⁹ Jurugo, E.C. (1996) Rural Refugees in Uganda: Their Vulnerability to HIV-AIDS. 11e Conférence internationale sur le sida. Vancouver, 7-12 juillet : abstr Tu.D.2917.

comportements (BSS) dans le camp de Kiziba et les villages avoisinants au Rwanda¹²⁰, dans le camp et dans la ville de Kakuma au Kenya,¹²¹ dans les camps ainsi que dans les villages de Lukole et Lugufu en Tanzanie¹²², ainsi que dans les établissements de réfugiés et villages voisins de Nakivale/Oruchinga et Kyangwali en Ouganda¹²³. La GLIA a organisé en association avec le HCR des Nations Unies la mise en forme, la normalisation et la mise en application de la méthodologie BSS pour ces contextes particuliers.

Le profil des déplacements, de la mobilité et des interactions entre réfugiés et population d'accueil varie selon les sites. La majeure partie des réfugiés vit dans les camps depuis un an ou plus. Les villages alentours ont connu à des degrés divers, une pénétration en provenance de ces camps. Dans certains cas, c'est plutôt un mouvement des populations locales vers les camps qui s'est produit. Les comportements sexuels et l'utilisation des services appellent les observations suivantes (Cf. Annexe IXc pour les données détaillées et graphiques) :

- La pratique de l'abstinence chez les jeunes non mariés est, de loin, la plus élevée en Ouganda ; il n'existe pas toutefois, de mode spécifique de comportement propre à une population donnée - la plus grande différence ayant été constatée entre le comportement des réfugiés et celui des villageois à Lugufu. Rien n'indique à l'évidence que la campagne "Tume chill" menée au Kenya ait eu le moindre effet.
- Dans cinq de ces six sites, une proportion plus élevée de réfugiés a eu recours aux services de CDV comparée à la population d'accueil, ce qui semble indiquer que la fourniture ou l'accès aux services de CDV est meilleure pour les réfugiés.
- La prévalence de relations sexuelles entachées de risques élevés varie sensiblement selon les camps, les populations d'accueil et le sexe. Ce type de comportement apparaît comme une exception dans les deux sites ougandais alors qu'il est extrêmement fréquent à Kakuma (40 % des hommes) et à Lugufu (53 % des réfugiés). Même si ces comportements à risque sont beaucoup plus courants chez les hommes, on remarque dans certains sites que les femmes présentent également des taux de prévalence importants (20-30 %).
- L'utilisation du préservatif dans les rapports comportant les risques les plus élevés varie également. Les données les plus encourageantes proviennent de Lukole, où la majorité des réfugiés ont signalé utiliser un préservatif. En revanche, l'opposé se produit chez les réfugiés de Lugufu où l'utilisation du préservatif - alors que la fréquence des rapports à risques élevés est supérieure - ne dépasse pas les 36 % selon les indications.

¹²⁰ HCR des Nations Unies/GLIA-Rw (2004). Enquête de surveillance de comportement chez les réfugiés et la population. Camp de Kiziba et secteurs de Rubazo et Kagabiro.

¹²¹ HCR des Nations Unies/GLIA-Ke (2004). Enquête de surveillance de comportement chez les réfugiés et les populations, Kakuma.

¹²² HCR des Nations Unies/GLIA-Tz (2005). Enquête de surveillance de comportement chez les réfugiés et auprès des populations d'accueil avoisinantes : Lukole et Lugufu, Tanzanie.

¹²³ HCR des Nations Unies/GLIA-Ug (2006). Enquête de surveillance de comportement chez les réfugiés et les populations d'accueil en Ouganda.

- Les cas de rapports sexuels sous la contrainte signalés sont plus fréquents parmi les réfugiés que parmi les villageois dans les sites tanzaniens alors que le contraire vaut pour les sites du Kenya et du Rwanda. En Tanzanie, la plupart des personnes interrogées ont souligné que les rapports forcés se produisaient dans le cas des réfugiés, après leur déplacement ou après leur arrivée en ce qui concerne les populations locales.
- Les données provenant des BSS signalent que chaque site présente un échantillon très spécifique quant à l'appartenance ethnique, la circoncision, le niveau d'instruction, l'éducation sexuelle, les attitudes et les coutumes. Ainsi les besoins d'intervention sont ils variés.
- Les études de surveillance du comportement (BSS) ont également fait ressortir que la recherche de soins par les personnes atteintes d'IST est loin d'être adéquate. Seule une partie de la population affectée a essayé de bénéficier d'un traitement auprès d'un établissement agréé lors de la dernière infection. Une proportion importante de réfugiés et de ressortissants du pays d'accueil ont demandé un remède en pharmacie.

Si les données BSS confirment l'impression que les réfugiés consomment souvent moins d'alcool que les populations d'accueil, deux études menées récemment dans le cadre d'un projet conjoint entre le HCR des Nations Unies et l'OMS sur la question, à propos des populations touchées par des situations de conflit et autres personnes déplacées, a révélé que le contraire peut se produire dans certains camps.¹²⁴, ¹²⁵ Ainsi, une évaluation effectuée à Kakuma, au Kenya, tend à indiquer que depuis leur arrivée au camp, les réfugiés (notamment ceux d'origine soudanaise) sont de plus en plus impliqués dans le brassage et la consommation de boissons alcoolisées courantes. Des femmes se sont lancées dans la confection de boissons alcoolisées pour subvenir à leurs besoins, utilisant les céréales des rations alimentaires distribuées aux réfugiés.

- Les données épidémiologiques et de comportement montrent que les idées que l'on se fait en général de la vulnérabilité des réfugiés et de leur risque de contracter le VIH est erronée. Il convient de revenir sur la notion selon laquelle les réfugiés pâtissent d'une séroprévalence plus élevée.
- Les indicateurs BSS pour les pays de la RGL attestent du fait qu'il existe des caractéristiques propres aux réfugiés qui tendent à amoindrir leur vulnérabilité aux risques d'infection. En effet, ces populations sont parfois très renseignées sur le VIH et le sida, davantage enclines à utiliser des préservatifs, elles consomment moins d'alcool et de "khat" que ceux qui les accueillent, présentent une prévalence moindre de cas de viols et de partage de seringues et sont susceptibles de bénéficier de meilleurs services de prévention du VIH que les ressortissants du pays (les facteurs de vulnérabilité à l'infection par le VIH et facteurs de risques chez les réfugiés sont résumés dans la section suivante consacrée aux PDIP).

¹²⁴ HCR des Nations Unies/OMS (2006). Evaluation de la consommation d'alcool et de drogue et de la vulnérabilité au VIH dans le camp de réfugiés de Kakuma et au sein des communautés avoisinantes. Kakuma, Kenya.

¹²⁵ Macdonald D (2007). Rapid assessment of substance use in conflict-affected and displaced populations: IDP camp in Gulu, Kitgum and Pader districts of northern Uganda.

4.8 PERSONNES DÉPLACÉES À L'INTÉRIEUR DE LEUR PAYS

Les déplacements internes consistent à faire évacuer une personne de son domicile dans son propre pays.¹²⁶ Les PDIP sont des personnes ou groupes de personnes qui ont été forcées de fuir parfois sous la contrainte- abandonnant leur logement ou leur lieu de résidence habituelle pour cause de conflit armé ou afin d'en éviter les conséquences, en raison d'une généralisation de la violence, des violations des droits de l'homme ou à la suite de catastrophes naturelles ou causées par l'homme. Il s'agit de personnes qui n'ont pas traversé de frontière internationalement reconnue. Les chiffres concernant les PDIP constituent des estimations grossières obtenues auprès des institutions spécialisées des Nations Unies et concernent des populations faisant l'objet d'une attention spécifique de leur part. Le tableau 22 présente des données quant au nombre estimé des PDIP à la fin du premier semestre 2007. Les défis inhérents au repérage exact des PDIP dans la région tiennent à l'intensification de l'insécurité rendant minime, voire impossible, l'accès aux populations affectées. Le fait que leur existence ne soit pas reconnue sur leurs territoires par les gouvernements explique la médiocrité du suivi de ces déplacements voire son inexistence, sans compter les complications résultant du caractère temporaire de certains d'entre eux.

Tableau 22. Données démographiques relatives aux PDIP des Pays de la RGL.

	PDIP (fin du premier semestre 2007)	Tendances générales
Burundi	100.000	Réduction des effectifs. Taux faible de retour des PDIP faute de terrains disponibles suffisants pour leur réintégration.
RDC	1.121.979	Augmentation des effectifs liée essentiellement à la situation de conflit et au climat d'insécurité dans les Kivu.
Kenya	250.000-365.000 ¹²⁷	Aucune évaluation officielle ne confirme le nombre de PDIP à l'heure actuelle.
Rwanda		aucune reconnaissance officielle de l'existence de PDIP.
Tanzanie		aucune reconnaissance officielle de l'existence de PDIP.
Ouganda	1.400.000 ¹²⁸	Réduction des effectifs liée au retour des PDIP après les négociations de paix intervenues entre les autorités et la LRA. L'absence de services essentiels a entravé le repeuplement des nouveaux sites de transit. La persistance d'incidents liés à l'insécurité ambiante a nuit aux opportunités et à la motivation des PDIP souhaitant retourner chez eux.
Total	2.871.979-2.986.979	Réduction nette du nombre des personnes déplacées à partir de décembre 2006 : 123.021-188.021.

Source : OCHA Bureau régional pour l'Afrique Centrale et l'Afrique de l'Est (2007). Rapport sur les populations déplacées, janvier-juin 2007

- Vers le milieu de l'année 2007, la situation des personnes déplacées **en RDC et en Ouganda** comptait parmi celles posant de graves préoccupations humanitaires (OCHA, 2007).
- **La Tanzanie et le Rwanda** ont maintenu leur statut consistant à ne pas recenser officiellement des PDIP en leur sein excepté dans les cas de migrations passagères causées par les aléas climatiques tels les inondations. (OCHA, 2007).

¹²⁶ IOM (2004). Glossary on migration.

http://www.egypt.iom.int/eLib/UploadedFolder%5CGlossary_on_Migration_En.pdf

¹²⁷ OCHA Kenya, août 2007 – cet ordre de grandeur tient compte des déplacements plus récents, encore non évalués, dans les districts du Mt Elgon, Molo et du fleuve Tana début 2007.

¹²⁸ OCHA Kampala: 1.000.000 de personnes dans les camps de PDIP et 400.000 dans les nouveaux sites de transit proches de leurs propriétés familiales.

- Au **Kenya** aucun rapport officiel, aucune statistique n'a été publié concernant la situation des PDIP, ce qui explique le caractère approximatif des chiffres. De nouveaux déplacements ont cependant été observés pendant le premier semestre 2007, du fait des conflits ethniques : un total de 70.000 déplacements supplémentaires ont été signalés dans le district du Mont Elgon en 2007 (OCHA, 2007).¹²⁹
- L'absence d'accès à un terrain reste le principal obstacle à tout effort de réinstallation des populations déplacées au **Rwanda, au Burundi et en Tanzanie**. La forte densité démographique qui caractérise le Rwanda et le Burundi entrave toute réinstallation possible des PDIP comme des populations réfugiées ayant choisi de retourner dans leur pays (OCHA, 2007).
- Les expulsions menées actuellement en Tanzanie à l'endroit des émigrés illégaux a aggravé la situation au **Burundi et au Rwanda**, étant donné que la majeure partie des rapatriés sont contraints de séjourner dans des camps de transit faute de foyer ou terrain à réintégrer. L'aide aux personnes expulsées persiste à buter sur des obstacles d'ordre logistique et un manque de moyens financiers. On estime à 20.000 personnes le nombre de Burundais et à plus de 60.000 le nombre de Rwandais séjournant illégalement en Tanzanie frappés par ces mesures d'expulsion à la fin 2007. (OCHA, 2007).

Données relatives aux comportements sexuels

Les données recueillies grâce aux BSS au sein de 30 sites de PDIP au Burundi en 2004¹³⁰ font apparaître que, dans l'ensemble, 3 % des PDIP (5 % des hommes parmi elles), déclarent avoir eu des relations sexuelles avec une personne qui n'était ni le conjoint ni le concubin au cours des 12 derniers mois.

Un pour cent des personnes interrogées a confirmé avoir eu des relations rémunérées. L'utilisation du préservatif est très faible, allant de « jamais utilisé » (10 %) à « utilisé lors des derniers rapports » (3%). En revanche, le recours au préservatif a été plus fréquent avec des partenaires occasionnels (25 %) et lors de rapports rémunérés (28 %). Quant à l'utilisation des services de CDV, 16 % des réponses signalaient un test de dépistage du VIH et l'obtention de son résultat.

A la différence des réfugiés qui sont l'objet d'une reconnaissance sur le plan international dans un cadre de protection bien défini, la protection des PDIP demeure du ressort exclusif du gouvernement, l'intervention humanitaire ne se faisant qu'à l'invitation des gouvernements hôtes. Des cas graves de violence et d'exploitation sexuelles ont été signalés dans les camps de PDIP en Ouganda.¹³¹ Ces communautés regroupées dans le nord du pays sont l'objet de toute sorte de violences sexospécifiques, y compris la violence familiale, les enlèvements, les viols, les avortements accompagnés de complications et les échanges de faveurs sexuelles. « *Les responsables de l'exploitation et autres abus sexuels ne sont pas seulement les membres de la*

¹²⁹ Ce qui ne comprend pas les déplacements causés par le résultat contesté des élections de 2007, début 2008

¹³⁰ CEFORMI/FHI (2005). Enquête de surveillance des comportements des personnes déplacées face au VIH-Sida.

¹³¹ <http://www.unfpa.org/emergencies/symposium06/docs/daytwosessionfivebnamirimbe.ppt>

LRA mais également les hommes des communautés, les conjoints et les membres de l'armée ougandaise. Les défis inhérents à la mise en application des plans et des politiques propres à réprimer la violence sexuelle tiennent au caractère inadéquat des ressources humaines, aux carences des moyens de recours, et à la faiblesse des pressions internationales exercées sur les autorités ougandaises. Les effectifs de police chargés de la protection des civils sont insuffisants et les médecins sont tenus de signer des attestations avant que les victimes d'abus sexuels puissent saisir la justice ».

Suivant les contextes, les facteurs de vulnérabilité et les risques de contracter le VIH varient. Dans les situations d'urgence, les groupes les plus exposés sont les femmes, les enfants, les personnes âgées, les handicapés et les PVVIH.¹³² Dans certains cas, les gens peuvent devenir vulnérables du fait de leur appartenance ethnique, de leur religion ou allégeance politique. Certaines stratégies de survie appliquées par les femmes et les fillettes tendent à les exposer à de plus grands risques d'infection par le VIH comme la prostitution ou les relations illicites voire la violence sexuelle dès lors qu'elles se rendent dans des zones non sécurisées. Les PVVIH s'exposent à de plus grands risques de malnutrition pour toutes sortes de raisons comme une consommation réduite d'aliments par manque d'appétit ou difficulté à s'alimenter, la rétention médiocre d'éléments nutritifs pour cause de diarrhées, parasitoses ou pathologies intestinales, les changements de métabolisme, les infections et les maladies chroniques. Le risque pour les femmes de contracter le VIH à la suite de violences sexuelles s'accroît dès lors que les agresseurs sont multiples ou qu'elles se trouvent détenues à des fins d'exploitation sexuelle par du personnel militaire pendant une période prolongée comme cela se produit, suivant les rapports, dans les situations d'urgence.¹³³

Les facteurs susceptibles de réduire les risques de contracter le VIH pour les réfugiés ont été identifiés. Il se peut qu'ils aient aussi de l'importance pour les PDPIP, toutefois les données sont insuffisantes pour le prouver. Il convient de garder à l'esprit d'autres facteurs : les massacres, les déplacements forcés et la clandestinité qui peuvent également réduire les risques d'exposition au VIH des individus¹³⁴

¹³² The Sphere Project (2004). Humanitarian Charter and Minimum Standards in Disaster Response

http://www.sphereproject.org/component/option,com_docman/task,cat_view/gid,17/Itemid,26/lang,English

¹³³ Salama P et al (1999). Health and human rights in contemporary human crises: is Kosovo more important than Sierra Leone? *BMJ*,319:1569-71

¹³⁴ Spiegel PB et al. (2007). Prévalence of VIH infection in conflict-affected and displaced people in seven sub-Saharan African pays: a systematic review. *Lancet*, 369:2187-95.

*Résumé des conclusions : Réfugiés et PDIP***Tableau 23. Réfugiés & PDIP – Taille du groupe, vulnérabilité et facteurs de risque d'infection au VIH**

Réfugiés -- Effectifs estimés de population dans la RGL = 1,2 million (juin 2007) PDIP - Effectifs estimés de population dans la RGL = 2,9 millions (mi-2007)	
Réfugiés et PDIP - Facteurs de vulnérabilité	Réfugiés et PDIP - Facteurs de risque d'infection par le VIH
<ul style="list-style-type: none"> • PDIP: absence d'état civil et de cadre de protection sociale • Dépossession de terre, de ressources productives, de foyer • Peuplement illicites se soldant par une expulsion • La guerre fausse les rôles dévolus aux hommes et aux femmes • Destruction des infrastructures (santé, éducation, etc) par la guerre • Manque d'accès à des services de santé complets • Menaces sanitaires multiples autres que le VIH, notamment la rougeole, les maladies diarrhéiques, les infections respiratoires aiguës, le paludisme, et malnutrition due aux carences en protéines • Vulnérabilité économique aiguë des femmes et des enfants • Migration en provenance des zones rurales où la séroprévalence et le degré d'information sur le VIH sont faibles • Les mineurs livrés à eux-même ne disposent pas de la protection de leurs parents • Traumatisme psychologique susceptible de précipiter l'érosion des valeurs traditionnelles • Perturbation potentielle des structures familiales et sociales 	<ul style="list-style-type: none"> • Les normes minimum des interventions humanitaires n'incluent pas toujours la prévention des IST et du VIH • Obstacles à la prévention du VIH : perturbation des services médicaux ; les tests de dépistage du VIH sont parfois difficiles (manque de confidentialité dans les campements confinés, absence de services de consultations-conseil) • Perturbation des partenariats et des réseaux sexuels • En dehors des normes et des contrôles sociaux ordinaires, une personne adopte parfois de nouveaux comportements • Interaction sexuelle avec le personnel militaire ou paramilitaire • L'utilisation du sexe comme monnaie d'échange constitue une "stratégie de survie" • Violence sexuelle, sexe forcé et agresseurs multiples • Nouvelles relations sexuelles avec une hiérarchie différente des pouvoirs qui entrave la négociation de pratiques moins risquées • Risque d'augmentation de la consommation d'alcool et de drogues illicites • Possibilité de transfusions sanguines entachées de risques au moment où celles-ci sont très demandées, injections à risque.

4.9 PERSONNES RAPATRIÉES DANS LEUR VILLAGE

Tout rapatriement pose des difficultés dans la mesure où, après avoir eu des contacts avec les communautés d'accueil dont le taux de séropositivité est élevé, les réfugiés regagnant leur point d'origine ont une séroprévalence plus importante que ceux qui ne sont jamais partis. Il convient de noter toutefois, qu'il s'agit de personnes mieux renseignées et susceptibles d'avoir un comportement plus avisé que ceux qui sont restés sur place. Les réfugiés rentrés chez eux devraient davantage être perçus comme un atout au lieu d'être considérés comme des vecteurs du VIH.

4.10 PRISONNIERS

Par "prisonnier" on entend généralement ces adolescents et ces adultes hommes et femmes-détenus dans des établissements pénitentiaires par la justice pénale le temps qu'une enquête soit

diligentée sur le délit qui leur est imputé, attendant leur procès, après avoir été mis en examen et avant d’être jugés, après leur condamnation.¹³⁵ Même si ce terme ne s’applique pas, à proprement parler, aux personnes détenues pour des motifs tenant à leur statut d’immigré ou de réfugié, ni à celles qui sont incarcérées sans chef d’accusation, ces considérations sont à prendre en compte dans ce cas d’espèce.

Le VIH est réputé poser, dans le monde entier, un grave problème de santé dans les prisons. L’univers carcéral constitue en effet un terrain propice à la transmission de nombreuses maladies infectieuses notamment la tuberculose, l’hépatite, les IST et le VIH. Les personnes se trouvant dans ces prisons sont essentiellement des hommes, la plupart des centres de détention étant réservés aux hommes, gardiens compris. Dans ce milieu, dont les femmes sont exclues, les rapports sexuels entre hommes (entre détenus ou avec les gardiens) sont fréquents.¹³⁶ Ces types de relations sont probablement plus répandus que ce que l’on en dit, les responsables se retranchant derrière une attitude de déni, par crainte de prendre des risques ou de s’exposer à une pénalisation de la sodomie et de l’homosexualité.

Il existe un grand roulement et une forte mobilité parmi les détenus. Les incarcérations sont en moyenne de courte durée avec un taux élevé de récidives. L’expérience internationale tend à démontrer que la plupart des prisonniers une fois relaxés, retournent vivre au sein de leurs communautés. Si toutefois ils ont contracté le VIH, en prison ou à l’extérieur, ils risquent de devenir des vecteurs de cette maladie au sein du grand public. Le risque d’infection par le VIH est également majoré pour ceux qui sont en contact avec le milieu carcéral, le personnel, les conjoints ou partenaires et par extension, la population en général.

Effectifs de population

Tableau 24. Données relatives à la population carcérale dans les pays de la GLIA

	Total de la population (2007)	Total de la population carcérale (année)	Total des femmes incarcérées (année)	Femmes incarcérées (% du total de la population carcérale)	Taux d’incarcération (pour 100.000 habitants)
Burundi	8.390.505	7.969 (2005)	216 (2002)	2,7 %	106
RDC	65.751.512	env. 30.000 (2004)	env. 83 (2004) ^{&}	--	57
Kenya	36.913.721	47.036 (2006)	1.254 (2002)	2,7 %	130
Rwanda	9.907.509	env. 67.000 (2005) [*]	2.925 (2002) [*]	4,4 %	152 [*]
Tanzanie	39.384.223	43.911 (2006)	1.515 (2005)	3,5 %	113
Ouganda	30.262.610	26.126 (2005)	901 (2005)	3,4 %	95
Total	190.610.080	222.042	6.894	3,1 %	

^{*} Il semble que la majorité des prisonniers soient détenus parce que soupçonnés d’avoir participé au génocide de 1994.

[&] Seule prison principale à Kinshasa.

Sources : *The World Prison Population List – 7e édition, janvier 2007. International Center for Prison Studies, King’s College, Londres. The World Female Imprisonment List, avril 2006. International Centre for Prison Studies, King’s College, Londres.*

¹³⁵ UNODC (2006). HIV/AIDS prevention, care, treatment and support in prison settings. A framework for an effective national response.

¹³⁶ Human Rights Watch (2002). World Report; Human Rights Watch (1999). World Report. Special Programs and Campaigns—Prisons.

Épidémiologie du VIH

Les données disponibles en provenance des pays d’Afrique subsaharienne tendent à signaler une prévalence supérieure parmi les prisonniers africains par rapport à la population adulte en général. Ces données ne concernent en revanche, qu’un nombre limité de pays et il n’existe pas de publication systématique de données sur l’ampleur du problème. (Cf. le tableau 25).

Tableau 25. Séroprévalence au sein de la population carcérale et prévalence moyenne

	Site	% VIH +	Année	Estimation de la séroprévalence nationale (cf. Tableaux 3 et 4)
Burundi	Prison de Ngozi	3,5	2001	3,3 %
Kenya	13 prisons	10,0	2007	6,1 %
Rwanda	Karubanda/ Butare	5,3	1999	3,1 %
Rwanda	Ex prisonniers	9,0	2004	3,1 %
Tanzanie-Zanzibar	Bemba	1,3	1995	0,6 %
Tanzanie-Zanzibar	Zanzibar	5,6	1995	0,6 %
Ouganda	--	7,5	2002	6,7 %
	Moyenne	5,6		

Sources : Mpinganzima D et al. (2002), *An AIDS programme in a prison of Burundi. Procès-verbal de la XIVe Conférence internationale sur le sida, résumé TuPeF5356* ; IRIN (2007) *Kenya: Slow response to high HIV rates in prisons* <http://irinnews.org/Report.aspx?ReportId=74055> ; Wane J & Sinayobye F (2001), *Etude CAP et séroprévalence de l'infection par le VIH en milieu carcéral : cas de la prison de Karubanda à Butare. Procès-verbal de la XIe Conférence internationale sur le sida et les MST en Afrique. Affiche 11PT2-96* ; TRAC (2004), *Rapport annuel* ; Haji SH (1995), *Prevalence of HIV infection in inmate prisoners Pemba Island, Zanzibar, Tanzania. Procès-verbal de la IXe Conférence internationale sur le sida et les MST en Afrique. Résumé TuD128* ; Zanzibar AIDS Control Programme (1995), *Program Manager -HIV-Aids Case Report Update for Zanzibar* ; Foster G (2002), *A captive audience for AIDS education. Mail and Guardian (South Africa), 15 mars 2002.*

- Les données fournies au tableau 25 sont très limitées, certaines proviennent d’échantillons non significatifs au plan statistique tandis que d’autres remontent à plus de 10 ans. Il existe une **insuffisance notoire de renseignements** permettant de comprendre l’ampleur de l’épidémie dans le milieu carcéral et son effet multiplicateur sur la population dans la région alentours.
- Au Rwanda, les prisonniers ne devraient être soumis au test de dépistage du VIH qu’après avoir été libérés, pendant qu’ils séjournent dans les "camps de solidarité". En 2004, sur 2.721 anciens détenus testés, 9 % étaient séropositifs. En 2004, MININTER, PSI et le PEPFAR ont effectué une étude KAP dans plusieurs prisons, signalant un besoin urgent de services de CDV au sein de celles-ci. (Rapport non disponible).
- Au Kenya, l’augmentation de la morbidité et de la mortalité dues à la tuberculose au sein de la population carcérale est un motif de préoccupation, l’infection par le VIH et les conditions de vie médiocres sont réputées être les principaux facteurs de risques dans la transmission de la tuberculose et les rechutes dans ces espaces confinés.¹³⁷ Les certificats de décès établis pendant la période 2000-2003 dans 13 grands établissements pénitentiaires du pays montrent que la tuberculose et le sida sont responsables d’au moins 40 % **des décès qu’il aurait été**

¹³⁷ Odhiambo J. et al. TB and AIDS: The leading preventable causes of prison deaths in Kenya. Exposition d’affiches : XVe Conférence internationale sur le sida : résumé ThPeC7519

possible d'éviter dans les prisons. A l'époque de cette enquête, ces 13 établissements conçus pour accueillir 7,328 prisonniers abritaient près de 17.000 personnes.

Comportement sexuel et données connexes

La présente analyse n'a pas pu compter sur des données provenant d'enquêtes de comportement sexuel en milieu carcéral, en revanche, la documentation existante permet de recenser certaines caractéristiques des comportements sexuels propres à ce contexte. Dans l'univers clos des prisons, les femmes sont particulièrement exposées aux risques d'abus sexuel voire de viol face au personnel et aux autres détenus. Dans de nombreux pays, les détenues sont gardées dans des petits établissements adjacents quant ils ne font pas partie intégrante des prisons réservées aux hommes. Il est très rare que les femmes et les fillettes ne soient pas séparées des hommes. Les détenues peuvent se retrouver placées sous la surveillance d'un personnel essentiellement ou exclusivement masculin. Elles sont passibles d'exploitations sexuelles et susceptibles d'échanger des faveurs sexuelles – si elles n'y sont pas contraintes – avec les autres prisonniers ou le personnel, pour se procurer des aliments, des produits, ou des médicaments. Les données concernant les adolescents (moins de 17 ans) incarcérés dans les prisons africaines sont limitées. Dans la plupart des pays, les jeunes détenus représentent entre 0,5 et 5 % de l'ensemble de la population carcérale. Ils partagent parfois les cellules des adultes et courent des risques élevés d'abus sexuels face au personnel comme aux prisonniers plus âgés.¹³⁸

Selon ONUSIDA, même lorsqu'ils sont condamnés à la prison, les gens conservent la jouissance de leurs droits notamment celui de ne pas être soumis à des peines cruelles et inhumaines et le droit aux niveaux le plus élevé possible d'hygiène et de sécurité de leur personne.¹³⁹ Ils ne perdent que la jouissance des droits qui sont nécessairement et explicitement limités du fait de leur incarcération. Protéger la santé des prisonniers est, de surcroît, une mesure pragmatique de santé publique, dès lors que les prisonniers sont appelés à être relâchés un jour et que toute infection contractée entre les murs de la prison peut se transmettre à l'extérieur.

La documentation existante fait état d'un certain nombre de facteurs favorisant la transmission du VIH dans les prisons africaines. La violence dans les prisons – qui, dans la plupart des cas n'est jamais signalée- est rituelle en tant que moyen fondamental de s'imposer dans une hiérarchie, surtout parmi les hommes.¹⁴⁰ Les prisons engendrent de nouveaux rapports de domination et de pouvoir y compris entre les détenus. Les viols entre hommes, probablement sous déclarés, constituent l'une des agressions intervenant (essentiellement) entre détenus. Des viols et autres sévices sexuels se produisent entre prisonniers de même sexe ou de sexes différents et entre le personnel et ces derniers.

Les viols collectifs et les échanges d'hommes contre faveurs entre bandes et individus parmi les détenus sont courants. En conséquence, les victimes de viols et d'abus sexuels constants finissent par se livrer à la prostitution comme moyen de survivre ou de faire face à l'adversité.¹⁴¹ La

¹³⁸ International Center for Prison Studies (2006). Children in Prison, Guidance Note 14. London, King's College <http://www.kcl.ac.uk/depsta/rel/icps/gn-14-children-in-prison.pdf>.

¹³⁹ ONUSIDA policy guidance on prisons. http://www.unsida.org/en/Policies/Affected_communities/prisons.asp

¹⁴⁰ Gear S (2007). Behind the bars of masculinity: male rape and homophobia in and about South African men's prisons. *Sexualities*, 10(2):209-227.

¹⁴¹ Kudat A (2006). Males for Sale. Dogan Yayinlari. Istanbul.

mauvaise alimentation et la malnutrition alliées à la médiocrité de la qualité des vivres et leur insuffisance dans les centres de détention, poussent les prisonniers à échanger des faveurs sexuelles contre de la nourriture.

Dans la législation kenyane, les relations sexuelles entre hommes sont considérées comme une infraction pénale passible d'une peine d'emprisonnement allant de cinq à 14 ans, même si elle est rarement appliquée ; cette même législation exclut cependant les hommes ayant des rapports sexuels avec les hommes (MSM), du bénéfice des programmes de lutte contre le VIH du gouvernement.¹⁴² Au Kenya, la loi interdit les relations sexuelles en prison de sorte que les visites conjugales sont exclues. "Les détenus se livrent à la sodomie et au lesbianisme, situation qui aggrave la propagation du VIH et comme personne n'ose l'admettre ouvertement, il est difficile de recommander l'utilisation du préservatif ce qui passerait pour une incitation à la "normalisation" de ces pratiques", explique la Free Legal Aid Clinic Kenya de la Oscar Foundation. La lenteur de la réaction face aux niveaux élevés de VIH-sida dans les prisons est essentiellement liée à l'existence de ces législations caduques et sans effet, tout comme elle s'explique par les inhibitions religieuses et culturelles. En 2007, le gouvernement du Kenya a commandé une étude sur les viols en prison.

Résumé des conclusions : Population carcérale

Tableau 26. Prisonniers – Effectifs de la population, vulnérabilité et facteurs de risque d'infection par le VIH

Population carcérale – Estimation des effectifs de population dans les pays de la RGL = 222.04 personnes (97 % hommes, 3% femmes)	
Prisonniers - Facteurs de vulnérabilité	Prisonniers - Facteurs de risque d'infection par le VIH
<ul style="list-style-type: none"> • Faiblesse du pouvoir judiciaire et de la justice pénale • Incarcération des prévenus avec les condamnés. • Ostracisme de la société envers les prisonniers. • Conditions carcérales sordides faute de moyens pour entretenir les pénitenciers • Services médicaux inférieurs aux normes ou inexistants, médiocrité de la salubrité des équipements médicaux et dentaires • Ségrégation par sexe, • Nourriture et niveaux de nutrition inadéquats. • Entassement • Absence de visite conjugale • Pour les détenus condamnés pour des délits liés à la drogue, l'UDI persiste en prison. • Restriction à l'utilisation des drogues & mesures de réduction des préjudices • Pénalisation & déni de toute activité sexuelle et de viol dans les prisons. • Roulement et mobilité élevés des prisonniers • Sous déclaration des cas de viols • Protection autonome limitée, faible maîtrise des conditions de vie 	<ul style="list-style-type: none"> • Nouvelles règles de domination et de pouvoir, altérant les identités et les rôles traditionnels des individus qui deviennent subordonnés à la sexualité • Pratiques sexuelles risquées (coït anal dans les rapports homosexuels, viol, viol en bande, abus sexuels etc.) • Prostitution comme mécanisme de survie. • Tatouage et autres techniques de scarification de la peau. • Rite des frères de sang • IST non soignées • Moyens de protection souvent non disponible (préservatifs, lubrifiants, aiguilles / seringues, désinfectant) • Impossibilité d'accéder aux services d' IEC • Relations bisexuelles et homosexuelles entre détenus, "mariages" compris. • UDI se servant de matériel contaminé

¹⁴² IRIN (2007) Kenya: Slow response to high VIH rates in prisons <http://irinnews.org/Report.aspx?ReportId=74055>

4.11 FEMMES VICTIMES DE VIOLENCE SEXUELLE

La violence sexuelle à l'encontre des femmes¹⁴³ et la violence sexospécifique (GBV)¹⁴⁴ constituent de graves violations des droits de la personne et des questions de santé publique qui affectent de façon disproportionnée les femmes et les fillettes de tout âge, quelle que soit leur culture, leur pays et leur milieu socio-économique. Ces actes de violence s'expriment de diverses manières y compris par le viol, la violence familiale, le mariage forcé, l'exploitation et le harcèlement, l'esclavage sexuel, la prostitution imposée, la traite et l'excision.¹⁴⁵ Autant de pratiques qui traumatisent les femmes et les fillettes sur le plan physique, émotionnel, psychologique et social. La violence sexuelle envers les femmes transcende tous les milieux socio-économiques et culturels au point que dans de nombreuses sociétés, les femmes ont été élevées pour apprendre à *accepter, tolérer, voire comprendre* ces comportements et garder le silence à leur sujet.

La violence sexuelle en situation de conflit et de guerre

La violence sexuelle à l'encontre des femmes est un problème grave dans la RGL, notamment dans les zones de conflits passés ou actuels. Au cours du conflit au Rwanda, les observateurs ont signalé que 200.000 à 500.000 femmes avaient été violées.^{146 147 148} Le statut social minoritaire des femmes les rend vulnérables à ce type de violence tandis les interdits culturels les empêchent de demander du secours. Même s'il est difficile de faire une estimation de la transmission du VIH par le viol, elle est certainement plus élevée que celle transmise par les rapports consentants en raison des traumatismes génitaux et rectaux et de la multiplicité des agresseurs.¹⁴⁹ Les associations recherchant les victimes de violences sexuelles sont souvent dirigées par des personnes qui y ont survécu elles mêmes, elles s'attachent à prendre soin de milliers de veuves, de victimes de viols, d'orphelins, certaines se consacrant tout particulièrement aux personnes infectées par le VIH.

Le **Burundi** a un programme national réputé pour la prise en charge clinique des cas de viols et un plan de réaction d'urgence multisectoriel qui fonctionne.¹⁵⁰ Malgré cela, la violence persiste à l'encontre des femmes et des fillettes. Un problème particulier se pose concernant les élèves d'école secondaire qui doivent quitter leur domicile et prendre pension dans des familles

¹⁴³ La femme a dû subir des rapports sexuels sous la contrainte, elle s'est laissée faire parce qu'elle avait peur de son agresseur, elle a été forcée de commettre un acte sexuel qu'elle juge avilissant ou humiliant. (OMS Etude multi pays sur la santé des femmes et la violence familiale envers les femmes, 2005)

¹⁴⁴ *Any type of violence directed at groups or individuals on the basis of their gender* (HIV/AIDS and gender based violence literature review, Harvard School of Public Health, 2006)

¹⁴⁵ Au Kenya, le gouvernement a promulgué the National Commission on Gender and développement Act de 2003 afin de faciliter la coordination et l'intégration des questions de parité dans le développement national. Le Children Act de 2001 classe les enfants soumis à la violence familiale et à l'excision comme étant des enfants exigeant soin et protection.

¹⁴⁶ Carballo M et al. (2000) Demobilization and Its Implications for HIV/AIDS, Linking Complex Emergency Response and Transition Initiative (CERTI) Crisis and Transition Tool Kit, Octobre 2000, p16.

¹⁴⁷ Sharlach L (2000). Rape as Genocide: Bangladesh, Former Yugoslavia, Rwanda. *New Political Science*, 22(1), p9.

¹⁴⁸ Human Rights Watch (1996). *Shattered Lives: Sexual violence During the Rwandan Genocide and Its Aftermath*. New York, NY.

¹⁴⁹ Gostin L et al. (1994). HIV testing, counseling and prophylaxis after sexual assault. *JAMA* 1994; 271: 1436-44.

¹⁵⁰ <http://www.unfpa.org/emergencies/symposium06/docs/burundidaytwosessionfiveb.ppt>

d'accueil résidant près de leurs écoles. Ces jeunes filles sont censées "payer" cette hospitalité et considérant qu'elles se trouvent éloignées de leurs propres familles, elles deviennent la proie de l'exploitation sexuelle. Le Comité international de Secours s'emploie à obliger les établissements scolaires à accorder une protection aux élèves. Un accord de partenariat est intervenu entre les élèves, les écoles et les ministères et les élèves interviennent dans la gestion des établissements scolaires.

Une enquête menée par la Ligue ITEKA au **Burundi** en 2004 a révélé que sur 2.173 personnes interrogées, 40 % croyaient que la "violence sexuelle envers les adolescents (les enfants et surtout les petits), protégeait du VIH-sida tandis que 35 % étaient persuadés que les adolescents ne peuvent être infectés".¹⁵¹ Le Ministre burundais, M. Ntirampemba signale : "De nombreuses victimes hésitent à porter plainte, car elles savent qu'en fin de compte, le délit ne sera pas pris au sérieux".

En **RDC**, pendant le conflit comme après, la violence envers les femmes a été très répandue et souvent utilisée délibérément comme une arme de guerre.¹⁵² Un système judiciaire inopérant et des infrastructures sociales et de santé inadéquates ont laissé les femmes privées de leurs droits et extrêmement vulnérables à la violence sexuelle et à l'exploitation. Après des enquêtes effectuées en RDC en 2005, MSF a conclu que : *"la pauvreté, la grande quantité de jeunes désœuvrés ou d'ancien membres des milices ou aides de camp sans argent ni instruction, l'attrait de l'argent facile, l'incompétence du système judiciaire, les soldes de misère versés aux soldats et la brutalité de ceux qui sont censés faire régner l'ordre et la justice, contribuent à cette spirale de comportements violents.(...) Le nombre de viols déclarés était également très élevé en 2004, témoignant de la situation de ces femmes et ces jeunes filles à la merci d'hommes armés qui violent systématiquement celles qu'ils croisent au cours des affrontements ou qu'ils kidnappent pour en faire des esclaves sexuelles dans leurs campements ou dans les carrières [...] La recrudescence élevée des manifestations de violence sexuelle au début de 2005 est à opposer à l'absence totale de soins médicaux ou d'un quelconque soutien pour ces femmes"*.¹⁵³

La Tanzanie est le pays de la GLIA qui a enduré le moins de conflits armés ces dernières années. Pourtant le viol et les rapports sexuels brutaux et sous la contrainte y sont habituels, même s'ils ne sont souvent pas déclarés. Ils sont considérés comme contribuant aux taux élevés d'infection par le VIH.¹⁵⁴

Les définitions juridiques et humanitaires internationales considèrent la violence sexospécifique (GBV) comme un moyen de démoraliser les communautés, un instrument de génocide et un crime contre l'humanité dès lors qu'elle est systématiquement dirigée contre les populations civiles.¹⁵⁵ En 1998, un tribunal international a pour la première fois accusé un violeur Hutu de crime contre l'humanité.¹⁵⁶

¹⁵¹ <http://www.plusnews.org/report.aspx?ReportID=74086> (accès le 20 sept. 2007)

¹⁵² http://www.unfpa.org/emergencies/symposium06/docs/final_report.pdf

¹⁵³ MSF (2005). Accès à la santé, mortalité et violence en RDC

¹⁵⁴ Plummer M et al. (2002). Sexual violence, pressure and HIV in rural Tanzania.

<http://196.207.17.140/pubs/presentations/PRS000079.ppt>

¹⁵⁵ Ward J. If Not Now, When? Addressing violence gender-based violence in refugee, internally displaced, and post-conflict settings: A global overview. New York, NY: The Reproductive Health for Refugee Consortium c/o The women's Commission for refugee Women and Children and the International Rescue Committee; 2002.

¹⁵⁶ Jefferson LR. In War as in Peace: Sexual violence and women's Status. New York, Human Rights Watch; 2004.

La violence entre partenaires

La violence physique et sexuelle empêche la femme de se prémunir contre l'infection. Refuser de céder, questionner sur les autres partenaires ou suggérer l'utilisation du préservatif sont autant de démarches qui ont été décrites comme déclenchant un accès de violence chez le partenaire, même si elles sont considérées comme des comportements incontournables dans la prévention de l'infection par le VIH. *L'étude multi pays de l'OMS sur la santé des femmes et la violence familiale* montrent que la plupart des actes de violences sexuelles sont perpétrés par les partenaires intimes.¹⁵⁷

Les données recueillies en Tanzanie dans le cadre de cette étude multi pays confortent l'ampleur de la violence infligée par le partenaire. Une jeune tanzanienne de moins de 15 ans sur dix a déjà été victime d'abus sexuels.¹⁵⁸ 15% des Tanzaniennes rapportent que leur première expérience sexuelle s'est déroulée sous la contrainte et plus la personne était jeune lors de ses premiers rapports, plus il était probable qu'il s'agissait d'un viol. 29 % des femmes qui ont été victimes de la violence de leur partenaire n'en ont jamais parlé, 60 % de celles qui ont subi le même sort n'ont jamais été chercher de l'aide auprès d'un service agréé voire un représentant de la loi. 56 % des femmes de Dar es Salam et 48 % de celles de Mbeya n'ont pas demandé de l'aide parce qu'elles croyaient que la violence était "normale" et sans gravité. Les raisons les plus souvent invoquées pour demander du secours tenaient au fait que les femmes ne supportaient plus d'être violentées ou mises à mal.

Effectifs de population

Tableau 27. Prévalence de la violence sexuelle envers les femmes et prévalence moyenne

	Site	Échantillon	% expérience de violence sexospécifique	Année	Source
Kenya	Pays	Femmes 15-49 ans	15,7 %	2003	EDS Kenya 2003
Rwanda	Pays	Femmes 15-49 ans	12,9 %	2005	EDS Rwanda 2005
Tanzanie	Dar es Salaam	Femmes 15-49 ans	23 %	2002	OMS 2005
Tanzanie	Mbeya	Femmes 15-49 ans	31 %	2002	OMS 2005
Tanzanie	Moshi	Femmes 20-44 ans	3,4 %	?	McCloskey et al., 2005
Ouganda	Rakai	Femmes 15-24 ans	13,4 %	2003	Zablotska et al., 2006
Ouganda	District de Mbale	Femmes ayant des nourrissons	37 %		Karamagi et al., 2006
		Moyenne	15,7 %		

Ont été exclues : les enquêtes d'indicateurs sur le sida (AIS) de Tanzanie 2003-2004 (seuls les rapports sous la contrainte et les viols ont été pris en compte, or les personnes interrogées n'ont pas évoqué le viol entre époux au moment du sondage) ; Les enquêtes d'indicateurs sur le sida de l'Ouganda en 2005 et les quatre enquêtes de surveillance de comportement de la GLIA (qui n'ont pu cerner que les viols et non les autres expériences d'abus sexuels)

Une préoccupation particulière concerne la violence des partenaires envers *les jeunes femmes*. Une étude effectuée à **Dar es Salam, en Tanzanie** auprès d'hommes et de femmes âgés de 16 à

¹⁵⁷ Garcia-Moreno C (2006). Prevalence of intimate partner violence: findings from the WHO multi-country study on women's health and domestic violence. *Lancet*; 368: 1260–69

¹⁵⁸ OMS (2005). Etude multi pays de l'OMS sur la santé des femmes et la violence familiale, Fiche de la Tanzanie.

24 ans, a mis en évidence une interaction complexe entre la violence, les rapports sous la contrainte et l'infidélité dans les relations sexuelles des jeunes gens.¹⁵⁹ Les hommes brutaux à l'égard de leurs partenaires ont souvent fait état de rapports sous la contrainte et d'inconstance dans ces partenariats. Les hommes ayant des partenaires multiples ont signalé qu'ils devenaient violents lorsque leurs compagnes mettaient en doute leur fidélité et indiqué les avoir forcées alors qu'elles résistaient à leurs avances. Une étude effectuée à Rakai, en Ouganda sur des jeunes filles de 15 à 19 ans dotées d'expérience sexuelle, a montré que 14 % d'entre elles avaient été forcées la première fois.¹⁶⁰ Ces dernières étaient moins nombreuses que les autres à recourir à la contraception moderne à avoir utilisé des préservatifs lors des derniers rapports, et ce systématiquement. Elles faisaient davantage état de leur grossesse actuelle ou précédente comme étant non désirée quand elles ne faisaient pas mention des symptômes d'une ou plusieurs pathologies génitales.

Epidémiologie du VIH

L'absence de parité et la violence sexospécifique (GBV) envers les femmes sont de plus en plus cités comme facteurs importants de risques d'infection par le VIH, malgré que la recherche empirique sur une éventuelle relation de cause à effet demeure limitée. Si la plupart des femmes touchées par le VIH sont diagnostiquées lors des visites prénatales (CP) l'essentiel des études sur le lien entre la violence et l'infection par le VIH provient des États-Unis. La comparaison entre ces travaux est souvent compliquée par le fait que *les différentes manifestations de la violence* (violence entre partenaires intimes, violence familiale, violence sexospécifique, combinaison de brutalité physique et violence sexuelle, rapports sexuels sous la contrainte, etc.) sont analysées dans des *contextes temporels distincts* (violence tout au long de l'existence, violence dans les relations actuelles, etc.) Seul un nombre réduit de projets en Afrique subsaharienne a effectué une évaluation quantitative du risque de contracter le VIH à la suite d'actes de violence. (Les EDS du Rwanda et du Kenya ne signalent pas de lien entre la violence sexuelle et la séropositivité) :

- L'étude menée par KL Dunkle et al.¹⁶¹ sur les personnes bénéficiant de consultations prénatales à **Soweto, en Afrique du Sud** définit la violence comme étant un facteur de risque d'infection indépendant. Si la violence entre partenaires intimes (physique, sexuelle) a été nettement associée à la séropositivité (**Séroprévalence 1,4 fois supérieure, passant de 28,6 % à 40,2 %**), il n'en va pas de même pour les agressions sexuelles sur les enfants, les premiers rapports sous la contrainte et le viol par des adultes non partenaires.
- Une importante cohorte entre 15 et 24 ans à **Rakai, en Ouganda**, a révélé que la séroprévalence augmentait sensiblement lorsque les femmes signalaient des rapports sous la

¹⁵⁹ Maman S et al. (2004). Exploring the Association Between HIV and Violence: Young People's Experiences with Infidelity, Violence and Forced Sex in Dar es Salaam, Tanzania. *Int Fam Plan Perspect*, 30(4):200-206.

¹⁶⁰ Koenig MA et al. (2004). Coerced first intercourse and reproductive health among adolescent women in Rakai, Uganda. *Int Fam Plan Perspect*, 30(4):156-64.

¹⁶¹ Dunkle KL et al. (2004). Gender-based violence, relationship power, and risk of HIV infection in women attending antenatal clinics in South Africa. *Lancet*, 363(1 mai 2004), 1415-21.

contrainte précédés de consommation d'alcool, cette dernière ayant un effet supérieur au viol sur la séroprévalence.¹⁶²

- Une étude effectuée dans un centre de consultation pour les IST pour femmes à **Nairobi (Kenya)** a montré que le nombre de patientes séropositives passait presque du simple au double dès lors qu'elles étaient victimes de violence tout au long de leur vie contre 39 % de cas de séropositivité chez les femmes victimes de la brutalité de la part de leur partenaire intime et 27 % chez les autres. (prévalence 1,4 fois plus élevée).¹⁶³
- Une étude provenant de **Kigali (Rwanda)** concernant des femmes vivant une relation stable a montré que celles déclarant une séropositivité étaient plus nombreuses à signaler des rapports conflictuels et forcés avec leurs partenaires que les femmes séronégatives.¹⁶⁴
- Une étude portant sur 245 femmes fréquentant un centre de CDV de **Dar es Salam, (Tanzanie)** signale que chez les femmes de moins de 30 ans, celles qui sont séropositives sont davantage enclines à évoquer au moins un cas de violence physique ou sexuelle de la part de leur partenaire que celles qui ne sont pas infectées. En revanche, chez les femmes de plus de 30 ans, la séropositivité n'est pas associée à la violence.¹⁶⁵
- L'enquête BSS (2000) menée au Kenya, a révélé que les travailleuses du sexe déclarant la violence d'un partenaire sexuel étaient 3 fois plus susceptibles d'avoir contracté des MST.

Les données relatives à la séroprévalence liée à la violence proviennent de deux études qui ont également démontré que celle des femmes victimes de violence était 1,4 fois supérieure comparée aux autres femmes.

Les études réalisées à Kigali et à Dar es Salaam constituent une preuve utile du lien existant entre la violence du partenaire intime et les risques qu'encourent les femmes face au VIH. Néanmoins, ces travaux ont leurs limites dans la mesure où les enquêteurs ont évoqué la violence de leur partenaire avec ces femmes après avoir déterminé leur séropositivité. Ainsi, la recherche s'est concentrée sur une gamme limitée d'expériences définies comme étant violentes et coercitives. Aucune de ces études n'a vérifié les effets des comportements à risque chez ces femmes, même si ces comportements peuvent être associés à des actes de violence. Dans l'ensemble, il existe une insuffisance de preuve d'un lien existant entre la violence sexospécifique et les abus sexuels et le risque de contracter le VIH dans les pays de la GLIA comme dans le reste de l'Afrique subsaharienne, soit que les données n'ont pas été analysées sous cet angle (par les EDS notamment) soit que ces études n'étaient pas censées évaluer la fiabilité des expériences rapportées par les femmes et le lien avec la séropositivité (les définitions de ce que l'on entend par viol, coercition et rapports sous la contrainte ne sont pas toujours clairement expliquées aux participants). On constate dans certaines études, un chevauchement

¹⁶² Zablotska I et al. (2006). Alcohol use, intimate partner violence, sexual coercion and HIV among women aged 15-24 in Rakai, Uganda. XVIe Conférence internationale sur le sida, résumé CDD0175.

¹⁶³ Fonck K et al. (2005). Increased risk of HIV in women experiencing physical partner violence in Nairobi, Kenya. *AIDS and Behavior*, 9(3):335-339.

¹⁶⁴ van der Straten A et al. (1995) Couple communication, sexual coercion and HIV risk reduction in Kigali, Rwanda. *AIDS*, 9(8):935-944

¹⁶⁵ Maman S et al. (2002). VIH-positive women report more lifetime partner violence: findings from a voluntary counseling and testing clinic in Dar es Salaam, Tanzania. *Am J Public Health*, 92: 1331-37.

entre les facteurs associés au viol et ceux réputés entraîner des risques de contracter le VIH, témoignant du besoin d'explorer davantage la corrélation du viol avec le VIH. La conception transversale des études limite les possibilités d'établir un rapport temporel entre la violence, le comportement à risque et l'infection par le VIH. Il se peut que la sous-estimation de la violence sexuelle soit considérable parce que sous-déclarée et parce que les stratégies d'échantillonnage impliquent ceux qui fréquentent les établissements de santé. Il convient de mentionner en outre qu'il n'existe pas de norme convenue aux fins d'évaluation de la gravité de la violence des partenaires intimes.

Tableau 28. Population féminine affectée par la violence sexuelle

	Total de la population féminine 15-64 ans (2007)	Est. du nombre de femmes objet de violences sexosp./sexuelles*	Est. du total de femmes de plus de 15 ans vivant avec le VIH (PVVIH) [ONUSIDA]	Est. du nombre supplémentaire de femmes PVVIH imputable à la violence sexuelle/sexospécifique ^{&}
Burundi	2.162.093	339.449	79.000	4.668
RDC	16.571.549	2.601.733	520.000	30.726
Kenya	10.174.922	1.597.463	740.000	43.726
Rwanda	2.765.767	434.225	91.000	5.377
Tanzanie	10.649.507	1.671.973	710.000	41.953
Ouganda	7.185.058	1.128.054	520.000	30.726
Total	49.508.896	7.772.897	2.660.000	157.177

Estimations fondées sur les hypothèses suivantes:

* 15,7 % de la population féminine, suivant les estimations, ont été l'objet de violences sexuelles ou sexospécifiques dans la RGL.

& Ces femmes sont 1,4 fois plus susceptibles de contracter le VIH comparées aux femmes non violentées.

(Femmes non victimes de violence sexospécifique-GBV)

Fraction imputable : Formule (Violence sexospécifique (GBV)~femmes x 0,4 x PVVIH~ONUSIDA) / (aucune violence sexospécifique (GBV)~femmes + (1,4 x violence sexospécifique (GBV)~femmes).

Les femmes victimes de violence sexuelle peuvent, en témoignant, éprouver un traumatisme émotionnel, ressentir de la colère et se sentir humiliées. Des données liminaires tendent à signaler que les taux de séroprévalence sont élevés parmi celles qui ont survécu à un viol. Sur un échantillon de 1.200 veuves du génocide au Rwanda, les deux tiers sont séropositives.¹⁶⁶ Ces femmes ont tendance à s'isoler de leur communauté et refuser de saisir la justice. Les traumatismes physiques et psychologiques persistent à les faire souffrir notamment le sida, les IST, les fistules, les cicatrices, les douleurs chroniques, la dépression, le syndrome subjectif post-traumatique, les images obsessionnelles. Les fillettes et les jeunes femmes courent un risque élevé de contracter le VIH étant donné leur profonde vulnérabilité face à la violence sexospécifique et la pauvreté.

¹⁶⁶ New Vision (2001). Genocide widows die of AIDS. 11 décembre 2001, Kampala.

*Résumé des conclusions : Femmes sujettes à la violence sexuelle et sexospécifique***Tableau 29. Femmes objet de violence sexuelle /sexospécifique- Effectifs de population, vulnérabilité et facteurs de risque face au VIH**

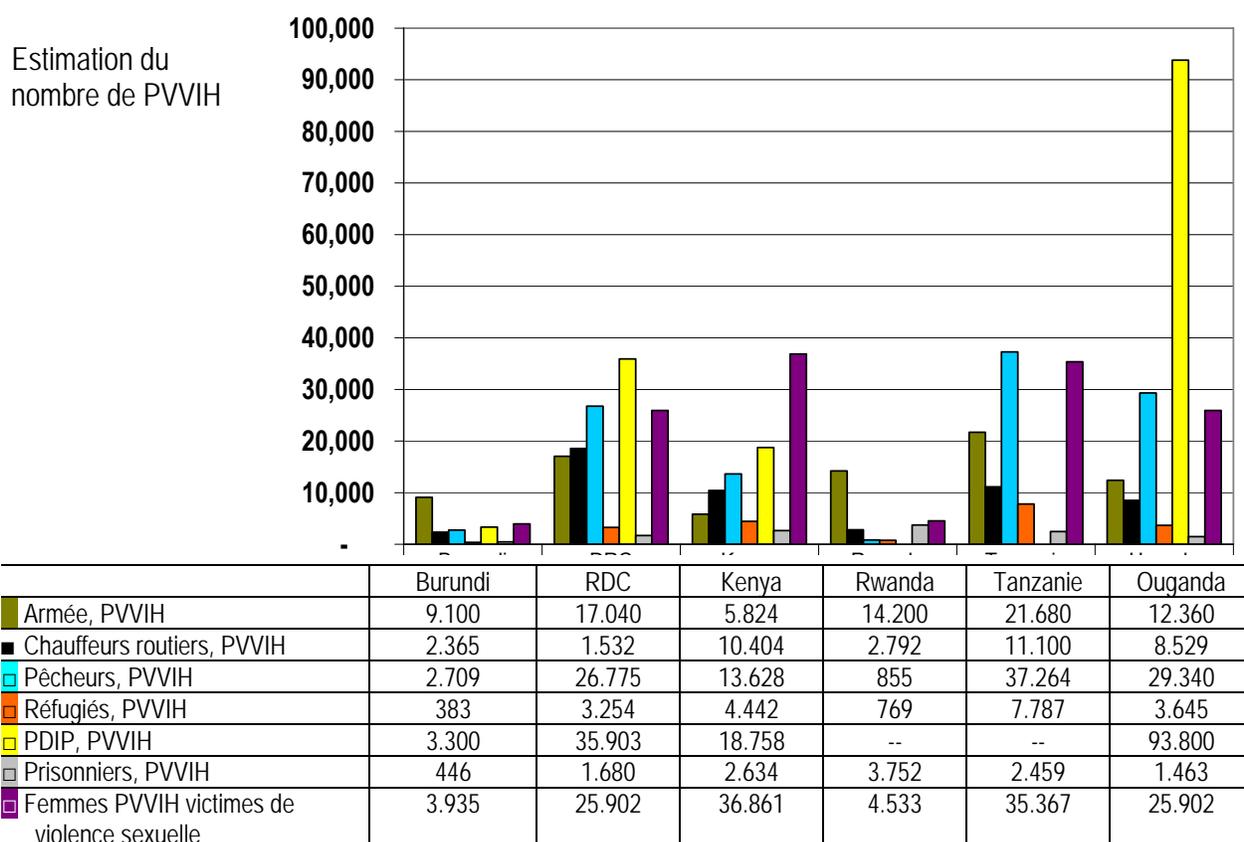
Population – Effectif estimée de la population dans les pays de la RGL = 7,78 millions de femmes ont été victimes de violence sexuelle, ce qui donne une estimation de 157.777 femmes VVIH supplémentaires	
Femmes victimes de violence sexospécifique - Facteurs de vulnérabilité	Femmes victimes de violence sexospécifique - Facteurs de risque d'infection par le VIH
<ul style="list-style-type: none"> • Faible niveau d'alphabétisation • Condition subordonnée des femmes • Absence d'émancipation des femmes • tolérance généralisée de la violence comme moyen de contrôle social • Rejet par les partenaires intimes et par la communauté des femmes ayant survécu au viol • Domination et emprise masculine supérieure dans les rapports entre les sexes • Violence physique au sein du couple • Changement fréquent de partenaire, relations occasionnelles • Consommation d'alcool précédant les rapports sexuels • Décision unilatérale par l'homme de rapports sexuels • Toute tentative de la femme de négocier des rapports protégés peut déclencher une réaction violente • Idem pour le recours aux CDV. 	<ul style="list-style-type: none"> • Agressors multiples appartenant aux groupes les plus exposés au risque • Précocité des victimes – davantage sujettes à traumatismes du fait de l'immaturité de leur système reproductif • Partenaire abusif imposant des pratiques sexuelles dangereuses • Fréquence élevée des abus sexuels • Partenaire masculin séropositif • Traumatisme physique touchant la région génitale /anale (déchirement et lésions de la paroi vaginale causés par la violence des rapports et la sécheresse vaginale), traumatisme anal. • Le préservatif sert rarement dans les rapports sexuels violents. • Absence de prophylaxie post-traumatique

4.12 RESUME : EFFECTIF DES POPULATIONS, SEROPREVALENCE ET NOMBRE DE PVVIH

La présente section offre un panorama résumé des observations effectuées dans le cadre de cette étude sur les effectifs des populations et le nombre de PVVIH en leur sein. La figure 11 présente, pour chaque pays de la GLIA, une estimation du nombre de PVVIH pour chacun des sept groupes de personnes à risque afin de mieux illustrer le poids relatif du VIH parmi eux.

La figure 12 indique la proportion occupée par le nombre estimé de PVVIH au sein des groupes vulnérables par rapport au nombre total estimé de PVVIH dans chacun des pays de la GLIA. Le tableau 30 présente une synthèse des estimations relatives au sept groupes vulnérables quant à leur effectif, le taux moyen de séroprévalence et l'estimation du nombre de PVVIH afin de faciliter une évaluation permettant de les intégrer dans les groupes démographiques qui méritent des interventions ciblées.

Figure 11. Niveau relatif du poids du VIH parmi les groupes démographiques vulnérables sélectionnés dans les pays de la GLIA

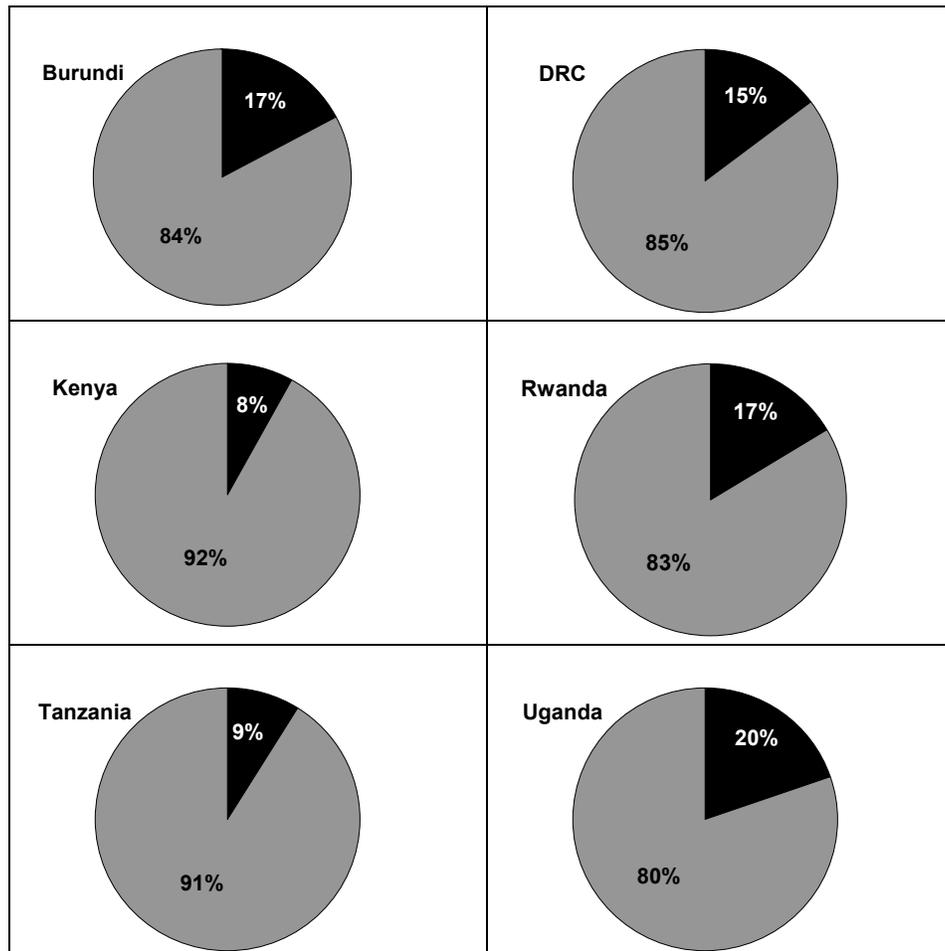


Sources : Déjà décrites dans la section consacrée à la méthodologie et dans les annotations relatives au tableau 30.

Note : Ce graphique indique les estimations les plus élevées du nombre de PVVIH au sein de l'armée en utilisant 20% comme pourcentage moyen de séroprévalence. Les estimations concernant l'armée tanzanienne comprennent les contingents de réserve.

- Ce graphique indique que l'importance des effectifs estimés des PVVIH varie considérablement entre les populations vulnérables et les pays.
- Dans deux pays (la RDC et l'Ouganda), le nombre le plus élevé de PVVIH concerne les PDIP.
- Le nombre estimé de PVVIH parmi les pêcheurs (hommes et femmes) est comparativement élevé en Tanzanie, en Ouganda et en RDC.
- Au Rwanda et au Burundi, l'armée regroupe selon les estimations le nombre le plus élevé de PVVIH.
- Au Kenya, les femmes sujettes à la violence sexuelle sont de loin, le groupe démographique comptant un maximum de PVVIH. Il en va de même dans le cas de la Tanzanie.

Figure 12. Proportion de PVVIH dans les huit groupes de populations vulnérables combinés, comparée au total des PVVIH dans chaque pays.



Sources : Déjà décrites dans la section sur la méthodologie et dans les annotations relatives au tableau 30.

Note : Les graphiques circulaires (ou camemberts) présentent une combinaison des huit groupes de populations vulnérables sous forme de pourcentage du total estimé de PVVIH pour chaque pays. En ce qui concerne l'armée, on s'est servi des estimations les plus élevées du nombre de PVVIH en se fondant sur une estimation de la séroprévalence moyenne de 20%. Les estimations concernant l'armée tanzanienne prennent en compte les contingents de réserve.

- La proportion de PVVIH parmi les groupes démographiques sélectionnés comparée au nombre total de PVVIH dans les pays de la GLIA va de 8 % (Kenya) à 20 % (Ouganda).
- Dans les pays comptant une séroprévalence plus faible, 3% environ, de personnes infectées par le VIH, (Burundi, RDC, Rwanda), cette proportion est de 17 %, 15 % et 17 %, respectivement. En revanche, dans les trois pays où la séroprévalence est plus élevée : 6-7 % (Kenya, Tanzanie, Ouganda), la proportion atteint 8 %, 9 % et 20 %, respectivement. La principale raison tient aux proportions élevées en Ouganda (20 %) qui compte une population estimée de 93.800 PVVIH parmi les PDIP.

Tableau 30. Récapitulation des effectifs de population et du nombre de PVVIH parmi des groupes sélectionnés.

Populations vulnérables	Caractéristiques	Burundi	RDC	Kenya	Rwanda	Tanzanie	Ouganda	Total
Chauffeurs routiers (a)	Effectifs de population PVVIH (séroprévalence estimée : 18 %)	13.138 2.365	102.954 18.532	57.800 10.404	15.513 2.792	61.668 11.100	47.385 8.529	298.458 53.72
Pêcheurs (hommes et femmes) (b)	Effectifs de population PVVIH (séroprévalence estimée : 24,7 %)	10.969 2.709	108.400 26.775	55.176 13.628	3.460 855	150.865 37.264	118.786 29.340	447.656 110.571
Forces armées (c)	Effectifs de population PVVIH (séroprévalence estimée : 20 %) PVVIH (séroprévalence estimée : 10 %)	45.500 9.100 4.550	85.200 17.040 8.520	29.120 5.824 2.912	71.000 14.200 7.100	108.400 21.680 10.840	61.800 12.360 6.180	401.020 80.204 40.102
Travailleuses du sexe (d)	Effectifs de population PVVIH	n.d. n.d.	n.d. n.d.	n.d. n.d.	n.d. n.d.	n.d. n.d.	n.d. n.d.	n.d. n.d.
Réfugiés (e)	Effectifs de population PVVIH (séroprévalence estimée : 1,65 %)	23.215 383	197.232 3.254	269.196 4.442	46.600 769	471.912 7.787	220.914 3.645	1.229.069 20.280
PDIP (f)	Effectifs de population PVVIH (est. de séroprévalence nationale)	100.000 3.300	1.121.979 35.903	307.500 18.758	-- --	-- --	1.400.000 93.800	2.929.479 1.761
Population carcérale	Effectifs de population PVVIH (séroprévalence estimée : 5,6 %)	7.969 446	30.000 1.680	47.036 2.634	67.000 3.752	43.911 2.459	26.126 1.463	222.042 12.434
Femmes victimes de violence sexuelle (h)	Effectifs de population PVVIH* (RR = 1,4)	339.449 3.935	2.601.733 25.902	1.597.463 36.861	434.225 4.533	1.671.973 3.5367	1.128.054 25.902	7.772.897 132.500
TOTAL	Populations vulnérables (i)	540.240	4.247.498	2.363.291	637.798	2.508.729	3.003.065	13.300.621 (7 % de la pop. adulte totale dans la RGL)
	PVVIH vulnérables (j)	22.238	129.086	92.551	26.901	115.656	175.040	561.472 (12 % de la pop. adulte total de PVVIH dans la RGL)

* Nombre net de PVVIH imputable à la violence sexuelle

Annotations relatives au Tableau 30:

- (a) Chauffeurs routiers:** La seule estimation recueillie concerne les chauffeurs routiers du Kenya. Pour les autres pays, il a fallu extrapoler à partir de la population en utilisant le même pourcentage que celui des chauffeurs kenyans par rapport à la population du Kenya. La séroprévalence moyenne a été calculée à partir de six études concernant essentiellement des transporteurs de ce pays.
- (b) Pêcheurs (hommes et femmes):** L'estimation de leurs effectifs au Rwanda, en Tanzanie et en Ouganda provient des chiffres du recensement de 2002. La FAO a communiqué des estimations pour le Burundi (données 2001), la RDC (2000) et le Kenya (2005). La séroprévalence moyenne a été calculée sur la base de quatre études relativement récentes provenant des pays de la GLIA.
- (c) Forces armées:** Les estimations ont été extraites du site www.nationsencyclopedia.com. Les seules données récentes proviennent des Forces de Défense Ougandaises (20 %). Comme on a prétendu que la séroprévalence au sein de l'armée était peut être en deçà de ce que l'on supposait, une fourchette de 10 à 20% a servi à calculer le nombre de PPVIH.
- (d) Travailleuses du sexe:** L'analyse n'a porté que sur la séroprévalence sans prendre en compte les estimations relatives aux effectifs de populations concernés ou des PPVIH parmi eux tant il est difficile de cerner ce groupe à risque.
- (e) Réfugiés:** Le Bureau de la coordination des affaires humanitaires des Nations Unies (OCHA) a fourni les chiffres relatifs à ce groupe (juin 2007). Le calcul de la séroprévalence moyenne s'appuie sur huit enquêtes effectuées récemment dans différents camps.
- (f) Personnes déplacées à l'intérieur de leur pays – PDIP:** Le Bureau de la coordination des affaires humanitaires des Nations Unies (OCHA) a fourni les chiffres relatifs à ce groupe (juin 2007). En l'absence de données concernant la séroprévalence propre aux PDIP, la séroprévalence nationale estimée par l'ONUSIDA pour 2007 (cf. tableau 3) a servi au calcul du nombre de PPVIH.
- (g) Population carcérale:** Les effectifs de ce groupe ont été calculés à partir des chiffres récents enregistrés en 2004, 2005 et 2006 sur la liste de la population carcérale du monde. La séroprévalence moyenne s'appuie sur les données recueillies dans le cadre de sept études provenant des différents pays de la GLIA entre 1995 et 2007.
- (h) Femmes victimes de la violence sexuelle:** La taille de ce groupe a été estimée à partir de six études indiquant la proportion de femmes au sein de la population féminine adulte qui a été l'objet de violence sexuelle ou sexospécifique. Le calcul du nombre de PPVIH s'est fondé sur des données sur le risque relatif (RR=1,4) de séropositivité au VIH des femmes victimes de violence sexuelle par rapport aux autres femmes. Une estimation du RR a servi à calculer le nombre de PPVIH imputable à la violence sexuelle, à partir des chiffres communiqués par l'ONUSIDA sur le nombre de femmes adultes vivant avec le VIH dans chaque pays de la RGL. Le nombre supplémentaire de PPVIH imputable à la violence sexuelle se fonde sur le risque supplémentaire de séropositivité des femmes victimes de cette violence.
- (i) Estimation du nombre total des 7 groupes démographiques vulnérables analysés dans le présent rapport**
- (j) Estimation du nombre de PPVIH d'âge adulte au sein de ces populations vulnérables : Total des PPVIH parmi ces population vulnérables.**

5. RÉSULTATS : POPULATIONS VULNERABLES ET PSN DES PAYS

Les Plans stratégiques nationaux (PSN) de lutte contre le VIH-Sida des six pays de la GLIA ont été analysés de manière à déterminer quels groupes démographiques vulnérables sont cités ou non parmi les groupes cibles de chaque pays (il convient de noter ici que la simple mention d'un groupe spécifique dans un PSN ne signifie pas pour autant que celui-ci est ciblé par des interventions à l'avantage de celui-ci). L'évaluation a pris en compte les plans suivants :

- Burundi : "Plan stratégique de lutte contre le VIH-sida, 2007-2011"
- RDC : "Plan stratégique national de lutte contre le VIH-sida/ MST 1999–2008"
- Kenya : "Plan stratégique national 2005/6-2009/10"
- Rwanda : "Plan stratégique national de lutte contre le VIH-sida"
- Tanzanie continentale : "Cadre stratégique national multisectoriel sur le VIH et le sida 2008–2012"
- Tanzanie - Zanzibar : "Plan stratégique national VIH-sida 2003-2007"
- Ouganda : "Plan stratégique national de lutte contre le VIH/SIDA 2007/8 et 2011/12".

Les détails de l'analyse sont fournis à l'annexe VIII, le Tableau 31 offrant un panorama général. Les tableaux illustrent les résultats obtenus concernant les groupes de population en situation vulnérable dont le présent rapport fait état, ils évoquent aussi le cas important d'autres populations à risque.

Tableau 31. Populations vulnérables ciblées par les Plans stratégiques nationaux en vigueur.

	Burundi	RDC	Kenya	Rwanda	Tanzanie continentale	Tanzanie Zanzibar	Ouganda
Pop.vulnérables choisies (discutées dans ce rapport)							
Chauffeurs routiers	√	√	√	√	√		√
Pêcheurs (hommes et femmes)	√	√	√	√	√	√	√
Membres des forces armées	√	√	√	√	√	√	√
Travailleuses du sexe	√	√	√	√	√	√	√
Réfugiés	√	√	√	√	√	√	√
PDIP	√	√		√*	√*	*	√
Communautés d'accueil	√			√	√		√
Réfugiés rapatriés	√	√		√			√
Population carcérale	√	√	√	√	√	√	√
Femmes victimes de violence sexuelle	√		√	√	√	√	
Autres pop. Vulnérables							
Travailleurs migrants	√	√	√	√	√	√	
Ouvriers des transports						√	
Utilisateurs de drogues injectables	√		√	√	√	√	
Hommes ayant des relations sexuelles avec d'autres hommes	√		√	√	√		
Commerçantes ambulantes	√			√		√	√
Couples mariés	√		√		√	√	√
PVVIH	√	√	√	√	√	√	√
Jeunes	√	√	√	√	√	√	√
OEVI	√	√	√	√	√	√	√
Jeunes femmes	√		√	√	√	√	√

* Ne reconnaissent pas officiellement l'existence de PDIP à l'heure actuelle.

Le tableau 31 révèle que :

- Les travailleuses du sexe, les membres des forces armées, les pêcheurs, les réfugiés, les prisonniers, les PVVIH, les jeunes et les OEV sont tous mentionnés dans les PSN
- Les chauffeurs routiers, les PDIP, les communautés d'accueil, les réfugiés retournés dans leur village, les femmes victimes de la violence sexuelle et sexospécifique, les travailleurs migrants, les UDI, les hommes ayant des rapports sexuels avec les hommes, les femmes du commerce informel, les couples mariés et les jeunes femmes sont évoqués dans la plupart des PSN.
- Les exploitants des services de transport sont cités dans un PSN.
- Les autres groupes signalés sont les couples conflictuels, les personnes handicapées, les personnels de santé, la population en général, les femmes enceintes et les mineurs non accompagnés (Cf. l'Annexe VIII)
- Si certains PSN décrivent avec précision la stratégie adoptée pour chaque groupe (ex : le PSN de Zanzibar), d'autres proposent pour ainsi dire la même stratégie "pour tout le monde" (ex : les PSN pour le Burundi et le Rwanda qui prévoient les mêmes types de démarche pour toutes populations vulnérables confondues), ce qui porte à croire que ces stratégies ne s'appuient pas forcément sur les besoins spécialement identifiés de ces populations vulnérables.
- Il semblerait qu'il y ait moyen d'apporter une valeur ajoutée aux interventions ciblées de tous les pays de la GLIA à condition de déterminer les apports critiques nécessaires aux actions actuelles ou prévues pour l'avenir.

6. RÉSULTATS : INTERVENTIONS PROMETTEUSES

Cette section illustre, par des exemples, des interventions prometteuses qui sont mises en oeuvre, ou qui l'ont été, et qui s'efforcent d'aborder les besoins spécifiques des populations vulnérables sélectionnées, identifiées dans l'analyse documentaire. Il est important de ne pas oublier que les différentes populations vulnérables elles-mêmes comprennent des personnes âgées, plus ou moins instruites, ainsi que des groupes professionnels spécifiques tels que les pêcheurs ou les travailleuses du sexe, qui exercent leur métier selon une intensité variable, ce qui a une incidence sur leur niveau de vulnérabilité. Il est donc essentiel que les interventions soient formulées selon les groupes vulnérables, il convient de procéder aux recherches nécessaires, pour que les interventions mises en application abordent de façon efficace les différents besoins des membres des populations vulnérables. Il convient que les pays soient informés des effectifs de ces populations, de la gamme d'hétérogénéité au sein de la population, de la localisation des membres, de leurs motivations et du contexte de leurs expériences de vie.

Les exemples d'interventions prometteuses viennent principalement des pays de la GLIA, d'autres pays en raison de leur caractère novateur ou de leurs mérites spécifiques. Il convient de noter que les exemples n'ont peut-être pas été évalués de façon formelle et que l'adoption ou la mise à l'échelle des interventions présentées pourrait donc exiger une évaluation formelle.

La circoncision masculine a déjà été mentionnée à titre d'intervention prometteuse dans le chapitre sur l'épidémiologie du VIH dans les pays de la GLIA. Trois études sur échantillon aléatoire et contrôlé ont été stoppées lorsque les analystes intermédiaires ont signalé des réductions importantes de l'infection par VIH chez les hommes qui avaient bénéficié de cette intervention^{167, 168, 169}. Selon l'analyse des données combinées des trois études, la CM réduit l'incidence générale du VIH (dans les deux sens) de 37 %, ce qui équivaut à un vaccin unique de protection continue, avec une efficacité de 37 %.¹⁷⁰ Selon la modélisation, une couverture accrue de la circoncision masculine en SSA pourrait prévenir à jusqu'à 2 millions d'infections par le VIH sur 10 ans.¹⁷¹ En outre, l'analyse de coût-efficacité réalisée par Kahn et al. indique que la circoncision masculine pourrait se révéler une solution pour la réduction des coûts.¹⁷² La protection de la circoncision masculine pourrait être contrecarrée en partie par un comportement à risque accru du VIH, ou "compensation du risque", tout particulièrement la réduction de l'utilisation du préservatif ou l'augmentation du nombre de partenaires sexuels (la compensation du risque intervient lorsque les personnes ajustent leur comportement pour répondre aux

¹⁶⁷ Auvert B et al. (2005) Randomized, controlled intervention trial of male circumcision for reduction of HIV infection risk: The ANRS 1265

¹⁶⁸ Auvert B et al. (2005) Randomized, controlled intervention trial of male circumcision for reduction of HIV infection risk: The ANRS 1265 Trial PLoS Med 2: e298. doi:10.1371/journal.pmed.0020298

¹⁶⁹ Bailey RC et al. (2007) Male circumcision for HIV prevention in young men in Kisumu, Kenya: A randomized controlled trial. Lancet 369: 643–656.

¹⁷⁰ Gray RH et al. (2007) Male circumcision for HIV prevention in Rakai, Uganda: A randomized trial Lancet 369: 657–666.

¹⁷¹ Williams BG et al (2006). The potential impact of male circumcision on HIV in Sub-Saharan Africa. PLoS Medicine, 2006: 3.

¹⁷² Williams BG et al. (2006). The potential impact of male circumcision on HIV in Sub-Saharan Africa. PLoS Med 3: e262. doi:10.1371/journal.pmed.0030262

changements perçus de leur vulnérabilité par rapport à une maladie¹⁷³). La compensation du risque peut être particulièrement importante en ce qui concerne la circoncision masculine, car la crainte de l'insatisfaction sexuelle en raison de l'utilisation du préservatif et le souhait d'avoir davantage de partenaires sexuels sont susceptibles de constituer des motivations importantes pour les hommes qui souhaitent se faire circoncire.¹⁷⁴ Selon des données récentes du Kenya, la circoncision masculine n'augmenterait pas le comportement à risque et pourrait mener à sa diminution temporaire¹⁷⁵, et selon les éléments probants de la modélisation, la "*compensation du risque devrait se situer à des niveaux extrêmement élevés pour contrecarrer les effets de protection de la circoncision masculine au niveau communautaire*".¹⁷⁶

Plusieurs chercheurs travaillant sur la question de la circoncision masculine soulignent que toute augmentation graduelle de cette dernière devra incorporer des consultations-conseil efficaces de réduction des risques et que la surveillance des comportements à risque dans les communautés où la circoncision masculine est graduellement augmentée sera essentielle. Williams et al (2006) concluent que le plus grand avantage peut être escompté là où la prévalence du VIH est élevée, la circoncision masculine peu fréquente et les populations importantes. Il conviendrait que la circoncision masculine commence par les jeunes hommes, puis les hommes d'âge moyen, puis les enfants et il conviendra trouver le moyen de cibler les hommes à hauts risques en vue de la circoncision masculine.

6.1 CIBLAGE DES CHAUFFEURS ROUTIERS ET AUTRES POPULATIONS VULNERABLES DANS LES COULOIRS DES TRANSPORTS

Les chauffeurs routiers sont extrêmement visibles et relativement faciles à atteindre dans l'exercice de leurs activités professionnelles et de leurs loisirs. Les programmes de ciblage de la prévention et des soins du VIH, pour les chauffeurs-routiers, ne posent donc pas les mêmes difficultés que pour les autres groupes.

La programmation inclusive s'est révélée constituer un facteur de succès critique, abordant les besoins de chauffeurs-routiers ainsi que les besoins des communautés dans les zones de haute transmission, les partenaires au foyer, les adolescents et les adolescentes des régions avoisinantes ainsi que les commerçants itinérants.¹⁷⁷ Par exemple, selon l'estimation de Morris & Ferguson, il y aurait environ 8000 travailleuses du sexe dans 47 relais routiers, entre les sites de Mombasa et de Kampala, et entre 3200 et 4148 nouvelles infections primaires sur l'autoroute, en un an, transmises entre les chauffeurs routiers, les travailleuses du sexe et des transporteurs routiers (ce qui démontre le rôle constant des groupes de transmission principaux dans l'alimentation de

¹⁷³ Kahn JG et al. (2006). Cost-effectiveness of male circumcision for HIV prevention in a South African setting. PLoS Med 3: e517.doi:10.1371/journal.pmed.0030517

¹⁷⁴ Pinkerton SD (2001). Sexual risk compensation and HIV/STD transmission: Empirical evidence and theoretical considerations. Risk Analysis 21: 727–736.

¹⁷⁵ Westercamp N, Bailey RC (2006). Acceptability of male circumcision for prevention of HIV/AIDS in sub-Saharan Africa: A review AIDS Behav. Epub 20 Octobre 2006. doi: 10.1007/s10461-006-9169-4

¹⁷⁶ Agot KE et al. (2007). Male circumcision in Siaya and Bondo Districts, Kenya: Prospective cohort study to assess behavioral disinhibition

¹⁷⁷ IOM (2005). HIV and mobile workers: a review of risks and programmes among truckers in West Africa IOM/ONUSIDA.

l'épidémie)¹⁷⁸. Les auteurs soulignent que 2.056 à 2.713 nouvelles infections pourraient être évitées si l'utilisation des préservatifs augmentait par rapport au niveau actuel, passant de 78 % à 90 % dans ces contacts à haut risque.

Des projets pilote de ciblage des chauffeurs-routiers ont été mis en œuvre au Burundi, au Rwanda, en Tanzanie et en Ouganda par la GLIA entre 1999 et 2001. Une étude de ces projets en 2001 recommandait une démarche harmonisée dans la prévention et les soins du VIH pour les transporteurs routiers, l'uniformité des messages d'IEC, la continuité des services et la disponibilité des préservatifs le long des axes routiers.

Le couloir du Nord est aujourd'hui le point focal des efforts conjoints visant à *améliorer les conditions de travail* des chauffeurs routiers qui l'empruntent. Une initiative est convenue entre eux et l'ITF et différentes organisations, y compris la Kenya Long Distance Trucker Association (KLDTDA), le syndicat Ouganda Amalgamated Transport and General Workers' Union (ATGWU), l'Ouganda Long Distance and Heavy Truckers Association et le syndicat Communications and Truckers' Union de Tanzanie. Citons parmi ses objectifs : *l'élimination des procédures longues de dédouanement aux postes-frontière*, qui encouragent les ralentissements excessifs de la circulation ainsi que la corruption, et une collaboration pourrait garantir l'amélioration des *modalités et des conditions de service*, ainsi que le respect des *droits de travail et de l'homme* de leurs membres. Les interventions pour abréger la durée de passage aux postes-frontière pourraient comprendre *l'augmentation des capacités, la conjugaison des droits de douane (au lieu d'une procédure séparée d'entrée et de sortie) et la rationalisation de l'administration nécessaire pour traverser les frontières, tant pour les particuliers que pour les marchandises, notamment dans les zones de développement économique*. Malaba est récemment devenu le premier poste-frontière polyvalent d'Afrique pour les cargaisons ferroviaires.

Le *programme Safe-T-Stop*, lancé dans les couloirs des transport au Kenya et en Tanzanie, est conçu pour réduire la transmission du VIH, améliorer des soins pour les personnes vivant avec le VIH (PVVIH), et atténuer le sida dans les communautés fréquentées par des chauffeurs routiers et autres populations mobiles. Le modèle d'agrégat, de pointe, de ROADS¹⁷⁹, prône l'action collective de petites organisations durables communautaires, possédant un axe et des intérêts analogues. Le programme a formé des *pharmaciens et des opérateurs de drugstores privés*, sur les sites, pour fournir des services de qualité pour le VIH, y compris l'aiguillage et les consultations-conseil concernant la thérapie ARV, ainsi que des *éducateurs de pairs, des artistes de théâtre et des bénévoles de soins à domicile*. Ce modèle recommande et distribue également des moustiquaires imprégnées pour les ménages et les personnes vivant avec le VIH, dans le cadre de la campagne de l'initiative visant à intégrer des services essentiels hors-VIH dans les programmes, y compris la prévention du paludisme, la planification familiale et le traitement de l'alcoolisme.¹⁸⁰ ROADS reste le chef de file régional dans l'établissement du *lien entre les*

¹⁷⁸ Morris CN & Ferguson AG (2006). Estimation of the sexual transmission of HIV in Kenya and Uganda on the trans-African highway: the continuing role for prevention in high risk groups. *Sex Transm Infect*, 82:368-371.

¹⁷⁹ ROADS (Regional Outreach addressing sida through Development Strategies/action sociale régionale abordant le sida par des stratégies de développement) est un programme régional quinquennal financé par l'USAID

¹⁸⁰ En juillet 2006, le secrétariat pour la santé d'Afrique orientale, centrale et australe a réalisé, en partenariat avec le projet ROADS, une évaluation rapide tri nationale (Kenya, Rwanda, Zambie) des problèmes juridiques et de réglementation ayant trait à l'alcool, l'incidence de l'alcoolisme sur la prévention du VIH et son traitement, et des stratégies par pays pour atténuer l'incidence. Les conclusions ont souligné l'incidence grave de l'abus d'alcool sur

programmes de lutte contre l'alcool et le VIH. A Busia, au Kenya, le groupe des personnes vivant avec le VIH a créé des cellules des Alcooliques Anonymes, qui se réunissent toutes les semaines pour débattre des problèmes d'abus d'alcool ou d'autres drogues, y compris l'adhérence à la thérapie aux antirétroviraux. À Mariakani, les femmes qui brassent le *mnazi* participent à la prévention primaire et aux débats qui portent sur le lien entre la transmission du VIH et l'abus d'alcool. Leur réaction enthousiaste a surpris les membres de la communauté qui estimaient au préalable que les brasseuses seraient peu disposées à participer. Les *brasseuses sont formées aux fonctions d'éducatrices de pairs, elles font la promotion des préservatifs dans leurs établissements informels, et elles aiguillent leurs clients et leurs pairs vers les consultations-conseil, le dépistage, les soins et le traitement du VIH.*

En Ouganda, l'ATGWU et l'Ouganda Railway Workers Union ont mis en œuvre un projet conjoint de l'ONUSIDA pour les chauffeurs routiers.¹⁸¹ Les autres groupes ciblés sont les équipages ferroviaires et maritimes, les autres transporteurs routiers et les travailleuses du sexe des relais routiers. Les activités réalisées par le projet comprennent *l'élaboration de politiques du lieu de travail et des séminaires de sensibilisation, des campagnes de sensibilisation communautaire, la formation des conseillers, l'éducation des pairs, les négociations pour de meilleures conditions de travail ainsi que le marketing social des préservatifs.* Le projet englobe les syndicats, les employeurs et le gouvernement dans ses interventions. Citons quelques enseignements tirés : pour communiquer avec les travailleuses du sexe, il est utile d'avoir la participation des autorités locales, il est plus facile de communiquer avec les chauffeurs routiers sur le lieu de travail que sur les relais-routiers, le recours aux éducateurs pairs permet de toucher plus facilement les groupes ciblés, l'établissement de centres de consultation-conseil, de bureaux et d'établissements de liaison aux relais-routiers se révèlent efficace.

Le syndicat Kenyan Railway Workers' Union a mis en œuvre, de façon couronnée de succès, des *consultations-conseil de pairs*, financées par les employeurs, sur le lieu de travail. Selon de solides éléments de preuve, des pays de la GLIA et ailleurs, *les programmes d'éducation des pairs* chez les chauffeurs-routiers sont couronnés de succès.¹⁸²

tous les éléments des programmes pour le VIH, ainsi que la dichotomie entre les efforts de traitement du sida et de l'alcoolisme. En mars 2007, le groupe des experts techniques de l'ECSA mandatés pour proposer des recommandations de principes aux gouvernements régionaux, a examiné les conclusions à Arusha, en Tanzanie, et mis au point à des résolutions essentielles. Ces dernières ont été présentées aux ministres de la Santé qui les ont adoptées. Les résolutions enjoignent aux pays d'établir des groupes de travail sur l'alcool et le VIH au sein de leurs programmes multisectoriels sur le sida. L'ECSA établit un groupe d'étude pour appuyer les pays dans cet effort. Source: ROADS Signs –Points saillants récents du projet ROADS , mai 2007.

¹⁸¹ Ouma NM et al. (2002). HIV/AIDS prevention and care for transport workers in Uganda. Int. Conf. Sida. 7-12 juillet 2002, 14: résumé no. ThPeF8071

¹⁸² Jackson DJ et al. (1997). Decreased incidence of sexually transmitted diseases among trucking company workers in **Kenya**: results of a behavioural risk-reduction programme. AIDS, 11:903–909. Laukamm-Josten U et al. (2000). Preventing HIV infection through peer education and condom promotion among truck drivers and their sexual partners in **Tanzania**, 1990–1993. AIDS Care, 12:27–40. Walden VM et al. (1999). Measuring the impact of a behaviour change intervention for commercial sex workers and their potential clients in **Malawi**. Health Educ Res, 14:545–554. Leonard L et al. (2000). HIV prevention among male clients of female sex workers in Kaolack, **Senegal**: results of a peer education program. AIDS Educ Prev, 12:21–37.

Les chauffeurs routiers qui passent par Malaba à la frontière avec l'Ouganda peuvent maintenant tirer parti du *bureau de loisirs* mis en place par l'ATGWU en 2006.¹⁸³ Financé au départ par l'American Solidarity Center, il offre un établissement extrêmement utile pour la détente, il a amplifié des relations communautaires entre les chauffeurs et le personnel en uniforme qui s'y détendent ensemble. Toujours à Malaba, l'ATGWU appuie quatre *associations communautaires de conseil de pairs*.¹⁸⁴

L'initiative sud-africaine de l'industrie du fret routier, Trucking against AIDS, lancée en 1999, a mis en place 10 *centres de mieux-être* le long des routes et opère également *deux centres mobiles* le long des routes.¹⁸⁵ Ils offrent des services *d'éducation et de sensibilisation, ainsi que des points de vente de préservatifs et assurent le traitement ou l'aiguillage des patients*. Le financement de l'intervention se fait grâce à une taxe des employés sous forme d'un prélèvement et par les employeurs qui contribuent un pourcentage équivalent fondé sur le nombre d'employés de chaque société. L'accord entre la Road Freight Employers Association et le ministère des Transports est exécutoire en droit.

*Les centres de mieux-être sont l'un des moyens les plus efficaces pour faire face au VIH-sida dans le secteur des transports.*¹⁸⁶ *De nombreux syndicalistes des transports estiment qu'ils peuvent potentiellement constituer la pierre angulaire des efforts de lutte contre le VIH-sida chez les travailleurs des transports.* Certains centres de mieux-être font partie à l'heure actuelle d'accords tripartites, d'autres sont des initiatives de bailleurs de fonds mais leur mise en œuvre est réalisée en coopération avec les syndicats. En raison d'un financement limité, ils sont abrités parfois dans un simple conteneur d'expédition ou dans une salle réservée dans un bureau syndical, dotée d'une infirmière. Des préservatifs et des dépliants y sont distribués et on y offre un dépistage confidentiel ainsi que des consultations-conseil pour le VIH, en outre d'un traitement pour les IST, les IO (infections opportunistes) et les blessures légères. Il existe un potentiel certain pour mettre à l'échelle ces interventions et pour situer de façon stratégique davantage de centres de mieux-être là où les transporteurs routiers se réunissent, par exemple des postes frontières, les ports, les établissements ferroviaires, des terminaux maritimes, les centres de dockers et autres plaques tournantes de transit.

Le syndicat ougandais ATGWU a élaboré avec succès une politique du VIH-sida sur le lieu de travail.¹⁸⁷ Il a été en mesure d'*inclure la politique sur le VIH-sida dans différents accords de négociation collective* et souligne que la politique du VIH-sida est comprise dans tous les accords de négociation collective, sur tous les lieux de travail où le syndicat est implanté. Les accords de négociation collective peuvent également être très utiles en ce qui concerne l'adoption de politiques sur le VIH-sida dans les sociétés de transport de plus petite taille. Si une société de petite taille fait partie d'une association d'employeurs, les décisions sectorielles ont force exécutoire.¹⁸⁸

¹⁸³ <http://www.itfglobal.org/transport-international/ti25-kenya.cfm>, accessed 22 oct. 2007.

¹⁸⁴ <http://www.itfglobal.org/VIH-sida/agenda1-hwy.cfm>

¹⁸⁵ <http://www.itfglobal.org/transport-international/ti22struggle.cfm>, accessed 24 oct 2007.

¹⁸⁶ ITF: VIH-sida – Transport workers take action

¹⁸⁷ <http://www.itfglobal.org/transport-international/ti22struggle.cfm>, accessed 24 oct 2007

¹⁸⁸ [http://www.itfglobal.org/files/seealsodocs/324/VIH %20sida.pdf](http://www.itfglobal.org/files/seealsodocs/324/VIH%20sida.pdf)

En Ouganda, l'ATGWU et l'Ouganda Railway Workers Union (URWU) ont mis en application un projet parrainé par l'ONUSIDA pour rendre l'information accessible aux transporteurs routiers dans tout le pays.¹⁸⁹ Huit *conseillers itinérants* proposent des séminaires de sensibilisation, ils se rendent sur différents sites, par exemple les gares ferroviaires, les bureaux syndicaux et les relais routiers, ainsi qu'auprès des femmes et des enfants qui vivent dans des communautés avoisinantes. À la suite des séminaires, ces conseillers tiennent des entretiens, privés, avec des employés séropositifs qui se présentent comme tels, et organisent des tests pour les travailleurs qui décident de connaître leur état sérologique. Ils laissent aussi des boîtes de préservatifs que les travailleurs peuvent emporter. Le projet propose également quatre troupes théâtrales communautaires, itinérantes, qui présentent des spectacles de sensibilisation sur les lieux de travail et dans les communautés.

Le Zimbabwean Council of Trade Unions (ZCTU) a pris acte des problèmes auxquels sont confrontés les chauffeurs et a fait campagne pour que les chauffeurs-routiers soient autorisés à *être accompagnés de leurs épouses, d'autres membres de leur famille ou de compagnons* lorsqu'ils se déplacent. Ces éléments ont fait l'objet d'une loi au Zimbabwe qui est très avantageuse, car non seulement elle empêche la séparation des chauffeurs et de leurs familles, mais en outre elle permet aux chauffeurs d'avoir un compagnon à leur côté ce qui facilite la vigilance au cours des longs déplacements.

La promotion d'une *thérapie préemballée pour traiter les IST syndromiques* constitue une intervention prometteuse dans les zones de transmission élevée, où les services de traitement des IST sont souvent loin d'être optimaux.¹⁹⁰ Une équipe en Ouganda a mis au point le kit « Clear Seven » pour les hommes souffrant d'urétrorrhée. Le kit contient de la ciprofloxacine, de la doxycycline, des préservatifs, des cartes d'aiguillage des partenaires et des dépliants d'instruction. Il fait partie du *marketing social dans les cliniques, les pharmacies et les drugstores*. Selon une étude, en comparaison avec les utilisateurs-témoin, les utilisateurs de « Clear Seven » avaient des taux de guérison auto-signalés beaucoup plus élevés (93 % contre 87 %) et ils signalaient une utilisation accrue de préservatifs pendant leur traitement (36 % contre 18 %).

Il convient de mentionner la méthodologie de recherche utilisée dans le couloir du Nord à titre de démarche importante pour circonscire la conception d'un projet de ciblage des transporteurs routiers et des autres groupes démographiques dans les régions de haute transmission. Une série de techniques a été utilisée, y compris les journaux personnels des travailleuses du sexe pour mesurer le nombre et les caractéristiques des relations sexuelles transactionnelles.¹⁹¹ Elles comprennent : la cartographie GIS des éléments de chaque « points chauds » sur l'autoroute¹⁹², le recensement des camions nocturnes et des clients des bars pour établir les dimensions et les caractéristiques de la clientèle de chaque site, des discussions de groupes de réflexion des travailleuses du sexe et des chauffeurs-routiers pour faire ressortir les problèmes locaux et

¹⁸⁹ <http://www.itfglobal.org/transport-international/counsellors.cfm>

¹⁹⁰ Jacobs B et al. (2003). Social marketing of pre-packaged treatment for men with urethral discharge (Clear Seven) in Uganda. *Int J STD AIDS*, 14:216–21.

¹⁹¹ Ferguson AG et al. (2006). Using diaries to measure parameters of transactional sex: an example from the Trans-Africa highway in Kenya. *Culture, Health & Sexuality*. *Culture, Health & Sexuality*, 8(2):175-185.

¹⁹² Ferguson AG et al. (2007). Mapping transactional sex on the Northern Corridor highway in Kenya. *Health & Place*, 13, 504-519.

contextuels, ainsi qu'un relevé de chaque bar et de chaque hôtel pour recueillir des informations sur la clientèle, la quantité d'alcool vendu, la disponibilité et le coût des préservatifs. Ce type d'étude exhaustive produit des informations de haute qualité sur des comportements critiques, qui fournissent des éléments cliniques et scientifiques importants afin de circonscrire la conception des interventions sur le VIH.

6.2 CIBLAGE DES PECHEURS, HOMMES ET FEMMES ET DES COMMUNAUTES DE PECHE

L'incidence du sida dans les communautés de pêche va au-delà des questions de morbidité et de mortalité. Les décès prématurés enlèvent aux communautés de pêche les connaissances retenues par l'expérience et diminuent les incitations d'une protection de longue durée et inter-génération des ressources.¹⁹³ Seeley & Allison (2005)¹⁹⁴ ont passé en revue la situation des communautés de pêche à l'âge du sida et concluent à partir des éléments de preuve disponibles que *"les pêcheurs seront parmi ceux qui ne seront pas touchés par les initiatives prévues visant à améliorer l'accès aux thérapies antirétrovirales dans les années qui viennent, une conclusion qui pourrait s'appliquer à d'autres groupes possédant des attributs socio-économiques sub-culturels analogues, tels que les autres gens de la mer et les travailleurs migrants, y compris les mineurs à petite échelle et les travailleurs du bâtiment"*. Des interventions sont nécessaires pour régler ces facteurs.

En dépit de l'accumulation d'éléments probants selon lesquels le sida a une incidence grave sur les communautés de pêche dans la région des Grands Lacs, la recherche et les interventions sont en lanterne rouge. Dans les quelques pays où des mesures sont prises (d'ordinaire de petite envergure), elles abordent différents aspects de l'incidence de l'épidémie¹⁹⁵ :

- des écoles de préparation professionnelle et à la vie active pour les jeunes exploitants agricoles, les orphelins et les enfants vulnérables dans les communautés agricoles/de pêche du **Kenya** occidental, des filets de sécurité sociale communautaires, des associations d'équipages de pêche locaux et des unités de gestion du littoral font don d'une partie de leur pêche quotidienne pour appuyer l'éducation des orphelins (lac George et Édouard, **Ouganda**)
- prestation de services de soins primaires aux pêcheurs itinérants (Tanzanie, République Démocratique du Congo)
- prestation d'un appui nutritionnel et d'existence aux orphelins et aux personnes vivant avec le VIH (lac Victoria, **Ouganda**).

D'autres pays ont mis en œuvre une prévention sur le lieu de travail dans les sociétés de poissons et de fruits de mer (Namibie), des activités de CCC des éducateurs de pairs dans les communautés de pêche (république du Congo, Bénin, Ghana), des caisses d'épargne élaborées pour les femmes et les filles vulnérables dans les communautés de pêche (République du Congo), développement de l'aquaculture à petite échelle pour les personnes vivant avec le VIH

¹⁹³ Allison EH & Seeley JA (2004). HIV and AIDS among fisherfolk: a threat to 'responsible fisheries'? Fish and Fisheries 5 (3), 215–234.

¹⁹⁴ Seeley JA & Allison EH (2005). HIV/AIDS in fishing communities: Challenges to delivering antiretroviral therapy to vulnerable groups. AIDS Care, 17(6):688 – 697

¹⁹⁵ FAO. Impact of HIV/AIDS on fishing communities. Cahier d'information stratégique.

(Malawi). Quelques ministères publics commencent à développer des interventions visant la réduction de l'incidence sur leur secteur la pêche.

L'analyse documentaire indique que le Kenya a abordé de graves carences d'information dans le secteur de la pêche. Une étude conçue par le ministère du développement de l'élevage et de la pêche (MDEP) a été réalisée pour analyser une incidence du VIH-sida sur le secteur de la pêche et évaluer la façon dont les gouvernements peuvent réagir.¹⁹⁶ le MDEP a déjà établi une unité de coordination du sida (UCS) en 2003, et son fonctionnement est gravement restreint en raison du manque de fonds, du manque d'expertise technique en planification stratégique et suivi et évaluation, ainsi que du manque d'informations sur les partenaires potentiels. L'UCS a mis au point un projet de plan stratégique.

Citons quelques-unes des interventions recommandées :

- un groupe de travail technique de l'unité de coordination du sida du ministère et des parties prenantes du secteur privé et des ONG
- une politique du lieu de travail, pour le VIH-sida, spécifique au secteur de la pêche et un plan d'action stratégique.
- mobilisation de fonds dans tous les secteurs concernés (sociétés de transports, usines de transformation du poisson, etc.) pour la mise en œuvre des interventions.
- intégration du VIH-sida dans le programme de politique du secteur de la pêche
- recherches épidémiologiques et ethnographiques des différents groupes professionnels de la pêche (propriétaires de bateaux, pêcheurs, transformateurs de poissons, vendeurs de poissons) pour fournir des données par état sérologique concernant le VIH, caractéristiques sociales et démographiques et comportementales.
- formation d'agents du PSG pour surveiller la vulnérabilité et les risques du VIH des hommes et des femmes vivant dans les communautés de pêche.
- large mobilisation des parties concernées travaillant avec les pêcheurs et opérant dans les zones de pêche, pour y avoir recours à titre de point d'accès pour les interventions : par exemple les unités de gestion des plages, les gouvernements locaux, les ONG, les CBO.
- intensification des activités d'IEC et de CCC dans les communautés de pêche.

Selon les projets de prévention du VIH chez les populations mobiles dans la sous-région du Mékong, toute intervention de ciblage des pêcheurs doit réaliser une *recherche formative* pour déterminer le type de pêcheurs ainsi que leurs schémas de déplacements, pour pouvoir concevoir des activités appropriées.¹⁹⁷ Il conviendrait que la recherche couvre les grands ports dans lesquels ils se rendent ainsi que les ports locaux, et qu'elle englobe la communauté élargie. Dans

¹⁹⁶ MoLFD (2004). Study on the impact of HIV/AIDS on fishing in Kenya and how the MoLFD can respond. Rapport final

¹⁹⁷ Banque asiatique de développement et PNUD (2002). Toolkit for VIH prevention among mobile populations in the greater Mekong Sub-region.
http://www2.unescobkk.org/VIHsida/FullTextDB/aspUploadFiles/toolkit1_eng.pdf

certains ports de plus grande taille, il conviendrait qu'un programme intégré soit étudié afin d'aborder la prévention du VIH et les groupes mobiles.

6.3 CIBLAGE DES MILITAIRES ET AUTRES SERVICES EN UNIFORME

Dans le cadre de sources militaires présentent des niveaux de séroprévalence élevée, plusieurs aspects de l'efficacité opérationnelle seront touchés. Il sera nécessaire de trouver des ressources supplémentaires pour recruter et entraîner des soldats et remplacer ceux qui sont tombés malades ou qui sont morts, ainsi que pour la prestation de soins de santé pour les soldats malades. L'absentéisme pourrait être accru, le moral des troupes affecté et des charges de travail plus lourdes. Les risques des soins aux soldats blessés, notamment l'obtention de réserves de sang au cours des opérations militaires, deviennent des préoccupations. En outre, le sida provoque des difficultés politiques et juridiques pour les relations civilo-militaires, pour déterminer comment faire face au VIH-sida chez les soldats et comment traiter les personnes vivant avec le VIH.¹⁹⁸ Le niveau de VIH des forces militaires est tributaire de nombreux facteurs, notamment la démographie des armées, leur schéma de déploiement, la nature et le stade de l'épidémie dans le pays en question et les mesures prises par les autorités militaires pour maîtriser la maladie. Selon plusieurs auteurs, le plus grand risque se situerait en phase d'après conflit, ce qui exigerait une attention spéciale pour réduire au minimum les risques du VIH lors de la réinsertion, après conflit, mais cette analyse n'a relevé aucun élément probant pour appuyer cette affirmation.

En raison de leur structure de commandement et de contrôle, les services en uniforme sont en mesure d'intégrer les services de prévention du VIH dans leur système. Selon les études, chez les militaires, seuls 17 % ont été exposés à la communication interpersonnelle. La radio constitue le moyen le plus fréquemment utilisé (76 %) au Burundi, alors qu'en république démocratique du Congo seuls 16 % ont pris part à une session de sensibilisation et d'éducation sur le VIH, sur le lieu de travail, au cours des six derniers mois. L'utilisation de la radio est quasiment universelle (98 %).

L'incidence de l'infection par le VIH est devenue plus évidente et un nombre croissant de hiérarchies militaires ont mis au point des programmes de prévention et de soins. De mars 1995 à décembre 1996, une toute première étude mondiale a été réalisée par l'Alliance civilo-militaire (CMA) et l'ONUSIDA, pour établir la politique et les programmes militaires actuels en matière de prévention et de soins. Selon cette étude, bien que certaines armées offrent des programmes exhaustifs, d'autres ne réalisent qu'un minimum d'activités de prévention. Dans le rapport d'enquête disponible, les données sont désagrégées par région et non pas par pays.

Le port de la *pochette pour préservatifs* au ceinturon fait partie de l'équipement de chaque militaire en active, au Ghana, en Érythrée, en Éthiopie et en Indonésie. La fourniture de préservatifs s'accompagne de programmes de sensibilisation sur le VIH-sida.

¹⁹⁸ Elbe S (2003). The Strategic Dimensions of VIH-sida, Adelphi Paper for the International Institute of Strategic Studies, Oxford: Oxford University Press.

Enquête internationale sur les programmes de prévention de contrôle du VIH-sida dans les forces armées régulières (CMA/ONUSIDA)

Cette enquête réunit les réponses de 17 des 35 pays contactés de la région AFRO. Toutes les autorités militaires interrogées signalent des efforts de prestation de prévention et d'éducation et confirment posséder des politiques officielles de prévention, d'éducation et d'information. Les réunions d'information collective (94 %, obligatoires pour 53 %) et l'IEC de pré-déploiement (94 %) sont les méthodes d'éducation les plus couramment employées. Seules 59 % ont fourni des réunions d'information pendant la période suivant immédiatement le déploiement, lorsque les troupes courent le plus grand risque de transmettre ou de contracter le VIH. Selon l'enquête, 94 % des 17 autorités militaires ont distribué des préservatifs à titre gratuit, 73 % possédaient un plan de fourniture des préservatifs et 71% un plan écrit de promotion des préservatifs. En ce qui concerne le dépistage et les consultations-conseil concernant le VIH, 38 % des 17 armées possédaient une politique du dépistage du VIH, principalement pendant le recrutement, parfois avant le déploiement, et 88 % de CDV. Dans 14 % des structures militaires, le recrutement était refusé en cas de séropositivité et dans 82 % d'entre elles, le déploiement était exclu en cas de séropositivité.

En se fondant sur les résultats de cette étude, l'on en conclut que "de nombreux programmes militaires de prévention peuvent être améliorés grâce à des réunions d'information à la suite du déploiement et des interventions proactives comportant des éléments d'éducation, de distribution de préservatifs et de consultations-conseil, conjuguées au dépistage". Le dépistage obligatoire ne correspond souvent pas aux buts déclarés et les politiques de soins du sida pèsent sur les budgets militaires. Le dépistage fondé sur des évaluations de coûts-avantages pourrait relever l'efficacité de la lutte contre le VIH, dans les forces armées. Les budgets militaires pourraient tirer parti d'un partage accru des coûts civilo-militaire dans les soins du sida.¹⁹⁹

Selon l'ONUSIDA, *l'éducation des pairs* constitue une démarche extrêmement efficace pour opérer le changement de comportement des effectifs militaires. En collaboration avec FHI, l'ONUSIDA a publié en 2003 un *dossier d'éducation des pairs pour les services en uniforme*, qui peut être utilisé pour la formation des éducateurs pairs et par les éducateurs pairs eux-mêmes.²⁰⁰

Les forces de défense populaires ougandaises (UPDF) proposent des programmes de sensibilisation sur le VIH-sida depuis 1989, fondés sur trois objectifs,²⁰¹ qui suivent les directives nationales :

- *prévention de la transmission ultérieure, par l'éducation de la santé, la sensibilisation, des séminaires d'information, des films, de conférences et des débats*
- *atténuation de l'incidence du VIH-sida sur ceux qui ont contracté le VIH, par le biais de consultations-conseil avant le dépistage, après le dépistage et des soins à domicile*
- *renforcement des capacités dans la gestion des programmes, la planification centrale venant du siège de la Défense à Bombo et des programmes mis en œuvre au niveau des divisions, par des médecins militaires et des éducateurs de la santé*

¹⁹⁹ Yeager RD et al. (2000). International military VIH-sida policies and programs : strengths and limitations in current practice. Int. J. AMSUS,165(2):87-92.

²⁰⁰ http://data.unsida.org/Publications/IRC-pub05/JC928-EngagingUniServices-PeerEd_en.pdf

²⁰¹ International Crisis Group (2004). HIV-AIDS as a security issue in Africa: Lessons from Uganda. ICG Issues Report no 3, Kampala/Bruxelles

- *dotation d'un éducateur de la santé, auprès de chaque bataillon, pour encadrer le programme de prise de conscience du VIH, sur le terrain. Les projections de films sont considérées particulièrement efficaces.*

L'USAID finance un projet pour les femmes à soldats, à Mubende. L'UPDF, selon les prévisions, bénéficiera d'un projet *Communauté-Ressort psychologique – Dialogue* offert dans seize circonscriptions, par un groupement de bailleurs de fonds, en collaboration avec l'UPDF et financé par l'USAID. Un *groupe de travail sur le VIH-sida* a été établi avec l'UPDS, financé et appuyé par l'USAID, pour examiner les besoins spéciaux des militaires ougandais.

Le Groupe global de travail des services en uniforme sur le sida, animé par FHI, regroupe le département américain de la Défense, le Futures Group, le Centre de recherche naval sur la santé, PSI, l'ONUSIDA et l'USAID. Ce groupe de travail met au point des outils pour appuyer les services de Défense militaire et civils, identifie et communique les pratiques exemplaires et définit les éléments suivants des programmes exhaustifs des services en uniforme :

- *services d'action sociale pour obtenir l'appui des plus hauts gradés pour les programmes sur le VIH-sida.*
- *recherche qualitative pour élaborer une image claire de la sous-culture spécifique aux forces militaires.*
- *formation de base et en cours d'emploi concernant le VIH-sida pour toutes les recrues et tous les effectifs, des activités d'éducation des pairs et autres activités de communication présentées dans le langage des casernes, la démonstration, la distribution et la promotion des préservatifs, CDV de qualité, services solides de diagnostic et de traitement des IST, soins et appui des effectifs touchés par le VIH et leurs familles.*
- *suivi et évaluation de ces activités.*

Dans la province de Kompong Chhnang au Cambodge, la chute de la séroprévalence, passant de 4 à 0,65%, est attribuée aux interventions chevauchantes :

- *éducation des pairs et distribution de préservatifs pour les services en uniforme.*
- *politique nationale de préservatifs à 100%, visant à faire appliquer l'utilisation des préservatifs dans tous les établissements de sexe commercial.*

Les interventions de PSI de prévention du VIH-sida chez les militaires soulignent les éléments suivants²⁰² :

- *CCC encourageant la réduction du nombre de partenaires, l'utilisation correcte et uniforme de préservatifs, connaissance de son propre état sérologique concernant le VIH, amélioration de la perception des risques personnels et réduction de la stigmatisation concernant les personnes vivant avec le VIH.*

²⁰² PSI (2004). A new kind of war. PSI arms African militaries against AIDS. PSI Profile, février 2004.

- *activités de recherche pour affiner et cibler de façon appropriée les messages de communication (par ex. débats de groupes de réflexion pour recueillir des informations sur la façon dont les soldats pensent et agissent).*
- *accueil d'exposés vidéo et d'une unité mobile de vidéo.*
- *formation d'éducateurs de pairs aux techniques de communication, méthodes de prévention, aiguillages cliniques et création d'éducateurs de pairs pour appuyer les éducateurs.*
- *approvisionnement en préservatifs des bases militaires, des bars et des points de vente, commodes pour les bases militaires.*
- *établissement de centres de CDV pour les militaires et leurs familles.*
- *renforcement des capacités des forces militaires à mettre en œuvre des interventions pour le VIH-sida, en collaborant avec les ministères de la Défense, la direction des services en uniforme et les ONG locales.*

PSI/RDC a augmenté l'utilisation de préservatifs et réduit la multiplicité des partenaires, chez les militaires du camp Kokolo, la plus grande base militaire du pays. PSI a établi des *grossistes de préservatifs* dans cinq camps militaires et de police supplémentaires, rendant ainsi les produits disponibles dans tous les grands camps. L'Opération Haute Protection de PSI/Togo cible les soldats qui vivent dans les quatre plus grandes bases militaires, ainsi que leurs familles. Une année après sa mise en œuvre, une ESC révélait que le pourcentage de soldats mariés signalant l'utilisation de préservatifs avec leur partenaire régulière, non conjugale, était passé de 8 à 60 %.

Au Kenya, l'inquiétude concernant la faible participation masculine à l'intervention de prévention de la transmission du VIH de la mère à son enfant (PMTCT) a mené à l'introduction de services de PMTCT dans le service médical des forces armées du Kenya.²⁰³ Cet exemple indique qu'un programme national de prévention du VIH, dans la population générale, civile, peut *amener le secteur militaire* à rechercher ses objectifs de programme et qu'une *collaboration entre les programmes de santé civils et non civils* peut être fructueuse.

Interventions :

- *formation d'infirmières civiles et non civiles à l'ensemble de la PMTCT (consultations-conseil, conseil sur l'alimentation des nouveau-nés, prestation-conseil pour les NVP).*
- *prestation de biens de consommation nécessaires pour la prestation de services de PMTCT, à chaque lieu d'affectation.*
- *mobilisation communautaire, comprenant l'IEC sur la PMTCT, lors des réunions de soldats et au porte-à-porte dans les casernes.*

²⁰³ Ekesa OI et al. (2004). Increasing access to PMTCT services through workplace facilities – experiences from the Kenyan Armed Forces medical Services. XV Int. Conférence sur le sida, résumé analytique. ThPeB7052.

6.4 CIBLAGE DES REFUGIES, DES PERSONNES DEPLACEES A L'INTERIEUR DE LEUR PAYS ET DES RAPATRIES

Entre 1993 et 2003, la durée moyenne des situations de réfugiés a sensiblement augmenté, passant de neuf à dix-sept ans.²⁰⁴ Au cours de cette période, les réfugiés sont tributaires du gouvernement du pays d'accueil et des populations avoisinantes et, si besoin est, des organismes humanitaires, pour leurs besoins essentiels, y compris de santé. Dans de nombreuses situations, la majorité des réfugiés ne vivent pas dans des camps mais sollicitent une assistance et un abri directement auprès des populations d'accueil.

Toutefois, jusqu'à présent, la plupart des activités de prévention du VIH ont visé les populations des camps de réfugiés. Des interventions novatrices sont nécessaires pour donner aux réfugiés et aux PDIP qui ne vivent pas dans les camps un accès à un minimum de services.

Lorsqu'interviennent le conflit et la transplantation, il est plus efficace et efficient, du point de vue de la santé publique et des programmes, de prendre soin des besoins liés au VIH des populations affectées par la transplantation (réfugiés, PDIP) de façon intégrée, de préférence *sous l'égide d'une stratégie d'aide nationale*.²⁰⁵ Cette démarche garantit que les réfugiés reçoivent l'assistance liée au VIH qui leur est nécessaire. Elle garantit également que les populations locales ne souffrent pas des délocalisations qui les entourent. En raison du cycle de délocalisation des réfugiés, les processus de planification subrégionaux sont essentiels pour garantir la coordination entre les pays, ainsi que la continuité de la prévention et des soins pour les populations locales, les réfugiés et les rapatriés. L'intégration du financement humanitaire et de développement pour les services liés au VIH, pour les réfugiés et les populations avoisinantes, est à l'avantage de ces populations, car elle assure une prestation de services améliorée et plus efficace, tout en rendant les programmes plus viables.

L'intégration des questions de réfugiés dans les plans stratégiques nationaux et autres politiques et plans nationaux pour le VIH et le sida permet d'aboutir aux avantages suivants (ONUSIDA/HCR des Nations Unies) :

- *accéder à des ressources supplémentaires*
- *éviter la création de services et de systèmes parallèles, tout en réduisant les coûts des services de santé pour les populations locales et les réfugiés*
- *améliorer les services de santé locaux*
- *éliminer les obstacles entravant la prestation de services, notamment la thérapie antirétrovirale*
- *réduire la discrimination et la stigmatisation*

Collaboration entre les organisations de la société civile : au camp de réfugiés de Kibondo en Tanzanie, Stop SIDA, une organisation locale créée par des réfugiés, s'est associée au Service de santé et de développement tanzanien pour les personnes vivant avec le VIH-sida, un groupe issu

²⁰⁴ HCR des Nations Unies (2004). Protracted réfugié situations, standing committee 30th meeting. EC/54/SC/CRP.14. Genève, 10 juin 2004

²⁰⁵ ONUSIDA/HCR des Nations Unies. Strategies to support the VIH related needs of Réfugiés and host populations. ONUSIDA Best Practice Collection.

de la population locale, pour assurer la sensibilisation et l'éducation sur le VIH-sida auprès des réfugiés et de la communauté avoisinante. Les efforts de ce groupe comprennent la prestation d'activités d'éducation et de prévention, ainsi que des programmes dans les écoles secondaires, pour les jeunes et les adolescents, dans le cadre des activités parascolaires. Les deux groupes ont également collaboré pour organiser des concerts conjoints et des campagnes de grande envergure dans les écoles et les lieux publics, où les membres ont prononcé des discours et appuyé l'éducation des publics sur les sujets de l'existence avec le sida.

Collaboration entre le HCR des Nations Unies et les programmes des gouvernements : en Ouganda, le HCR des Nations Unies a demandé à ses services d'œuvrer en conjonction avec le plan stratégique national ougandais. Dans les peuplements Kyangwi et Palorinya, les programmes mis au point visaient à amplifier et à renforcer les services de CDV et de PMTCT pour les réfugiés et les citoyens d'accueil. Il existe huit sites permanents qui offrent des services confidentiels de CDV, dans ces peuplements, financés conjointement par le gouvernement et le HCR des Nations Unies. Plusieurs clubs de post-test ont été créés et équipés pour sensibiliser, par le biais de la musique, de la danse et du théâtre, les réfugiés et les populations d'accueil avoisinantes, en matière de prévention et de soins du VIH. En outre des programmes concernant le VIH, d'autres services de santé connexes ont été fournis par le gouvernement ougandais et le HCR des Nations Unies, tant aux réfugiés qu'aux citoyens du pays d'accueil, notamment le traitement des IO et des IST. Le Programme alimentaire mondial a fourni une assistance nutritionnelle aux citoyens du pays d'accueil et aux réfugiés vivant avec le sida.

Intégration des questions concernant les réfugiés dans le PPS : en 2003, alors que la RDC était en pourparlers avec la Banque mondiale concernant son PPS, le HCR des Nations Unies a présenté la possibilité d'inclure les questions de réfugiés dans la proposition de la RDC. Il a été décidé que le Haut-commissaire aux réfugiés des Nations unies deviendrait un partenaire et les questions des réfugiés seraient comprises dans la proposition de PPS. Le HCR des Nations unies a lancé une mise en œuvre d'activités supplémentaires pour le VIH dans des cadres sélectionnés de réfugiés, de personnes déplacées à l'intérieur de leur pays et des rapatriés, en 2005. Les activités spécifiques sont : *CCC, distribution des préservatifs et éducation, précautions universelles et sécurité sanguine, CDV, PMTCT, traitement des IST et IO, et introduction éventuelle de la thérapie aux antirétroviraux.*

CARE Rwanda a mis en œuvre de 1996 à 2000 un projet de prévention du VIH/IST, réalisé avec que des *éducateurs pairs et des animateurs de santé*, visant les **rapatriés rwandais**. Le projet a entraîné des augmentations sensibles des connaissances et de l'utilisation des services d'IST, y compris l'utilisation des préservatifs. La principale conclusion dégagée était qu'un financement supplémentaire était nécessaire pour appuyer les animateurs de santé bénévoles, chez lesquels le taux d'abandon était de 20 %²⁰⁶.

En Angola, le HCR des Nations unies a relevé une discrimination élevée relative au VIH à l'encontre des réfugiés, et a donc engagé des activités de défense sociale pour dissiper les idées fausses selon lesquelles les rapatriés étaient sûrement porteurs d'un taux élevé d'infection par

²⁰⁶ CARE Rwanda (2000). VIH/STD prevention among the returnee and resettles population of Gitarama, Rwanda, 1996-2000. In: Proceedings of conference 2000: Findings on reproductive health of Réfugiés and displaced populations. Washington D.C.: Reproductive Health for Réfugiés Consortium. Décembre 2000.

VIH.²⁰⁷ Ceci a mené à un accord avec le gouvernement pour que le droit de rapatriement ne soit pas influencé par la séropositivité. Des plans exhaustifs visant à renforcer les programmes du VIH-sida, également dans des camps de réfugiés en Angola, ont été mis au point et financés. Dans les centres de réception des rapatriés angolais, les services de d'éducation de base sur le VIH-sida, la promotion des préservatifs et d'éducation des pairs ont été renforcés. Selon les conclusions du HCR des Nations unies, *l'action sociale doit se situer au cours des premières étapes du rapatriement volontaire pour garantir que l'état sérologique des réfugiés/rapatriés n'influe pas sur leur droit au retour*. Les rapatriés angolais ont formé des personnels pour l'Angola si leurs états de service sont reconnus et des liens sont établis avec les programmes locaux. Le HCR des Nations unies a également relevé qu'il conviendrait que les interventions ciblées du VIH-sida soient intégrées dans les programmes de rapatriement volontaire au début de la planification entre les partenaires, dans le pays d'accueil et le pays d'origine, que la communication et la coordination transfrontière est impérative, que les programmes de VIH dans les zones de rapatriement doivent être intégrés et servir toutes les personnes (par exemple : les personnes non déplacées, les personnes déplacées et les rapatriés) pour qu'ils soient efficaces et réduisent au minimum la discrimination. La coordination transfrontière est tout particulièrement pertinente pour la poursuite de la thérapie aux antirétroviraux.

Charte humanitaire et normes minimales des actions en cas de catastrophe (the Sphere Project, 2004)²⁰⁸

Les normes humanitaires actuelles comprennent l'ensemble minimum de services pour prévenir la transmission du VIH. Il convient que les citoyens aient accès à l'ensemble essentiel de services ci-dessous au cours du stade de catastrophe :

- préservatifs masculins gratuits et promotion de l'utilisation des préservatifs et des précautions universelles pour prévenir la transmission iatrogène/nosocomiale dans les cadres des services d'urgence et de santé
- réserve de sang sûre, information pertinente et éducation
- prévention et gestion des conséquences des violences sexuelles
- soins de base pour les personnes vivant avec le VIH

Citons quelques autres priorités : élargir la gamme des services de lutte contre le VIH au cours du stade qui suit la situation d'urgence et au cours de la réadaptation, améliorer la participation de la communauté, tout particulièrement des personnes vivant avec le VIH et les personnes qui les soignent, dans la conception, la mise en œuvre, et le suivi et l'évaluation du programme, mettre en place des services plus exhaustifs de surveillance, de prévention, de traitement, de soins et d'appui y compris la thérapie antirétrovirale, mettre en œuvre des programmes de protection et d'éducation afin de réduire la stigmatisation et la discrimination.

6.5 CIBLAGE DES POPULATIONS CARCERALES

Dans l'environnement fermé des prisons, il serait très faisable de cibler des interventions du VIH-sida sur la population carcérale. Toutefois, dans la pratique, les interventions sont confrontées à des conditions carcérales imparfaites ou archaïques, où le surpeuplement, la violence, des conditions insuffisantes d'éclairage naturel et de ventilation et l'absence de lieu pour des conversations confidentielles, sont la règle. Lorsque ces conditions sont conjuguées à des

²⁰⁷ Bruns LC et al. (2004). Strengthening VIH-sida interventions during voluntary repatriation: the Angolan experience. Conférence internationale sur le Sida, résumé no. D12646.

²⁰⁸ Bruns LC et al. (2004). Strengthening HIV/AIDS interventions during voluntary repatriation: the Angolan experience. Int Conf AIDS, abstract no. D12646.

http://www.sphereproject.org/component/option.com_docman/task.cat_view/gid.17/Itemid.26/lang.English consulté le 20 septembre 2007

moyens insuffisants d'hygiène individuelle, d'une nutrition inadéquate, de l'absence d'accès à une eau potable propre et des services médicaux insuffisants, il est clair que **l'environnement carcéral en général ne fournit pas un environnement propice aux interventions pour le VIH**. Les mesures visant à prévenir la propagation du VIH dans les prisons et à fournir des services de santé pour les personnes vivant avec le VIH dans les prisons font donc partie intégrante d'efforts plus larges pour améliorer les conditions carcérales, et ces efforts les valorisent également.

Il existe un **fossé de connaissances considérable** dans la préhension de l'ampleur de l'épidémie dans les communautés carcérales et son effet multiplicateur sur la population non carcérale dans la région. Les informations sur les interventions réalisées par les institutions correctionnelles pour faire face au VIH-sida, ainsi que les enseignements tirés, sont tout aussi rares.

Le rapport présenté antérieurement sur "la lenteur de la réponse de face au taux élevé du VIH dans les prisons kényanes" attribue la responsabilité de la situation déplorable des prisons kényanes principalement à une **législation** précaire et obsolète. Selon les pays, le pouvoir de modifier les législations, les politiques et les programmes carcéraux revient à différentes autorités, parfois au gouvernement, parfois aux responsables supérieurs des prisons, et parfois à la direction des prisons locales.²⁰⁹

Les **principes généraux** ci-dessous **de la prévention et des soins du VIH-sida** dans les prisons, prônés par l'UNODC (2006) reflètent le consensus international sur la gestion carcérale efficace et le traitement éthique des prisonniers, définis dans divers instruments internationaux sur la santé, le VIH-sida et les droits de l'homme.

- 1. Une bonne santé dans les prisons est une bonne santé publique** : la grande majorité des prisonniers et réintègre par la suite la société, ainsi la réduction de la transmission du VIH dans les prisons constitue un élément important pour réduire la propagation de l'infection dans la société, à l'extérieur des prisons.
- 2. Une bonne santé des prisonniers est une bonne gestion carcérale** : la protection et la promotion de la santé des prisonniers est à l'avantage non seulement des prisonniers mais encore elle augmente la santé sur le lieu de travail et la sécurité du personnel carcéral.
- 3. Le respect des droits de l'homme et le droit international** : les États ont l'obligation d'élaborer et de mettre l'application des législations, des politiques et des programmes carcéraux conformes aux normes des droits de l'homme internationales.
- 4. Le respect des normes et des directives de santé internationales** : les normes cernées dans les instruments internationaux des droits de l'homme et des directives de santé publique guideront l'élaboration des interventions concernant le VIH-sida dans les prisons.
- 5. L'équivalence des soins de santé dans les prisons** : les prisonniers sont fondés, sans discrimination, à une norme de santé équivalente à celle disponible dans la communauté extérieure, y compris les mesures de prévention.
- 6. Des interventions fondées sur des éléments cliniques et scientifiques** : il convient que l'élaboration de la politique, des législations et des programmes carcéraux se fondent sur des éléments empiriques concernant leur efficacité pour réduire les risques de la transmission du VIH et l'amélioration de la santé des prisonniers.
- 7. Une démarche globale pour la santé** : le VIH-sida n'est que l'une des nombreuses difficultés de soins auxquelles sont confrontés les responsables des prisons et les prisonniers. Il convient que les efforts pour réduire la

²⁰⁹ UNODC (2006). HIV-AIDS prevention, care, traitement and support in prison settings. UNODC/OMS/ONUSIDA.

transmission du VIH dans les prisons et pour soigner les personnes vivant avec le VIH soient globaux et de les intégrer dans des mesures plus larges pour faire face aux insuffisances des conditions carcérales générales et des soins.

8. Faire face à la vulnérabilité, la stigmatisation et la discrimination : il convient que les programmes et les services pour le VIH-sida soient réactifs aux besoins spécifiques des populations minoritaires ou vulnérables dans le système carcéral, et qu'ils luttent contre la stigmatisation et la discrimination liées au VIH-sida.

9. Des actions et une coopération inclusives et intersectorielles : certes, les autorités carcérales possèdent un rôle central dans la mise en œuvre de mesures et de stratégies efficaces pour faire face au VIH-sida, mais cette tâche exige également des actions de coopération et de collaboration intégrant les missions et les responsabilités des diverses parties concernées, locales, nationales et internationales.

10. Le suivi et le contrôle de la qualité : il conviendrait d'encourager des examens et des évaluations réguliers de contrôle de la qualité, y compris un suivi indépendant, des conditions carcérales et des services de santé dans les prisons, à titre de composante intégrale des efforts de prévention de la transmission du VIH dans les prisons et la prestation de soins aux prisonniers vivants avec le VIH-sida.

11. La réduction des populations carcérales : les conditions de surpeuplement des prisons sont au détriment des efforts visant à améliorer l'existence dans les prisons et les services de soins, et les efforts de prévention de la propagation de l'infection par le VIH chez les prisonniers. Ainsi, il conviendrait que les mesures pour réduire les populations carcérales et le surpeuplement des prisons accompagnent une stratégie carcérale exhaustive contre le VIH-sida, et qu'elles soient considérées comme en étant une composante intégrale.

Les pays se trouvent à différents stades d'élaboration et de mise en œuvre des interventions pour le VIH-sida dans les prisons. Cette étude a trouvé très peu de rapports décrivant les interventions contre le VIH-sida, réalisées par les institutions pénales. Un rapport du service des prisons ougandaises présente une brève relation du **programme de lutte contre le sida des prisons ougandaises (UPACP)** établi en 1993.²¹⁰ Les principales activités étaient l'IEC, des pièces de théâtre et des projections de films, des campagnes communautaires, la création de clubs sur le sida, la distribution de préservatifs, la formation de 2000 prisonniers et gardes aux compétences de soins, appui et consultations-conseil de base, la formation à la thérapie antirétrovirale pour le personnel médical. Les capacités de CDV et d'analyses de laboratoires ont été renforcées. L'UPACP datait en particulier la difficulté de la continuité des soins lors de la libération, ainsi que l'examen de la mise application des interventions.

La **transmission active de la tuberculose (TB)** dans les prisons surpeuplées, ainsi que la mortalité et la morbidité élevée liées à la tuberculose dans les prisons, ont été mentionnées à plusieurs reprises à titre de préoccupation. Les pays de la GLIA sont parmi les pays qui ont les plus hauts taux de TB en Afrique subsaharienne : le Kenya -- 236/100,000 et le Rwanda -- 673/100,000 étant les pays les plus affectés.²¹¹ Selon un projet contre la tuberculose, situé dans une prison au Malawi, il est urgent d'améliorer la lutte contre la tuberculose, y compris le recueil des données de santé, l'éducation des prisonniers et du personnel clinique concernant la tuberculose, le dépistage actif des prisonniers concernant la tuberculose pulmonaire grâce à une microscopie des prélèvements d'expectoration et la localisation active des cas de tuberculose dans les prisons.

²¹⁰ Kaddu M & Nabatanzi F (2004). VIH-sida management and control in the Uganda prison service. Int Conf AIDS, résumé no. B10672.

²¹¹ WHO Global Atlas, 2005 data. <http://www.who.int/globalatlas/dataQuery/default.asp>

6.6 CIBLAGE DES FEMMES VICTIMES DE VIOLENCE SEXUELLE

Les interventions concernant les violences sexuelles contre les femmes sont confrontées à la difficulté de traiter avec une population dissimulée et elles font face à une culture du silence qui entoure cette violation des droits de l'homme.

Le Rwanda possède les instruments juridiques nécessaires pour combattre de façon efficace un grand nombre d'éléments de la violence contre les femmes et le pays a mis en place des interventions pour aborder la violence sexospécifique (VS) au niveau communautaire.²¹² Les ressources sont fournies par l'UNIFEM, le FNUAP, le PNUD et d'autres.

Interventions:

- *des clubs communautaires de prévention de la violence sexospécifique permettent une sensibilisation sur le problème de la VS.*
- *un numéro de téléphone gratuit a été mis en place pour que les ménages puissent appeler la police lorsqu'une personne est victime de violences sexuelles. La police envoie la victime à l'hôpital et ouvre un dossier. Des consultations-conseillent de traumatologie et d'autres types de soins pour les rescapées de viol constituent des mesures d'accompagnement.*

Avec l'appui de partenaires internationaux, notamment ECHO et l'Unicef, le Burundi s'efforce de faire face au problème de la VS, qui constitue une violation des droits de l'homme.

Interventions :

- *des centres spéciaux pour les victimes des violences sexuelles sont destinés à fournir un appui approprié et à amplifier d'un les poursuites juridiques contre les coupables pour lutter contre la culture d'impunité qui entoure les violences sexuelles. Jusqu'à présent, seules quelques rescapées ont demandé un appui pour lancer des poursuites.*
- *dans le cadre d'une campagne nationale contre les violences sexuelles, la police et les responsables de la magistrature reçoivent une formation supplémentaire et 1000 assistantes sociales ont été mobilisées pour sensibiliser les populations, au cours de sessions communautaires, dans tout le pays.*

En RDC, un programme appuyé par l'Unicef, contre les violences et l'exploitation sexuelles vient d'être lancé.²¹³

Interventions :

- *prévention des violences sexuelles grâce à une action sociale auprès de la parties adversaires, responsable des abus*
- *mise au point de réseaux communautaires pour protéger les femmes et les enfants contre les violences, un facteur de réussite essentiel, et prestation d'un appui approprié pour les femmes*

²¹² <http://www.unfpa.org/emergencies/symposium06/docs/daytwosessionfivebmkabalisa.ppt>

²¹³ Hiddleston T et al. (2004). Protecting women and children from sexual violence and exploitation in conflict. XV Int. AIDS Conference, résumé oral.

- *formation d'agents de santé comprenant des éléments médicaux, psychosociaux et légistes, et portant sur la façon de s'entretenir et de soigner les rescapées à la suite d'un viol (traitement des IST, PPE, etc.)*

Raising Voices, basé à Kampala, a créé un réseau de prévention de la violence sexospécifique, qui recouvre aujourd'hui 17 pays.²¹⁴ Son but consiste à combler le fossé entre les programmes des organisations luttant contre les violences (qui méconnaissent quasiment le VIH) et les organisations de lutte contre le VIH (pour lesquelles la violence est « trop féministe » et trop complexe), pour produire une réponse sexospécifique aux interventions courantes de prévention du VIH.

Interventions:

- *une campagne concernant le carrefour des violences sexuelles et du VIH pour informer les ONG, les décideurs politiques et de programmes*
- *les dossiers d'action et de campagne sociale comprenant des directives de séminaires potentiels et de programmation, des prospectus et des articles de journaux que les particuliers peuvent présenter pour publication dans les journaux locaux*
- *les dialogues communautaires gérés par les organisations régionales*

WE-ACTx est une initiative communautaire internationale dont le but principal consiste à augmenter l'accès des femmes et des enfants au dépistage du VIH, aux soins, traitement, appui, éducation et formation concernant le VIH, dans les contextes aux ressources limitées, au niveau communautaire. WE-ACTx a commencé à œuvrer au Rwanda, début 2004, pour fournir des soins pour le VIH aux rescapées des viols du génocide, en partenariat actif avec le gouvernement rwandais et cinq ONG locales partenaires. Le projet a démontré que la prestation de soins du VIH aux rescapées des viols du génocide exige l'intégration des soins médicaux et des services d'appui psychosociaux, tout en abordant les obstacles qui entravent les soins pour ces femmes, notamment la pauvreté.

En Tanzanie, l'introduction de la PPE pour les rescapées de viols, dans les camps de réfugiés, a été lancée tout d'abord dans le camp de Kibondo.²¹⁵ Des directives, politiques et procédures de PPE ont été créées et une formation a été fournie aux agents de santé et aux agents communautaires, parallèlement à une sensibilisation communautaire. La PPE a été acceptée par toutes les rescapées des viols et 80 % se sont prévaluées des CDV pour le VIH. L'introduction de la PPE, au titre des soins à la suite de viols, dans les camps de réfugiés, a été ici ensuite mise à l'essai et évaluée sur cinq sites tanzaniens.²¹⁶ Selon des études, lorsque la PPE est disponible, davantage de rescapées de viols se présentent et la PPE les encourage à solliciter des soins de santé à la suite d'un viol.

²¹⁴ <http://raisingvoices.org>

²¹⁵ Schilperoord M et al. (2004). Introduction of a pilot project for post-exposure prophylaxis for rape survivors in réfugié camps in Tanzanie. Résumé XV International sida Conference, Bangkok [résumé no. D12533].

²¹⁶ HCR des Nations Unies (2005). Evaluation of the introduction of post-exposure prophylaxis in the clinical management of rape survivors in Kibondo réfugié camps Tanzanie. Division of Operational Support, octobre 2005.

6.7 CIBLAGE DES TRAVAILLEUSES DU SEXE ET DE LEURS CLIENTS

Les données présentées aux sections 4.2 à 4.5 indiquent la relation manifeste route entre les travailleuses du sexe et leurs clients (qui sont, entre autres, les pêcheurs, les chauffeurs-routiers et les militaires). Toutefois les interventions pour ces populations sont rares. Par exemple, selon les rapports de l'UNGASS en 2005, concernant le Kenya et la Tanzanie :

- les programmes de communication et d'action sociale n'ont pas intégré de façon efficace les droits des populations vulnérables y compris les travailleuses du sexe (Kenya)
- à l'heure actuelle, il existe très peu d'initiatives visant à régler la question de la prévention du VIH dans les groupes à risques (y compris les travailleuses du sexe), en dehors de quelques interventions sur une très petite échelle réalisée par les ONG/OSC qui sont en place. L'efficacité de ces interventions n'est pas suffisamment documentée. Une difficulté spécifique : la marginalisation des travailleuses du sexe, des utilisateurs de drogues et des hommes ayant des rapports sexuels avec des hommes, ces pratiques vont à l'encontre des politiques de (Tanzanie).

Des interventions intégrées seront utiles pour ces populations, selon l'étude de cas décrite ci-dessous :

« Taking It to the Streets » : toucher les chauffeurs-routiers, les travailleuses du sexe et les populations rurales grâce aux CDV mobiles

Les programmes de PSI offrent de plus en plus de services de CDV par des moyens mobiles et communautaires, afin de toucher davantage de personnes, particulièrement les populations à hauts risques. PSI et ses partenaires mettent en œuvre des interventions de CDV mobiles pour augmenter l'accès et la demande de CDV dans les groupes ciblés spécifiques. Par exemple, les CDV en entreprise touchent les **hommes sur le lieu de travail** au Mozambique, Zimbabwe et l'Afrique du Sud. Des estafettes marquées, en Inde, visent les **travailleuses du sexe et des chauffeurs-routiers** et des tentes accueillent les **populations rurales** au Lesotho, Swaziland et Zimbabwe. Les CDV mobiles sont également utilisés pour toucher les populations mobiles, y compris les **PDIP en Ouganda**, et les **militaires au Rwanda**, Côte d'Ivoire et Zimbabwe. Le personnel militaire a été formé à la prestation de consultations-conseil et de dépistage. L'Afrique du Sud et le Swaziland collaborent avec les églises et les organisations religieuses pour offrir des CDV mobiles. La Côte d'Ivoire et le Rwanda offrent des CDV dans les **casernes** et dans les établissements de santé. Le Mozambique et le Swaziland ont établi un partenariat avec le ministère de la Santé et offrent des services de CDV satellites dans les **établissements de santé**. Au Zimbabwe et au Rwanda les CDV sont offerts dans les **prisons, pour les prisonniers et les gardes**. Les consultations-conseil pour les travailleuses du sexe se tiennent en divers endroits, notamment les maisons closes et les boîtes de nuit au lieu des dispensaires de santé classiques, où la stigmatisation du mode de vie est plus élevée. PSI/Zimbabwe utilise une technologie de cartographie, dans toutes les provinces, pour identifier les zones de haute transmission (mines, exploitations agricoles commerciales, casernes et prisons) et a recours à une communication interpersonnelle intensifiée pour créer une demande de CDV dans ces populations. Selon PSI, la demande de CDV est élevée et dépasse souvent la capacité de prestation. Il convient que les systèmes soient en place avant la mise en œuvre de services mobiles. Les partenaires communautaires seront formés pour relier les clients aux services, par le biais de clubs post-dépistage et des dispensaires communautaires lorsque l'équipe mobile quitte le site. Les VCT mobiles permettent de cibler les populations mal desservies et à haut risque. Cette intervention permet de surmonter les obstacles principaux entravant l'utilisation des VCT : accès géographique et crainte de la stigmatisation.

Source: PSI (2006). *Taking it to the streets*. Profil décembre 2006.

7. CONCLUSIONS

Cette analyse avait pour but de déterminer : *sur quelles populations convient-il que la GLIA soit axée, pourquoi et avec quel type d'intervention pour le VIH ?* Pour répondre à ces questions, l'épidémie du VIH des six pays de la GLIA a été caractérisée comme suit : huit populations vulnérables ont été identifiées, ainsi que leur séroprévalence, risques, vulnérabilité hors comportements sexuel, mobilité et exposition à la violence, qui ont été documentés et quantifiés, puis les interventions prometteuses pour ces populations ont été cernées et décrites. Il reste à proposer des recommandations fermes, à savoir sur quels sous-groupes de population il conviendrait que la GLIA soit axée et avec quel type d'intervention pour le VIH.

L'épidémie du VIH existe dans tous les pays de la RGL et certains schémas ressortent :

- a) l'épidémie de VIH dans les pays de la GLIA y est partout généralisée. La transmission est principalement sexuelle, il existe des schémas d'âge distinct en ce qui concerne l'infection (homme plus âgés et jeunes femmes), et la prévalence est plus élevée dans les zones urbaines que dans les zones rurales (dans les six pays, la prévalence urbaine est presque deux fois plus élevée en zone rurale, excepté au Burundi, où la prévalence urbaine est quatre fois plus élevée que la prévalence rurale).
- b) selon certains éléments probants, l'épidémie se stabilise au moins en Ouganda, au Kenya, au Rwanda et en Tanzanie (en l'occurrence l'épidémie avancée). Cela est moins manifeste en ce qui concerne l'épidémie au Burundi et en RDC (en l'occurrence, une épidémie au stade précoce).

Toutefois, les épidémies de VIH sont hétérogènes de pays à pays et à l'intérieur des pays

- c) en dépit de l'épidémie généralisée dans les six pays de la GLIA, l'épidémie est hétérogène de pays à pays, avec une prévalence nationale estimative allant de 0,6% (Zanzibar) à 7 % (Tanzanie continentale).
- d) les UDI ont été identifiés comme étant un moteur important de l'épidémie du VIH dans certains centres urbains et côtiers, au Kenya et en Tanzanie. Toutefois, les UDI et autres transmissions sexuelles ne constituent pas, d'un ensemble, un facteur principal de l'épidémie dans les pays de la GLIA.
- e) les schémas de comportements sexuels des populations générales dans la RGL varient sensiblement (par exemple : entre 8 et 82 % signalent des relations sexuelles à haut risque, cf. tableau 6), and les taux de circoncision masculine (entre 11 % au Rwanda et 84 % au Kenya).
- f) l'épidémie est également hétérogène intrafrontières en termes de répartition géographique (prévalence infranationale allant de zéro à 15 %) et du *nombre de femmes infectées* (jusqu'à quatre fois plus élevée que les hommes dans certains sous-groupes de la population générale de la RGL).

L'hétérogénéité de l'épidémie du VIH dans la RGL signifie que tous les sous-groupes de population n'ont pas de schéma épidémiologie du VIH analogue et qu'ils ne courent pas les mêmes risques d'infection par VIH.

- g) les résultats présentés dans le rapport indiquent clairement que certains sous-groupes de populations présentent un comportement sexuel à risque plus élevé, se trouvent dans les métiers mobiles, sont en contact avec des personnes des populations mobiles, ou sont exposés aux violences et aux conflits et, de ce fait, possèdent un taux moyen de séroprévalence plus élevé que la population générale de la région des Grands Lacs.
- h) huit de ces sous-groupes de populations vulnérables et plus à risque ont été identifiés dans cette analyse : les militaires et autres forces en uniforme, les chauffeurs-routiers interurbains et autres transporteurs routiers, les pêcheurs hommes et femmes, les travailleuses du sexe, les réfugiés et les personnes déplacées à l'intérieur de leur pays, les populations carcérales, et les femmes affectées par des violences sexuelles et la violence sexospécifique.
- i) le fardeau et la taille relative de ces huit sous-groupes de populations ne sont pas forcément les mêmes pour chaque pays de la GLIA. Par exemple : le fardeau du VIH attribuable à la violence sexuelle est le plus élevé au Kenya, alors que le fardeau du VIH est élevé chez les pêcheurs en Tanzanie. Le fardeau le plus élevé est, selon certaines estimations, celui des PDIP en Ouganda.

Ces populations mobiles sont pertinentes et importantes pour les pays de la RGL pour plusieurs raisons :

- j) ces huit sous-groupes de population sont pertinents (dans une mesure plus ou moins importante) dans la RGL pour plusieurs raisons : les effectifs du sous-groupe de population par rapport à la population (7 % de la population d'ensemble de la RGL et 12 % du nombre total de personnes vivant avec le VIH), l'intensité de leur comportement sexuel à risque plus élevé, leur potentiel en qualité de population passerelle, leur niveau et leurs schémas de séroprévalence, leur mobilité, la mesure dans laquelle ils sont en contact avec les populations mobiles, où la fréquence avec laquelle ils sont en contact avec les conflits où les violences dont ils n'ont pas le contrôle.

Les interventions pour certains des huit sous-groupes de population identifiés ont été définies dans le plan stratégique national pour le VIH des six pays de la GLIA :

- k) les sept plans stratégiques nationaux des six pays de la GLIA (la Tanzanie possède deux plans stratégiques nationaux : l'un pour la Tanzanie continentale et l'autre pour Zanzibar) présentent des stratégies visant bon nombre des populations vulnérables, notamment : les militaires et autres services en uniforme (dans les sept plans stratégiques nationaux), les chauffeurs routiers interurbains et autres travailleurs des transports (dans six des sept plans stratégiques nationaux), les pêcheurs hommes et femmes (dans les sept plans nationaux), les travailleuses du sexe (dans les sept plans nationaux), les personnes déplacées à l'intérieur de leur pays (dans cinq des sept plans nationaux), des prisonniers (dans les sept

plans nationaux) et les femmes affectées par les violences sexuelles et sexospécifiques (dans cinq des sept plans nationaux).

- l) en dépit du fait que les plans stratégiques nationaux présentent des stratégies concernant bon nombre des huit populations vulnérables dans les six pays de la GLIA, selon les données ces stratégies sont parfois trop générales, pas toujours fondées sur des éléments scientifiques de ce qui est opérant, et toutes les stratégies ne sont pas mises en œuvre.

Ainsi, il existe des interventions spécifiques que la GLIA pourra mettre en œuvre par rapport à ces populations vulnérables et qui viendront compléter les efforts des sept Commissions nationales sur le VIH-sida, par le biais de la mise en œuvre des sept plans stratégiques nationaux

- m) le tableau 32 récapitule les motifs pour lesquels il conviendrait que la GLIA prenne pour point de mire chaque sous-groupe de population, ainsi que les types d'intervention qui serait recommandée pour chaque population vulnérable.

Tableau 32. Populations vulnérables à cibler et interventions prometteuses

POPULATION	Le plan stratégique de la GLIA devrait-il prendre pour point de mire cette population (OUI/NON) ? Si OUI, pourquoi ? Si NON, pourquoi ?	La GLIA devrait-elle financer la prestation de services pour le VIH, pour cette population vulnérable (OUI/NON) ? Si OUI, pourquoi ? Si NON, pourquoi ?	Quelles sont les interventions prometteuses qu'il conviendrait de considérer pour le plan stratégique la GLIA ?
<p>CHAUFFEURS ROUTIERS Nombre : 296.458 VIH : 18 % PVVIH : 53.722 Nombre de PSN axée sur cette population : 6</p>	<p>OUI les chauffeurs-routiers interurbains ont été ciblés par des interventions depuis de nombreuses années, mais ils restent parmi les groupes à aux risques. Selon certains éléments probants, les adolescents vivant dans les communautés le long des grands axes de transport courent un risque élevé d'infection par VIH et les chauffeurs-routiers sont une population passerelle possible.</p> <p>Quelques éléments concernant les chauffeurs-routiers : longue durée de séparation avec leur famille, stress et ennui des longues durées d'attente, irritations et risques routiers, accès facile à l'alcool et au sexe commercial, revenu disponible, culture machiste, "épouses de la route" et accès limité aux services de santé.</p>	<p>OUI, à court et moyen terme (prochains 24 mois). La GLIA ne peut encadrer les programmes pour les populations mobiles de façon indéfinie dans six pays, puisque chaque pays doit inclure toutes les populations dans son plan stratégique national pour le VIH. Toutefois, étant donné le peu d'attention que ce groupe vulnérable a reçu auparavant de la part des commissions nationales sur le sida (certains programmes régionaux ont été mis en œuvre, mais le plus souvent les efforts n'ont pas été pilotés par des Commissions nationales sur le sida) et étant donné le besoin d'intervention uniforme, il conviendrait que la GLIA finance la prestation de services pour le VIH auprès de ce groupe, à court et moyen terme (les 24 prochains mois), pour que les pays sachent ce qui est opérant avant de mettre en œuvre un ensemble minimum de services pour ce groupe.</p>	<ul style="list-style-type: none"> • sous-traitance de la prestation de services pour le VIH auprès de ces populations par le biais de "points chauds" stationnaires. • action sociale de la GLIA pour identifier les points chauds le long de tous les couloirs et pour des programmes inclusifs garantissant que des besoins des chauffeurs-routiers et des communautés relais routiers sont abordés. • échange d'informations au sein de la GLIA pour des interventions qui ont été opérantes, par exemple : <ul style="list-style-type: none"> • formation de pharmaciens privés à la prestation de services d'aiguillage de qualité pour le VIH et des IST • centres de mieux-être routiers avec services de CDV • interventions pour appuyer les efforts afin d'accélérer les procédures de passage des frontières • interventions portant sur le lien entre le VIH et la consommation d'alcool, des éducateurs pairs dans les lieux de consommation d'alcool • recherches épidémiologiques et formatives pour circonscrire la conception de programmes pour les chauffeurs-routiers, financées par la GLIA.

POPULATION	Le plan stratégique de la GLIA devrait-il prendre pour point de mire cette population (OUI/NON) ? Si OUI, pourquoi ? Si NON, pourquoi ?	La GLIA devrait-elle financer la prestation de services pour le VIH, pour cette population vulnérable (OUI/NON) ? Si OUI, pourquoi ? Si NON, pourquoi ?	Quelles sont les interventions prometteuses qu'il conviendrait de considérer pour le plan stratégique la GLIA ?
<p>PÊCHEURS, HOMMES ET FEMMES <i>Nombre : 447.856</i> <i>VIH : 24,7 %</i> <i>PVVIH : 110.571</i> <i>Nombre de PSN axés sur cette population : 7</i></p>	<p>OUI en dépit d'une prévalence uniforme élevée du VIH chez les pêcheurs hommes et femmes de la région des Grands Lacs, peu de mesures concertées ont été prises dans les communautés de pêche. En raison du nombre de pêcheurs en armes, de leur mobilité et de leur comportement connexe, il s'agit d'un sous-groupe de population important.</p> <p>Les pêcheurs femmes sont extrêmement mobiles, elles subissent des dangers professionnels, elle consomment de l'alcool, elle possède un revenu en numéraire quotidien ou saisonnier, elles vivent dans une culture d'hyper masculinité, de disponibilité du sexe commercial dans les ports, d'un système de troc "sexe contre poisson", et elles sont peu accès aux soins.</p>	<p>OUI, à court et moyen terme (24 mois suivants). Une prévalence élevée du VIH a été enregistrée dans un certain nombre de communautés de pêche, depuis plusieurs années. Toutefois, il n'existe pas d'éléments probants indiquant que des activités d'IEC et de CCC ont été formulées pour leur contexte spécifique d'existence et d'expérience, ni qu'ils ont reçu une attention spécifique. Puisqu'il s'agit d'une population relativement petite, pour chaque commission nationale sur le sida, ces dernières sont moins susceptibles d'accorder du temps et des efforts à ce sous-groupe de population. Toutefois, au niveau régional il s'agit d'une population importante. Cet élément, conjugué ou fait que cette analyse a démontré que les questions touchant ces populations et leur risque de VIH ainsi que leur vulnérabilité sont analogues dans les six pays de la GLIA, cette dernière pourrait appuyer les efforts des sept Commissions nationales sur le sida en mettant en œuvre une série de stratégies pilote fondées sur des éléments probants, afin de déterminer quels sont les stratégies les plus couronnées de succès pour traiter ces populations. Tous les pays de la GLIA pourront alors tirer parti de ces expériences sans avoir à réinventer la roue.</p>	<ul style="list-style-type: none"> • prestation de services de prévention, traitement et appuyer pour le VIH par le biais de sous-traitants appropriés, y compris la formation d'agents de pêche en matière de CCC pour le VIH, et d'élaboration de documents de communication « dans la langue des ports » • action sociale pour l'intégration des services du VIH pour les pêcheurs hommes et femmes, les CDV et VS mobile, et des programmes spécifiques dans ces communautés dans chaque pays de la GLIA • échange des expériences de ce qui est opéré pour traiter avec ces populations • recherches épidémiologiques et ethnographiques des différents groupes professionnels dans le secteur de la pêche, financées par la GLIA
<p>RÉFUGIÉS <i>Nombre : 1.229.069</i> <i>VIH : 1,65 %</i> <i>PVVIH : 20.280</i></p>	<p>OUI. Lorsque les populations déplacées se trouvent dans les communautés d'accueil (réfugiés, PPIP) et lorsqu'elles rentrent chez elles (rapatriés), elles sont particulièrement vulnérables, mais il convient de rectifier l'opinion selon laquelle leur prévalence du VIH est plus</p>	<p>OUI, à court et moyen terme (24 mois suivants). La simple effectif des populations concernées et le manque d'expérience des gouvernements nationaux, pour faire face à la prévention du VIH dans les sites de réfugiés, signifient que la GLIA doit jouer un rôle prépondérant, au minimum au</p>	<ul style="list-style-type: none"> • prestation de services de prévention, traitement et appui pour le VIH, par le biais de sous-traitants appropriés • action sociale pour l'intégration des services de VIH pour les réfugiés et des

POPULATION	Le plan stratégique de la GLIA devrait-il prendre pour point de mire cette population (OUI/NON) ? Si OUI, pourquoi ? Si NON, pourquoi ?	La GLIA devrait-elle financer la prestation de services pour le VIH, pour cette population vulnérable (OUI/NON) ? Si OUI, pourquoi ? Si NON, pourquoi ?	Quelles sont les interventions prometteuses qu'il conviendrait de considérer pour le plan stratégique la GLIA ?
<p><i>Nombre de PSN axés sur cette population : 7</i></p>	<p>élévée. Il n'existe pas suffisamment d'éléments probants selon lesquelles la transmission du VIH augmente de dans les populations touchées par des conflits. En raison de leurs cycles de délocalisation, les processus de planification sous- régionaux sont essentiels.</p> <p>Les réfugiés souffrent d'une vulnérabilité économique accrue (en particulier les jeunes, les personnes âgées et les malades), de partenariats sociaux et sexuels interrompus, de traumatismes psychologiques, d'implantation dans une zone de prévalence plus élevée, et de mauvais accès aux soins de santé.</p>	<p>cours des 24 prochains mois, au fur et à mesure que les pays tirent enseignement de la façon de mettre en œuvre des programmes pour les sites de réfugiés.</p>	<ul style="list-style-type: none"> populations d'accueil, y compris CDV et consultations-conseils de VS action sociale pour des interventions d'IEC/CCC avant, pendant et après le rapatriement, et pour des politiques de traitement, de soins et d'appui uniformes, dans les pays de la GLIA promotion de la collaboration entre les organisations de réfugiés et les communautés d'accueil echerches opérationnelles sur la continuité des soins, y compris la thérapie antirétrovirale dans le cycle de déracinement, financées par la GLIA
<p>PDIP</p> <p><i>Nombre : 2.129.479</i></p> <p><i>VIH : 3,1%-6,7% selon les pays</i></p> <p><i>PVVIH : 151.761</i></p> <p><i>Nombre de PSN axés sur cette population : 5</i></p>	<p>OUI. Les PDIP ne possèdent aucun cadre de protection, ont une vulnérabilité économique accrue, des partenariats sociaux/sexuels perturbés, ils se sont peut-être implantés dans une zone de prévalence de plus élever, et souffrent d'un mauvais accès aux soins de santé</p>	<p>OUI, à court et moyen terme (24 mois suivants). La simple effectif des populations concernées élevant expérience des gouvernements nationaux pour faire place à la prévention du VIH sur les sites des PDIP, signifient que la GLIA doit jouer un rôle prépondérant, au moins pendant des tonnes quatre mois prochain, alors que les pays tirent enseignement de la façon de mettre en œuvre des programmes pour les sites des PDIP,</p>	<ul style="list-style-type: none"> prestation de services de prévention, traitement et appui pour le VIH, par le biais de sous-traitants appropriés action sociale pour l'intégration des services de VIH pour les PDIP et des populations d'accueil, y compris CDV et consultations-conseils de VS action sociale pour des interventions d'IEC/CCC avant, pendant et après le rapatriement, et pour des politiques de traitement, de soins et d'appui uniformes, dans les pays de la GLIA promotion de la collaboration entre les organisations de PDIP et les communautés d'accueil recherches opérationnelles sur la continuité des soins, y compris la thérapie antirétrovirale dans le cycle de déracinement, financées par la GLIA

POPULATION	Le plan stratégique de la GLIA devrait-il prendre pour point de mire cette population (OUI/NON) ? Si OUI, pourquoi ? Si NON, pourquoi ?	La GLIA devrait-elle financer la prestation de services pour le VIH, pour cette population vulnérable (OUI/NON) ? Si OUI, pourquoi ? Si NON, pourquoi ?	Quelles sont les interventions prometteuses qu'il conviendrait de considérer pour le plan stratégique la GLIA ?
TRAVAILLEUSES DU SEXE <i>Nombre de PSN axés sur cette population : 7</i>	OUI. Le sexe rémunéré est un moteur important de l'épidémie pendant les épidémies précoces et avancées, et les données relèvent divers types de relations sexuelles rémunérées et transactionnelles	NON. Bien que les travailleuses du sexe et leurs clients restent des moteurs importants de l'épidémie, cette population est extrêmement diverse en termes de fréquence de partenariats sexuels, de lieu d'exercice, de situation socio-économique, d'exposition au VIH et de comportements sexuels. Ainsi, il conviendrait que chaque pays se focalise lui-même sur cette population, avec des programmes spécifiques qui leur sont propres	<ul style="list-style-type: none"> action social et dialogue politique pour des législations appropriées, des services adéquats et accessibles pour les travailleuses du sexe et de réduction de la stigmatisation et la discrimination affichées à l'égard des travailleuses du sexe recherches épidémiologiques, socioculturelles et socio-économiques et études d'estimation du nombre dans les pays de la GLIA, pour mieux comprendre les femmes participant aux métiers du sexe et au sexe transactionnel
FEMMES AFFECTÉES PAR LES VIOLENCES SEXUELLES <i>Nombre : 7.772.867</i> <i>RR : 1,4</i> <i>PVVIH, env. : 132.500</i> <i>Nombre de PSN axés sur cette population : 5</i>	OUI. La VS est un facteur important contribuant au risque de contamination par le VIH des femmes. La violence des partenaires sexuels et la violence prévalente sont généralement tolérées par la société. Certains groupes d'hommes sont victimes de violences sexuelles considérables, notamment les prisonniers. Les éléments probants sur la relation entre la violence sexuelle et le VIH sont faibles en Afrique subsaharienne. Les progrès de réduction de la V. S. ne seront susceptibles d'être réalisés sans des changements importants des attitudes individuelles et communautaires envers la V. S.. Ces femmes victimes sont stigmatisées par leurs partenaires et la communauté, elles ne peuvent se prendre en charge, elles se trouvent dans une relation de violence, elles subissent des violences physiques et des traumatismes, elle tolère la violence comme étant normal, elles subissent les violences car elles souhaitent se protéger ou parce qu'elles sont séropositives.	NON. Bien qu'il s'agisse une population importante et nombreuse, elle est également dispersée et dissimulée par rapport à la prestation de services. Ainsi il conviendrait de ne pas offrir des programmes séparés pour ces femmes, mais plutôt des services intégrés dans ceux qui existent déjà, pour répondre aux besoins de ces femmes et réduire au minimum les traumatismes, la stigmatisation ou encore la discrimination.	<ul style="list-style-type: none"> action sociale de la GLIA pour des interventions visant à modifier la perception et l'opinion concernant les violences sexuelles et sexospécifiques, et pour l'intégration du dépistage de la V. S. et des consultations-conseil dans la prestation de services (CDV, SPN, SSR, soins d'interruption de grossesse, programmes pour adolescentes) échange de documents et d'expériences de formation pour l'intégration des services dans tous les aspects de la prestation de services. Par exemple : la formation du personnel de soins comprenant des éléments médicaux, psychologiques et légistes, ainsi que des soins après le viol

POPULATION	Le plan stratégique de la GLIA devrait-il prendre pour point de mire cette population (OUI/NON) ? Si OUI, pourquoi ? Si NON, pourquoi ?	La GLIA devrait-elle financer la prestation de services pour le VIH, pour cette population vulnérable (OUI/NON) ? Si OUI, pourquoi ? Si NON, pourquoi ?	Quelles sont les interventions prometteuses qu'il conviendrait de considérer pour le plan stratégique la GLIA ?
<p>PRISONNIERS Nombre : 222.042 VIH : 5,6% PVVIH : 12.434 Nombre de PSN axés sur cette population : 7</p>	<p>OUI. Très peu de données quantitatives sont disponibles, mais il est manifeste que les prisonniers ont peu de mobilité et ne peuvent quitter un contexte à aux risques. Les prisonniers manquent de protection, vivent dans des conditions d'existence difficile, souffrent du surpeuplement, de la violence sexuelle, de l'interdiction de relations sexuelles et de la criminalisation du sexe, de relations sexuelles à hauts risques, de prostitution, de manque de visites conjugales, d'un mauvais accès aux soins et de produits préventifs et curatifs de qualité.</p> <p>L'environnement carcéral n'est généralement pas propice aux interventions et des efforts de grande envergure sont nécessaires, d'urgence, pour améliorer les conditions de santé et d'existence des prisonniers. Citons les carences de connaissances : l'ampleur des épidémies de VIH et de tuberculose dans les prisons, leur effet sur les populations qui travaillent ou qui vivent autour des prisons, et les stratégies d'intervention couronnées de succès.</p>	<p>NON. Il existe déjà d'autres initiatives régionales pour appuyer ces populations, il existe des difficultés juridiques importantes à surmonter. Cette population est relativement petite et des interventions de prestations de services isolées pour le VIH (telles que la GLIA pourrait fournir par le biais d'agencements de sous-traitance) pourraient avoir une efficacité limitée dans les prisons, dont le besoin prioritaire est un renforcement large des services de santé.</p>	<ul style="list-style-type: none"> • action sociale de la GLIA pour des interventions à l'appui de l'élaboration de politiques nationales du VIH dans les prisons et des interventions d'appui de l'amélioration générale des conditions de vie carcérale • recherches épidémiologiques dans les communautés carcérales et recherches opérationnelles sur les épidémies de VIH et de TB dans les communautés carcérales, et sur ce qui fonctionne, financées par la GLIA pour une meilleure distribution de préservatifs et des programmes d'IEC/CCC, diffusion des données de prévalence du VIH • échange d'informations par la GLIA sur les types d'intervention qui ont fonctionné dans d'autres pays, par ex. : CCC./éducation des pairs
<p>MILITAIRES Nombre : 401.020 VIH : 10 -- 20 % PVVIH : 40.102 – 80.204 Nombre de PSN axés sur cette population : 7</p>	<p>OUI. Bien que le véritable fardeau du VIH dans les forces armées des pays de la GLIA depuis cette à évaluer en raison du secret des données, le profil de vulnérabilité des forces militaires présuppose un risque élevé du VIH, mais cela serait tempéré par des interventions efficaces et par des caractéristiques spécifiques aux sites.</p> <p>Les effectifs militaires peuvent être détachés loin de chez eux, subir des pressions, être entraînés</p>	<p>NON. En raison des antécédents de la région, il conviendrait que chaque pays soit chargé d'un programme pour ses propres forces militaires et ses effectifs en uniforme.</p>	<ul style="list-style-type: none"> • action sociale de la GLIA pour une meilleure distribution de préservatifs et des programmes d'IEC/CCC, diffusion des données de prévalence du VIH • échange d'informations par la GLIA sur les types d'intervention qui ont fonctionné dans d'autres pays, par ex. : CCC./éducation des pairs qui parlent la langue des casernes, ajout d'une pochette pour préservatifs sur le ceinturon de services, services solides d'IST et de CDV dans les bases militaires, exposés d'une

POPULATION	Le plan stratégique de la GLIA devrait-il prendre pour point de mire cette population (OUI/NON) ? Si OUI, pourquoi ? Si NON, pourquoi ?	La GLIA devrait-elle financer la prestation de services pour le VIH, pour cette population vulnérable (OUI/NON) ? Si OUI, pourquoi ? Si NON, pourquoi ?	Quelles sont les interventions prometteuses qu'il conviendrait de considérer pour le plan stratégique la GLIA ?
	à considérer la prise de risque comme étant la norme, être exposés à du sang contaminé/non testé, posséder des revenus disponibles. Les officiers moyens correspondent au profil démographique et professionnel d'un groupe à hauts risques		<p>unité vidéo mobile, marketing de préservatifs en gros et au détail, sur les bases et dans les camps militaires, et à leurs alentours</p> <ul style="list-style-type: none"> recherches et enquêtes qualitatives financées par la GLIA pour mieux comprendre la sous-culture dans les forces militaires, y compris des études transversales pour prendre pour point de mire le comportement sexuel des personnes dans ce sous-groupe de population

8. INCIDENCES POLITIQUES DE CETTE ÉTUDE

N.B. : les incidences politiques ont été élaborées en tenant compte des objectifs, des principes et des orientations stratégiques de la " Convention portant création de l'Initiative de la Région des Grands Lacs sur le Sida".

La GLIA a été créée pour *compléter* les efforts des réponses des gouvernements nationaux au VIH et pour *ajouter en valeur* aux efforts sur le VIH dans la région. Que signifient "compléter les efforts" et "ajouter en valeur" aux efforts des Commissions nationales sur le sida ? Il s'agit d'une question centrale au cœur de la GLIA depuis sa création. Le rôle de complémentarité et d'ajout en valeur de la GLIA est interprété à ce jour comme étant a) la prestation de services de VIH aux sous-groupes de population sélectionnés, qui n'ont pas été visés par des interventions de VIH, par les six gouvernements nationaux, b) l'appui à une collaboration régionale (principalement sous forme de renforcement des capacités, de possibilités de dialogue et d'ateliers).

Les résultats de cette étude pourraient mener à une interprétation élargie de la " valeur ajoutée" et de la complémentarité de la GLIA. Il existe à l'évidence des populations vulnérables dans la RGL, qui courent un risque accru de transmission du VIH, et qui n'ont pas été ciblées par les plans stratégiques nationaux du VIH des six gouvernements. Cependant, ces populations restent la responsabilité des sept Commissions nationales sur le VIH, conformément aux documents politiques de chaque pays et au cahier stratégique de l'ONUSIDA, selon lesquels les six pays s'engagent à fournir un accès universel aux services de VIH à TOUTES les personnes qui en ont besoin. Ainsi, à longue échéance, la prestation de services de VIH auprès de toutes les populations ne devrait pas être le principal rôle de la GLIA. En revanche, l'étude propose (cf. tableau 32, colonne 4, pour un résumé) que la complémentarité de la GLIA, à longue échéance, serait de considérer les sept Commissions nationales sur le sida comme des clientes principales, dans les objectifs stratégiques suivants :

- a) appuyer l'élaboration de stratégies de VIH dans la RGL, appuyées sur des éléments probants concernant les modes de transmission du VIH, et
- b) constituer un catalyseur pour la prestation de services de VIH aux populations qui en ont besoin et ce faisant, garantir l'accès universel à toutes les populations de la GLIA, et
- c) assurer la pollinisation croisée des informations sur ce qui fonctionne en ce qui concerne la prestation de services de VIH aux différentes populations.
- d) encourager l'harmonisation des cadres d'action et de politiques sur le VIH-sida au sein de la RGL, pour tenir compte des besoins des populations mobiles et migrantes, et la tendance générale dans le sens d'un marché régional commun.

Il conviendrait que la GLIA, à longue échéance, endosse les rôles suivants pour remplir ses objectifs :

Premièrement, il conviendrait que la GLIA remplisse un **rôle solide de communication et d'action sociale** pour garantir que des stratégies spécifiques, fondées sur des éléments probants,

pour les huit populations vulnérables sont incluses dans les plans stratégiques nationaux du VIH des six pays de la GLIA. Pour que la communication soit structurée, la GLIA exige une stratégie de communication et la préhension de ce qui fonctionne. Il convient que l'action sociale soit appariée au niveau des systèmes et qu'elle comprenne une action sociale en faveur de changements législatifs, ainsi que des directives de politique régionale spécifiques. Citons quelques domaines spécifiques d'action sociale et de dialogue politique :

- prôner et appuyer l'intégration du dépistage et des services concernant la violence sexospécifique, dans les programmes de CDV, services de SPN, centres de mieux-être pour les enfants, et au cours des soins à la suite d'un avortement, dans tous les pays de la GLIA. Il conviendrait que ces éléments aillent au-delà du secteur de la santé, afin d'inclure d'autres secteurs de la société et du gouvernement, pour inclure des interventions concernant la santé reproductive des adolescentes (pour aborder directement la question de coercition sexuelle des jeunes femmes) ainsi que des interventions ciblant les hommes.
- appuyer l'expansion de services mobiles de CDV, ciblant de nombreux groupes de populations vulnérables, différents, dans tous les pays de la GLIA. Choisir l'organisme d'exécution par le biais d'un appel d'offres et stipuler que la prestation de services mobiles de CDV devra se fonder sur une cartographie des zones de haute transmission, l'absence de services de qualité dans des centres fixes de CDV et, simultanément, fournir des services et un dépistage concernant la violence sexospécifique.
- promouvoir l'utilisation du dossier d'éducation des pairs de l'ONUSIDA pour les services en uniforme, en le mettant à la disposition des ministères et des organismes du secteur privé, dans les langues exigées et les quantités nécessaires. Appuyer les initiatives d'éducation des pairs dans le personnel en uniforme (agents de la police de frontière et agents de police, agents des douanes, plantons, etc.) aux principaux postes frontaliers, pour assurer une synergie, et pour que les communautés des deux côtés de la frontière soient considérées comme étant une seule ville élargie, avec des contacts fréquents entre les populations frontalières.
- prôner et appuyer l'élaboration de politiques nationales sur le VIH-sida dans les prisons, dans les pays de la GLIA (le Kenya a déjà un projet de politique).
- faire intervenir les groupes de dialogue régionaux qui sont sous-représentés ou sous-utilisés, par exemple MSM, les syndicats de travailleurs.

La GLIA ne peut s'acquitter de son rôle d'action sociale que si elle dispose de données et si elle peut se servir de ces données pour renforcer la raison pour laquelle il conviendrait de lancer certaines initiatives. C'est pour ce motif qu'il conviendrait que la GLIA, **deuxièmement**, renforce son rôle **de suivi, d'évaluation et de recherche** dans la région : il conviendrait qu'elle constitue une plaque tournante de connaissances de toutes les informations disponibles sur le VIH dans la région, qu'elle échange des expériences et quelle appuie les éléments probants de toutes les décisions concernant le VIH dans la région. Citons certains aspects spécifiques du suivi, de l'évaluation et de la recherche :

- création d'une base de données en ligne, contenant toute la recherche et toutes les publications sur le VIH-sida et IST des pays de la GLIA, y compris les rapports annuels de

suivi et d'évaluation du VIH, ainsi que les données de recensement, en outre d'une liste des personnes qui sont des ressources techniques pour la région des Grands Lacs, afin de créer une plaque tournante des connaissances.²¹⁷

- création et gestion d'un journal régional de suivi et d'évaluation du VIH.
- appuyer la mise en œuvre d'une recherche opérationnelle/actions de recherche sur l'intégration et la coordination transfrontière des activités sur le VIH au cours du rapatriement des réfugiés et du retour des personnes déplacées, en mettant l'accent précisément sur la communication/action sociale et la continuité des soins et de la thérapie aux antirétroviraux pour les personnes vivant avec le VIH.
- prôner et financer une consultation d'experts dans tous les pays de la GLIA pour modéliser l'incidence du VIH, afin de produire une meilleure compréhension de la provenance des nouvelles infections.
- appuyer l'analyse supplémentaire des données des EDS du Kenya et du Rwanda pour renforcer la base scientifique du rapport entre les violences sexuelles et le VIH, et des données des AIS de Tanzanie et d'Ouganda (et éventuellement les données CCC de la GLIA), concernant le rapport entre les viols et l'état sérologique concernant le VIH. Prôner que toute étude future sur des violences sexuelles et le VIH étudie également le VIH à titre de facteur de risque de la violence sexospécifique, la violence sexospécifique à titre d'obstacle entravant les soins et le traitement du VIH et le cycle vicieux que la violence sexospécifique et le VIH peuvent produire.
- appuyer la mise en œuvre d'analyses de situation normalisées du VIH-sida dans les communautés de pêche en RDC, Kenya, Tanzanie et Uganda (fardeau du VIH-sida, cartographie des zones de pêche, interventions en cours, inventaire des services, partenaires potentiels) pour fournir une base aux interventions fondées sur des éléments cliniques et scientifiques.
- évaluer en détail la couverture actuelle et prévue des initiatives ROADS et Safe-T-Stop et appuyer l'évaluation ainsi que l'accélération de la mise à échelle de l'intervention pour couvrir tous les couloirs de transports primaires de la GLIA.
- établir des collaborations stratégiques avec les parties concernées dans les domaines de la recherche, du suivi et de l'évaluation, et de la traduction en politique et en mesures. Par exemple, en ce qui concerne l'initiative de politiques REACH,²¹⁸ située au sein du conseil de recherche de la santé de l'Afrique de l'Est, et dont la mission est "*d'accéder, de synthétiser, de compiler et de communiquer les éléments probants exigés aux fins de politique et de pratiques, et pour influencer sur les programmes de recherche pertinents pour la politique, en vue d'une santé améliorée des populations et de l'égalité dans la santé.*"

Troisièmement, bien que la GLIA ne remplisse pas de fonctions de coordination dans la région (et ne le devrait, puisque ce n'est pas sa mission et que ce ne serait pas complémentaire des efforts des 7 Commissions nationales sur le sida) il conviendrait que la GLIA joue à l'avenir un

²¹⁷ Subsidiatement, élargir le 'Réseau documentaire international sur la Région des Grands Lacs Africains' existant déjà (www.grandslacs.net).

²¹⁸ http://www.idrc.ca/uploads/user-S/11551301781REACH_Prospectus.pdf

rôle d'appui technique sur le VIH dans la région et qu'elle se dote en personnel en conséquence. La GLIA est tout à fait en mesure d'assurer une pollinisation croisée et d'apprendre les stratégies concernant ce qui fonctionne dans différents pays, au sein de la région des Grands Lacs, et de renforcer les capacités dans les domaines de la recherche, du suivi et de l'évaluation, et de l'apprentissage. Cet apprentissage peut être appliqué et l'appui technique régional être mis à la disposition des pays de la GLIA. Cet appui pourrait comprendre par exemple : la production de documents d'IEC/CCC destinés à des populations vulnérables, marginalisés et spécifiques, existant dans tous les pays de la GLIA (par ex. : les communautés de pêche), l'échange de plans d'action et d'expériences pratiques concernant la mise en œuvre à grande échelle de la circoncision masculine ou encore l'échange de connaissances sur l'établissement des coûts de revient et la passation de marchés.

Et **enfin**, la GLIA est idéalement placée pour encourager **l'harmonisation et le réseautage** au sein des pays des Grands Lacs. L'analyse souligne l'augmentation constante de la migration dans la région. En l'absence de d'une harmonisation des cadres d'action et de politique sur le VIH-sida, les populations migrantes et vulnérables resteront désavantagées dans la prévention, le traitement, les soins et l'appui concernant le VIH. Un domaine d'action serait la promotion de la pratique exemplaire de l'enregistrement des travailleuses sexuelles (à titre de première étape pour contrôler et, par la suite, légaliser la prostitution). L'analyse a également débattu des intentions d'élaboration de marché commun, avec la libre circulation des personnes et des marchandises. La mise en œuvre pratique n'est pas encore intervenue, mais l'appui d'influence de la GLIA lui serait utile (il s'agit par exemples des procédures frontalières allégées pour les chauffeurs-routiers). Le réseautage et la promotion des relations institutionnelles par la GLIA contribueront aux échanges d'informations, ainsi qu'à l'alignement des stratégies et des plans d'action (par exemple entre la GLIA et l'IGAD, l'EAC et la SADEC).

En dépit de ces objectifs stratégiques de long terme proposés pour la GLIA, il n'est pas recommandé qu'elle cesse immédiatement toute prestation de services concernant le VIH. À court et moyen terme, la GLIA reste une importante partenaire de la prestation de services pour le VIH auprès de quatre populations spécifiques vulnérables (chauffeurs-routiers, pêcheurs hommes et femmes, réfugiés et PDIP) par le truchement de sous-traitants. Lorsque réalisable, il conviendrait qu'un volet officiel de renforcement des capacités fasse partie de ces contrats de sous-traitance. Il conviendrait que la GLIA maintienne son rôle dans les 24 prochains mois, en se préparant à une prestation de services élargie auprès des Commissions nationales du sida, comme défini ci-dessus. La GLIA *doit* définir les stratégies de sortie de la prestation de services auprès des quatre populations vulnérables, afin d'assurer une prestation de services ininterrompue auprès de ces populations prioritaires.

ANNEXES

ANNEX I Cartes choisies

Région des grands lacs.....	116
Densité de population et séroprévalence par site prénatal sentinelle	
Burundi	117
République démocratique du Congo et Kenya	118
Rwanda et Tanzanie	119
Ouganda.....	120
Séroprévalence au sein de la population adulte par province (hommes et femmes).....	121
Séroprévalence au sein de la population adulte par province (hommes).....	122
Séroprévalence au sein de la population adulte par province (femmes).....	122
Axes de transport, arrêts et volume de camions.....	123
Changement des nombres de PDIP et de réfugiés (décembre 2006 à mi-2007)....	124
Populations vulnérables dans les pays GLIA : estimation de taille et nombre de personnes vivant avec le HIV	125
Burundi	126
République démocratique du Congo.....	127
Kenya	127
Rwanda.....	128
Tanzanie.....	128
Ouganda.....	129

Annexe 1a : Pays de la Région des Grands Lacs



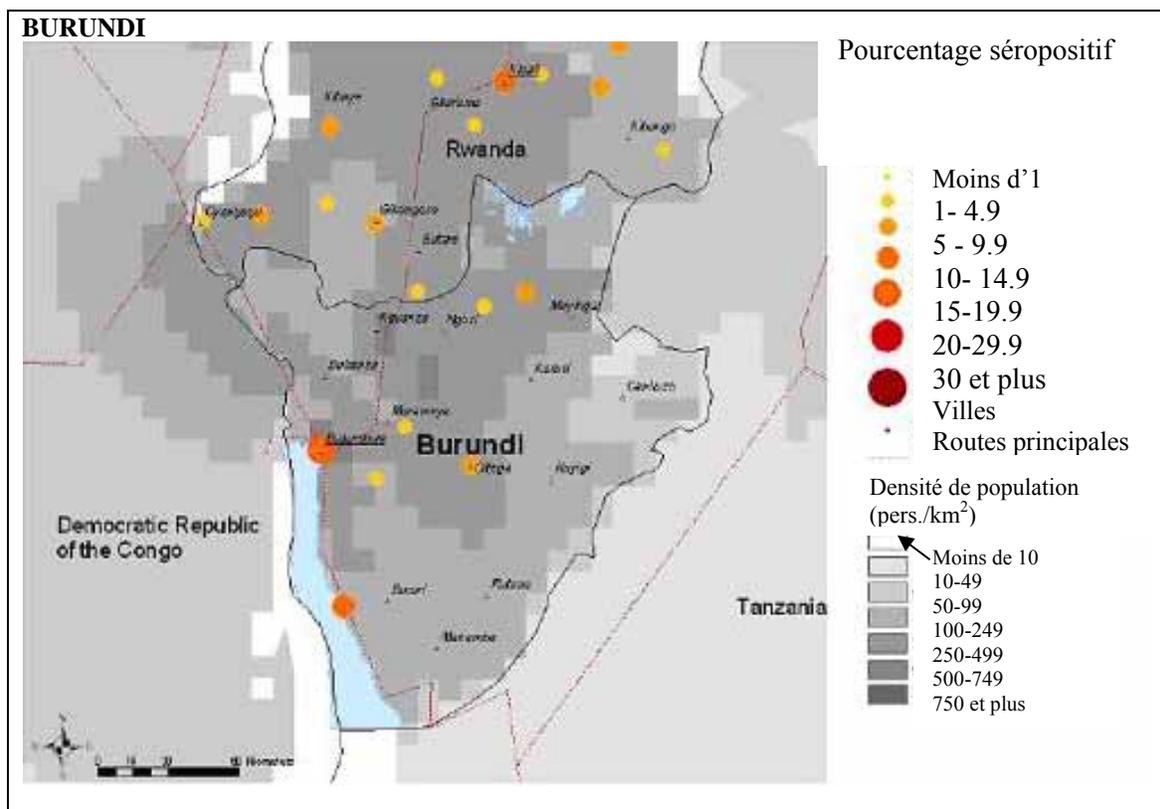
Source : Banque mondiale

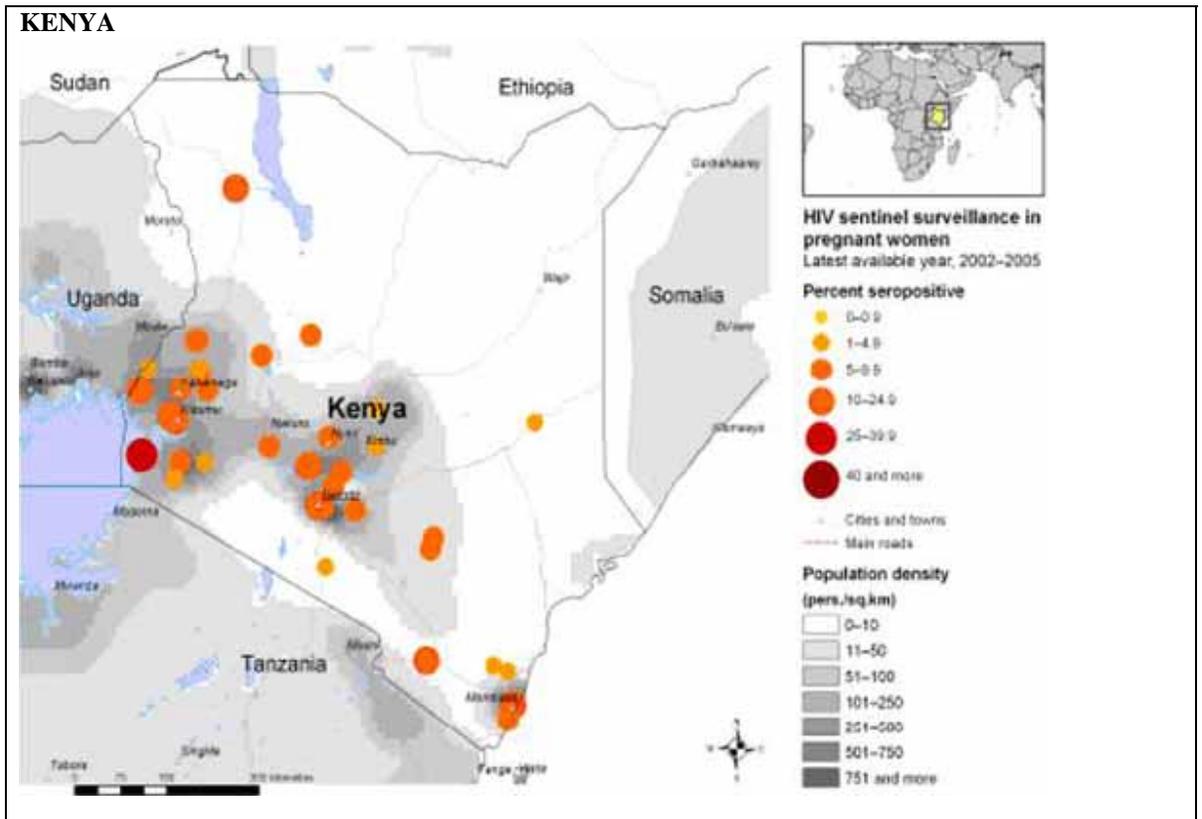
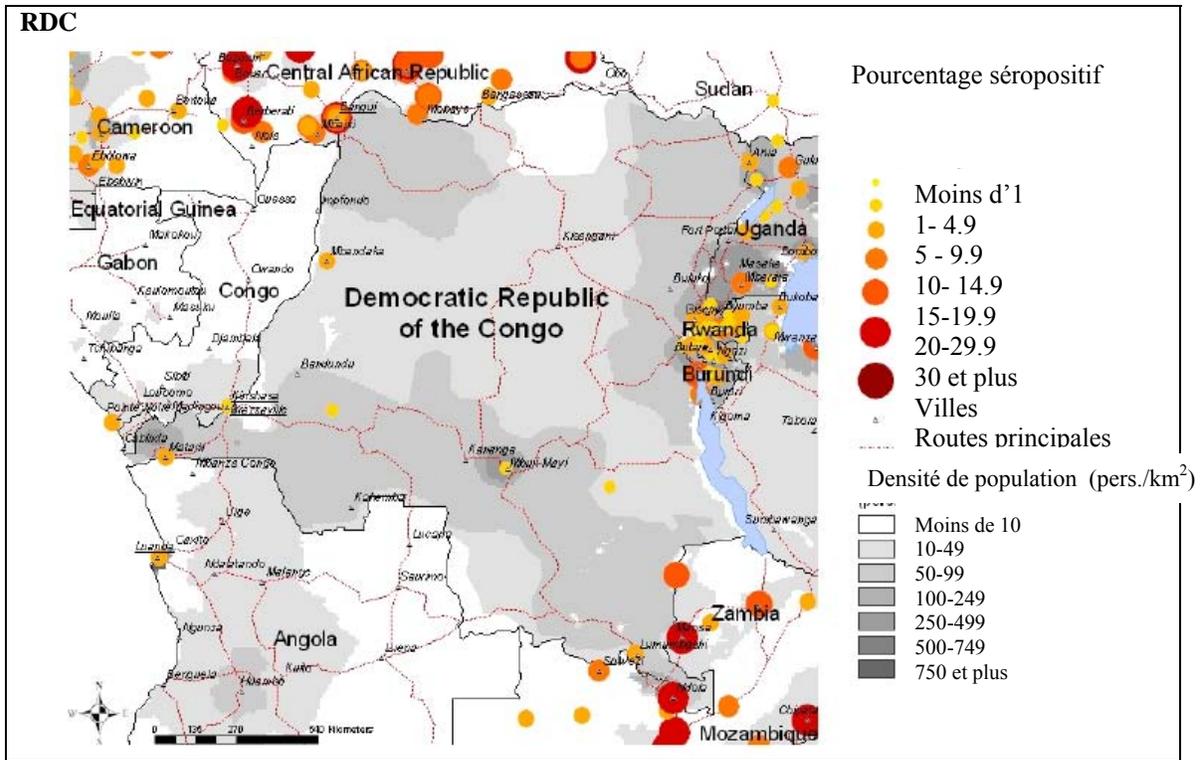
Annexe Ib : Densité de la population et niveau de prévalence du VIH par site sentinelle prénatal

Source : UNAIDS Epidemiological fact sheets
(<http://www.who.int/globalatlas/default.asp>)

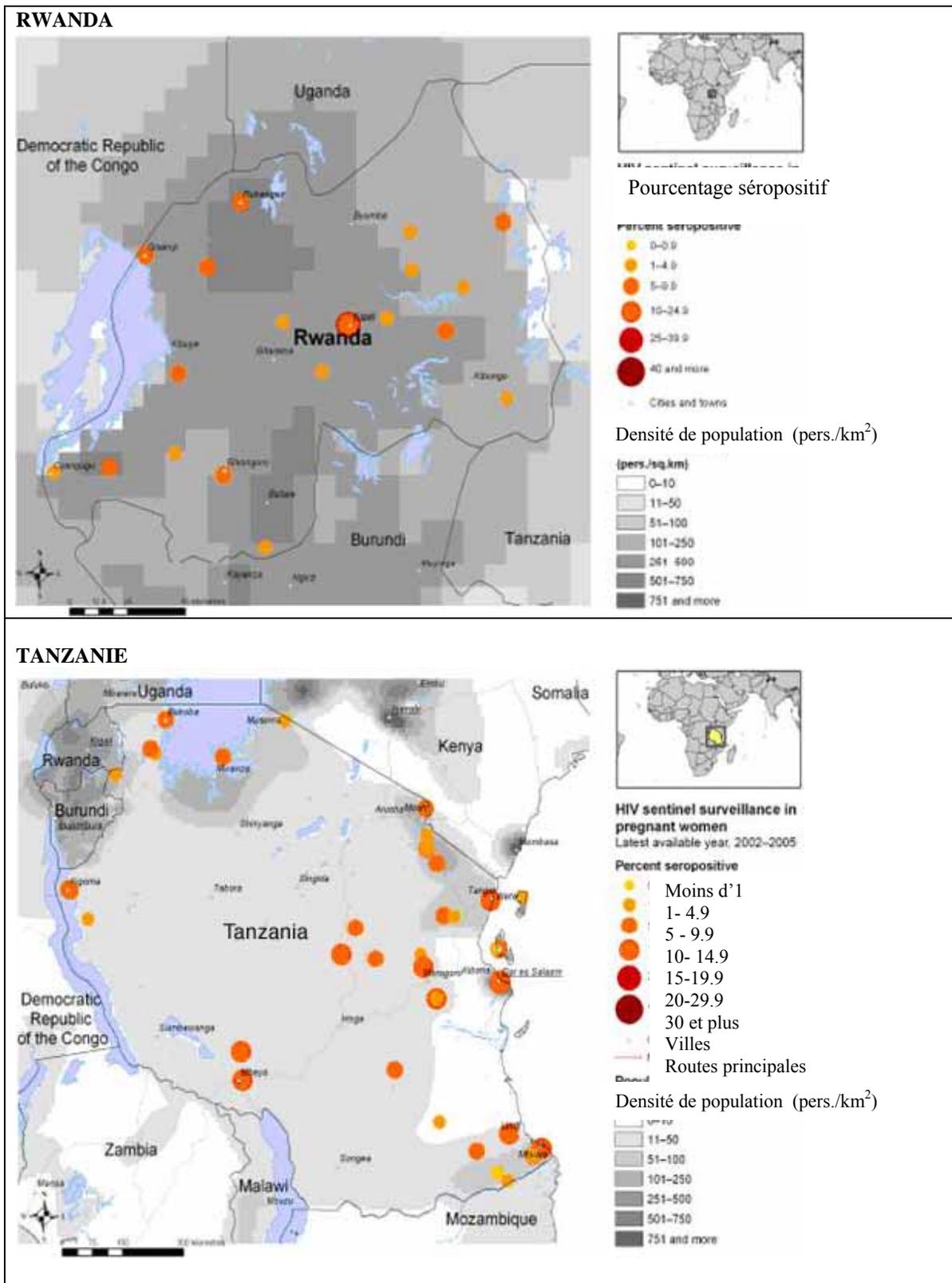
Le groupe de travail de l'ONUSIDA/OMS de surveillance mondiale du VIH-sida et des IST, en collaboration avec l'équipe de cartographie et GIS de santé publique, Maladies transmissibles, de l'OMS, produit des cartes indiquant l'emplacement et la prévalence du VIH par rapport à la densité de population, aux grandes zones urbaines et aux voies de communication. En ce qui concerne les épidémies généralisées, ces cartes indiquent l'emplacement de la prévalence des sites de surveillance prénataux.

Surveillance sentinelle du VIH chez les femmes enceintes Dernière année disponible 2001-2003

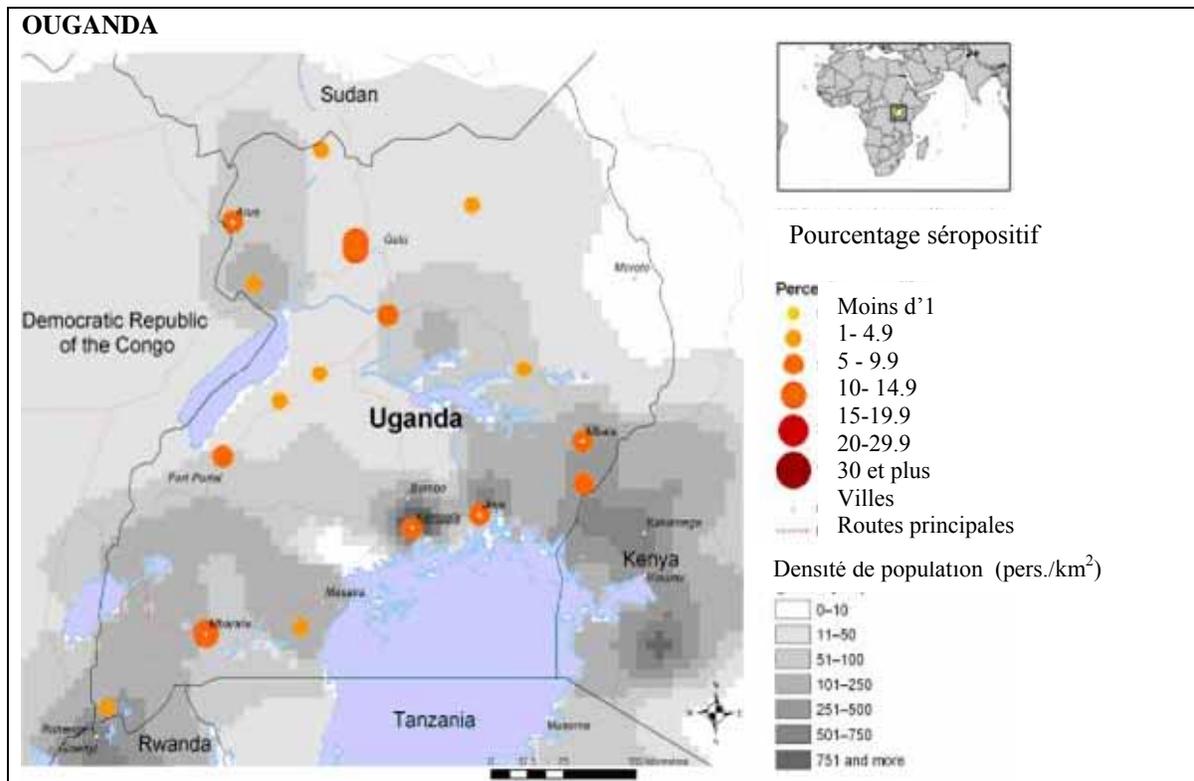




Source: UNAIDS Epidemiological fact sheets (<http://www.who.int/globalatlas/default.asp>)

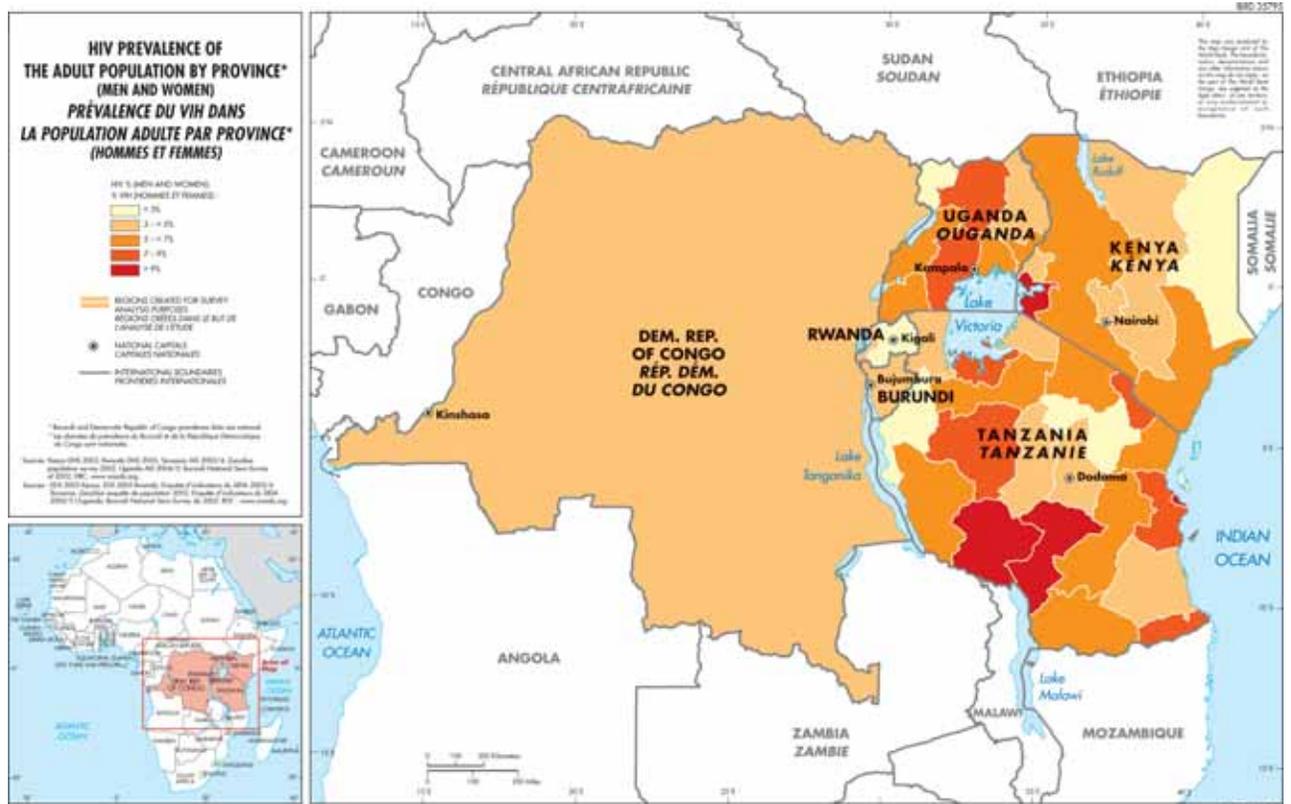


Source: UNAIDS Epidemiological fact sheets (<http://www.who.int/globalatlas/default.asp>)



Source: UNAIDS Epidemiological fact sheets (<http://www.who.int/globalatlas/default.asp>)

Annexe Ic : Prévalence du VIH de la population masculine et féminine adulte, par province



Source : Banque mondiale

Annexe Id : principaux axes routiers, relais-routiers et volume de camions



Source : Banque mondiale

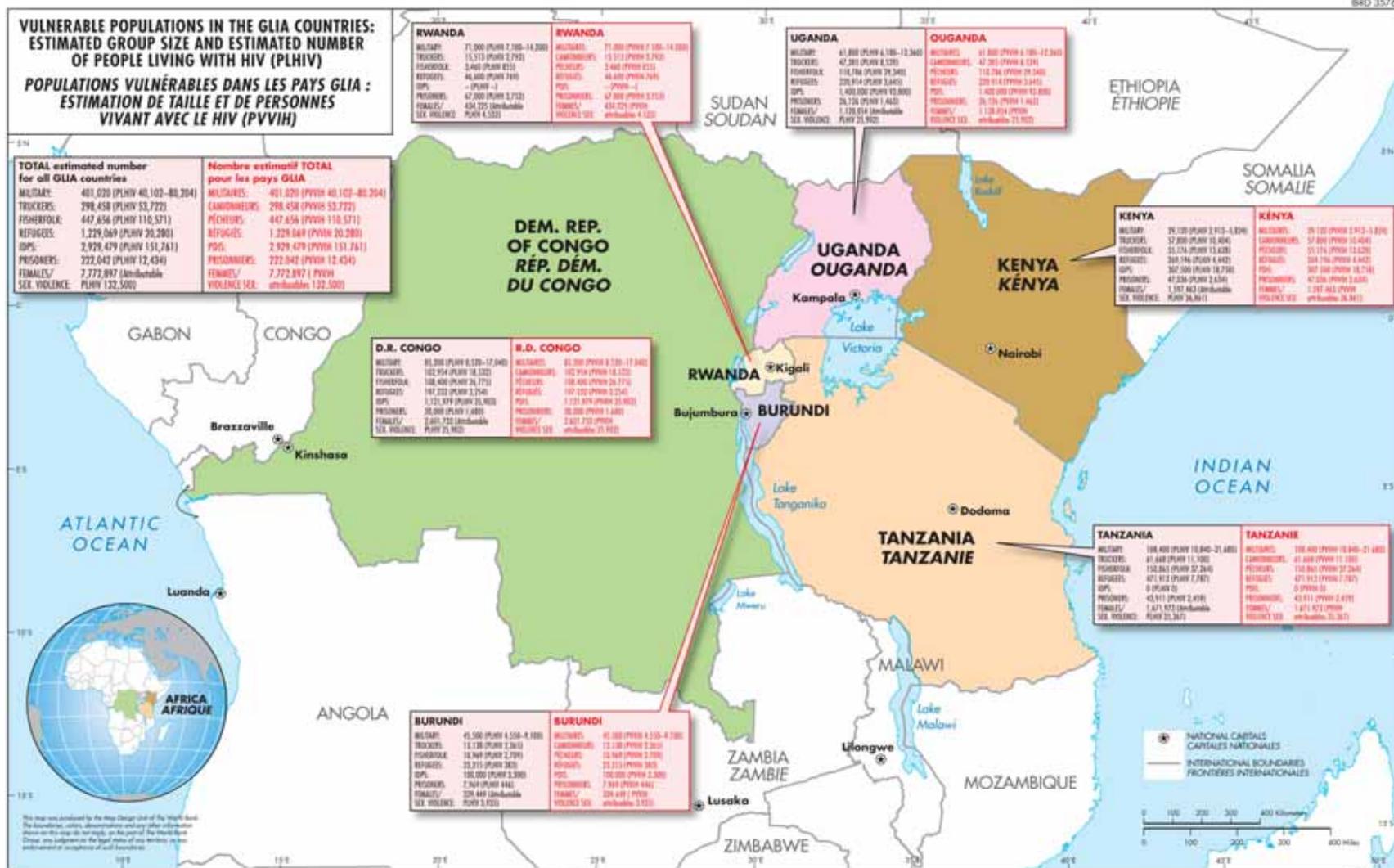
Annexe Ie : changement du nombre de PDIP et de réfugiés (décembre 2006 à mi-2007)

Réfugiés PDIP



Source: OCHA Regional Office for Central and East Africa (2007). Displaced populations report, January-June 2007

Annexe 1f : populations vulnérables dans les pays de la GLIA : taille estimative du groupe et nombre estimatif de PVVIH



Source : Banque mondiale

ANNEXE II : Description des pays de la Région des Grands Lacs

BURUNDI



En 2005, le Burundi, pays possédant de longs antécédents de conflit ethnique, a pris la voie d'une paix relative, avec l'élection démocratique d'un nouveau gouvernement de partage du pouvoir, sous la direction de Pierre Nkurunziza. Grâce aux bons offices de l'Afrique du Sud, le nouveau gouvernement a signé un cessez-le-feu avec le dernier groupe de rebelles burundais et ce, en septembre 2006, mais il reste de nombreuses gageures. L'économie et l'infrastructure burundaises, fracassées par la guerre, constituent les priorités du programme de développement du pays, mais un système de recouvrement des coûts dans la santé signifie que nombre de Burundais n'ont toujours pas accès aux services de santé de base, en dépit de l'annonce en mai 2006 de soins médicaux gratuits pour les femmes enceintes et les enfants de moins de cinq ans. Vers la fin de 2006, les médias et plusieurs ONG des droits de l'homme ont intensifié leurs critiques à l'encontre des activités du gouvernement et ont dû faire face à l'obstruction et au

harcèlement des pouvoirs publics. L'opération des Nations Unies au Burundi a parachevé sa mission fin 2006, à la suite d'une mission de maintien de la paix de trois ans.

Population : 8.390.500 (mi-2007) Indice de développement humain (2006) 169°

RÉPUBLIQUE DÉMOCRATIQUE DU CONGO

Des millions d'habitants restent en situation de crise dans tout le pays. Les milices et les soldats exercent des pressions formidables sur les civils qui sont victimes de pillages, extorsion, viols et autres violences. Les combats dans les provinces orientales du Kivu du nord et du sud et au Katanga, ont provoqué le déracinement de dizaines de milliers de personnes. Bon nombre d'entre elles vivent dans la brousse, sous la menace d'une insécurité constante. D'autres ont fui leurs villages et sont accueillies par les populations locales, ou se trouvent dans des camps. La malnutrition est l'un des résultats de la violence permanente qui empêche les agriculteurs de cultiver leurs sols, par peur d'être attaqués. C'est sur cette toile de fond que se sont déroulées en 2006 les premières élections présidentielles et parlementaires depuis 40 ans, dans un climat relativement pacifique. Joseph Kabila a pris son poste de président en décembre 2006. Des

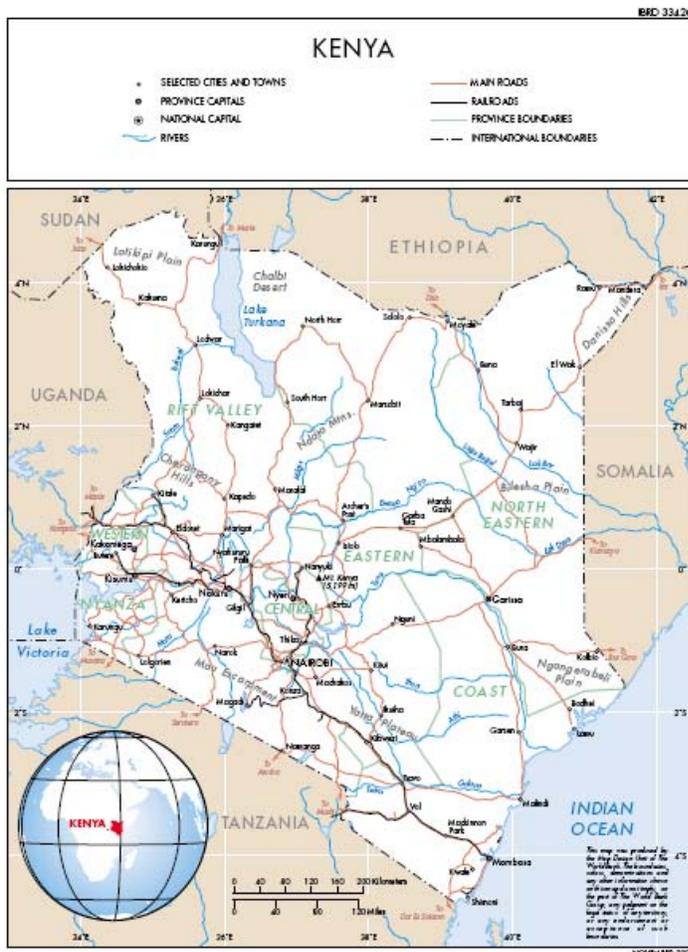
assemblées provinciales ont été constituées qui ont élu les gouverneurs et les sénateurs nationaux en janvier 2007. Les progrès d'ensemble en RDC restent entachés de violence et d'insécurité, surtout à l'est. Les besoins humanitaires restent immenses. En 2006, la mission de l'ONU en RDC comptait plus de 18.000 soldats de maintien de la paix.

Population : 65.751.512 (mi-2007)

Indice de développement humain (2006) : 167°



KENYA

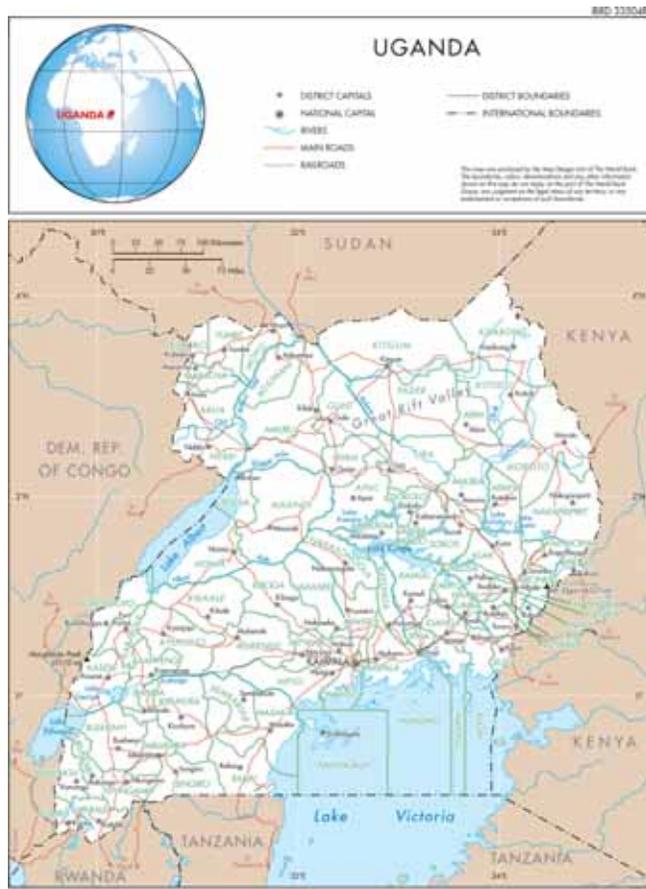


Dans la région du nord du Kenya, des années de sécheresse ont gravement touché la population principalement pastorale et ses moyens d'existence. Cette population éparpillée a également été déracinée par les conflits inter claniques ininterrompus. En 2002, Mwai Kibaki, le candidat de la National Rainbow coalition, multiethnique, d'unification des partis de l'opposition, a été élu président. La Coalition s'est scindée en 2005 sur la question du processus de révision de la Constitution. Le projet de Constitution du gouvernement a été rejeté lors d'un référendum national, en novembre 2005. Le Kenya, plaque tournante régionale du commerce et des finances de l'Afrique de l'Est, a été grevé par la corruption et l'assujettissement à plusieurs produits de base dont les prix restent peu élevés. Le Kenya abrite près de 250.000 réfugiés, notamment des Ougandais, qui fuient leurs pays et traversent les frontières pour trouver protection contre les rebelles de la Lord's Resistance Army.

Population : 36.913.721 (mi-2007)

Indice de développement (2006) : 162°

UGANDA



Depuis près de 20 ans, les habitants du nord de l'Ouganda sont victimes du conflit brutal qui oppose les forces du gouvernement et les groupes rebelles, notamment de la LRA (Lord's Resistance Army), des atrocités ont été commises contre les populations locales Acholi et Langi. Environ 1,7 millions de personnes de Gulu, Kitgum et Pader du nord de l'Ouganda vivent encore dans les camps de PDIP, bien qu'une légère amélioration de la sécurité s'y soit opérée ces derniers mois. Un accord de cessation des hostilités a été signé en août 2006 et un deuxième accord a été signé en mai 2007. Les grandes transplantations, ordonnées par le gouvernement, ont décuplé la détresse des populations. Mi-2006, près de deux millions de personnes, soit près de 90% de la population du nord, ont été déracinées et accueillies dans 200 camps. Dans l'impossibilité de pratiquer l'agriculture, ces populations sont totalement tributaires de l'assistance extérieure. Les réfugiés ougandais et les membres de la LRA se réfugient dans le sud du Soudan et dans le parc national de

Garamba en RDC. Les forces de la LRA ont également attaqué des villages kenyans de l'autre côté de la frontière.

Population : 30.262.610 (mi-2007) Indice de développement humain (2006) : 145°

Sources : Banque mondiale 2007, dossier documentaire de la CIA, Médecins sans Frontières, Bureau des Affaires étrangères R.-U., Human Development Report 2006

ANNEXE III Mobilité et migration des populations dans la Région des Grands Lacs

La **migration** qu'est-ce ? Il s'agit d'un déplacement, soit au travers de frontières internationales ou au sein d'un même État.¹ Différents types de migrations ont été définis, comme suit.²

Migration assistée : déplacement de migrants réalisé avec l'assistance d'un ou de plusieurs gouvernements, ou d'une organisation internationale.

Migration clandestine : migration cachée ou dissimulée, en infraction des conditions d'immigration.

Migration économique : déplacement des personnes quittant leur lieu de domiciliation habituel pour s'implanter à l'extérieur de leur pays d'origine, pour améliorer leurs moyens d'existence. Ce terme s'applique également aux personnes qui s'implantent à l'extérieur de leur pays d'origine pour la durée d'une saison agricole (travailleurs saisonniers).

Migration facilitée : promotion d'une migration légitime en rendant le déplacement plus facile et plus commode. Cette facilitation peut comprendre un certain nombre de mesures, par exemple l'allègement des procédures de demande de visa ou des procédures d'inspection efficaces et dotées d'effectifs suffisants.

Migration forcée : mouvement de migration dans lequel existe un élément de coercition, par exemple des menaces contre l'existence ou les moyens d'existence, provenant de causes naturelles ou humaines (par ex. : déplacement de réfugiés, PDIP).

Migration interne : mouvement de personnes d'une région du pays à une autre, afin de s'établir dans la nouvelle région. Cette migration peut être psoire ou permanente. Les migrants internes se déplacent, mais restent sur le territoire de leur pays d'origine (par ex. : migration rurale vers les zones urbaines).

Migration internationale : mouvement de personnes quittant leur pays d'origine ou le pays de leur domiciliation habituelle, pour s'établir de façon soit permanente soit provisoire dans un autre pays.

Migration irrégulière (migration illégale) : mouvement de personnes en-dehors des normes réglementaires des pays d'accueil, d'exil et de transit. Il n'existe pas de définition claire, ni universellement acceptée, de la migration irrégulière. La tendance consiste toutefois à restreindre l'utilisation du terme « migration illégale » aux cas de trafic d'étrangers et de migrants.

Migration de main-d'œuvre : déplacement de personnes de leur État d'origine à un autre État aux fins d'emploi. La migration de la main-d'œuvre est abordée dans les lois sur la migration des différents États. En outre, certains États prennent activement part à la réglementation de l'émigration de leur main-d'œuvre et à l'étude des possibilités pour leurs ressortissants à l'étranger.

Migration ordonnée : le déplacement d'une personne de son lieu de domiciliation habituel à une nouvelle domiciliation, dans le droit fil des lois et des règlements régissant la sortie du pays d'origine, le voyage, le transit et l'entrée dans le pays d'accueil.

Migration régulière : migration se déroulant par le voies reconnues, légales.

Migration de retour : déplacement d'une personne retournant dans son pays d'origine ou de domiciliation habituelle, d'ordinaire après un séjour d'un an au minimum dans un autre pays. La migration de retour comprend le rapatriement volontaire.

Migration spontanée : particulier ou groupe prenant l'initiative de ses propres décisions de migration et qui les exécute, sans aucune assistance extérieure. La migration spontanée est d'ordinaire provoquée par des facteurs symétriques. Elle se caractérise par l'absence d'une assistance de l'État et de tout autre type d'assistance internationale ou nationale.

¹ OIM (2005). World migration report – Costs and benefits of migration, Migration terminology.

² OIM (2004). Glossary on migration.

http://www.egypt.iom.int/eLib/UploadedFolder%5CGlossary_on_Migration_En.pdf

La **mobilité** se définit en termes de déplacements, courts ou longs, migration saisonnière et/ou permanente et métiers à haut risque exigeant des déplacements par exemple négociants mobiles et camionneurs. Le processus de migration et de mobilité comporte les étapes suivantes :

source – d'où viennent les gens, pourquoi partent-ils, quelles relations conservent-ils dans le pays d'origine lorsqu'ils sont partis

transit : lieux par lesquels passent les gens, comment ils voyagent et pourvoient à leurs besoins

destination : où se rendent les gens, leurs conditions d'existence et de travail sur leur lieu de nouvelle implantation

retour : communautés dans lesquelles les gens reviennent

La migration des pays africains est sans doute la moins documentée du monde en développement. La rapidité avec laquelle certains mouvements commencent, ou s'inversent, signifient qu'ils sont rarement repris de façon idoine dans les recensements. Bien que les mouvements de réfugiés constituent un élément important de la migration entre les pays d'Afrique, d'autres pays de migration englobent le gros des migrants internationaux.

La nouvelle Constitution de l'Union africaine reconnaît le rôle des migrants, considérés comme faisant partie intégrante des ressources humaines nationales, quel que soit leur lieu de résidence. La Commission de l'Union africaine met au point, à l'heure actuelle, un Cadre stratégique pour la gestion de la migration et engage de nombreuses consultations avec les États membres. En dehors des capacités techniques des migrants, pour compenser les carences du pays d'origine, le rapatriement des fonds des migrants contribue sensiblement à l'économie nationale. La valeur totale, par exemple, des envois de fonds vers l'Ouganda, en 2002, se montait à 365 millions de dollars, soit 6,3% du PNB.³ Néanmoins, la migration à titre d'élément multisectoriel figure à peine dans les stratégies nationales de développement et n'a pas été abordée en bonne et due forme dans les cadres de développement prévus pour les pays de l'ASS (MDG, DSRP, NEPAD, Conférence internationale de Tokyo sur le développement de l'Afrique).

Pays de la GLIA : migration internationale

Le tableau 32 présente une vue d'ensemble de la migration internationale des six pays, à la mi-2000. La Tanzanie est au premier rang, en nombre absolu de migrants internationaux et en pourcentage de migrants internationaux par rapport à la population totale. La migration nette, en 2000, était de près de 2 millions pour le Rwanda (arrivées excédentaires) et la RDC a enregistré une perte de près de 1,5 millions de ressortissants (départs excédentaires). Dans l'ensemble, davantage de migrants internationaux sont partis de la GRL qu'il n'en est arrivé (203.000 départs excédentaires).

³ OIM (2005). World migration – Costs and benefits of migration, annex page 492.

Tableau 33 : données de migration des pays de la GLIA (mi-2000)

	Nombre estimatif de migrants internationaux	Migrants internationaux en % de la population totale	Nombre net de migrants internationaux ⁴
Burundi	77.000	1,23%	-400.000
RDC	739.000	1,52%	-1.487.000
Kenya	327.000	1,07%	-21.000
Rwanda	89.000	1,15%	1.977.000
Tanzanie	893.000	2,56%	-206.000
Ouganda	529.000	2,25%	-66.000
Total/moyenne	2,65 millions	1,63%	-203.000

Source: Migration Policy Institute (<http://www.migrationinformation.org/datahub/comparative.cfm>)

Le pourcentage de femmes parmi les migrants internationaux en Afrique a augmenté progressivement et plus rapidement qu'à l'échelle mondiale (pas de données spécifiques à la RGL).⁵ L'OIM nomme ce phénomène « **la féminisation de la migration** », c'est-à-dire la participation croissante des femmes à la migration. De plus en plus de femmes se déplacent de façon indépendante, sans accompagner leurs maris, ni d'autres membres de leur famille, pour remplir leurs propres besoins économiques. Elles deviennent les principales salariées et prennent des emplois ménagers, dans les restaurants et les hôtels, la garde des enfants et les soins aux personnes âgées, mais également des emplois plus spécialisés, infirmières et aides-soignantes. Le négoce transfrontières informel a sensiblement augmenté, où les femmes jouent un rôle important dans l'achat et la vente de marchandises, d'un côté de l'autre de la frontière. Les migrantes sont plus vulnérables aux abus des droits de l'homme, puisqu'elles travaillent fréquemment dans des secteurs sexoségrégés et non réglementés de l'économie, par exemple le travail domestique, les spectacles et l'industrie du sexe, non protégés par les lois du travail ni la politique sociale.

Mouvements transfrontières

La circulation transfrontières des personnes se déroule par voie terrestre, aérienne et maritime. La circulation transfrontières par voie de terre est enregistrée aux postes frontières officiels, mais elle se déroule également dans d'autres zones frontalières sous forme de *migration irrégulière ou non comptabilisée*. Certains habitants des zones frontalières sont pris dans un cycle de migration perpétuelle en raison des activités économiques transfrontières et des traditions nomades. Ces personnes se déplacent souvent dans leurs zones ethniques, ce qui signifie souvent traverser les frontières internationales au fil des cycles endémiques de sécheresse et de manque d'eau, ou en raison des déplacements des populations (par ex. : les gardiens de troupeaux du nord-est du Kenya). La circulation transfrontière **par voie aérienne** et comptabilisée au départ et à l'arrivée dans les aéroports internationaux. La circulation transfrontière **par voie maritime** et comptabilisée par la police des frontières dans les ports d'arrivée et de départ.

Les statistiques frontalières, tirées des informations recueillies au port d'entrée et de sortie d'un pays, peuvent être considérées les plus appropriées et mesurer directement les flux de migration internationaux. Dans la pratique, toutefois, les pays appliquent souvent

⁴ Différence entre les arrivées et les départs

⁵ OIM (2005). World migration report – Costs and benefits of migration

différents degrés de contrôle selon la citoyenneté des passagers et leur mode de transport. En général, un contrôle plus sévère est effectué lors des arrivées que lors des départs. La présente analyse ne relevait de statiques que frontalières des pays de GLIA.

Dans les communautés économiques régionales, la coopération régionale sur la migration est considérée aujourd'hui un facteur important pour appuyer le développement économique et contribuer à la paix et la stabilité dans la région des Grands Lacs. Différentes organisations appuient un programme pour **la libre circulation des personnes et des marchandises** pour faciliter le commerce et la migration. La communauté de l'Afrique de l'Est (CAE) a réalisé des progrès considérables dans la mise en place de régimes de migration régionale. Le 18 juin 2007, le Rwanda et le Burundi ont signé les traités d'accession à la CAE, venant rejoindre officiellement le Kenya, l'Ouganda et la Tanzanie.⁶ Dans la mouvance de ces pays en faveur du marché commun, où les facteurs de production pourront librement passer les frontières, la main-d'œuvre suivra (date visée de la signature du protocole sur le marché commun : fin décembre 2008).

Dans les années 80, le Kenya, Ouganda et la Tanzanie avait déjà mis en œuvre l'**Accord de circulation en transit du Corridor Nord** visant à éliminer les obstacles entravant la libre circulation des biens et des passagers dans la région. Ce corridor, couvrant 7000 km, va aujourd'hui de Kisangani à la république démocratique du Congo. Les postes frontières importants se trouvent à Malaba et Busia à la frontière entre le Kenya et l'Ouganda, Namanga à la frontière entre le Kenya et la Tanzanie, Gattina à la frontière entre le Rwanda et l'Ouganda et Kasese, qui est le point d'entrée et de sortie entre l'Ouganda et la république démocratique du Congo.

Mombasa est le principal point d'accès du commerce se maritime en Afrique orientale et du corridor Nord. Le réseau ferroviaire et routier qui relie le port et plusieurs pays de la région de l'Afrique de l'Est commence ici. Cette voie accueille les camionneurs qui transportent les marchandises jusqu'en Ouganda, Rwanda, Burundi, République Démocratique du Congo, le nord de la Tanzanie et sud du Soudan. L'Éthiopie bientôt se trouvera dans la boucle.

Une évolution intéressante est intervenue à Malaba, le poste-frontière le plus fréquenté entre l'Ouganda et le Kenya : un poste-frontière unique pour les marchandises ferroviaires y a été créé en 2006. Cette évolution devrait réduire à quelques heures la durée d'attente à la frontière, au lieu de plusieurs jours, atténuant le fardeau pour les camionneurs et autres travailleurs des transports. Elle transformerait ainsi le corridor du Nord en un couloir de développement économique.

Migration interne

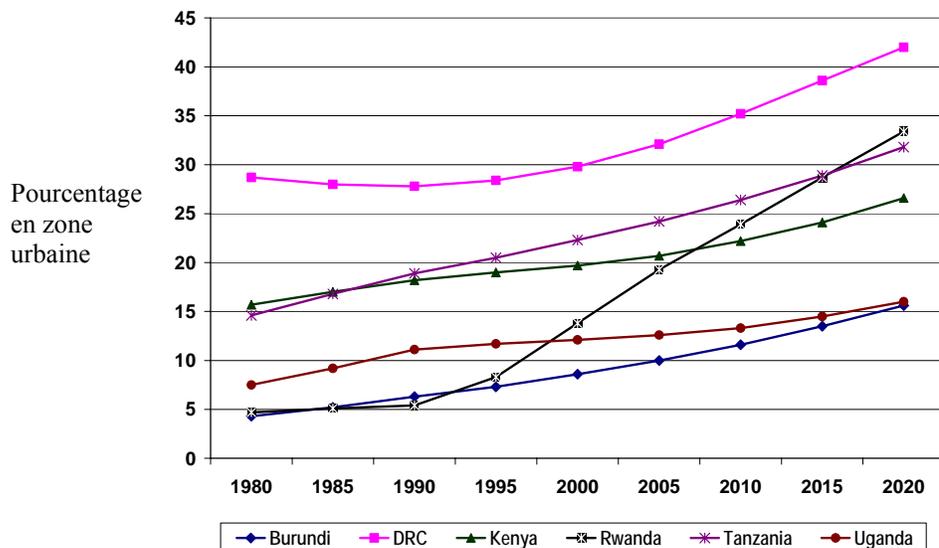
L'urbanisation croissante produit des mouvements de populations internes importants, dans les pays de la GLIA (figure 12a). Le pourcentage de personnes vivant dans les zones urbaines se développe rapidement et les taux de croissance annuelle urbaine sont souvent deux fois plus élevés que ceux de la croissance rurale (figure 12b). Les taux d'urbanisation

⁶ http://www.eac.int/news_2007_06_rwanda_and_burundi_join_EAC.htm, accessed 20 oct 2007.

élevée entraînent la croissance rapide des agglomérations urbaines, aggravée par le taux élevé de croissance naturelle de la population interne. Certes, l'urbanisation fait partie intégrante du développement économique et social, mais si elle est rapide et sauvage, elle peut avoir des conséquences néfastes pour les populations migrantes et urbaines, en exerçant des pressions sur d'infrastructures urbaines existantes, ainsi que sur les services et entraînant des taux plus élevés de pauvreté urbaine.

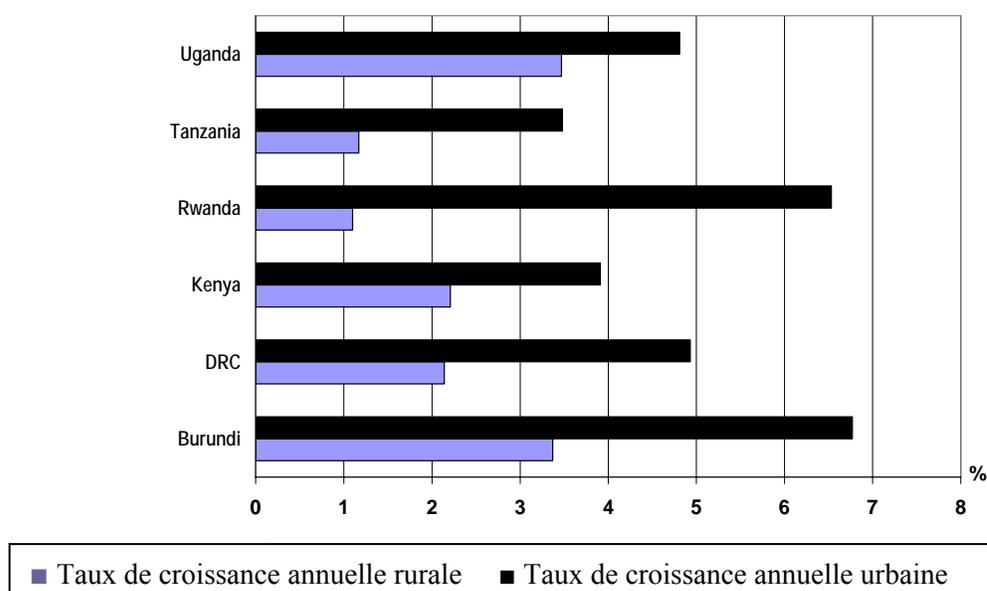
Figure 13 : schéma d'urbanisation dans les pays de GLIA

(a) pourcentage de la population urbaine 1980 à 2020



Source: UN Dept. of Economic and Social Affairs, Population Division.

(b) Taux de croissance des populations dans les zones urbaines et rurales 2005 – 2010



Source: UN Dept. of Economic and Social Affairs, Population Division.

Nairobi est la plus grande ville de la région des Grands Lacs. Selon certaines estimations, plus de 60 % de la population vit dans les bidonvilles où l'accès aux services de base, tels que l'eau, l'électricité et l'assainissement est quasiment inexistant. Dans un rapport sur la façon dont la relation entre le comportement sexuel et la pauvreté touche les femmes et les enfants vivant dans des bidonvilles de Nairobi, Nii-Amoo (2004) souligne les vulnérabilités particulières des pauvres urbains par rapport à leurs homologues ruraux.⁷ Une grande partie du comportement à risque décrit peut être considérée comme faisant partie d'une stratégie de survie, dans laquelle les femmes dans des situations économiques difficiles ont recours au sexe à titre de monnaie d'échange pour subvenir à leurs besoins de base et à ceux de leurs familles.

La migration de la main-d'œuvre intérieure (et transfrontières) peut être saisonnière, de courte durée ou permanente. Traditionnellement, la migration de la main-d'œuvre en ASS s'oriente vers un nombre restreint de pays, mais ces dernières années ses configurations ont changé et il est difficile de classer les pays uniquement à titre de pays d'origine ou de destination des travailleurs migrants. Les communautés économiques régionales sont essentielles pour faciliter la coopération sur la mobilité de la main-d'œuvre, au niveau intrarégional.

Ces dernières années, l'incidence du trafic des personnes, particulièrement des femmes et des enfants, a augmenté sensiblement en ASS. De nombreux pays africains sont devenus des points d'origine, de transit et de destination simultanément pour les trafiquants et les victimes du trafic. À l'instar des autres régions, ce trafic en Afrique prend différentes formes, y compris les mouvements importants d'enfants et de jeunes femmes des zones rurales vers les zones urbaines aux fins de travail ménager et de prostitution forcée. Selon une étude réalisée dans la partie sud-ouest de la Tanzanie, il existe un trafic local considérable à partir des zones rurales, en augmentation du mois d'octobre au mois de décembre, période à laquelle les écoles primaires sont fermées. L'étude relève également l'existence d'un trafic transfrontière, où les jeunes filles du Malawi et de la Zambie sont recrutées par les chauffeurs-routiers et les commerçants interurbains.⁸ Les communautés économiques régionales ont réagi de différentes manières aux difficultés de ce trafic. La Tanzanie est l'un des rares pays pour lequel le trafic de personnes aux fins d'exploitation sexuelle constitue un crime.

Une étude en Afrique de l'Est fait ressortir les répercussions du conflit armé sur le trafic. En Ouganda, de nombreux enfants des zones de conflit sont enlevés par la LRA (Lord's Resistance Army) et sont forcés à travailler comme enfants soldats ou esclaves/épouses des commandants de la LRA.⁹ De juin 2002 à juillet 2003, quelque 8400 enfants ont été ainsi enlevés, pour un total qui se monte aujourd'hui à plus de 20 000 depuis le début de ce conflit qui dure depuis 17 ans. Des milliers d'enfants sont portés disparus. Dans la GLR, la

⁷ Nii-Amoo FD (2004). Sex and survival, the sexual behaviour of the poor in African cities. Paper presented at the UNDP South East Asia HIV and Development Programme Workshop on Inter-relationships between Development, Spatial Mobility, and HIV/AIDS. Paris, France, September 1-3, 2004.

⁸ GTZ (2003). Study on trafficking in women in East Africa. A situation analysis by Elaine Pearson. Eschborn, December 2003.

⁹ OIM (2005). World migration report – Costs and benefits of migration.

migration forcée liée au conflit, internationale et intérieure, reste un élément important de la migration. Ce sujet est détaillé plus avant dans la section de ce rapport sur les réfugiés et les personnes déplacées à l'intérieur de leur pays (PDIP).

Mobilité, migration et VIH

*« Si l'on n'aborde pas le VIH et le sida par rapport à la migration et la migration par rapport au VIH et au sida, cela entraînera d'énormes coûts sociaux, économiques et politiques. Toutefois, ce domaine reste gravement méconnu dans les recherches et il n'est soit pas abordé, ou abordé médiocrement, par les décideurs politiques ».*¹⁰

*« La migration est la meilleure variable prédictive de la prévalence du VIH en Afrique subsaharienne, d'autres variables confusionnelles socio-économiques potentielles ne peuvent rendre compte de cet effet ».*¹¹

Selon de solides éléments probants, la mobilité et la migration en soi constituent des facteurs importants contribuant à l'épidémie du sida.^{12, 13, 14} Selon plusieurs études, les personnes qui voyagent ou qui ont récemment migré courraient un plus haut risque de VIH et d'IST (par exemple : Tanzanie,¹⁵ Uganda¹⁶, Sénégal¹⁷). Le rôle de la migration dans la propagation du VIH a été décrit principalement comme provenant d'hommes infectés lors de déplacements et qui infectent leurs épouses ou leurs partenaires régulières lorsqu'ils retournent chez eux. Les hommes mariés voyagent souvent sans leurs épouses. L'éloignement de leurs familles et de leur communauté, donc loin du contrôle social et sexuel, pourrait amener les hommes mobiles à modifier leur comportement sexuel. Certaines femmes laissées seules pourraient être amenées à des relations sexuelles de troc contre de la nourriture et autre moyens d'existence. Selon Lurie et al (2003), en Afrique du Sud, la moitié seulement des hommes migrants envoient de l'argent chez eux.¹⁸

¹⁰ OIM (2005). World migration – Costs and benefits of migration.

¹¹ Helene Voeten (Mobility Project3) www.healthdev.org/eforums/af-aids

¹² Decosas J & Adrien A (1997). Migration and HIV. AIDS, 11(Suppl. A):S77–S84.

¹³ Mabey D & Mayaud P (1997). Sexually transmitted diseases in mobile populations. Genitourin Med, 73:18–22.

¹⁴ Quinn TC (1994). Population migration and the spread of types 1+2 human immunodeficiency viruses. Proc Natl Acad Sci USA, 91:2407–14.

¹⁵ Barongo LR et al. (1992). The epidemiology of HIV-1 infection in urban areas, roadside settlements and rural villages in Mwanza region, Tanzania. AIDS, 6:1521–1528.

¹⁶ Nunn AJ et al. (1995). Migration and HIV-1 seroprevalence in a rural Ugandan population. AIDS, 9:503–506.

¹⁷ Pison G et al. (1993). Seasonal migration: a risk factor for HIV infection in rural Senegal. J Acquir Immune Defic Syndr, 6:196–200.

¹⁸ Lurie M et al. (2003). The impact of migration on HIV-1 transmission in South-Africa: a study of migrant men and non-migrant men and their partners. Sex Trans Dis 2003; 30:149–156

Une étude sud africaine s'est penchée sur l'infection par le VIH chez les migrants et leurs partenaires restées au foyer et chez les couples non migrants dont les deux partenaires restent au foyer.¹⁹ Selon les résultats, la **sérodiscordance** des couples migrants est 2,5 fois plus probable que chez les couples non migrants. Les hommes et les femmes des couples migrants sont plus susceptibles d'une infection extérieure à leur couple qu'à une infection par leurs partenaires. Selon cette étude également, un tiers des couples où seul l'un des deux partenaires est séropositif, c'est l'épouse restée au foyer qui était infectée par VIH. Selon une autre étude sud-africaine, les femmes migrantes sont sensiblement plus susceptibles que les femmes non migrantes d'avoir eu un ou plusieurs partenaires au cours de l'année écoulée et d'avoir eu des relations sexuelles avec un partenaire autre que leur partenaire régulier,²⁰ ceci accompagné d'une **plus haute séroprévalence chez les femmes migrantes**. Une étude dans la circonscription de Kisesa à Mwanza, en **Tanzanie** visait à déterminer si les hommes et les femmes dans les couples où l'un des partenaires est mobile présentent un comportement sexuel à risque et une séroprévalence plus élevés que chez les couples statiques, et si l'absence d'un partenaire mobile augmente le comportement à risque du partenaire resté au foyer.²¹ Selon les résultats, des hommes mobiles à long terme n'ont pas signalé de comportements à risque supérieur à celui des hommes statiques, mais des hommes mobiles à court terme signalaient avoir eu plusieurs partenaires sexuels, au cours de l'année écoulée, sensiblement plus souvent. En revanche, **les femmes mobiles à long terme signalaient avoir plusieurs partenaires sexuels** sensiblement plus souvent que les femmes statiques, et présentaient une séroprévalence plus élevée (7,7 % contre 2,7 %). Dans les couples, les hommes et les femmes statiques, possédant un partenaire mobile à long terme, signalaient un comportement sexuel à risque plus élevé et présentaient également **une séroprévalence plus élevée** que leurs homologues possédant un partenaire statique/mobile à court terme. Il convient de noter que le comportement à risque des hommes augmentait davantage lorsque les épouses se déplacent que lorsqu'ils sont **mobiles eux-mêmes**. Un comportement sexuel à risque et un risque d'infection par VIH plus élevés ont été relevés non seulement chez les personnes mobiles, mais aussi chez les partenaires restés au foyer. Davantage que les taux de mobilité des femmes à Kisesa sont élevés (70 % ont habité ailleurs au moins une fois dans leur vie), ces résultats indiquent que les femmes mobiles à long terme remplissent des fonctions importantes dans la propagation du VIH.

Les hommes et les femmes sont non seulement vulnérables à l'infection par VIH en raison du comportement à risque de leurs partenaires, mais ils sont également vulnérables en raison de leur propre comportement à risque lorsqu'ils sont laissés au foyer.

Selon une étude dans la circonscription de Rakai, en **Ouganda**, la population locale est extrêmement mobile, et plus de 70 % des habitants indiquent s'être rendus à une destination potentiellement de plus hauts risques, au cours de l'année passée. Ceux qui

¹⁹ Lurie M et al. (2003). Who infects whom? HIV-1 concordance and discordance among migrant and non-migrant couples in South Africa. *AIDS* 2003; 17:2245–2252.

²⁰ Zuma K et al. (2003). Risk factors for HIV infection among women in Carletonville, South Africa: migration, demography and sexually transmitted diseases. *Int J STD AIDS*, 14:814–817.

²¹ Kishamawe C et al. (2006). Mobility and HIV in Tanzanian couples: both mobile persons and their partners show increased risk. *AIDS*, 20:601-608.

voyageaient étaient plus susceptibles d'avoir davantage un comportement sexuel à risque, mais le risque semblait être contrebalancé par une meilleure connaissance, acception et utilisation de préservatifs. La population mobile de cette zone rurale semble donc disposée à adopter des mesures de réduction des risques correspondant à leur exposition aux risques.

Il est important de noter que **les migrantes** qui pratiquent le sexe transactionnel ne se considèrent souvent pas comme étant des travailleuses du sexe. Bon nombre des risques auxquels sont confrontés les travailleuses du sexe s'appliquent à elles également. Les femmes sont particulièrement vulnérables dans ces situations et les programmes qui visent soit les migrants, soit les travailleuses du sexe, peuvent ne pas les atteindre.²² Les migrantes courent un risque plus élevé d'infection par VIH lorsqu'elles sont en transit, les commerçantes informelles sont victimes, au passage des frontières, de viols et de harcèlement sexuel de la part des fonctionnaires, et des chauffeurs-routiers ou de taxi lorsqu'elles se rendent aux marchés et aux autres sites de négoce. Le sexe est utilisé régulièrement à titre de moyen d'échange pour de la nourriture, des transports d'indulgence sur le lieu de travail. Selon toutes les sources d'information, les migrants et les migrantes sont de nature très différente, mais la pauvreté et l'inégalité entre les sexes aggravent leurs risques relatifs au VIH et au sida. L'absence d'informations et de recherches est absolue en ce qui concerne les migrantes en particulier et leur vulnérabilité relative au VIH. Bien que les femmes fassent partie de la main-d'œuvre migrante en Afrique australe depuis le début du siècle, peu de recherches existent faisant ressortir les rouages et le contexte économique de la mobilité féminine.

Tout comme l'inégalité entre les sexes augmente la vulnérabilité au VIH des femmes migrantes, la sexospécificité masculine a également une incidence sur la vulnérabilité des migrants hommes. Pour les hommes, la migration signifie souvent de longues absences loin de leurs partenaires et de leur famille, de longues heures de travail, dans des conditions d'existence médiocre et des travaux dangereux. L'isolement, la solitude, l'accès à l'alcool et aux travailleuses du sexe dressent la toile de fond de comportements sexuels à risque qui, au bout du compte, mettent en danger le migrant lui-même, sa partenaire et sa famille.

Les travailleurs migrants sans papiers (également donné travailleurs migrants en situation irrégulière) sont des travailleurs migrants qui ne sont pas autorisés à entrer, séjourner ni travailler dans un pays. Leur vulnérabilité est accrue en raison de leur situation clandestine qui les prédispose à l'exploitation et à la discrimination. Par crainte d'expulsion, ils évitent de contacter les organismes publics officiels et leur accès aux informations des services sociaux et de santé sont limités. L'absence de droits a été relevée à plusieurs reprises comme étant l'un des facteurs essentiels d'amplification de la vulnérabilité au VIH des populations mobiles et des migrants. Les droits des migrants, y compris le droit de travailler, de circuler dans le pays, à l'éducation et à l'accès aux soins de santé, sont souvent directement liés à la situation légale des personnes. Les travailleurs étrangers ne sont généralement pas représentés par les syndicats et possèdent souvent peu de poids dans les négociations par rapport à leurs employeurs.

²² Health and Development Networks (2006). HIV and people on the move

Migration liée au VIH

Le VIH change le schéma de migration et de mobilité de plusieurs façons.²³ La stigmatisation reste une problématique importante en Afrique et ceux qui sont séropositifs ou qui présentent des symptômes physiques de la maladie préféreront migrer pour éviter la discrimination ou la stigmatisation de leur communauté, à la recherche d'un milieu plus tolérant. En outre, les personnes vivant avec le VIH retournent souvent vivre avec leur famille pour être soignés. Ce qui peut signifier partir d'une zone urbaine pour retourner dans une zone rurale ou aller d'un pays à un autre. D'autres migrent pour soigner les membres de leur famille vivant ailleurs. Lorsqu'un ménage perd son soutien de famille principale en raison du VIH, les membres de la famille restants migrent à la recherche d'activités productives. Les sidéens victimes d'infections opportunistes migreront pour trouver un traitement aux antirétroviraux et des soins de qualité ailleurs s'ils ne sont pas disponibles dans leur propre communauté. Ce qui signifiera un déplacement transfrontière, dès un pays considéré posséder de meilleurs établissements de santé. La migration des enfants associés au VIH est souvent une question méconnue. Les enfants migrent pour de nombreuses raisons, à titre d'orphelins et parfois même avant de devenir orphelins, si leurs parents ou d'autres membres de leur famille élargie sont touchés par le sida. Toutefois, les politiques considèrent rarement les enfants comme migrants et s'efforcent de soutenir les enfants touchés par le sida considéré membres statiques de leur communauté.

²³ Health and Development Networks (2006). HIV and people on the move.

ANNEXE IV Volets du projet de soutien de la GLIA

Le projet de soutien de la GLIA englobe les volets suivants :²⁴

- **volet 1** : la prise en charge des réfugiés et des personnes déplacées assurera des services à un nombre restreint de ces populations et pourrait comprendre la gamme intégrale de services de prévention, soins, traitement et atténuation, en l'occurrence par la prestation de biens et de services.
- **volet 2** : la prise en charge des réseaux ayant trait au VIH/sida porte sur le réseautage de transport et sera axée sur a) les travailleurs interurbains, les communautés et les groupes qui sont associés à ces derniers, et b) sur deux corridors de liaison, en l'occurrence Mombasa -- Nairobi -- Kampala -- Kigali -- Bujumbura -- Bukavu – Goma et Dar ès Salam -- Dodoma -- Kigali -- Bujumbura -- Bukavu -- Goma. Ce volet viendra sensiblement renforcer les efforts d'action sociale nationaux et régionaux, sous-financés, pour réduire la stigmatisation des personnes infectées et affectées, et prendre part à la prise en charge et au dépistage des personnes vivant avec le VIH sida, par des pratiques d'appui des organisations non-gouvernementales (ONG) et du secteur privé pour cette population vulnérable.
- **volet 3** : un appui à la collaboration régionale du secteur de la santé sera fourni pour a) un relevé des interventions efficaces et les échanges d'informations, b) des échanges d'informations sur les réfugiés, les personnes déplacées et où les rapatriés, en ce qui concerne les programmes de santé liés au VIH sida, d) la coordination des stratégies sur le VIH sida dans le secteur des transports et le pilotage des ensembles de transports ciblés, le long des deux principaux axes régionaux et e) les échanges d'informations sur les politiques de médicaments et leur passation de marché.
- **volet 4** : la gestion, le renforcement des capacités, le suivi et l'évaluation, et la présentation de rapports, englobe trois activités : 1) administration et gestion, 2) renforcement des capacités et débat des politiques/appui technique, et 3) activités de suivi d'évaluation, ainsi que de présentation des rapports.

²⁴ Project Appraisal Document GLIA Report 30267-AFR
(<http://web.worldbank.org/external/projects/main?pagePK=104231&piPK=73230&theSitePK=40941&menuPK=228424&Projectid=P080413>)

ANNEXE V CADRE DE RÉFÉRENCE DE L'ÉTUDE

Programme mondial de lutte contre VIH-sida (Global HIV/AIDS Program) et l'Équipe chargée du suivi et de l'évaluation GAMET

Mandat d'un expert-conseil chargé de réaliser une analyse épidémiologique des données existantes, liées au VIH, dans la région des Grands Lacs en Afrique

Table des matières

1	Antécédents.....	142
1.1	La région des Grands Lacs en Afrique	142
1.2	Les schémas du VIH des populations de la RGL	
1.3	Hétérogénéité des épidémies du VIH dans la RGL	14
1.4	Types d'interventions concernant le VIH pour les sous-groupes de population présentant une séroprévalence élevée	16
1.5	Prestation d'interventions concernant le VIH pour la plupart des sous-groupes de population dans le cadre des interventions nationales contre le VIH des pays de la RGL	16
2	Motivation de l'étude	17
3	Sujet de l'analyse secondaire et objectifs	17
4	Justification raisonnée de la participation de la Banque mondiale à l'étude.....	18
5	Énoncé des travaux de l'équipe	18
6	Résultats/extrants.....	19
7	Diffusion des résultats de l'étude.....	20
8	Rapports et calendrier de prestation.....	20
9	Qualifications et expérience professionnelle du chercheur principal	20
10	Procédures de candidature au poste de chercheur principal.....	21
11	Références.....	21

1 Antécédents

1.1 La Région des Grands Lacs en Afrique

Le terme « région des Grands Lacs » s'accompagne d'une définition large, l'on s'en sert pour parler d'une région géographique de la vallée de Rift (la zone située entre le lac Tanganyika au nord, le lac Victoria au sud et le lac Kivu, Edward et Albert) ou encore des pays voisins de ces lacs. Aux fins de ce cadre de référence et de cette étude, la région des Grands Lacs englobe six pays et leurs gouvernements : Burundi, République Démocratique du Congo, Kenya, Rwanda, Tanzanie et Ouganda¹.

Quelque 107 millions de personnes vivent dans la région des Grands Lacs, l'une des zones de population les plus denses en Afrique. En raison d'activités volcaniques antérieures, cette région possède parmi les meilleurs sols agricoles d'Afrique. Son altitude lui donne un climat subtropical en dépit de sa situation sur l'équateur, climat qui se transforme en tempéré dans les montagnes.²⁵

Les économies des Etats de la région des Grands Lacs possèdent différentes structures et se trouvent à différents stades de développement. Tous les états de la région des Grands Lacs sont tributaires de l'aide étrangère, et le Rwanda, la Tanzanie et l'Ouganda sont classés pays pauvres très endettés (PPTÉ) par la Banque mondiale. Le produit intérieur brut (PIB) combiné des six pays de la région des Grands Lacs, pour 2003, se situe à environ 29,4 milliards de dollars.²⁶

Ces dernières 20 années, de nombreux pays de la région ont souffert de conflits, génocide, catastrophes naturelles et conditions socio-économiques difficiles qui ont provoqué des déplacements massifs de personnes (intrafrontières et transfrontières) et l'aggravation des niveaux de pauvreté. Les conflits dans la région ont également eu une incidence négative sur les pays de la région qui n'ont pas, eux, connu de conflit interne, comme par exemple la Tanzanie.

Tableau 1: situation du VIH dans la population générale des six pays de la région des Grands Lacs en 2005

Pays de la région des Grands Lacs	Type d'épidémie du VIH	Séroprévalence estimative de la population générale	Nombre estimatif d'adultes et d'enfants vivant avec le VIH	Nombre estimatif and d'orphelins du sida	Informés de leur état sérologique
Burundi	Endémique	3,3 %	150 000	120 000	N/D
RDC	Généralisée	3,2 %	1 000 000	680 000	N/D
Kenya	Généralisée, grave	6,1 %	1 200 000	650 000 (205)	17 à 18 %
Rwanda	Généralisée, à faible intensité	3,1 %	190 000	210 000	21 %
Tanzanie continentale	Généralisée, grave	6,5 %	1 400 000	1 100 000	18 %
Zanzibar	Concentrée	0,8 %	7000	Inconnu (20 000 orphelins au total)	19 %
Uganda	Concentrée dans les groupes d'âges plus âgés	6,7 %	1 000 000	1 000 000	12 % d'hommes 10 % de femmes

Sources: Asamoah-Odei et al. 2004; UNAIDS 2006 Report on the Global AIDS epidemic; CDC Global AIDS Program website: www.cdc.gov; Tanzania Demographic and Health Survey, 2004/5; Zanzibar Joint HIV Response Midterm Review Report, 2007

²⁵ Wikipedia. 2007. Accessed online at http://en.wikipedia.org/wiki/African_Great_Lakes on 12 August 2007

²⁶ Country Analysis Briefs. Feb 2004. Accessed online at <http://www.eia.doe.gov/emeu/cabs/eafrica.html> on 12 August 2007

1.2 Les schémas du VIH des populations générales de la région des Grands Lacs

Les pays de la région des Grands Lacs (RGL) sont particulièrement touchés par l'épidémie du VIH sida : plus de 6 millions de personnes vivent avec le VIH sur un total de 26,6 millions d'habitants de l'Afrique subsaharienne. Le tableau 1 ci-dessous donne le détail du nombre estimatif de personnes vivant avec le VIH, la séroprévalence (de la population générale) et le nombre estimatif d'enfants touchés par le VIH.

1.3 Hétérogénéité de l'épidémie du VIH dans la région des Grands Lacs

Le tableau 1 présente les dernières données de l'épidémie du VIH dans les six pays de la région des Grands Lacs. Les épidémies du VIH dans ces pays ne sont toutefois pas homogènes, que ce soit l'évolution au fil du temps dans un pays précis, en un site donné au sein d'un pays ou en un site donné dans différents pays de la RGL. Les chercheurs soulignent quatre types de variances principales de l'épidémie du VIH qui font ressortir l'hétérogénéité de l'épidémie du VIH, non seulement de pays à pays mais encore on sein d'un même pays :

- a) **hétérogénéité au fil du temps** : les épidémies de VIH de ces pays ne sont pas restées constantes au fil du temps. Selon les conclusions de Asamoah-Odeil, Garcia Calleja et Boerma (2004), après avoir passé en revue les données de prévalence du VIH de 300 cliniques de soins prénataux de 22 pays de l'Afrique subsaharienne, portant sur 140 000 femmes enceintes, il n'existe pas de régression de la prévalence du VIH sauf en Afrique de l'Est (prévalence moyenne passée de 12,9 à 8,5 %) et il existe de grandes différences sous régionales entre l'Afrique de l'Ouest et l'Afrique subsaharienne, en ce qui concerne la prévalence (séroprévalence moyenne en 2002 : 3,2 % par rapport à 21,3 % pour l'Afrique australe). Selon Buve (2002), dans une étude multicentrique de quatre villes africaines en Afrique de l'Ouest, de l'Est et australe, le changement de séroprévalence ne peut être attribué à des différences de comportement sexuel, mais en revanche à différents taux de circoncision masculine (beaucoup plus élevés en Afrique de l'Ouest qu'en Afrique de l'Est ou en Afrique australe) et d'infection d'herpès simplex virus type 2 (plus élevé en Afrique de l'Est et en Afrique australe).
 - Il existe un nombre suffisant d'éléments probants pour établir que par rapport aux années 90, il y a moins de nouveaux cas d'infection par VIH dans la population générale, tout du moins en **Ouganda** (régression allant jusqu'à 50% depuis la fin des années 90) et dans les **zones urbaines au Kenya**, ces réductions étant le résultat de changements du comportement sexuel (Cross et al, 2004, Stonevurner et Low-Ber, 2004, Hallett et al., 2006, Kirungi et al. 2006). Tous les éléments scientifiques et cliniques ne confirment pas ces observations. En Ouganda, selon de nouveaux éléments probants, l'on assisterait à une augmentation des nouveaux cas d'infection par VIH. L'incidence peut ne pas avoir changé, mais les chiffres absolus ont connu une augmentation sensible. En 2005, près de 130.000 nouvelles infections ont été signalées, contre 60.000 en 2001.
 - Dans d'autres pays de la région, par ex. en **RDC**, le conflit a entravé la surveillance ordinaire du VIH et sa mouvance est donc difficile à interpréter, mais selon certains éléments probants, tout du moins vers la fin des années 90, la séroprévalence se serait stabilisée en RDC (Mulango-Kabeya et al, 1998).
 - Au **Rwanda**, Kayirangwa et al. (2006) font ressortir une initiation sexuelle à un âge avancé (20 ans et plus pour les hommes et les femmes (Rwanda DHS, 2006) et le faible nombre de partenaires simultanés, ce qui indiquerait d'autres mécanismes et des taux d'infection éventuellement plus bas à l'avenir.
- c) **Hétérogénéité de la prévalence du VIH dans les zones rurales et urbaines** : selon différentes études, la prévalence du VIH est plus élevée dans les zones urbaines des pays de la RGL que dans les zones rurales [Arroyo et al. (2005) pour la *Tanzanie*, Kayirangwa et al. (2006) pour le *Rwanda*, Mulanga-Kabeya et al. (1998) pour la *RDC*, Sokal et al. (1993) pour le *Burundi*. ONUSIDA (2006) pour l'*Ouganda*, Cross et al. (2003) pour le *Kenya*].

d) **Hétérogénéité de la prévalence du VIH dans différents sous-groupes de population** : et enfin, la recherche indique également l'hétérogénéité du VIH dans certains sous-groupes de population²⁷ au sein de la population générale, les schémas de la prévalence du VIH pourraient d'ailleurs être l'inverse, dans certains de ces sous-groupes de population, de ceux de la population générale (par ex. en Ouganda, où la prévalence rurale dans certaines régions a augmenté alors que la prévalence de la population générale diminuait (Nunn et al. 1007). Par exemple, les recherches de Kapiga et al. (2006), Mmabaga et al. (2006) et Sateren et al. (2006) corroborent les éléments suivants :

- la prévalence du VIH est sensiblement plus élevée chez les femmes qui ont un partenaire homme plus âgé de dix ans ou davantage qu'elles,
- les femmes sont plus susceptibles d'être séropositives (un phénomène que l'on retrouve dans toute la région, dans les pays victimes d'une épidémie généralisée) [Cross et al. (2004), Zanzibar AIDS Commission (2007)],
- l'accroissement de la prévalence du VIH suit l'augmentation du nombre de partenaires sexuels.

Sateren et al. (2006) relèvent en outre que les personnes, dans une communauté isolée au Kenya, *se livrant à des relations sexuelles transactionnelles et les personnes voyageant* présentaient également une prévalence du VIH plus élevée que la population générale. D'autres recherches se sont attachées à d'autres sous-groupes de population qui présentent déjà une prévalence au VIH plus élevée que la population générale, ou dont la prévalence au VIH reste plus faible mais qui courent un risque d'infection par VIH croissant, à l'avenir, en raison de leur appartenance à un sous-groupe de population donné. Ces sous-populations sont moins vulnérables que le reste de la population.²⁸ Le récapitulatif se trouve ci-dessous, ainsi que les recherches qui confirment ces populations vulnérables:

Communautés de pêche de la région des Grands Lacs et les populations qui sont en contact avec elles : Seeley et Allison (2006) récapitulent fort bien la situation concernant les communautés de pêche, dans leur ensemble : *« Les communautés de pêche ont été identifiées comme étant parmi les groupes à plus haut risque d'infection par VIH, dans les pays de haute prévalence d'ensemble du VIH-sida. La vulnérabilité au VIH-sida provient du temps que les pêcheurs au temps et les marchands de poisson passent loin de chez eux, leur accès aux revenus monétaires, leur profil démographique, la disponibilité immédiate des travailleuses du sexe et la sous-culture de prise de risques ainsi que le machisme des pêcheurs. La position socio-économique des femmes, dans de nombreuses communautés de pêche les rend plus vulnérable encore à l'infection par VIH. Nous examinons dans ce document la littérature disponible pour évaluer les facteurs sociaux, économiques et culturels qui façonnent le mode de vie de bon nombre de pêcheurs et les rendent vulnérable à l'infection et difficiles à atteindre par les efforts de prévention et la thérapie antirétrovirale. A partir des éléments probants disponibles, nous concluons que les pêcheurs seront parmi ceux, dans les prochaines années, que ne toucheront pas les initiatives prévues qui visent à accroître l'accès aux thérapies antirétrovirales. Cette conclusion pourrait s'appliquer aux autres groupes possédant les mêmes*

²⁷ Aux fins de ce mandat, un **sous-groupe de population** se définit comme étant un groupe spécifique de personnes pouvant être identifiés par une caractéristique ou un comportement communs (ce qui ne signifie pas que toutes les personnes d'un sous-groupe de population possèdent toutes les mêmes caractéristiques, il peut s'agir par exemple de travailleurs et travailleuses du sexe). Les sous-groupes de population peuvent donc être uniquement des hommes, ou uniquement des femmes, ou encore des travailleurs/travailleuses du sexe, ou des utilisateurs/utilisatrices de drogues injectables, ou des personnes d'un groupe d'âge spécifique, etc.

²⁸ Le lien entre le VIH et la vulnérabilité est mutuelle. D'un côté, le VIH entraîne la vulnérabilité chez davantage de personnes en raison de la maladie, du deuil ou de la perte du soutien de famille, de l'autre, les personnes qui sont déjà vulnérables (en raison de facteurs de risques tels que la pauvreté ou la violence familiale, ou leur propre comportement, ou d'autres facteurs) sont plus vulnérables à l'infection par VIH. Dans le contexte de ce mandat, la vulnérabilité ne porte pas sur les personnes qui n'ont pas accès aux traitements, ni aux personnes qui sont plus susceptibles de ressentir les répercussions de l'épidémie, par exemple les orphelins.

caractéristiques socioculturelles et sous-culturelles, notamment les gens de mer et les travailleurs migrants, y compris les petits mineurs et les travailleurs du bâtiment ». Il existe certains éléments probants concernant le sexe transactionnel, aussi nommé, pas toujours toutefois, sexe commercial : par exemple les femmes qui obtiennent le poisson le plus frais pour le vendre sur le marché le plus proche et l'auront troqué contre des complaisances auprès des pêcheurs.

Populations mobiles (chauffeurs routiers et autres populations mobiles) : de nombreuses études indiquent le lien entre un comportement sexuel à plus haut risque, une prévalence plus élevée et les populations mobiles, particulièrement les chauffeurs routiers (Gysels, Pool, Bwanika, 2001, Kishamawe et al, 2006). Par exemple, selon une étude sur les chauffeurs routiers en Afrique du Sud, 37% d'entre eux font un arrêt pour des rapports sexuels et que 29% n'ont jamais utilisé de préservatif pendant les rapports sexuels (Ramjee et Gouws, 2002). Nunn et al. (1997), et c'est particulièrement intéressant, relèvent une haute prévalence chez les chauffeurs routiers en Ouganda, à la fin des années 90, à une époque où la prévalence du VIH régressait sur les sites de la CNS en Ouganda et où l'intervention de l'Ouganda concernant le VIH a été applaudie à l'échelon international à titre de pratique exemplaire. PEPFAR a en partie fondé sa démarche de prévention du VIH sur le modèle ougandais (Kamwi, Kenyon et Newton, 2006). Ramjee et Gouws déclarent en 2002, sans ambages, que « les chauffeurs-routiers pourraient avoir facilité la propagation de l'infection par le VIH dans toute l'Afrique australe ». Cette affirmation est corroborée par Lurie et al. (2003) dont les recherches indiquent que la prévalence du VIH chez les hommes migrants était plus du double de celle des hommes non migrants en Afrique du Sud (25,2 % et 12,7 % respectivement). Toutefois, selon ces conclusions, la migration est un facteur de risque indépendant pour les hommes et les partenaires rurales des hommes migrants n'étaient pas aussi touchées par le VIH.

Personnes avec lesquelles les populations mobiles sont en contact : les chauffeurs-routiers ne sont pas les seuls qui courent un risque accru d'infection par VIH. Selon les recherches de Nyamuryekung'e et al. sur les démarches de lutte contre les IST pour les femmes qui sont en contact avec les chauffeurs-routiers, les personnes avec lesquelles les chauffeurs-routiers sont en contact comprennent éventuellement les vendeuses de boissons locales (47,2 % de l'échantillon), les serveuses et les femmes de ménage des auberges (27 % de l'échantillon) et les petites commerçantes (21,1 % de l'échantillon). Lorsque cette recherche a été réalisée en 1997, la prévalence d'ensemble du VIH chez ces personnes, en Tanzanie, était de 50 % (la prévalence de dans la population générale à l'époque était de 6 %).

Personnes dans les conflits : selon l'ONUSIDA (2006), la prévalence du VIH en RDC varie de 1,7 à 7,6 % selon la région et pourrait aller jusqu'à 20 % chez les femmes victimes de violences sexuelles dans les régions de conflits armés. Khaw et al. (2000) ont également publié des recherches identifiant les facteurs de risque accru de transmission du VIH des populations touchées par des urgences complexes, par rapport à d'autres populations. « Bien que le potentiel de stigmatisation constitue une contrainte importante, il est nécessaire de sérier les interventions concernant les VIH et IST pour prévenir la transmission du VIH chez les populations touchées par les urgences, et pour contribuer à la lutte régionale contre l'épidémie » Khaw et al (2000).

Populations de réfugiés : la relation entre le VIH et les conflits est pluridimensionnelle et complexe. Les personnes dans les conflits se déplacent parfois pour échapper aux urgences complexes dans lesquelles elles se trouvent éventuellement (également nommé migration forcée ou involontaire) pour aller dans d'autres régions de leur propre pays (à titre de personnes déplacées à l'intérieur de leur pays) où dans d'autres pays (à titre de réfugiés). Ces personnes sont plus vulnérables aux chocs que la population générale des régions vers lesquelles elles migrent (Banque mondiale, 2004), ce qui ne se traduit pas nécessairement en un niveau plus élevé d'infection par VIH, ni que ces populations alimentent la propagation du VIH dans les régions vers lesquelles elles migrent (Spiegel, 2004). Par exemple, Massimo et al (2001) relèvent l'augmentation de prévalence de chez les femmes présentes, entre 1996 et 1999, en Ouganda, comme étant directement liée à une intensification de la violence et des déracinements des populations de la région (en 1999, 67 % de la population vivait dans des camps protégés) : « La forte densité démographique de ces camps aurait pu contribuer à la création d'un sous-groupe de population sensible à de nouvelles infections VIH-1 et ayant moins accès aux informations et aux services sociaux » (Massimo et al., 2001). Selon la Séro-Enquête sur le VIH de 2005 en Ouganda, le nord de l'Ouganda aurait l'un des plus forts taux de prévalence du VIH, associé au conflit et au déracinement intérieur. Le prévalence du VIH plus élevé serait également associée aux zones

de conflits plus intenses, mais cela n'est pas universellement vrai pour toutes les personnes migrantes involontaires (Mulanga-Kabeya et al., 1998). Il convient de tenir compte des différentes catégories de populations migrantes, les personnes vivant dans des camps post urgences, de longue durée, de fait auraient un meilleur accès aux services de santé préventive et curative, que les populations avoisinantes (Spiegel et al., 2002).

1.4 Types d'interventions sur le VIH pour les sous-groupes de population de prévalence du VIH plus élevée

Les caractéristiques uniques de certains sous-groupes de population (par exemple de mobilité élevée) constituent des difficultés pour le modèle classique de prévention, de soins et d'appui du VIH. Dès 1993, selon des chercheurs, des interventions plus focalisées étaient nécessaires ainsi que davantage de données pour comprendre et faire face à des sous-épidémies au sein de différents sous-groupes de population (Sokal et al., 1993). Par exemple : (a) Nyamuryeking'e et al. (1997) a étudié l'acceptabilité et le rapport coût-efficacité de différents types de démarches pour les IST, pour les femmes aux relais routiers, et (b) Gysels, Pool, Bwanika (2001) suggèrent le recours à des intermédiaires, aux relais routiers, faisant office de guides d'opinion pour influencer sur le comportement sexuel et le rendre plus sûr [les intermédiaires pour la médiation entre les chauffeurs-routiers et les travailleuses du sexe aux relais routiers. Les intermédiaires achètent des marchandises auprès des chauffeurs et leur présentent des femmes « convenables » avec lesquelles ils peuvent avoir des rapports sexuels occasionnels »].

Quel que soit le type de sous-groupe de population, une démarche exhaustive pour faire face aux sous-groupes de population courant un risque accru d'infection par VIH, est prônée depuis plus de 10 ans (Nunn et al., 1997, Spiegel, 2004).

1.5 Fournir des interventions sur le VIH pour les sous-groupes de population les plus à risque, par l'intermédiaire des interventions nationales sur le VIH des pays de la RGL

Puisqu'il existe des sous-groupes de population dans la région des Grands Lacs dont les épidémies de VIH sont différentes de celle de la population générale de la région des Grands Lacs, ces sous-groupes doivent faire l'objet d'une formule exhaustive, mais différente, opérante pour eux, dans leur situation. Étant donné que chaque pays de la GLIA possède un plan stratégique national contre le VIH, la question se pose : *les commissions nationales contre le sida des six pays de la GLIA peuvent-elles prendre en charge tous ces sous-groupes de population dans le cadre de leurs interventions nationales contre le VIH ?* Pour certains sous-groupes de population la réponse est oui, mais ce n'est que maintenant que les CNS apprennent à modéliser leurs démarches pour ces sous-groupes de population. Aucune CNS, seule, ne serait en mesure de faire face de façon efficace aux besoins des populations mobiles.

Les pays de la GLIA eux-mêmes ont confirmé cette gageure : quatre des six pays de la GLIA ont relevé en 2006 que l'une de leurs grandes difficultés consiste à savoir comment prendre en charge ces sous-groupes population spécifiques.

2 Motivation de l'étude

Il existe une pléthore de recherches et d'informations sur les épidémies de VIH dans la population générale des pays de la région des Grands Lacs : ces épidémies régressent dans certaines régions, mais restent importantes et hétérogènes. Les épidémies de VIH des sous-groupes de population au sein de la région des Grands Lacs restent l'un des domaines d'hétérogénéité. Selon un rapide examen de la littérature, les épidémies des sous-groupes de population ne suivent pas nécessairement les mêmes schémas de VIH que celui que présentent les populations générales des six pays de la GLIA et des interventions novatrices contre le VIH sont nécessaires pour faire face aux besoins de ces sous-groupes de population. Les données disponibles sur les schémas du VIH et les facteurs qui donnent lieu à la vulnérabilité (par ex. : comportement, connaissances, attitudes, socioculturels, pauvreté, inscriptions scolaires, réussite scolaire,

possibilités socio-économiques, etc.) des sous-groupes de population n'ont toutefois pas été recueillis systématiquement, ni analysés, transversalement dans les pays de la RGL. De ce fait, il n'existe pas de tableaux clairs quant à la nature, ni la taille de toutes les sous-épidémies de la RGL. Il existe donc la possibilité que des sous-épidémies soient « perdues » dans le contexte de l'épidémie généralisée, ou dans les réussites déclarées de réduction de la prévalence dans la population générale. Massimo et al. (2001) l'ont bien récapitulé : « En général, il conviendrait de s'intéresser aux contextes locaux même lorsqu'une régression généralisée de la prévalence du VIH-1 est observée sur une grande échelle ».

L'absence d'éléments probants systématiquement relevés sur les schémas et les facteurs de risque du VIH dans les sous-groupes de population de la région des Grands Lacs pourrait aboutir à l'orientation des ressources disponibles des six pays de la RGL vers la population générale, au lieu d'être également axées sur ces sous-groupes de population. La GLIA a été créée par les six pays membres afin de « *contribuer à la réduction des infections par VIH et atténuer l'incidence socio-économique de l'épidémie dans la région des Grands Lacs grâce au développement d'une collaboration régionale et à l'exécution d'interventions qui seront une valeur ajoutée aux efforts de chaque pays individuel* » (mandat de la GLIA). En raison de la nature mobile de certains des sous-groupes de population les plus à risque dans la région des Grands Lacs, la GLIA serait tout à fait en mesure de plaider la cause et de prendre en charge les besoins de certains sous-groupes de population, dont les besoins ne peuvent être pris en charge globalement, uniformément, ni efficacement, par une CNS seule.

Le but d'ensemble de cette analyse secondaire consiste donc à combler les lacunes de données pour permettre à la GLIA de prendre des décisions circonstanciées et stratégiques, afin de déterminer quels seront les sous-groupes de population dans la région des Grands Lacs qu'il conviendrait de cibler et avec quel type d'intervention.

3 Sujet de l'analyse secondaire et objectifs

Le principal objectif de cette analyse secondaire consiste à répondre à la question suivante : « ***Sur quels sous-groupes de populations vulnérables convient-il que le plan stratégique régional contre le VIH de la GLIA soit axé, avec quel type d'intervention contre le VIH et pourquoi ?*** ». Pour répondre à cette question, l'équipe de l'étude, au cours de l'analyse secondaire des données, devra :

- identifier quels sont les sous-groupes de populations vulnérables à l'infection par VIH dans les pays de la région des Grands Lacs,
- extraire de la documentation existante ce qui est connu sur la prévalence du VIH et les facteurs de risque (par ex. : comportement, connaissances, attitudes, socioculturels, pauvreté, inscriptions scolaires, réussite scolaire, possibilités socio-économiques, etc.) de chaque sous-groupe de population vulnérables identifiés, ainsi que la taille de ces sous-groupes de population et les interventions pour prendre en charge leurs besoins,
- comparer la liste des sous-groupes de populations vulnérables de la GLIA et les relier aux plans stratégiques nationaux contre le VIH pour déterminer quels sous-groupes de populations vulnérables ne sont pas couverts par des plans stratégiques nationaux contre le VIH,
- définir quels sont les sous-groupes de populations vulnérables sur lesquels il conviendrait que la GLIA s'axe et quels sont les types d'interventions les plus susceptibles de réussir pour ces sous-groupes de population, dans le contexte de la mission de la GLIA (en se fondant sur les éléments probants de ce qui est opérant lorsqu'il s'agit de populations vulnérables), et
- en se fondant sur les données tirées de la documentation existante, situer les zones géographiques sur lesquelles il conviendrait que la GLIA focalise ses efforts de prestations de services contre le VIH.

4 Justification raisonnée de la participation de la Banque mondiale à l'étude

Étant donné que la GLIA satisfait aux critères de d'éligibilité du programme de base multinational contre le VIH sida (MAP), avec des éléments probants satisfaisants d'une démarche stratégique concernant le VIH sida, une instance de coordination de haut niveau et la disposition d'avoir recours à plusieurs voies et à des agencements de mise en œuvre exceptionnels, la Banque mondiale finance à l'heure actuelle la GLIA par le biais d'un projet d'appui à la GLIA de 20 millions de dollars américains. Avec sa participation à cette étude, la GLIA sera en mesure d'élaborer un plan stratégique régional contre le VIH, ciblé, focalisé et qui aura une incidence maximale sans reproduire des efforts des gouvernements nationaux, ce qui décuplera la valeur stratégique et l'impact de l'investissement de la Banque dans la région des Grands Lacs.

5 Énoncé des travaux de l'équipe d'étude

Une équipe d'étude sera nommée pour entreprendre ce travail. Elle comprendra un spécialiste du suivi et de l'évaluation dans l'équipe du suivi et de l'évaluation du programme mondial de la Banque contre le sida et d'évaluation (GAMET), d'un chercheur expérimenté qui sera sous contrat avec GAMET aux fins de cette mission et d'un(e) adjointe de recherche qui sera détaché(e) par GAMET. Les fonctions des membres de l'équipe seront comme suit :

Équipe d'étude

Spécialiste du suivi et de l'évaluation GAMET (participation prévue : 15 jours sur une période de 9 semaines)

- direction d'ensemble de l'étude
- direction du contrat du chercheur principal et encadrement du travail de l'adjoint de recherche
- examen et approbation du rapport initial
- examen du projet de rapport et apport de commentaires techniques détaillés
- présentation du rapport final au groupe de contrôle professionnel pour examen et encadrement
- liaison avec le secrétariat de la GLIA concernant le mandat, liaison avec tous les pays de la GLIA et les points focaux de suivi et d'évaluation, tous les repères de recherche et la diffusion des résultats de la recherche

Chercheur principal sous contrat de la banque mondiale (participation prévue : 40 jours sur une période de 9 semaines) :

- examen des documents publiés, officiels, gris et des avant-projet sur le VIH dans les pays de la RGL, y compris les déclarations des cas de sida, la surveillance sentinelle du VIH, autres données de prévalence du VIH, plans stratégiques nationaux contre le VIH, documentation d'établissement de la GLIA, avant-projet du plan stratégique contre le VIH de la GLIA, données sur les consultations conseil et le dépistage volontaire et étude spéciale.
- rassemblement et examen des données sur les facteurs de risque des sous-groupes de population les plus à risque dans les pays de la région des Grands Lacs (par ex. : comportement, connaissances, attitudes, socioculturels, pauvreté, inscriptions scolaires, réussite scolaire, possibilités socio-économiques, etc.), y compris la prévalence de la fréquence des relations sexuelles, non protégées, transactionnelles, commerciales et à hauts risques, ainsi que des rapports sexuels anaux non protégés, pratiques de la circoncision masculine et de la polygamie (selon les données possibles), pour mettre au point une liste des populations vulnérables dans la région des Grands Lacs.

- rassemblement et examen des données sur la taille des sous-groupes de population vulnérables définis ci-dessus.
- utilisation de données ci-dessus : données sur la prévalence du VIH, données des facteurs de risque et données estimatives de taille, ainsi que la liste des sous-groupes de population identifiés, identification des régions géographiques, de priorité, des liens par lesquels ces régions sont reliées à des régions de prévalence plus faible, par le biais des techniques de cartographie. Il conviendrait que la cartographie illustre les schémas principaux de la prévalence du VIH et les risques dans des régions géographiques spécifiques, au fil du temps.
- évaluation de l'adéquation des données et de leurs limites, présentation de recommandations réalistes de mesures abordables pour améliorer la disponibilité et la qualité des données, ainsi que la prise de décisions.
- examen des priorités nationales pour examiner comment elles correspondent aux priorités locales de transmission et aux populations vulnérables, grâce aux techniques de cartographie pour faire ressortir les points principaux.
- présentation de recommandations pratiques, faisables, pour appuyer les décideurs des politiques dans l'amélioration du classement des priorités et de l'affectation des ressources afin de refléter les régions géographiques, les populations et les interventions de haute priorité pour la GLIA, dans le contexte du cadre de travail et de la mission de GLIA.
- identification des zones de risques potentiels futurs qu'il conviendrait de surveiller de près et présentation de recommandations pratiques pour valoriser la vigilance dans ces domaines.

Adjoint de recherche GAMET (participation prévue : 30 jours sur une période de deux mois)

- rassemblement, par le biais d'études sur Internet et de contacts avec le secrétariat de la GLIA à Kigali, la documentation²⁹ publiée, officielle, grise et d'avant-projet sur le VIH dans les six pays de la région des Grands Lacs y compris la déclaration des cas de sida, la surveillance sentinelle sur le VIH, les autres données de prévalence du VIH, les données de consultation conseil et de dépistage volontaire, et les études de recherches spéciales.
- appui au chercheur principal par l'analyse de données et tâches connexes.
- appui au spécialiste du suivi et de l'évaluation GAMET dans l'organisation des réunions de diffusion et l'identification des voies de diffusion.

Participation des autres intervenants

Secrétariat de la GLIA

- présentation de l'étude aux structures de gouvernance de la GLIA, y compris les points focaux de suivi et d'évaluation de la GLIA et les conseillers de suivi et d'évaluation de l'ONUSIDA.
- présentation du chercheur principal aux points focaux de suivi et d'évaluation de la GLIA, ainsi qu'aux conseillers de suivi et d'évaluation de l'ONUSIDA.
- prestation d'éléments du rapport initial du chercheur principal.

²⁹ *Un guide de documents, à titre indicatif, se trouve à l'annexe 2 pour aide-mémoire éventuel des types de documents gris et des publications sur lesquels l'analyse secondaire sera fondée.*

- requête auprès des points focaux de suivi et d'évaluation de la GLIA pour la définition de la source des documents éventuellement disponibles, il s'agit d'un élément critique de l'étude, car la qualité de l'analyse secondaire sera tributaire de la qualité des données reçues des six pays de GLIA.
- coordination de la logistique pour la diffusion des résultats de la recherche.
- reprographie du rapport de l'étude.

Points focaux de suivi et d'évaluation de la GLIA

- présentation des commentaires sur le mandat
- définition de la source des documents de l'étude et appui au chercheur principal dans ses efforts à cet effet
- participation au séminaire régional de diffusion
- organisation des séminaires de diffusion intrafrontières, en conjonction avec les conseillers de suivi et d'évaluation de l'ONUSIDA

6 Résultats/extrants

- a) *rapport initial en anglais* : comprenant une table des matières, un synopsis d'avant-projet de rapport, les récapitulatifs des principales sources écrites et orales à consulter
- b) *avant-projet de rapport en anglais* : un rapport succinct d'analyse secondaire de 15 à 20 pages de lecture facile, comprenant des graphiques et des statistiques, ainsi que des annexes le cas échéant (maximum absolu : 25 pages, annexes exclues)
- c) *rapport final en anglais et en français* : un exposé de 30 à 50 diapositives en PowerPoint contenant un résumé du rapport final
- d) *modifications recommandées* du mandat, pour la finalisation du plan stratégique de GLIA

7 Diffusion des résultats de l'étude

Pendant les travaux et à leur conclusion, l'équipe transférera les connaissances par plusieurs voies, y compris des réunions d'information avec les décideurs, les chercheurs et les partenaires du développement, des exposés sur la méthodologie et les démarches analytiques, ainsi que la publication des démarches et des conclusions.

Le chercheur principal participera à un atelier de diffusion régional important, où il/elle présentera et débattrà des conclusions préliminaires et de l'avant-projet de rapport avec les principaux partenaires, dans un forum régional approprié. En outre, le Secrétariat de la GLIA, avec l'appui de la Banque mondiale, organisera une série de conférences en personne et de visioconférences pour diffuser les conclusions au sein des six pays de la GLIA, au comité exécutif de la GLIA et au conseil des ministres de la GLIA.

8 Rapports et calendrier de la prestation

Les résultats/extrants suivants seront présentés à la Banque mondiale, conformément au calendrier prévu ci-dessous :

- *rapport et social en anglais* : deux semaines après le début de la mission

- *avant-projet de rapport en anglais* : six semaines après le début de la mission
- *rapport final et exposé en PowerPoint, en anglais et en français* : une semaine après avoir reçu les commentaires concernant l'avant-projet de rapport.
- *commentaire sur le mandat de la finalisation du plan stratégique de la GLIA* : lors de la présentation du rapport final.

Il conviendra que tous les rapports (un exemplaire imprimé et un exemplaire électronique) soient présentés par le chercheur principal à la Banque mondiale, en anglais et/ou en français, comme indiqué ci-dessus. Le chercheur principal présentera également à la Banque mondiale, avec les résultats mentionnés à la section 6, les exemplaires imprimés de tous les documents et fiches cités dans le rapport final. La Banque mondiale, quant à elle, présentera ce document au secrétariat de la GLIA, qui organisera leur diffusion, comme convenu.

9 Qualifications et expérience professionnelle du/de la chercheur(se) principal(e)

Le chercheur (ou la chercheuse) retenu(e) pour ce mandat possédera les références suivantes :

- il conviendra qu'il/elle possède une expérience de la gestion d'un programme de recherche régionale en Afrique et qu'il/elle ait accès à une base de données de recherche exhaustive
- il conviendra qu'il/elle possède une expérience exhaustive de la conception et de la prestation d'interventions concernant le VIH pour les populations vulnérables
- il conviendra qu'il/elle soit un/une épidémiologiste ou un/une spécialiste de la santé publique, de réputation internationale, possédant une expérience exhaustive du VIH
- il conviendra qu'il/elle possède un réseau de recherche active en place, et déjà en activité, dans la région des Grands Lacs
- il conviendra qu'il/elle possède une expérience épidémiologique, de planification stratégique et des interventions concernant le VIH
- il conviendra qu'il/elle soit en mesure de démontrer avoir entrepris des analyses ou des études de recherche préalables et analogues
- il conviendra qu'il/elle possède la capacité de communiquer des schémas et des concepts complexes dans un langage simple, clair, intéressant, avec des images et pièces jointes, illustratives et des graphiques de cartographie
- il conviendra qu'il/elle soit de préférence bilingue, possédant des compétences solides linguistiques du français de l'anglais (au cas où un chercheur bilingue ne serait pas disponible, la Banque mondiale assurera des services de traduction pour le rapport initial, le rapport final et l'exposé final en PowerPoint)

10 Procédures de candidature au poste de chercheur principal

Il conviendrait que les personnes souhaitant déposer leur candidature pour le poste de chercheur principal de cette étude fassent parvenir une lettre de garde précisant en quoi elles remplissent les critères de sélection, ainsi qu'un CV détaillant leur expérience dans le domaine indiqué à la section 11 ci-dessus, à mgorgens@worldbank.org.

11 Références

Arroyo, M.A, Hoelscher, M., Sateren, W., Samky, E., Maboko, L., Hoffmann, O., Kijak, G., Robb, M., Bix, D.L., McCutchan, F.E. 2005. HIV-1 diversity and prevalence differ between urban and rural areas in the Mbeya region of Tanzania, in *AIDS*. 19(14):1517-1524, September 23, 2005. Lippincott Williams & Wilkins.

Asamoah-Odei, E., Jesus M Garcia Calleja, J.M.C., Boerma, J.T.. 2004. HIV prevalence and trends in sub-Saharan Africa: no decline and large subregional differences. *The Lancet* 2004; 364:35-40. DOI:10.1016/S0140-6736(04)16587-2

Buvé, A. 2002. HIV Epidemics in Africa: What Explains the Variations in HIV Prevalence? *IUBMB Life*, Volume 53, Issue 4 & 5, April 2002, pages 193 - 195

Centres for Disease Control and Prevention. Global AIDS Program (GAP) National Center for HIV/AIDS, Viral Hepatitis, STD, and TB Prevention. Accessed online on 6 August a <http://www.cdc.gov/nchstp/od/gap/countries/kenya.htm>

Centres for Disease control and Prevention. 2007. <http://www.pepfar.gov/pepfar/press/81642.htm>

Cross AR, Rutstein SO, Otieno F, Cheluget B. 2004. Sociodemographic and behavioral correlates of HIV prevalence in Kenya. *Int Conf AIDS*. 2004 Jul 11-16; 15: abstract no. MoPeC3641.

Foglia, G., Sateren, W.B., Renzullo, P.O., Bautista, C.T., Langat, L., Wasunna, M. K., Singer, D. E., Scott, P. T., Robb, M.L. and Bix, D.L. 2007. High prevalence of HIV infection among rural tea plantation residents in Kericho, Kenya, in *Epidemiology and Infection*. 29 Jun2007. Cambridge University Press. DOI:10.1017/S0950268807009028

Gisselquist D., Potterat J.J., Brody S., Vachon F. 2003. Let it be sexual: how health care transmission of AIDS in Africa was ignored. *International Journal of STD & AIDS*, Volume 14, Number 3, 1 March 2003, pp. 148-161(14). Royal Society of Medicine Press Gysels, M., Pool, R., Bwanika, K. 2001. *Truck drivers, middlemen and commercial sex workers, AIDS and the mediation of sex in south west Uganda*, in *AIDS Care*, Volume 13, Issue 3, June 2001, pages 373 - 385

Hallett, T.B., Aberle-Grasse, J., Bello, G., Boulos, L.M., Cayemittes, M.P.A, Cheluget, B., Chipeta, J., Dorrington, R., Dube, S., Ekra, A.K., Garcia-Calleja, J.M., Garnett, G.P., Greby, S., Gregson, S., Grove, J.T., Hader, S., Hanson, J., Hladik, W., Ismail, S., Kassim, S., Kirungi, W., Kouassi, L., Mahomva, A., Marum, L., Maurice, C., Nolan, M., Rehle, T., Stover, J., Walker, N. 2006. Declines in HIV prevalence can be associated with changing sexual behaviour in Uganda, urban Kenya, Zimbabwe, and urban Haiti, in *Sexually Transmitted Infections* 2006;82(suppl_1):i1-i8; doi:10.1136/sti.2005.016014. BMJ Publishing Group Ltd. Kamwi, P., Kenyon, T., Newton, G. 2006. PEPFAR and HIV prevention in Africa. *The Lancet* 2006; 367:1978-1979

Kapiga, S.H., Sam, N.E., Mlay, J., Aboud, S., Ballard, R.C., Shao, J.F., Larsen, U. 2006. The epidemiology of HIV-1 infection in northern Tanzania: Results from a community-based study, in *AIDS Care*, Volume 18, Issue 4, May 2006, pages 379 – 387. DOI: 10.1080/09540120500465012

Kayirangwa, E., Hanson, J., Munyakazi, L. and Kabeja. L. 2006. Current trends in Rwanda's HIV/AIDS epidemic, in *Sexually Transmitted Infections* 2006;82(suppl_1):i27-i31; doi:10.1136/sti.2006.019588. BMJ Publishing Group Ltd.

Khaw, A.J., Salama, P., Burkholder, B., Dondero, T.J. 2000. HIV Risk and Prevention in Emergency-affected Populations: A Review, in *Disasters* 24 (3), 181–197. DOI: 10.1111/1467-7717.00141 \

Kirungi, W, L., Musinguzi, J., Madraa, E., Mulumba, N., Calleja, T., Ghys, P., and Bessinger, R. 2006. Trends in antenatal HIV prevalence in urban Uganda associated with uptake of preventive sexual behaviour. *Sexually Transmitted Infections* 2006;82(suppl_1):i36-i41; doi:10.1136/sti.2005.017111. BMJ Publishing Group Ltd.

Kishamawe, C., Vissers, D.C.J., Urassa, M., Isingo, R., Mwaluko, G., Borsboom, G.J.J.M, Voeten, H.A.C.M, Zaba, B.,

Habbema, J.D.F., de Vlas, S. J. 2006. Mobility and HIV in Tanzanian couples: both mobile persons and their partners show increased risk, in *AIDS*. 20(4):601-608, February 28, 2006. Lippincott Williams & Wilkins, Inc.

Lurie, M.N., Williams, B.G., Zuma, K.M., Mkaya-Mwamburi, D., Garnett, G.P., Sturm, A.W., Sweat, M.D., Gittelsohn, J., Abdool Karim, S.S. 2003. The Impact Of Migration On HIV-1 Transmission in South Africa: A Study of Migrant and Nonmigrant Men and Their Partners, in *Sexually Transmitted Diseases*. 30(2):149-156. February 2003. Lippincott Williams & Wilkins.

Massimo, F., Ayella, E.O., Blè, C., Accorsi, S., Dente, M.G., Onek, P.A., Declich, S. 2001. Increasing HIV-1 prevalence among pregnant women living in rural areas of the Gulu district (North Uganda), in *AIDS Volume* 15(17), 23 November 2001, pp 2330-2331

Mayaud P., Msuya, W., Todd, J., Kaatano, G., West. B., Begkoyian, G., Grosskurth, H., Mabey, D. 1997. STD rapid assessment in Rwandan refugee camps in Tanzania. *Genitourinary Medicine* 1997 Feb;73(1):33-8

Mmbaga, E.J., Hussain, A., Leyna, G.H. 2006. *Incidence of HIV-1 infection and changes in prevalence of reproductive tract infections and sexual risk behaviours: a population-based longitudinal study in rural Tanzania*, in [African Journal of AIDS Research. Vol. 5, No. 3 \(2006\)](#)

Mulanga-Kabeya, C., Nzilambi, N., Edidi, B., Minlangu, M., Tshimpaka, T., Kambembo, L., Atibu, L., Mama, N., Ilunga, W., Sema, H., Tshimanga, K., Bongo, B., Peeters, M., Delaporte, E. 1998. Evidence of stable HIV seroprevalence in selected populations in the Democratic Republic of the Congo. *AIDS*. 12(8):905-910, May 28, 1998. Lippincott-Raven Publishers. Accessed online at <http://www.aidsonline.com/pt/re/aids/abstract.00002030-19980800000013.htm?jsessionid=G2RJ7T0dyrTvHSFh2vlfNxlQSWpCf7JY0S7C8vrcBG39gXSzQNK!2112021004!181195629!8091!-1>

Nunn A J; Wagner H U; Okongo J M; Malamba S S; Kengeya-Kayondo J F; Mulder D W. 1996. HIV-1 infection in a Ugandan town on the trans-African highway: prevalence and risk factors, in *International Journal of STD & AIDS*, Volume 7, Number 2, 1 April 1996 , pp. 123-130(8). Royal Society of Medicine Press

Nyamuryekung'e K, Laukamm-Josten U, Vuylsteke B, Mbuya C, Hamelmann C, Outwater A, Steen R, Ocheng D, Msauka A, Dallabetta G. STD services for women at truck stop in Tanzania: evaluation of acceptable approaches. 1997. *East Afr Med J*. 1997 Jun;74(6):343-7.

Ramjee, G., Gouws, E.E. 2002. Prevalence of HIV among truck drivers visiting sex workers in KwaZulu-Natal, South Africa, in *Sexually Transmitted Diseases*, 2002 Jan;29(1):44-9. Lippincott Williams & Wilkins

Saterén, W.B., Foglia, G., Renzullo, P. O., Elson, L., Wasunna, M., Bautista, C.T. and Bix, D. L. 2006. Epidemiology of HIV-1 Infection in Agricultural Plantation Residents in Kericho, Kenya: Preparation for Vaccine Feasibility Studies.. *Journal of Acquired Immune Deficiency Syndromes*. 43(1):102-106, September 2006. Lippincott Williams & Wilkins

Seeley, J.A., Allison, E.H., 2005. HIV/AIDS in fishing communities: Challenges to delivering antiretroviral therapy to vulnerable groups, in *AIDS Care*, Volume 17, Issue August 2005 , pages 688 - 697

Stoneburner, R.L., Low-Beer. D. 2004. Population-Level HIV Declines and Behavioral Risk Avoidance in Uganda. *Science* 30 April 2004: Vol. 304. no. 5671, pp. 714 – 718. DOI: 10.1126/science.1093166

Sokal, D.C., Buzingo, T., Nitunga, N., Kadende P., Standaert, B. 1993. Geographic and temporal stability of HIV seroprevalence among pregnant women in Bujumbura, Burundi. *AIDS*. 1993 Nov;7(11):1481-4.

Spiegel, P. 2004. HIV/AIDS among conflict-affected and displaced populations: dispelling myths and taking action, in *Disasters* 28 (3): 322- 339

UNAIDS and WHO. 2006. Source: 2006 Report on the global AIDS epidemic, UNAIDS/WHO, May 2006.

Vidal, N., Peeters, M., Mulanga-Kabeya, C., Nzilambi, N., Robertson, D., Ilunga, W., Sema, H., Tshimanga, K., Bongo, B., Delaporte, E. 2000. *Unprecedented Degree of Human Immunodeficiency Virus Type 1 (HIV-1) Group M Genetic Diversity in the Democratic Republic of Congo Suggests that the HIV-1 Pandemic Originated in Central Africa*. *Journal of Virology*, November 2000, p. 10498-10507, Vol. 74, No. 22. DOI: 0022-538X/00/\$04.00+0. Accessed online at <http://jvi.asm.org/cgi/content/abstract/74/22/10498> on 5 August 2007. American Society for Microbiology

ANNEX VI Study Calendar

	GA	GAMET Specialist GLIA Secretariate		LR	Lead Researcher GLIA M&E FPs		RA	Research Assistant		GP	GLIA peer review panel		WB	GIS team at World Bank						
	Sec			FP			WR													
Week	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17	18	18	
Date	10 - 14 Sept	17 - 21 Sept	24 - 28 Sept	01 - 05 Oct	08 - 12 Oct	15 - 19 Oct	22 - 26 Oct	29 Oct- 2Nov	5 - 9 Nov	12 - 16 Nov	19 - 23 Nov	26 - 30 Nov	3 - 7 Dec	10 - 14 Dec	17 - 21 Dec	7 - 11 Jan	10 - 14 Jan	17 - 21 Jan	24 - 28 Jan	
Lead the study, manage contracts, oversee RA	GA	GA	GA	GA	GA	GA	GA	GA	GA	GA	GA	GA	GA	GA	GA	GA	GA	GA	GA	GA
Liaise w. countries, M&E FPs on study & dissemination	GA	GA	GA	GA	GA	GA	GA	GA	GA	GA	GA	GA	GA	GA	GA	GA	GA	GA	GA	GA
Introduce study to GLIA governance structures	Sec																			
Literature search & cataloguing, reading & technical review	RA	RA	RA	RA																
Source documents for the study	FP	FP	FP																	
Reading & technical review of all documents	LR	LR																		
Production of inception report (due 23/9)	LR	LR																		
Support production of inception report	RA	RA																		
Review & approve inception report			GA	GA																
Provide technical input and approve the inception report			Sec	Sec																
Data review & analysis			LR	LR	LR	LR														
Support data review & analysis					RA	RA														
Mapping & production of graphs/tables			LR	LR	LR	LR	LR													
Supporting mapping & production of graphs/tables			RA	RA	RA	RA														
Production of GIS maps						WB	WB	WB												
Production of draft report (due 30/10)			LR	LR	LR	LR	LR	LR												
Organize dissemination meetings					GA	GA	GA	GA	GA	GA	GA	GA	GA	GA						
Coordinate logistics for the dissemination of study results					Sec	Sec	Sec	Sec	Sec	Sec	Sec	Sec	Sec	Sec						
Support organization of dissemination meetings							RA													
Week	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17	18	18	

ANNEXE VII Catalogue de documentation

ID	Pays GLIA	Titre	Nom du dossier	Institutions	Auteurs	Année	Langue	Groupes ciblés
1	Burundi	Programme sur le Sida dans une prison au Burundi	Mpinganzima prison, Burundi	Society for women and AIDS in Africa, Burundi. XIVe Conférence internationale sur le Sida	D..Mpinganzima et al.		E	Prisonniers
2	Burundi	Analyse de la situation du VIH/SIDA au Burundi	CSLP SIDA Version5	SP/REFES CSLP		2005	F	PVVIH, OEV, femmes, jeunes
3	Burundi	BULLETIN EPIDEMIOLOGIQUE ANNUEL DE SURVEILLANCE DU VIH/SIDA/IST	BULLETIN 2005 définitif	MINISTERE DE LA SANTE PUBLIQUE UNITÉ SECTORIELLE DE LUTTE CONTRE LE SIDA. SERVICE DE SERO-EPIDEMIOLOGIE DU VIH/SIDA/IST, Bujumbura, Burundi		2005	F	Femmes
4	Burundi	BULLETIN EPIDEMIOLOGIQUE ANNUEL DE SURVEILLANCE DU VIH/SIDA/IST POUR L'ANNEE 2004	BULLETIN EPID. 2004 FINAL	MINISTERE DE LA SANTE PUBLIQUE UNITE SECTORIELLE DE LUTTE CONTRE LE SIDA. SERVICE DE SERO-EPIDEMIOLOGIE DU VIH/SIDA/IST, Bujumbura, Burundi		2004	F	Femmes
5	Burundi	BURUNDI : Les prisonniers constituent une association de personnes séropositives derrière les barreaux	BURUNDI prisons IRIN 2007	IRIN News		2007	E	Prisonniers
6	Burundi	Information spécifique : BURUNDI	2006_country_progress_report_burundi_en			2006	E	Population générale, personnes séropositives
7	Burundi	Burundi - ENQUÊTE DE SURVEILLANCE DE COMPORTEMENTS RELATIFS AUX IST/SIDA AU BURUNDI	BSSrapportdeplaces-final-Jan05	MINISTERE DE LA SANTE PUBLIQUE UNITE SECTORIELLE DE LUTTE CONTRE LE SIDA. SERVICE de SERO-EPIDEMIOLOGIE DU VIH/SIDA/IST, Bujumbura, Burundi	Theodore Niyongabo	2005	F	PDIP
8	Burundi	ENQUÊTE DE SURVEILLANCE DE COMPORTEMENTS RELATIFS AUX IST/SIDA AU BURUNDI	BSSrapportcorpsunif-final1	MINISTERE DE LA SANTE PUBLIQUE UNITE SECTORIELLE DE LUTTE CONTRE LE SIDA. SERVICE DE SERO-EPIDEMIOLOGIE DU VIH/SIDA/IST, Bujumbura, Burundi	Théodore NIYONGABO	2005	F	Population générale
9	Burundi	ENQUÊTE DE	BSSrapportjeunes-	MINISTERE DE LA SANTE	Théodore	2005	F	Jeunes

ID	Pays GLIA	Titre	Nom du dossier	Institutions	Auteurs	Année	Langue	Groupes ciblés
		SURVEILLANCE DE COMPORTEMENTS RELATIFS AUX IST/SIDA AU BURUNDI. Rapport jeunes_Final	final1-012705	PUBLIQUE UNITE SECTORIELLE DE LUTTE CONTRE LE SIDA. SERVICE DE SERO-EPIDEMIOLOGIE DU VIH/SIDA/IST, Bujumbura, Burundi	NIYONGABO			
10	Burundi	ENQUÊTE DE SURVEILLANCE DE COMPORTEMENTS RELATIFS AUX IST/SIDA AU BURUNDI. Rapport Final prostituées	BSSrapportProstituéesfinal	MINISTERE DE LA SANTE PUBLIQUE UNITE SECTORIELLE DE LUTTE CONTRE LE SIDA. SERVICE DE SERO-EPIDEMIOLOGIE DU VIH/SIDA/IST, Bujumbura, Burundi	Théodore NIYONGABO	2005	F	Prostituées vailleuses du sexe)
11	Burundi	Enquête démographique et de Santé au Burundi 1987 (UNIQUEMENT LE CHAPITRE SUR LE CONTENU)	Burundi DHS 1987 contents Fr.pdf	Ministère de l'Intérieur Département de la Population Gitega Burundi, Institute for Resource Development/Westinghouse Columbia Maryland USA	L Segamba, V. Ndikumasabo, C. Makinson, M. Ayad	1988	F	
12	Burundi	ENQUETE NATIONALE DE SEROPREVALENCE DE L'INFECTION PAR LE VIH AU BURUNDI	RAPPORT SÉROPRÉVALENCE 2002	Ministère de la Santé publique/ ministère à la Présidence chargée de la lutte contre le Sida, Bujumbura, Burundi. Banque mondiale		2002	F	Population générale
13	Burundi	ENQUETE SOCIO-COMPORTEMENTALE SUR L'INFECTION PAR LE VIH/ SIDA AU BURUNDI	Etude 2001 Burundi	Ministère de la Santé publique. Projet Santé publique II. Programme national de lutte contre le Sida au Burundi.	Théodore NIYONGABO	2001	F	1.204 sujets âgés de 15 à 59 ans
14	Burundi	PLAN D'ACTION NATIONAL DE LUTTE CONTRE LE VIH/SIDA 2002-2006	PLAN D'ACTION 2002-2006			2002	F	Population générale
15	Burundi	Plan stratégique national de lutte contre le Sida 2007-2011 - République du Burundi.	burundi psnls 2007 2011	Présidence de la République, ministère à la Présidence chargé de la lutte contre le Sida.		2006	F	Population générale
16	Burundi	Rapport d'avancement: Objectifs du Millénaire pour le Développement	omd2004	Gouvernement du Burundi		2004	F	PVVIH
17	Burundi	RAPPORT NATIONAL SUR LE DEVELOPPEMENT HUMAIN AU BURUNDI :	RNDH Burundi_2003	Ministère de la Planification pour le développement (PNUD) du Développement et de la Reconstruction (MPDR), PNUD		2003	E	PVVIH

ID	Pays GLIA	Titre	Nom du dossier	Institutions	Auteurs	Année	Langue	Groupes ciblés
		Le VIH/SIDA et le développement humain au Burundi						
18	Burundi	Profil résumé de pays pour l'intensification du traitement du VIH-Sida	june2005_bdi	OMS		2005	E	PVVIH
19	Burundi	Prévalence du VIH et comportements à risque des prostituées vivant dans deux régions à forte densité de population de Bujumbura (Burundi)	The prev_HIV_risk beh_prostitutes_Bu	Faculté de médecine, Département de médecine sociale et préventive, Université de Laval, Québec, Canada.	Buzingo T et al.		E	Travailleuses du sexe
20	Burundi	Validation d'une méthode d'estimation des taux de l'incidence du virus de l'immuno-déficience humaine pour des groupes d'âge spécifique dans les pays en développement sur la base des données sur la séro-prévalence à base démographique	Burundi1.pdf	AIDSCAP Project Family Health International Arlington VA, Family Health International Durham NC, Département de Biostatistiques et d'Épidémiologie, faculté de Santé publique et de médecine tropicale de l'Université de Tulane, Nouvelle-Orléans, LA, Projet national de lutte contre [le sida]	T Saidel, D Sokal, J Rice, T Buzingo, S Hassig	1996	E	Ouvriers masculins
21	RDC	Accès aux services de santé, mortalité et violence en République démocratique du Congo	DRC_healthcare_11-2005.pdf	MSF	Alain Kassa et al	2005	E	5.171 personnes (Kilwa), 8.792 (Basankusu) 8.635 (Inongo), 9.286 (Lubutu), 5.035 (Bunkeya)
22	RDC	COMMENT RÉPONDRE AUX BESOINS DE TRAITEMENT DU VIH DES POPULATIONS DÉPLACÉES EN RÉPUBLIQUE DÉMOCRATIQUE DU CONGO. PCB, ONUSIDA, Lusaka, Zambie. 6 –8 décembre 2006	d3-hounsokouhiv_lusaka_presentation_unhcr_en	UNHCR	E. Hounsokou	2006	E	Réfugiés et PDIP
23	RDC	République démocratique du	map DRC.pdf	ONU		2004	E &	

ID	Pays GLIA	Titre	Nom du dossier	Institutions	Auteurs	Année	Langue	Groupes ciblés
		Congo					F	
24	RDC	ENQUÊTE DE SURVEILLANCE COMPORTEMENTALE (ESC) ET DE SÉROPRÉVALENCE EN RÉPUBLIQUE DÉMOCRATIQUE DU CONGO. RAPPORT D'ENQUÊTES : Volume 2, août 2006	bss - vol 2 final au 20 août	Comité national de lutte contre le Sida - Le Fonds mondial de lutte contre le Sida, la tuberculose et le paludisme	Patrick Kayembe Kalambayi	2006	F	Travailleuses du sexe, membres des forces armées, chauffeurs de camion sur longue distance, mineurs dans le secteur informel (or et diamant), enfants des rues, adolescents et jeunes adultes célibataires
25	RDC	ENQUÊTES DE SURVEILLANCE DES COMPORTEMENTS (ESC) ET DE SÉROPRÉVALENCE EN RÉPUBLIQUE DÉMOCRATIQUE DU CONGO. Rapport de synthèse. 30 août 2005	BSS vol 1 Rapport_de_synthese__final	Family Health International, Impact, CTB.	Patrick Kayembe Kalambayi	2005	F	Travailleuses du sexe, membres des forces armées, chauffeurs de camion sur longue distance, mineurs dans le secteur informel (or et diamant), enfants des rues, adolescents et jeunes adultes célibataires
26	RDC	Étude de la séroprévalence de l'infection par le VIH dans la zone de santé de Kalemie au Nord Katanga	sc_hih.pdf	Save the Children	Laurent Kambale Kapund	2002	F	596 femmes enceintes âgées de 15 à 49 ans
27	RDC	Étude pilote de risques et de la vulnérabilité en République démocratique du Congo	Étude de risque DRC		Anne Mossige et al.	2003	F	Population générale
28	RDC	Portée mondiale : comment les syndicats répondent face au Sida	getadata	International Alert	Charlotte Vaillant	2006	E	Population générale
29	RDC	Le VIH- Sida et les services en uniforme	FHISnapshotsUniformedServicesenhv	FHI, ImPACT & USAID	Robert Ritzenthaler	2005	E	Personnel en uniforme (soldats, casques bleus)
30	RDC	PLAN STRATEGIQUE NATIONAL DE LUTTE CONTRE LE VIH/SIDA/MST- PSN (1999-	PLAN STRATEGIQUE NATIONAL. République	Comité national de lutte contre le SIDA		1999	F	Population générale

ID	Pays GLIA	Titre	Nom du dossier	Institutions	Auteurs	Année	Langue	Groupes ciblés
		2008)	démocratique du Congo.					
31	RDC	Instabilité politique et socioéconomique : quel en est l'impact sur le VIH? Une étude de cas en République démocratique du Congo	Congo1.pdf	Institut de recherche pour le développement Montpellier et Département de la Santé internationale – Université de Montpellier France, Laboratoire du PNLS Kinshasa/ Lubumbashi/ Kisangani, Laboratoire de l'Hopital Dipumba Mbuyi-Mayi, PNLS. Ministère de la Santé de la RDC	C Mulanga, SE Bazepeo, JK Mwamba, C Butel, J-W Tshimpaka, M Kashi, F Lepira, M Carael, M Peeters, E Delaporte		E	PDIP, travailleuses du sexe, personnes atteintes d'IST, femmes enceintes
32	RDC	Rapport annuel 2004 PNLS	RAPPORT ANNUEL PNLS 2004	PNLS de la RDC		2005	F	PVVIH, OEV, femmes, jeunes, personnes atteintes d'IST, travailleuses du sexe
33	RDC	Rapport sur la mise en application de la Déclaration d'engagement des Chefs d'État et de Gouvernement en réponse au VIH-Sida en RDC. UNGASS, 2005	2006_country_progress_report_congo_republic_en			2006	E	Population générale, personnes séropositives
34	RDC	Enquête séroépidémiologique sur le virus de l'hépatite C chez les travailleuses commerciales du sexe et les femmes enceintes à Kinshasa, en République démocratique du Congo	travailleuses du sexe Congo.pdf	Laboratoire des rétrovirus, Institut de recherche pour le développement (IRD), Montpellier, France	C. Laurent, D. Henzel, C. Mulanga-Kabeya, G. Maertens, B. Larouze, E. Delaporte	2001	E	1.233 travailleuses commerciales du sexe âgées de 14 à 55 ans
35	RDC	Profil résumé de pays pour l'intensification du traitement du VIH-Sida	june2005_cod	OMS		2005	E	PVVIH
36	RDC	Surveillance sentinelle du VIH chez les femmes enceintes, RDC 2005	Sérosurveillance 2005	PNLS de RDC	J. Okende	2005	F	Clientes des consultations prénatales
37	RDC	Tendances de la prévalence du VIH entre 1985 et 2005 en RDC	Tendance prévalence du VIH en RDC	University of Kinshasa	P. Kayembe	2005	F	Clientes des consultations prénatales

ID	Pays GLIA	Titre	Nom du dossier	Institutions	Auteurs	Année	Langue	Groupes ciblés
38	RDC	L'épidémie du VIH à Kinshasa, République démocratique du Congo	DRC.pdf	AIDS Reference Laboratory NACP Kinshasa, GTZ Kinshasa, Institute of Tropical Medicine, Anvers (Belgique)	D. Denolf, J.P. Musongela, N. Nzila, M. Tahiri, R. Cole-bunders	2001	E	Femmes enceintes
39	RDC	Violences sexuelles contre les femmes, crimes sans châtement	Violence DRC	Éditions Concordia	Collete Braeckman et al.	2004	F	Femmes victimes de violence sexuelle
40	Kenya	"Une vache meurt avec de l'herbe dans la bouche" – Réaction des pêcheurs à la politique de "zero grazing" à Kisumu, au Kenya	Fishermen Kisumu 2006	AIDS 2006 – XVIe Conférence internationale sur le Sida	A. Sharma et al.	2003	E	Pêcheurs
41	Kenya	Évaluation à base théorique des campagnes de prévention du VIH-Sida le long de l'autoroute Trans-Africa au Kenya	highway_ke1	AMREF	Kim Witte et al	1998	E	Travailleuses commerciales du sexe, chauffeurs routiers, mécaniciens et jeunes hommes
42	Kenya	Comportement sexuel des adolescents le long de l'autoroute Trans- Africa au Kenya.	Highway_ke4	African Medical and Research Foundation, Nairobi, Kenya	Nzyuko et al.	1996	E	200 adolescents âgés de 15 à 19 ans dans des relais routiers
43	Kenya	Recibler les priorités de la prévention du VIH : mise en exergue de l'exposition	1384.pdf	Family Health International, Imperial College London, East -West Center/Thai Red Cross Society Collaboration, Futures Group, ONUSIDA	E. Pisani, G.P. Garnett, T. Brown, J. Stover, N.C. Grassly, C. Hankins, N. Walker, P.D. Ghys	2003	E	Personnes ayant des relations hétéro-sexuelles avec un partenaire à risque élevé, rapports sexuels de fortune.
44	Kenya	Sondage sur la surveillance des comportements & la séroprévalence des MST, province de l'Ouest du Kenya, 1999, employés d'entreprises	Kenya BSS 1999 CompanyWorkers.pdf	Universités de Nairobi et du Manitoba, Impact	U. Schwartz et al.	1999	E	1.000 employés (raffineries de sucre et usine de traitement de la pâte à papier)

ID	Pays GLIA	Titre	Nom du dossier	Institutions	Auteurs	Année	Langue	Groupes ciblés
45	Kenya	Surveillance des comportements & MST Enquête sur la séroprévalence, Province de l'Ouest Kenya, 1999, Travailleuses du sexe	Kenya BSS 1999 FSWs.pdf	Universités de Nairobi et du Manitoba, Impact	U. Schwartz et al.	1999	E	368 ouvrières dans la province occidentale, 124 (Busia), 120 (Mumias), 98 (Webuye), 27 (Nzoia), 211 (bars & gîtes), 150 (foyers), 6 (rues), 1 (facteur)
46	Kenya	Clients des travailleuses du sexe dans la Province de Nyanza, Kenya Acore Groupe sur la transmission des MST et du VIH	Kenya truck drivers1	Department of Public Health, Erasmus University, Rotterdam, The Netherlands; Nyanza Provincial Medical Office, Kisumu, Kenya ; Department of Anthropology, Moi University, Eldoret, Kenya ; et Service d'anthropologie médicale, Université d'Amsterdam, Pays-Bas	M. VOETEN et al.	2002	E	64 clients de travailleuses du sexe
47	Kenya	Cofacteurs d'acquisition du VIH-1 par les hommes hétérosexuels : étude prospective d'une cohorte d'emp-loyés des sociétés de transport au Kenya	Kenya truck driver cofactors.pdf	From the Department of Medical Microbiology, University of Nairobi, Nairobi, Kenya; Departments of Epidemiology, University of Washington, Seattle, WA, USA; Coast Provincial General Hospital, Mombasa, Kenya	Joel Rakwar et al.	1999	E	Chauffeurs routiers, vendeurs de bière, serveurs de bar/ domestiques dans les gîtes, commerçantes ambulantes, travailleuses du sexe
48	Kenya	DÉVELOPPEMENT DE L'INDUSTRIE DU TRANSPORT DU FRET EN AFRIQUE – LE CAS DU KENYA	pop_Development_of_African_Freight_transport	DANISH INSTITUTE FOR INTERNATIONAL STUDIES	Patrick O. Alila et al.	2005	E	Ouvriers du secteur des transports
49	Kenya	Éducation et situation nutritionnelle des orphelins et des enfant de parents séropositifs au Kenya	Kenya OVC HIV parents.pdf	ORC Macro, Central Bureau of Statistics Nairobi Kenya	V. Mishra et al.	2005	E	2.756 (0-4 ans) et 4.172 (6- 14 ans) orphelins & enfants de parents séropositifs
50	Kenya	Effet de la circoncision sur l'incidence du virus de l'immunodéficience humaine de type 1 et des autres maladies sexuellement transmises : Étude	Kenya truck drivers.doc	<i>Departments of Epidemiology, Medicine, and Biostatistics, University of Washington, Seattle; Departments of Medical Microbiology and Community Health, University of Nairobi, and</i>	L.Ludo et al.	1999	E	Chauffeurs routiers, travailleuses du sexe, serveurs de bar et domestiques dans les gîtes, petits commerçants et résidents

ID	Pays GLIA	Titre	Nom du dossier	Institutions	Auteurs	Année	Langue	Groupes ciblés
		prospective d'une cohorte d'employés d'une société de transports routiers au Kenya		<i>Coast Provincial General Hospital, Mombasa, Kenya; Department of Medical Microbiology, University of Nairobi, Nairobi, et 6Coast Provincial General Hospital, Mombasa, Kenya</i>				locaux.
51	Kenya	Infectiosité des hommes par les femmes au VIH-1 au sein des groupes de populations masculines circoncises et non circoncises au Kenya	Female-to-male_infectivity_hiv_Circ&Uncirc_men.Kenya	University of Washington, 325 Ninth Ave., Box 359909, Seattle, WA 98104-2499. of Medical Microbiology, University of Nairobi, Nairobi, et 6Coast Provincial General Hospital, Mombasa, Kenya	Jared M. Baeten et al.	2005	E	745 chauffeurs routiers kenyans
52	Kenya	Infectiosité des hommes par les femmes au VIH-1 au sein des groupes de populations masculines circoncises et non circoncises au Kenya	Female-to-male_infectivity_hiv_Circ&Uncirc_men.Kenya	The Infectious Diseases Society of America	Jared M. Baeten et al.	2005	E	745 chauffeurs routiers kenyans
53	Kenya	De la communication des changements de comportement à la stratégie de communication sur les comportements sur le VIH au Kenya, 1999–2006	Kenya BCC 2006.pdf	FHI	P. Mwarogo	2007	E	Hommes sur les chantiers, travailleuses du sexe, femmes et jeunes
54	Kenya	Prévalence du VIH et des IST et risque d'infection au sein des populations de pêcheurs à Kisumu, au Kenya	Bukusi fishermen prev behavior 2006	AIDS 2006 - XVIe Conférence internationale sur le Sida	E.A. Bukusi et al.	2006	E	249 travailleurs de l'industrie de la pêche
55	Kenya	Intensification du risque d'infection par le VIH pour les femmes victimes de violence physique conjugale à Nairobi, au Kenya.	Fonck et al. Aids and Behavior Septembre 2005	Centre international de santé reproductive, Université de Gand, De Pintelaan 185 P3, 9000 Gand, Belgique. Université de Nairobi, Service de microbiologie médicale, P.O. Box 19676, Nairobi, Kenya.	Karoline Fonck et al.	2005	E	Femmes victimes de violence
56	Kenya	Intégration de la fourniture des services de planification familiale au sein des Centres de conseil et de dépistage volontaires au Kenya : Résultats des recherches sur les opérations	Kenya VCT 2006.pdf	FHI, ministère kenyan de la Santé (Programme national de lutte contre le Sida et les MST & Service de santé reproductive), JHPIEGO, Projet AMKENI		2006	E	Clients, hommes et femmes, âgés de 15 ans et prestataires de services de santé.
57	Kenya	EDS 2003 pour le Kenya	Kenya DHS	Service central des Statistiques,		2004	E	Population générale

ID	Pays GLIA	Titre	Nom du dossier	Institutions	Auteurs	Année	Langue	Groupes ciblés
			2003.pdf	Nairobi, ministère de la Santé, Nairobi, Institut kenyan de recherche médicale, Conseil national de la Population et du Développement du Kenya, ORC Macro Maryland USA, Centers for Disease Control and Prevention, Nairobi, Kenya				
58	Kenya	Enquête sur l'évaluation de la prestation de services de lutte contre le VIH-Sida au Kenya - 2004	Kenya HIV MCH SPA 2004.pdf	Agence nationale de coordination pour la Population et le Développement, Nairobi, Kenya, ministère de la Santé du Kenya, ORC Macro	R.Muga et al.	2005	E	Installations médicales
59	Kenya	Plan stratégique national du Kenya pour la lutte contre le Sida/KNASP 2005/6-2009/10	NSP_Ke.2005	Conseil national de lutte contre le Sida (NACC).		2005	E	Population générale
60	Kenya	Services de santé dans les prisons, Kenya/ service de lutte contre le Sida	Kenya Prisons ACU doc	Kenya Prison Service		2007	E	Prisonniers
61	Kenya	KENYA : Une réponse lente aux taux élevés de séropositivité dans les prisons	Kenya prisons IRIN 2007	IRIN News		2007	E	Prisonniers
62	Kenya	Chauffeur routier sur longue distances: 1. Prévalence of maladie sexuellement transmises (MST)	truck drivers.doc	Service de microbiologie médicale, Faculté des Sciences médicales, Université de Nairobi, Kenya	Bwayo J.J. et al.	1991	E	331 hommes chauffeurs routiers
63	Kenya	Kenya ; la circoncision masculine pour la prévention du VIH chez les jeunes hommes de Kisumu, au Kenya : un essai randomisé contrôlé	Bailey circoncision 2007	Service d'épidémiologie et de biostatistiques, Faculté de Santé publique, Université de l'Illinois à Chicago	Robert C. Bailey et al.	2007	E	2.784 hommes âgés de 18 à 24 ans
64	Kenya	Mappage des relations de troc sexuel sur l'autoroute du Couloir Nord au Kenya	Highway_ke2	Department of Medical Microbiology, University of Manitoba, Canada	Alan G. Ferguson et Chester N. Morris	2006	E	381 chauffeurs routiers et 403 travailleuses du sexe
65	Kenya	Migration, comportements sexuels et risque de transmission du VIH au	Migration_SB_Risk_Kenya.pdf	Center for Migration Studies of New York	Martin Brockerhoff & Ann E.	1999	E	7.540 femmes, 2.336 hommes

ID	Pays GLIA	Titre	Nom du dossier	Institutions	Auteurs	Année	Langue	Groupes ciblés
		Kenya			Biddlecom			
66	Kenya	Évaluation rapide de la toxicomanie et de la vulnérabilité à l'infection par le VIH dans le camp de réfugiés de Kakuma et dans la communauté voisine, Kakuma, Kenya	Kenya final report	UNHCR, OMS	Adelekan M.L.	2006	E	Réfugiés, vendeuses de bière, travailleuses commerciales du sexe, toxicomanes
67	Kenya	Séroprévalence du VIH, du HBC et d HCV chez les utilisateurs de drogues injectables à Nairobi, au Kenya: conclusions de la Phase II de l'étude de l'Organisation mondiale de la Santé sur les drogues injectables	HIV_IDUs_kenya	Conférence internationale sur le Sida 2004, 11-16 juillet	Odek-Ogunde M., Okoth F.A., Lore W., Owiti F.R.	2004	E	UDI
68	Kenya	Le sexe contre le poisson – relations de troc entre pêcheurs et veuves à Kisumu, au Kenya	Buffardi Sex for fish 2006	AIDS 2006 - XVIe Conférence internationale sur le Sida	A. Buffardi et al.	2006	E	Pêcheurs, travailleuses du sexe, poissonnières
69	Kenya	Estimations à court terme de l'incidence du VIH au sein des populations adultes par mode de transmission : les exemples du Kenya et de la Thaïlande	Gouws_MoT2005_STI2006	Department of Policy, Evidence and Partnership, Programme conjoint des Nations Unies pour la lutte contre le VIH-Sida (ONUSIDA), Genève, Suisse	E. Gouw et al.	2006	E	UDI, partenaires d'UDI, travailleuses du sexe, clients des travailleuses du sexe et leurs partenaires, hommes ayant des relations sexuelles avec d'autres hommes, partenaires des hommes ayant des relations sexuelles avec d'autres hommes
70	Kenya	Représentation spatiale de la séroprévalence au Kenya	Kenya spatial modeling HIV prevalence	Measure DHS	L. Montana, M. Neuman, V. Mishra	2007	E	4.303 femmes âgées de 15 à 49 ans et 4.183 hommes âgés de 15 à 54 ans (entretiens et tests de dépistage du VIH)
71	Kenya	ÉTUDE DE L'IMPACT DU VIH-SIDA SUR L'INDUS-	Fisheries Final	MINISTÈRE DU DÉVELOPPEMENT DE		2004	E	Pêcheurs

ID	Pays GLIA	Titre	Nom du dossier	Institutions	Auteurs	Année	Langue	Groupes ciblés
		TRIE DE LA PÊCHE AU KENYA ET LA MANIÈRE DONT LE MOLFD PEUT RÉAGIR		L'ÉLEVAGE ET DES PÊCHERIES. Kenya				
72	Kenya	Profil résumé de pays pour l'intensification du traitement du VIH-Sida	june2005_ken	OMS		2005	E	PVVIH
73	Kenya	TB et Sida : les causes principales de décès évitables dans les prisons au Kenya	TB and AIDS_prisons_kenya-doc	Centers for Disease Control & Prevention, Nairobi, Kenya	Odhiambo J. et al.	2004	E	Prisonniers
74	Kenya	TB et Sida : les causes principales de décès évitables dans les prisons au Kenya	Odhiambo Kenya Prison	La XVe Conférence internationale sur le Sida	Odhiambo J. et al.		E	Prisonniers
75	Kenya	L'épidémie de VIH-Sida au Kenya	Kenya aids profile.pdf	Gouvernement du Kenya, Ministère de la Santé ; Conseil national de lutte contre le Sida du Kenya ; OMS		2005	E	Population générale, personnes séropositives
76	Kenya	L'impact du VIH-Sida sur les ménages en régions rurales et les questions foncières en Afrique australe et en Afrique de l'Est	FAO migration	Human Sciences Research Council Pretoria RSA	S. Drimie	2002	E	Communautes rurales, chauffeurs routiers, travailleuses du sexe
77	Kenya	L'augmentation de l'utilisation des drogues injectables en Afrique de l'Est : une étude de cas au Kenya	HIV_IDUs_kenya1	Public and Environmental Health Research Unit, London School of Hygiene & Tropical Medicine, London, UK	Susan Beckerleg et al.	2005	E	UDI
78	Kenya	Le ralentissement de la transition de la fécondité au Kenya	Kenya fertility transition.pdf	Office of Population Research Princeton University, ORC Macro	C.F. Westoff, A.R. Cross	2006	E	Femmes
79	Kenya	Le syndrome du Papa gâteau : les campagnes africaines luttent contre ce phénomène profondément enraciné	cross-gen	Population Services International, Washington, DC, USA		2005	E	Hommes plus âgés, femmes plus jeunes
80	Kenya	GUERRE TOTALE CONTRE LE PROJET DE LUTTE CONTRE LE VIH ET LE SIDA	TOWA PAD MAY 10 - FINAL	Banque mondiale		2007	E	Population générale
81	Kenya	UNGASS 2006 Rapport-pays sur le Kenya. Période couverte : janvier 2003 –	2006_country_progress_report_kenya_en			2006	E	Population générale, personnes séropositives

ID	Pays GLIA	Titre	Nom du dossier	Institutions	Auteurs	Année	Langue	Groupes ciblés
		décembre 2005						
82	Kenya	Utilisation des journaux de bord pour mesurer les paramètres du troc sexuel : un exemple de l'autoroute Trans-Africa au Kenya	highway_ke5	Futures Group, Nairobi, Kenya; Strengthening MST/HIV Control Project, Nairobi, Kenya; University of Manitoba, Canada; and University of Nairobi, Kenya	Alan G. Ferguson et al.	2006	E	403 travailleuses du sexe
83	Kenya	Enquêtes de surveillance des comportements au sein des populations de réfugiés et des populations d'accueil avoisinantes	kakuma BSS.pdf	UNHCR		2004	E	Réfugiés. population d'accueil
84	Kenya	Sexe et survie, les comportements sexuels des plus démunis dans les villes africaines. (Exposé présenté lors de l'atelier du PNUD sur le Programme de développement et la lutte contre le VIH en Asie du Sud-Est traitant des relations entre le développement, la mobilité spatiale et le VIH-Sida. Paris, France, 1-3 septembre	Urban poor Nairobi	PNUD – Atelier sur le programme de développement et de lutte contre le VIH en Asie du Sud Est	F. Nii-Amoo Doodoo	2004	E	Population urbaine désavantagée
85	Rwanda	3e RECENSEMENT GÉNÉRAL DE LA POPULATION ET DU LOGEMENT AU RWANDA – AOÛT 2002	Census Rwanda 2002	MINISTÈRE DES FINANCES ET DE LA PLANIFICATION ÉCONOMIQUE		2003	E	Population générale
86	Rwanda	Intervention au Rwanda pour la prévention de la transmission du VIH-Sida dans les prisons du Rwanda et à partir de celles-ci	Advocacy for HIV-RwPrisons	ARBEF, Kigali, Rwanda	Nyabienda L	2002	E	Prisonniers
87	Rwanda	RAPPORT ANNUEL SUR LA MISE EN APPLICATION DES ACTIVITÉS DE LUTTE	Annualreport_HIV AIDS_Rwanda2006	Kampala, Ouganda		2007	E	Population générale

ID	Pays GLIA	Titre	Nom du dossier	Institutions	Auteurs	Année	Langue	Groupes ciblés
		CONTRE LE VIH ET LE SIDA AU RWANDA, 2006						
88	Rwanda	Tendances actuelles de l'épidémie deVIH-Sida au Rwanda	Current_trendsRwanda2006	US Centers for Disease Control and Prevention, Global AIDS Program, 2210 Kigali Pl, Washington, DC 20521, USA	E. Kayirangwa et al.	2006	E	Population générale
89	Rwanda	Enquête de surveillance comportementale chez les réfugiés et la population (Camp de Kiziba et secteurs de Rubazo et Kagabiro)	BSS RWANDA FINAL 21-11-05.pdf	UNCHR	Cheikh Tidiane Touré, Paul Spiegel	2004	F	Réfugiés, PDIDP, communautés d'accueil
90	Rwanda	SUIVI DE LA DÉCLARATION D'ENGAGEMENT A LA LUTTE CONTRE LE VIH-SIDA (UNGASS)	UNGASS2006_23Feb 2	ONUSIDA		2006	E	Population générale
91	Rwanda	Bonnes pratiques de lutte contre le VIH au Rwanda	good practices in HIV Rwanda		Dr.Agnès BINAGWAHO et al.		E	Population générale, communautés locales, société civile
92	Rwanda	Politique du secteur de la santé, Gouvernement du Rwanda	041027 Final Health Policy Paper	Gouvernement du Rwanda		2004	E	Population générale, personnes séropositives
93	Rwanda	Prévention et traitement du VIH-Sida et des IST dans les camps de réfugiés rwandais en République unie de Tanzanie	Prevention and care in camps in Tz	ONUSIDA/UNHCRU		2003	E	Réfugiés
94	Rwanda	PLACE Rwanda : Résumé des indicateurs	Étude PLACE				F	Travailleuses du sexe et leurs clients, jeunes
95	Rwanda	PLAN STRATEGIQUE NATIONAL DE LUTTE CONTRE LE VIH/SIDA - Version finale	RwandaNSF2005FR	PRESIDENCE DE LA REPUBLIQUE DU RWANDA. COMMISSION NATIONALE DE LUTTE CONTRE LE SIDA		2005	F	Population générale
96	Rwanda	Mobilité des populations et VIH-Sida en Indonésie	JC513-PopMob-Tu-en	ONUSIDA		2001	E	Migrants, populations mobiles et populations locales
97	Rwanda	Rwanda : Enquête démographique et de santé	Rwanda DHS 2005 Eng.pdf	Institut National de la Statistique, ministère des Finances et de la		2006	E	Hommes et femmes âgés de 15 à 59 ans

ID	Pays GLIA	Titre	Nom du dossier	Institutions	Auteurs	Année	Langue	Groupes ciblés
		2005		Planification Économique Rwanda, ORC Macro				
98	Rwanda	Rwanda : Enquête démographique et de santé 2005	Rwanda DHS 2005 Fr.pdf	Institut National de la Statistique, Ministère des Finances et de la Planification économique du Rwanda, ORC Macro		2006	F	Hommes et femmes âgés de 15 à 59 ans
99	Rwanda	Rwanda : Enquête sur la prestation des services de soins de santé 2001	RW01SPAfr.zip	Ministère de la Santé du Rwanda, Office national de la Population du Rwanda, ORC Macro		2003	F	Prestataires de santé et clients
100	Rwanda	Rwanda – Enquête sur l'évaluation de la prestation des services 2001	RW01SPAEng.zip	Ministère de la Santé du Rwanda, Office national de la Population du Rwanda, ORC Macro		2003	E	Prestataires de santé et clients
101	Rwanda	RWANDA : SUIVI DE LA DÉCLARATION D'ENGAGEMENT À LA LUTTE CONTRE LE VIH-SIDA (UNGASS)	2006_country_progress_report_rwanda_en			2006	E	Population générale, personnes séropositives
102	Rwanda	Profil résumé de pays pour l'intensification du traitement du VIH-Sida	june2005_rwa	OMS		2005	F	PVVIH
103	Rwanda	VIH/SIDA au Rwanda: Bulletin épidémiologique	TRAC (2005), Estimations et projections épidémiologiques	Treatment & Research AIDS Center		2005	F	PVVIH, prisonniers
104	Tanzanie	Une nomenclature des groupes à risque d'infection par le VIH-Sida dans une ville de mine d'or au nord-ouest de la Tanzanie	AMREF2	AMRF; Medical Research Council Social and Public Health Sciences Unit, University of Glasgow, UK	Nicola Desmond et al.	2002	E	Mineurs et femmes
105	Tanzanie	L'anticorps au virus de l'Herpès Simplex de Type 2 comme marqueur des comportements sexuels à risque dans les régions rurales de Tanzanie	Tanzania migration 2.doc	London School of Hygiene and Tropical Medicine	Angela Obasi et al.	1999	E	259 femmes et 231 hommes de 12 communautés rurales
106	Tanzanie	Enquêtes sur la surveillance des comportements en Tanzanie pour les populations de réfugiés et les populations	Tanzania BSS Ref-Host Pop FINAL2005.pdf	UNHCR		2005	E	3.200 personnes (50 % réfugiés & 50 % pop. d'accueil) âgées de 15 à 49 ans

ID	Pays GLIA	Titre	Nom du dossier	Institutions	Auteurs	Année	Langue	Groupes ciblés
		d'accueil avoisinantes : Lukole et Lugufu, Tanzanie						
107	Tanzanie	Recensement en Tanzanie 2002	Census Tanzania 2002			2002	E	Population générale
108	Tanzanie	Tanzanie. Effets sur les communautés des risques d'infection par le VIH en Tanzanie rurale	tanzania7.pdf	Carolina Population Center, University of North Carolina, USA.	S.S. Bloom et al.	2002	E	2.271 hommes & 2.752 femmes âgés de 15 à 44 ans
109	Tanzanie	Projet d'analyse de la politique nationale de lutte contre le Sida : le VIH-Sida en Tanzanie	Country policy analysis 2004 HIV in Tz	AIDS Policy Research Center	L. Garbus	2004	E	Mineurs, femmes, OEV, réfugiés, victimes du trafic des personnes, prisonniers, travailleuses du sexe, victimes de violence sexospécifique
110	Tanzanie	Évaluation de l'introduction de la prophylaxie après exposition dans la gestion clinique des survivants de viol dans les camps de réfugiés de Kibondo en Tanzanie	PEP FIELD EXPERIENCE. doc	UNHCR	Altaras R., Schilpe-roord M.	2005	E	Réfugiés, femmes victimes de violence sexospécifique, professionnels du secteur de la santé
111	Tanzanie	Étude de l'association entre le VIH et la violence : expérience de l'infidélité, de la violence et des relations sexuelles sous la contrainte par les jeunes à Dar es Salaam, en Tanzanie	Association-hiv-violence-Dar es Salaam_Tz	School of Nursing, Department of International Health, Bloomberg School of Public Health, Johns Hopkins University, Baltimore, MD, USA.	Heidi Lary et al.	2005	E	40 jeunes hommes et 20 jeunes femmes âgés de 16 à 24 ans
112	Tanzanie	Inégalité entre les sexes et violence conjugale au sein des groupes de femmes à Moshi, en Tanzanie	GenderInequality_violence	School of Social Policy and Practice, University of Pennsylvania, Philadelphia, PA, USA. Department of Society, Human Development and Health. Harvard School of Public Health, Cambridge, MA, USA. Department of Sociology, University of Maryland, College Park	Laura Ann McCloskey et al.	2005	E	1.444 femmes âgées de 20 à 44 ans
113	Tanzanie	Potentiel important de l'augmentation de la	Tanzania2a.pdf	Centre for International Health, Université de Bergen, Bergen,	Khadija I. Yahya-Malima	2007	E	1.698 adultes âgés de 15 à 49 ans

ID	Pays GLIA	Titre	Nom du dossier	Institutions	Auteurs	Année	Langue	Groupes ciblés
		transmission du VIH dans un contexte de faible prévalence en Tanzanie rurale		Norvège ; École d'infirmières, Faculté de sciences de santé, Université de Muhimbili, Dar es Salaam, Tanzanie ; Département de la Formation, ministère de la Santé, Dar es Salaam, Tanzanie ; Haydom Lutheran Hospital	et al.			
114	Tanzanie	Impact du VIH sur la mortalité maternelle et infantile en Tanzanie rurale	tanzania4.pdf	TANESA Project and National Institute for Medical Research, Mwanza, Tanzanie ; Measure Evaluation Project, Université de la Caroline du Nord à Chapel Hill ; et Centre for Population Studies, London School of Hygiene and Tropical Medicine, RU	Japheth Ng'wes-hemi et al.	2003	E	26.000 habitants
115	Tanzanie	Séroprévention pour les utilisateurs de drogues injectables : réponses des pays en développement et des économies en transition	Ball_HIVPrevention	Organisation mondiale de la Santé, 20 Avenue Appia, 1211 Genève 27, Suisse	Andrew L. Ball et al.	1998	E	UDI
116	Tanzanie	Rapport sur la surveillance du VIH, du Sida et des IST	HIV_AIDS_STI Surveillance Report 19	Ministère de la Santé, Tanzanie continentale		2005	E	Population générale
117	Tanzanie	Épidémie de VIH-1 au sein des groupes de serveuses de bar et de femmes de chambre en Tanzanie du nord : facteurs de risques et opportunités de prévention	bar staff Tanzania	Department of Population and International Health, Harvard School of Public Health, 665 Huntington Avenue, Bldg. 1, Room 1106A, Boston, MA 02115, U.S.A	Saidi H. Kapiga et al.	2002	E	Serveuses de bar et employés d'hôtel
118	Tanzanie	Les femmes séropositives déclarent un accroissement de la violence des partenaires conjugaux : conclusions d'un dispensaire de services de dépistage et de consultations-conseil à Dar es Salaam, en Tanzanie	HIV-positivewomen_parnerviolence	American Public Health Association	Suzanne Maman et al.	2002	E	Femmes séropositives victimes de violence

ID	Pays GLIA	Titre	Nom du dossier	Institutions	Auteurs	Année	Langue	Groupes ciblés
119	Tanzanie	Hope for Tanzania: Enseignements d'une décennie de lutte exhaustive contre le Sida dans la région de Mbeya. Ière partie : Expériences et accomplissements	Hope_for_Tz_Mbeya	Ministère de la Santé, République Unie de Tanzanie & GTZ	B. Jordan-Harde et al.	2000	E	Population générale
120	Tanzanie	Lancement d'un projet pilote de prophylaxie post-exposition pour les survivantes de viol dans les camps de réfugié en Tanzanie	PEP Tanz camps MS 18-1-04	UNHCR, CRI, FNUAP	Schilpe-roord M., Okumu G., Doedens W.	2004	E	Réfugiés, femmes victimes de violence sexospécifique
121	Tanzanie	Leçons méthodologiques tirées de l'étude d'une cohorte de femmes à haut niveau de risque en Tanzanie	tanzania8.pdf	Centre for Population Studies, London School of Hygiene and Tropical Medicine, London, UK	O. Hoffman et al.	2004	E	770 serveuses de bar, 91 femmes de chambres dans les gîtes, 123 serveuses de restaurants et 535 vendeuses de bière locale
122	Tanzanie	Mobilité et VIH chez les couples tanzaniens : enregistrement d'un degré de risque accru tant pour les personnes mobiles que pour leurs partenaires	Kishamawe mobility Tanzania 2006	Department of Public Health, Erasmus MC, University Medical Center Rotterdam. PO Box 1738, 3000 DR Rotterdam, Pays-Bas	Coleman Kishamawe et al.	2006	E	2800 Mobile couples
123	Tanzanie	Cadre stratégique national multisectoriel sur le VIH et le Sida 2008 – 2012 en Tanzanie 5e et dernier avant-projet	NSF 2008 - 2012_Tz			2007	E	Population générale
124	Tanzanie	Prévalence et facteurs de risque d'infection par le VIH-1 dans la région rurale du Kilimanjaro en Tanzanie : implications pour la prévention et le traitement	tanzania3.pdf	Department of General Practice and Community Medicine, Université d'Oslo, Oslo, Norvège ; Département de l'Épidémiologie et de la Biostatistique, Muhimbili University College, Dar es Salaam, Tanzanie ; Département de la Nutrition, Université d'Oslo, Oslo, Norvège et Dep	Elia J Mmbaga et al.	2007	E	2.093 personnes âgées de 25 à 44 ans
125	Tanzanie	Prévention de l'infection par	AMREF1	African Medical & Research			E	Jeunes réfugiés de 10 à

ID	Pays GLIA	Titre	Nom du dossier	Institutions	Auteurs	Année	Langue	Groupes ciblés
		le VIH et amélioration de la santé reproductive des jeunes dans les camps de réfugiés de la région Nord-Ouest de la Tanzanie		Foundation (AMREF)				20 ans
126	Tanzanie	RAPPORT SUR LA MISE EN APPLICATION DE L'EXPANSION DES SERVICES DE LUTTE CONTRE LES MST, LE VIH ET LE SIDA POUR LES RÉFUGIÉS ET LES POPULATIONS DE RÉFUGIÉS AFFECTÉES DANS LES RÉGIONS DE KIGOMA ET DE KAGERA	AMREF6	AMREF, UNHCR, Tz		2003	E	Réfugiés et populations d'accueil
127	Tanzanie	Facteurs de risque de syphilis active et de séroconversion du TPHA au sein d'une population africaine rurale	tanzania and syphilis - mobility.pdf	National Institute for Medical Research, Mwanza, Tanzanie ; London School of Hygiene and Tropical Medicine, Londres, RU ; AMREF, Mwanza, Tanzanie ; Regional Medical Office, Mwanza, Tanzanie	James Todd et al.	2001	E	5.956 hommes & 6.630 femmes âgés de 15 à 54 ans
128	Tanzanie	Facteurs de risque influençant l'incidence de l'infection par le VIH au sein d'une population africaine rurale : une étude de cas-témoins emboîtés	tanzania6.pdf	London School of Hygiene and Tropical Medicine, Londres, Royaume-Uni ; National Institute for Medical Research ; African Medical and Research Foundation ; Regional Medical Office, Mwanza, Tanzanie ; et OMS	James Todd et al.	2005	E	92 patients & 903 contrôles
129	Tanzanie	Séroépidémiologie du VIH, HBV, HCV et HTLV chez les patients de dispensaires publics de santé à Zanzibar-Tanzanie	Zanzibar epidemiology for HIV 2002	XVIIe Conférence internationale sur le Sida	P. Fedeli et al.	2006	E	2729 patients de dispensaires de santé publique
130	Tanzanie	Projet de santé sexuelle et reproductive pour les réfugiés dans les districts touchés de la région de Ngara et de Kigoma	AMREF5	AMREF & UNFPA		1998	E	Réfugiés

ID	Pays GLIA	Titre	Nom du dossier	Institutions	Auteurs	Année	Langue	Groupes ciblés
		de l'Ouest et du Nord-Ouest de la Tanzanie						
131	Tanzanie	VIOLENCE SEXUELLE, PRESSION ET VIH DANS LA RÉGION RURALE DE MWANZA, EN TANZANIE	AMREF3	AMREF	M. Plummer et al.		E	6.077 adolescents dans les écoles primaires
132	Tanzanie	Contexte sociodémographique de l'épidémie de Sida dans une région rurale de Tanzanie, axé sur la mobilité des personnes et le mariage	tanzania5.pdf	Department of Epidemiology, School of Public Health, and Carolina Population Center, Université de la Caroline du Nord, Chapel Hill, USA	J T Boerma et al.	2002	E	20.000 personnes âgées de 14 à 44 ans
133	Tanzanie	Profil résumé de pays pour l'intensification du traitement du VIH-Sida	june2005_tza	OMS		2005	E	PVVIH
134	Tanzanie	RAPPORT RÉSUMÉ SUR LES ENQUÊTES DE SURVEILLANCE DES COMPORTEMENTS CHEZ LES JEUNES, 2002	SummaryReport BSS Youths 2002 Issued 2004	MINISTÈRE DE LA SANTÉ		2004	E	Jeunes
135	Tanzanie	Surveillance des infections par le VIH et la syphilis chez les patientes des consultations prénatales, 2005/06	ANC 3 report 02-1-2007	MINISTÈRE DE LA SANTÉ ET DU BIEN-ÊTRE SOCIAL, TANZANIE CONTINENTALE	Rowland Swai et al.	2006	E	31.224 femmes patientes des consultations prénatales
136	Tanzanie	Le traitement syndromique des maladies sexuellement transmises réduit la proportion des infections incidentes par le VIH attribuables à ces maladies dans les zones rurales de la Tanzanie	incident diseases Tanzania	Infectious Disease Epidemiology Unit, London School of Hygiene and Tropical Medicine, Keppel Street, London WC1E 7HT, UK	Kate K. Orrotha et al.	2000	E	12.537 adultes âgés de 15 à 54 ans
137	Tanzanie	Atlas tanzanien des indicateurs du VIH-Sida, 2003- 04	Tanzania atlas HIV indicators 2004.pdf	National Bureau of Statistics Tanzania, National AIDS Control Programme Tanzania, ORC Macro		2006	E	Hommes et femmes âgés de 15-49 ans provenant de 6.499 femmes
138	Tanzanie	Enquête démographique et de santé pour la Tanzanie, 2004	Tanzania DHS 2004.pdf	National Bureau of Statistics Tanzania, ORC Macro		2005	E	9.735 ménages : hommes & femmes âgés de 15 à 49 ans

ID	Pays GLIA	Titre	Nom du dossier	Institutions	Auteurs	Année	Langue	Groupes ciblés
139	Tanzanie	Enquête sur les indicateurs du VIH-Sida pour la Tanzanie 2003-04	Tanzania AIS 2003.pdf	Tanzania Commission for AIDS, National Bureau of Statistics Tanzania, ORC Macro		2005	E	Population générale, personnes séropositives
140	Tanzanie	TANZANIE : SUIVI DE LA DÉCLARATION D'ENGAGEMENT SUR LE VIH-SIDA (UNGASS)	2006_country_progress_report_tanzania_en			2006	E	Population générale, personnes séropositives
141	Tanzanie	Le développement potentiel de programmes régionaux : une évaluation du soutien apporté par le Banque mondiale aux opérations multi-pays	ROADS SignMay2007_A4_2	FHI & USAID		2007	E	Transporteurs routiers sur longue distance et membres des communautés
142	Tanzanie	Le NACP : contexte historique de l'épidémie du VIH-Sida en Tanzanie	NACP_Tz Profile 2006	NACP Tanzania		2006	E	
143	Tanzanie	Le rôle des données sur les comportements en matière de surveillance du VIH	behav data - mobility.pdf	Centre for Population Studies, London School of Hygiene and Tropical Medicine, National Institute for Medical Research Mwanza Tanzania, Department of Measurement and Health Information Systems, OMS	B. Zaba, E. Slaymaker, M. Urassa, J.T. Boerma	2005	E	Femmes enceintes
144	Tanzanie	L'épidémie silencieuse du VIH au sein des femmes enceintes dans la région rurale du Nord de la Tanzanie	Tanzania.pdf	Centre for International Health, Université de Bergen, Bergen, Norvège ; School of Nursing, Muhimbili University College of Health Sciences, Dar es Salaam, Tanzanie ; Department of Training, Ministère de la Santé, Dar es Salaam, Tanzanie ; Haydom Lutheran Hospital	Khadija I. Yahya-Malima et al.	2006	E	1.377 femmes enceintes en régions rurales

ID	Pays GLIA	Titre	Nom du dossier	Institutions	Auteurs	Année	Langue	Groupes ciblés
145	Tanzanie	Vers des stratégies sans frontières contre le VIH-Sida	Tanzania_Phase1_Tpt_HIVAIDS_Final-Microsoft Word	Transportek		2004	E	Chauffeurs routiers, travailleuses commerciales du sexe, serveuses de bar, filles de maisons closes, employés de gîtes, vendeurs de bière locale, prostituées indépendantes, mécaniciens et employés de l'industrie de la construction de routes.
146	Tanzanie	Vers un accès universel à la prévention, au traitement et aux soins : expériences et défis dans la région de Mbeya en Tanzanie - étude de cas	jc1291-mbeya_en		Dr Ulrich F. Vogel	2007	E	Population générale
147	Tanzanie	RÉPONSE DU SECTEUR DES TRANSPORTS AU VIH-SIDA : COMMENT MAÎTRISER LE VIH-SIDA SUR NOS ROUTES	TranspSectorZb_Tz_Response_HIVAI DS.pdf				E	Travailleurs du secteur des transports
148	Tanzanie	Tendances du VIH et des comportements sexuels dans le cadre d'une étude longitudinale au sein d'une population rurale en Tanzanie, 1994-2000	Tanzania migration.pdf	TANESA Project and National Institute for Medical Research, Mwanza Tanzania; Department of Epidemiology, niversity of North Carolina, Chapel Hill; and Centre for Population Studies, London School of Hygiene and Tropical Medicine, UK	Gabriel Mwaluko et al.	2003	E	5.783 hommes et femmes en 1994-1995 (série 1), 6.392 en 1996-1997 (série 2) et 7.438 en 1999-2000 (série 3), 15 ans et plus
149	Tanzanie	Étude multipays de l'OMS sur la santé des femmes et la violence conjugale à leur rencontre	Tanzania2	OMS	Jessie Mbwambo	2005	E	1.820 femmes âgés de 15 à 49 ans
150	Tanzanie/Zanzi-bar	Prévalence de l'infection par le VIH au sein des populations de prisonniers hommes à Zanzibar : un programme volontaire	Hiv_male prison inmates-Zanzibar.doc		Ali AK et al.	1993	E	Prisonniers (hommes)

ID	Pays GLIA	Titre	Nom du dossier	Institutions	Auteurs	Année	Langue	Groupes ciblés
151	Tanzanie/Zanzi-bar	VIH ET TOXICO-MANIE : LA DOUBLE ÉPIDÉMIE FRAPPANT ZANZIBAR	Zanzibar IDU study	Programme de lutte contre le Sida à Zanzibar, ministère de la Santé et du Bien-Être social, Zanzibar, Tanzanie	MohammedJ. U. Dahoma et al.	2006	E	26 femmes toxicomanes et 482 hommes toxicomanes
152	Tanzanie/Zanzi-bar	SPÉCIFICATIONS APPLICABLES À LA SUPERVISION PARTICIPATIVE ET À LA VÉRIFICATION DES DONNÉES	ZAC Supervision Guidelines Type 1	Zanzibar AIDS Commission		2006	E	<ol style="list-style-type: none"> 1. Office national de M&E de la ZAC 2. Points de contact sur le VIH-Sida au niveau des districts 3. DACCOMs et SHACCOMs 4. Organisations faîtières 5. Agences d'exécution sur le VIH et le Sida 6. Organismes de financement des interventions de lutte contre le VIH-Sida
153	Tanzanie/Zanzi-bar	Plan stratégique national de lutte contre le VIH-Sida de Zanzibar 2003-2007	ZNSP after PSs Mtg	Zanzibar AIDS Commission (ZAC)	F.S Chizimbi et al.	2003	E	Population générale

ID	Pays GLIA	Titre	Nom du dossier	Institutions	Auteurs	Année	Langue	Groupes ciblés
154	Tanzanie/Zanzi-bar	Système national d'évaluation et de surveillance multi-sectorielle du VIH pour Zanzibar – Volume 2	Zanzibar National HIV M&E Framework 2006 volume 2 - final	Zanzibar AIDS Commission		2006	E	<ol style="list-style-type: none"> 1. Office national de M&E de la ZAC 2. Points de contact sur le VIH-Sida au niveau des districts 3. DACCOMs et SHACCOMs 4. Organisations faîtières 5. Agences d'exécution sur le VIH et le Sida 6. Organismes de financement des interventions de lutte contre le VIH-Sida
155	Tanzanie/Zanzi-bar	Système national d'évaluation et de surveillance multisectorielle du VIH : lignes directrices applicables au système de surveillance du programme de lutte contre le VIH et le Sida pour Zanzibar	ZHAPMoS%20guidelines%20rev%207	Zanzibar AIDS Commission		2006	E	<ol style="list-style-type: none"> 1. Office national de M&E de la ZAC 2. Points de contact sur le VIH-Sida au niveau des districts 3. DACCOMs et SHACCOMs 4. Organisations faîtières 5. Agences d'exécution sur le VIH et le Sida 6. Organismes de financement des interventions de lutte contre le VIH-Sida
156	Tanzanie/Zanzibar	Système national d'évaluation et de surveillance multisectorielle du VIH pour Zanzibar – Volume 1	Zanzibar National HIV M&E Framework 2006 volume 1 - final	Zanzibar AIDS Commission		2006	E	<ol style="list-style-type: none"> 1. Office national de M&E de la ZAC 2. Points de contact sur le VIH-Sida au niveau des districts 3. DACCOMs et SHACCOMs 4. Organisations faîtières 5. Agences d'exécution

ID	Pays GLIA	Titre	Nom du dossier	Institutions	Auteurs	Année	Langue	Groupes ciblés
								sur le VIH et le Sida 6. Organismes de financement des interventions de lutte contre le VIH-Sida
157	Ouganda	Différences d'âge entre partenaires sexuels et risque d'infection par le VIH-1 dans les régions rurales de l'Ouganda	age difference Uganda	School of Hygiene and Public Health, Johns Hopkins University, 615 North Wolfe Street, Baltimore, MD 21205, U.S.A	Robert J. Kelly et al.	2003	E	6.177 femmes âgées de 15 à 29 ans
158	Ouganda	Enquêtes de surveillance des comportements en Ouganda 2006	Final Uganda BSS.pdf	UNHCR, Banque mondiale, GTZ, OPM, MOH, UAC, AAH	K McDavid	2006	E	Réfugiés et communautés d'accueil
159	Ouganda	Intensification des efforts de prévention du VIH : une priorité mondiale urgente	pwghiv_prevention_report_final_en.pdf	Global HIV Prevention Working Group		2007	E	Hommes adultes non circoncis, utilisateurs de drogues injectables, hommes ayant des relations sexuelles avec d'autres hommes, travailleuses du sexe, prisonniers, étudiants
160	Ouganda	Premiers rapports sexuels forcés et santé reproductive pour les adolescentes de Rakai, en Ouganda	Coerced-firstintercourse_reprohealth_women.Rakai.Ug	Department of Population and Health Sciences, Bloomberg School of Public Health, Johns Hopkins University, Baltimore M.D, USA; Rakai Health Sciences Program, Uganda Virus Research Institute, Entebbe, Ouganda	Michael A. Koenig et al.	2004	E	575 adolescentes ayant eu des expériences sexuelles
161	Ouganda	L'acceptation du préservatif augmente chez les voyageurs en Ouganda	mobility and risk reduction.pdf	Departments of Sociology and Statistics, The Pennsylvania State University, University Park, Pennsylvania ; The Center for Population and Family Health, Columbia University, New York, New York, USA ; The Department of Medicine and Clinical Epidemiology Unit	Martina Morris et al.	2000	E	1.627 adultes (15 à 49 ans) populations mobiles/voyageurs et non voyageurs

ID	Pays GLIA	Titre	Nom du dossier	Institutions	Auteurs	Année	Langue	Groupes ciblés
162	Ouganda	Projet d'analyse de la politique nationale sur le Sida en Ouganda : le VIH-Sida en Ouganda	Garbus (2003) Country AIDS policy analysis project Uganda	AIDS Policy Research Center	L. Garbus, E. Marseille	2003	E	PVVIH, femmes, OEV, membres des forces armées, personnes victimes du trafic des êtres humains, PDIP, réfugiés
163	Ouganda	Éducation des réfugiés en Ouganda : relations entre contexte et accès	Dryden (2003) Education of refugees in Uganda	Refugee Law Project	S. Dryden-Peterson	2003	E	Réfugiés
164	Ouganda	Au-delà de l'"ABC" pour inclure "GEM": Réflexions critiques sur les progrès de l'épidémie de VIH-Sida	ABC_GEM_HIV.AIDS.word.doc	HIV Center for Clinical and Behavioral Studies, New York State Psychiatric Institute and Columbia University, 1051 Riverside Drive Unit 15, New York, NY 10032	Shari L. Dworkin et Anke A. Ehrhardt	2007	E	Population générale
165	Ouganda	Initiative de la Région des Grands Lacs pour la lutte contre le VIH-Sida – Enquêtes de surveillance des comportements	behavioral_surveillance_report 2006 GLIA	GLIA & UNHCR		2006	E	Réfugiés
166	Ouganda	Enquêtes sur la Santé et la mortalité au sein des groupes de personnes déplacées à l'intérieur de leur pays dans les districts de Gulu, Kitgum et Pader, au nord de l'Ouganda	Ugandamortsurvey IDP	OMS, Unicef, PAM, FNUAP, IRC & MINISTÈRE DE LA SANTÉ, RÉPUBLIQUE DE L'OUGANDA		2005	E	PDIP

ID	Pays GLIA	Titre	Nom du dossier	Institutions	Auteurs	Année	Langue	Groupes ciblés
167	Ouganda	ÉDUCATION SUR LA SANTÉ DANS LES CAMPS DE RÉFUGIÉS, PROGRAMME D'ÉDUCATION PAR LES PAIRS SUR LE VIH-SIDA À L'INTENTION DES ADOLESCENTS ET DES JEUNES DANS LES CAMPS DE RÉFUGIÉS DE L'AFRIQUE DE L'EST ET DE LA CORNE DE L'AFRIQUE	AMREF4	AMREF	Kalimi Mworio et Josephat Nyagero	2003	E	67.762 adolescents et jeunes réfugiés (Ouganda)
168	Ouganda	Tendances de l'épidémie du VIH en Ouganda : 1989 – 2005	Uganda HIV Trends_Toronto_	Programme national de lutte contre le Sida, Ministère de la Santé, Ouganda. MRC/UVRI Ouganda Research Unit on AIDS, Uganda Virus Research Institute	LA Shafer et al.	2005	E	Population générale, femmes enceintes
169	Ouganda	LA DIMENSION SÉCURITAIRE DE L'ÉPIDÉMIE DE VIH-SIDA EN AFRIQUE : LES ENSEIGNEMENTS TIRÉS DE L'OUGANDA. 16 avril 2004	IssuesReport_233	International Crisis Group		2004	E	Militaires, membres des services en uniforme, populations affectées par la guerre et les conflits
170	Ouganda	Gestion et lutte contre le VIH-Sida au sein du Service de l'administration pénitentiaire de l'Ouganda (Uganda Prison Service - UPS)	Kaddu Uganda Prison	Uganda Prisons Service, Kampala, Uganda & XVe Conférence internationale sur le Sida	M. Kaddu and F. Nabatanzi	2004	E	Prisonniers
171	Ouganda	CONNAISSANCES ET PRATIQUES LIÉES AU VIH-SIDA PARMIS LES ÉCOLIERS DU SECONDAIRE	SCHOOL BASELINE SURVEY SEXUALITY	UGANDA VIH-SIDA CONTROLPROJECT		2006	E	Écoliers du secondaire
172	Ouganda	Test au foyer de dépistage du VIH et services de consultation conseil dans le	Uganda home based HIV testing.pdf	ORC Macro, Child Health and Development Centre Makerere University Uganda, MOH Uganda,	P.S. Yoder et al.	2006	E	902 femmes et 784 hommes âgés de 15 à 49 ans

ID	Pays GLIA	Titre	Nom du dossier	Institutions	Auteurs	Année	Langue	Groupes ciblés
		contexte d'une enquête en Ouganda		CDC Uganda				
173	Ouganda	Violence conjugale à l'encontre des femmes dans la partie Est de l'Ouganda : implications pour la prévention du VIH	Women_intimate-violence_Ug	Department of Paediatrics and Child Health, Makerere University and the Centre for International Health, Bergen University	Charles A.S. Karamagi et al.	2006	E	Femmes des zones rurales et urbaines ayant des nourrissons
174	Ouganda	MEURE EN SILENCE : LA VIOLENCE AU FOYER ET LA VULNÉRABILITÉ DES FEMMES FACE AU VIH EN OUGANDA	uganda0803full	Human Right Watch		2003	E	Femmes victimes de violence dans les foyers
175	Ouganda	La circoncision masculine pour la prévention du VIH au sein des populations masculines à Rakai, en Ouganda : un essai randomisé	Gray circoncision 2007	Johns Hopkins University, Bloomberg School of Public Health, Suite 4132, 615 N Wolfe Street, Baltimore, MD 21215, USA	Ronald H Gray et al.	2007	E	4.996 hommes non circoncis
176	Ouganda	Mortalité associée à l'infection par le VIH dans le District rural de Rakai, en Ouganda	uganda migration.pdf	Department of Medicine and Clinical Epidemiology Unit, Faculty of Medicine, Makerere University, Kampala, Uganda; Department of Population and Family Health Sciences, Johns Hopkins University, School of Hygiene and Public Health, Baltimore, Maryland, USA	Nelson K. Sewankambo et al.	2000	E	11.571 personnes lors de la série 1, 4.171 lors de la série 2 et 4.241 lors de la série 3 = 19.983 sujets âgés de 15 à 59 ans
177	Ouganda	Plan national stratégique de lutte contre le VIH et le Sida 2007/8 –2011/12 – Version finale	NSP - FINAL DRAFT 28 août 2007 DG comments	Commission ougandaise de lutte contre le SIDA		2007	E	Population générale
178	Ouganda	Prévalence et facteurs de risque d'infection par le VIH-1 dans trois paroisses de l'ouest de l'Ouganda	36385523	GTZ ; Ministère de la Santé de l'Ouganda et Bernhard Nocht Institute for Tropical Medecine, Hambourg, Allemagne	W. Kipp et al.	1995	E	6.373 personnes dans la paroisse de kigoyera et 1.420 personnes dans la paroisse de Kyamukoka
179	Ouganda	Évaluation rapide de la toxicomanie au sein des populations affectées par les conflits et les populations déplacées : les camps de PDIP des districts de Gulu,	Uganda Final August 2007	UNHCR	Macdonald D.	2007	E	Toxicomanes PDIDP, femmes victimes de violence sexospécifique

ID	Pays GLIA	Titre	Nom du dossier	Institutions	Auteurs	Année	Langue	Groupes ciblés
		Kitgum et Pader au nord de l'Ouganda						
180	Ouganda	Risques relatifs et fraction des cas de VIH attribuables à la population associés aux symptômes des maladies sexuellement transmises et des maladies sexuellement transmises symptomatiques et curables du district de Rakai en Ouganda	ugandamigration3 - rakai trial.pdf	Department of Population and Family Health Sciences, School of Hygiene and public Health, John Hopkins University, USA.	Ronald H. Gray et al.	1999	E	Hommes et femmes âgés de 15 à 59 ans provenant de 56 villages.
181	Ouganda	Obstacles aux efforts de secours dans l'une des pires crises mondiales de déplacement interne	IDMC (2006), Uganda - Relief efforts hampered	IDMC		2006	E	PDIP
182	Ouganda	Santé reproductive des jeunes adultes en Ouganda	Uganda RH youth 2001.pdf	ORC Macro		2002	E	Jeunes hommes et femmes âgés de 15 à 24 ans
183	Ouganda	Facteurs de risque pour le sarcome de Kaposi chez les sujets séropositifs en Ouganda	uganda migration2 - KS.pdf	Agence internationale pour la recherche sur le cancer, Organisation mondiale de la Santé, Lyon, France ; Service d'épidémiologie du cancer, Imperial Cancer Research Fund, Université d'Oxford, Oxford, RU ; Uganda Cancer Institute, faculté de médecine de l'université de Makerere, Kampala, Ouganda.	John L. Ziegler et al.	1971	E	458 KS séropositifs et 568 contrôles séropositifs.
184	Ouganda	Réseaux sexuels en Ouganda : schémas mixtes entre une ville commerçante, ses alentours ruraux et un village de pêcheurs à proximité	Uganda migration patterns.pdf	Medical Research Council/Uganda Virus Research Institute, Entebbe, Ouganda	H. Pickering et al.	1997	E	143 hommes (75 résidents citadins, 40 résidents du villages de pêcheurs et 28 résidents ruraux) ; et 81 femmes (47 citadines, 25 résidentes du village de pêcheurs, et 9 résidentes rurales).
185	Ouganda	La dynamique sociale des services de CDV et divulgation du statut en	Uganda VCT social dynamics.pdf	Uganda VCT social dynamics.pdf	X. Nsabagani, P.S. Yoder	2006	E	48 hommes et 57 femmes

ID	Pays GLIA	Titre	Nom du dossier	Institutions	Auteurs	Année	Langue	Groupes ciblés
		Ouganda						
186	Ouganda	Renforcement de la résistance. Confronter la violence à l'encontre des femmes et le VIH-Sida	strengthening	Center for Women's Global Leadership Rutgers, The State University of New Jersey 160 Ryders Lane New Brunswick, NJ 08901-8555 USA	Cynthia Rothschild, Mary Anne Reilly et Sara A. Nordstrom	2007	E	Femmes victimes de violence
187	Ouganda	Profil résumé de pays pour l'intensification du traitement du VIH-Sida	june2005_uga	OMS		2005	E	PVVIH
188	Ouganda	Susceptibilité et vulnérabilité au VIH-Sida au sein des communautés de pêcheurs en Ouganda : étude de cas du Lac Kioga	nahamyaWP	Department of Economics Kyambogo University P.O Box 1, Kyambogo Uganda	Nahamya Wilfred Karukuza et Elwange Charlestine Bob	2005	E	Communautés de pêcheurs
189	Ouganda	L'épidémie de VIH-Sida : prévalence et impact	UAC (2003), The HIV-AIDS epidemic	UAC Uganda	UAC	2003	E	PPVIH, femmes, enfants
190	Ouganda	Transmission in Lang	Highway_ug1.pdf	Conférence internationale sur le Sida. 7-12 juillet 2002	Ouma N.M., Anayo B. et Ojiambo-Ochieng R.	2002	E	Travailleurs du secteur des transports
191	Ouganda	Les tendances de la prévalence du VIH-1 ne sont pas forcément le reflet des tendances d'incidence des épidémies matures : données tirées d'une cohorte de population de Rakai, en Ouganda	migration uganda.pdf	Center for Population and Family Health, Columbia University School of Public Health, New York, USA; The Institute of Public Health, université de Makerere, Kampala, Uganda ; The Department of Population Dynamics, Johns Hopkins University School of Hygiene and Public Health	Maria J. Wawer et al.	1997	E	2.591 adultes (15 à 59 ans)
192	Ouganda	Tendances de l'épidémie du VIH au sein des forces armées de l'Ouganda 1991-2003	Bwire Ugandan Military 2003	La XVe Conférence internationale sur le Sida	G. S. Bwire, A. Musingunzi	2003	E	7.320 soldats
193	Ouganda	Ouganda - Enquête démographique et de santé 2006	Uganda DHS 2006.pdf	Bureau des Statistiques de l'Ouganda, ORC Macro		2007	E	8.531 femmes et 2.503 hommes âgés de 15 à 49 ans
194	Ouganda	UGANDA : SUIVI DE LA	2006_country_prog			2006	E	Population générale,

ID	Pays GLIA	Titre	Nom du dossier	Institutions	Auteurs	Année	Langue	Groupes ciblés
		DÉCLARATION D'ENGAGEMENT SUR LE VIH-SIDA (UNGASS)	ress_report_uganda_en					personnes séropositives
195	Ouganda	Enquête sur les comportements et le VIH-Sida en Ouganda 2004-2005	Uganda AIS 2005.pdf	Ministère de la Santé de l'Ouganda, ORC Macro		2006	E	10.437 ménages : hommes et femmes âgés de 15 à 49 ans
196	Ouganda	Ouganda : l'attention renouvelée au niveau national et international ne provoque que des améliorations limitées pour les personnes déplacées	IDMC (2006), Uganda displaced persons	IDMC		2006	E	PDIP
197	Ouganda	En l'absence des TAR, les trousseaux de premiers soins et de prévention permettent de maintenir la santé des personnes séropositives	uganda-basic-care.pdf	Population Services International, Washington, DC, USA		2006	E	Population à faible revenu
198	Divers (Burundi, RDC, Kenya)	PROMOTION DE L'ÉQUITÉ SANITAIRE DANS LES ÉTATS FRAGILES AFFECTÉS PAR DES CONFLITS	08 Ranson.pdf	London School of Hygiene and Tropical Medicine	K. Ranson, T. Poletti, O. Bornemisza et E Sondorp	2007	E	PDIP, réfugiés, femmes
199	Divers (Bu, RDC, Ke, Rw, Tz, Oug)	UNE ÉVALUATION SOCIALE ET SEXOSPÉCIFIQUE DU VIH-SIDA AU SEIN DES POPULATIONS DE RÉFUGIÉ, DE PDIP ET D'ACCUEIL DANS LA RÉGION DES GRANDS LACS DE L'AFRIQUE	SMEC report GLIA-SA-Sept2006	GLIA, SMEC International Pty. Ltd. (Australie)		2006	E	Réfugiés, PDIP et populations d'accueil
200	Divers (Bu, RDC, Ke, Rw, Tz, Oug)	Dernières nouvelles sur l'épidémie du Sida	2006_EpiUpdate_en.pdf	ONUSIDA, OMS		2006	E	Population générale
201	Divers (Bu, RDC, Ke, Rw, Tz, Oug)	Politique de traitement aux ARV pour les réfugiés	UNHCR ART Policy FINAL 10-1-07.pdf	UNHCR		2007	E	Réfugiés

ID	Pays GLIA	Titre	Nom du dossier	Institutions	Auteurs	Année	Langue	Groupes ciblés
202	Divers (Bu, RDC, Ke, Rw, Tz, Oug)	APPENDICE I : Besoins de santé et activités de l'OMS dans la Région des Grands Lacs	greatlakes.pdf	OMS		2005	E	Population générale
203	Divers (Bu, RDC, Ke, Rw, Tz, Oug)	Conflit et VIH : cadre de travail pour l'évaluation des risques afin de prévenir le VIH dans les zones de l'Afrique affectées par les conflits	HIV and conflict assessment framework.pdf	Tulane University Center for International Resource Development New Orleans, Department of International Health and Development Tulane University School of Public Health and Tropical Medicine New Orleans USA	N.B. Mock, S. Duale, L.F. Brown, E. Mathys, H.C. O'Maonaigh, N.K.L. Abul-Husn, S. Elliott	2004	E	Réfugiés, PDIP et populations d'accueil
204	Divers (Bu, RDC, Ke, Rw, Tz, Oug)	Rapport sur les populations déplacées	Displaced_Populations_Report_OCHA_2007	OCHA		2007	E	PDIP
205	Divers (Bu, RDC, Ke, Rw, Tz, Oug)	GRANDS LACS - BURUNDI, RÉPUBLIQUE DÉMOCRATIQUE DU CONGO, RWANDA, TANZANIE ET OUGANDA : ÉVALUATION DES BESOINS DU SECTEUR DE LA SANTÉ	great-lakes.pdf	OMS		2005	E	
206	Divers (Bu, RDC, Ke, Rw, Tz, Oug)	INITIATIVE DE LA RÉGION DES GRANDS LACS SUR LA LUTTE CONTRE LE VIH-SIDA : CADRE DE TRAVAIL POUR LA GESTION SOCIALE ET ENVIRONNEMENTALE	GLIA_highway_project	GLIA	Gaspard Bikwemu	2004	E	Réfugiés, PDIP, rapatriés, voisinages des commu-autés de réfugiés
207	Divers (Bu, RDC, Ke, Rw, Tz, Oug)	Comment aider les micro et petites entreprises à faire face au VIH-Sida	GRL conference	UN, AU, IG/GLR		2006	E	Population générale
208	Divers (Bu, RDC, Ke, Rw, Tz, Oug)	VIH et prisons en Afrique subsaharienne : les opportunités pour l'Afrique	Prison Paper-PreFinal-NE	ONUSIDA, Banque mondiale, United Nations Office on Drugs and Crime	Nilufar Egamberdi	2007	E	Prisonniers

ID	Pays GLIA	Titre	Nom du dossier	Institutions	Auteurs	Année	Langue	Groupes ciblés
	Oug)							
209	Divers (Bu, RDC, Ke, Rw, Tz, Oug)	Séroprévalence et tendances en Afrique subsaharienne : pas de déclin et fortes différences sous-régionales	SSA HIV trends.pdf	OMS	Emil Asamoah-Odei, Jesus M Garcia Calleja, J. Ties Boerma	2004	E	140.000 femmes enceintes de 22 pays d'Afrique subsaharienne
210	Divers (Bu, RDC, Ke, Rw, Tz, Oug)	Risque et prévention de l'infection par le VIH au sein des populations affectées par des situations de crise : évaluation	HIV and disasters - review.pdf	Centers for Disease Control and Prevention	A.J. Khaw, P. Salama, B. Burkholder, T.J. Dondero	2000	E	Réfugiés, PDIP, communautés d'accueil, femmes, enfants, membres des forces armées, casques bleus, travailleuses du sexe
211	Divers (Bu, RDC, Ke, Rw, Tz, Oug)	Surveillance du VIH dans le contexte des urgences complexes	HIV in complex emergencies.doc	Epidemic Intelligence Service and International Emergency and Refugee Health Branch National Center for Environmental Health, Division of VIH-SIDA Prevention National Center for HIV, MST, and TB Prevention CDC Atlanta, USA	P. Salama, T.J. Dondero	2001	E	Réfugiés, PDIP, rapatriés, migrants
212	Divers (Bu, RDC, Ke, Rw, Tz, Oug)	Rapport sur la surveillance épidémiologique du VIH-Sida pour l'édition 2005 du rapport de l'OMS sur la région Afrique	AFRO2005.pdf	OMS		2005	E	Population générale
213	Divers (Bu, RDC, Ke, Rw, Tz, Oug)	Le VIH-Sida et les personnes déplacées à l'intérieur de leurs pays dans 8 pays prioritaires	HIV and UNHCR analysis of NSPs	UNHCR	P. Spiegel, H. Harroff-Tavel	2006	E	PDIP
214	Divers (Bu, RDC, Ke, Rw, Tz, Oug)	VIH-Sida : comment relever les défis posés	waking_up_challenges	Conflict Research Unit, Clingendael Institute, Ministère des Affaires étrangères des Pays-Bas	S. Verstegen	2005	E	Populations affectées par les conflits
215	Divers (Bu, RDC, Ke, Rw, Tz, Oug)	Intégration des activités de lutte contre le VIH-Sida au soutien nutritionnel et alimentaire aux réfugiés: stratégies pour des programmes spécifiques	UNHCR Food Nutrition support.pdf	UNHCR & PAM		2004	E	Réfugiés, rapatriés et PDIP
216	Divers (Bu,	Surveillance de l'épidémie de	burundi HIV	Centre for Population Studies London	B. Zaba, T.	2000	E	Jeunes femmes

ID	Pays GLIA	Titre	Nom du dossier	Institutions	Auteurs	Année	Langue	Groupes ciblés
	RDC, Ke, Rw, Tz, Oug)	Sida à l'aide des données sur la séroprévalence pour les jeunes femmes assistant à des consultations prénatales : perspectives et problèmes	prévalence.pdf	School of Hygiene & Tropical Medicine, Carolina Population Centre, Faculté de Santé publique, Université de la Caroline du Nord à Chapel Hill, USA	Boerma, R. White			
217	Divers (Bu, RDC, Ke, Rw, Tz, Oug)	Note sur le VIH-Sida et la protection des réfugiés, des PDIP et des autres personnes concernées	HIV and UNHCR.pdf	UNHCR		2006	E	Réfugiés, PDIP, rapatriés et apatrides
218	Divers (Bu, RDC, Ke, Rw, Tz, Oug)	Nombre de pêcheurs et de pisciculteurs	data fishers FIEs				E	Pêcheurs
219	Divers (Bu, RDC, Ke, Rw, Tz, Oug)	Partenariat : un manuel de gestion des opérations à l'intention des partenaires de l'UNHCR	UNHCR complete-handbook	UNHCR		2003	E	Personnel de l'UNHCR et partenaires, réfugiés, rapatriés et PDIP
220	Divers (Bu, RDC, Ke, Rw, Tz, Oug)	Prévention et contrôle des infections sexuellement transmises : projet de stratégie mondiale	WHO stis_strategy.pdf	OMS		2006	E	Réfugiés et autres groupes de population concernées
221	Divers (Bu, RDC, Ke, Rw, Tz, Oug)	Prisons et Sida	Prisons-PoV_en	ONUSIDA		1997	E	Prisonniers
222	Divers (Bu, RDC, Ke, Rw, Tz, Oug)	DOCUMENT D'ÉVALUATION D'UN PROJET RELATIF À UNE PROPOSITION DE FINANCEMENT D'UN MONTANT DE 13,7 MILLIONS DE DTS (20 MILLIONS DE DOLLARS US EQUI-VALENT) À L'INITIATIVE DE LA RÉGION DES GRANDS LACS POUR LA LUTTE CONTRE LE VIH-SIDA (GLIA)	GLIA PAD voll.pdf	Banque mondiale		2005	E	Personnel de la GLIA et de la Banque mondiale

ID	Pays GLIA	Titre	Nom du dossier	Institutions	Auteurs	Année	Langue	Groupes ciblés
223	Divers (Bu, RDC, Ke, Rw, Tz, Oug)	Réfugiés et VIH-Sida	HIV and UNHCR 2001.pdf	UNHCR		2001	E	Réfugiés
224	Divers (Bu, RDC, Ke, Rw, Tz, Oug)	Réfugiés, VIH et Sida : plan stratégique de l'UNHCR 2005-2007	HIV and UNHCR policy up to 2007	UNHCR		2004	E	Réfugiés
225	Divers (Bu, RDC, Ke, Rw, Tz, Oug)	SECTION 1. SURVOL RÉGIONAL DE ZONES GÉOGRA-PHIQUES CHOISIES	Int_migration_regions_2005	OIM	Ndioro Ndiaye et Philippe Boncour	2005	E	Populations de migrants, réfugiés et PDIP
226	Divers (Bu, RDC, Ke, Rw, Tz, Oug)	SECTION 3. DONNÉES ET STATISTIQUES SUR LES MIGRATIONS INTERNATIONALES	Int_migration_data_2005	OIM	Ndioro Ndiaye et Philippe Boncour	2005	E	Populations de migrants, réfugiés et PDIP
227	Divers (Bu, RDC, Ke, Rw, Tz, Oug)	Analyse stratégique des conflits : région du Lac Victoria	SIDA_ConfAna_Lake_Victoria.pdf	SIDA		2004	E	Populations affectées par les conflits
228	Divers (Bu, RDC, Ke, Rw, Tz, Oug)	Stratégies pour la prise en charge des besoins relatifs au VIH des réfugiés et populations hôtes	UNHCR réfugiés and AIDS_BP_En FINAL3-06.pdf	ONUSIDA & UNHCR		2006	F	Réfugiés et populations d'accueil
229	Divers (Bu, RDC, Ke, Rw, Tz, Oug)	Stratégies pour la prise en charge des besoins relatifs au VIH des réfugiés et populations hôtes	UNHCR Réfugiés and AIDS_BP_En FINAL10-05.pdf	ONUSIDA & UNHCR		2006	E	Réfugiés et populations d'accueil

ID	Pays GLIA	Titre	Nom du dossier	Institutions	Auteurs	Année	Langue	Groupes ciblés
230	Divers (Bu, RDC, Ke, Rw, Tz, Oug)	Stratégies pour la prise en charge des besoins relatifs au VIH des réfugiés et populations hôtes. Une publication du programme conjoint des Nations Unies pour la lutte contre le VIH-Sida (ONUSIDA) et du Haut-Commissariat des Nations Unies pour les Réfugiés (UNHCR)	Highway_ke&ugl	ONUSIDA, UNHCR	Paul Spiegel, Andrea Miller et Marian Schilpe-roord	2005	E	Réfugiés et populations d'accueil
231	Divers (Bu, RDC, Ke, Rw, Tz, Oug)	La coalition mondiale sur les femmes et le Sida	jc1308_gcwa_progressreport2006_en	ONUSIDA		2006	E	Femmes
232	Divers (Bu, RDC, Ke, Rw, Tz, Oug)	La Région des Grands Lacs	MAP of GLR. Pdf	ONU		2004	E	
233	Divers (Bu, RDC, Ke, Rw, Tz, Oug)	Directives de l'OMS sur l'infection par le VIH et le Sida dans les prisons.	JC277-WHO-Guidel-Prisons_en	OMS, ONUSIDA		1993	E	Prisonniers
234	Divers (Bu, RDC, Ke, Rw, Tz, Oug)	Étude multi-pays de l'OMS sur la santé des femmes et la violence dans les foyers	WHO domestic violence summary	OMS	Claudia García-Moreno et al.	2005	E	Femmes victimes de violence au foyer
235	Divers (Bu, RDC, Ke, Rw, Tz, Oug)	Liste mondiale des femmes en prison (femmes et filles dans des institutions pénales, y compris les femmes en détention préventive)	women-prison-list-2006	KING'S COLLEGE LONDON, International Centre for Prison Studies	Roy Walmsley	2006	E	Femmes prisonnières
237	Divers (Bu, RDC, Ke, Rw, Tz, Oug)	Le VIH-SIDA au sein des populations affectées par les conflits et les groupes de personnes déplacées : élimination des mythes et passage à l'action	HIV and Conflict-Disasters 9-04.pdf	UNHCR	P.B. Spiegel	2004	E	Réfugiés, PDIP, populations d'accueil, femmes, enfants, membres des forces armées, casques bleus, travailleuses du sexe
238	Divers (Bu,	Les maladies contagieuses	CDs in CEs -	OMS, UNICEF, UNHCR	M.A.	2004	R	Réfugiés, PDIP et

ID	Pays GLIA	Titre	Nom du dossier	Institutions	Auteurs	Année	Langue	Groupes ciblés
	RDC, Rw, Tz)	dans le contexte des situations d'urgence complexes : impact et défis	Lancet 11-04.pdf		Connolly, M. Gayer, M.J. Ryan, P. Salama, P. Spiegel, D.L. Heymann			populations d'accueil
239	Divers (Bu, RDC, Rw, Oug)	Le Sida et les conflits violents en Afrique	Docking et al. 2001	United States Institute of Peace	Docking et al.	2001	E	Populations affectées par les conflits
240	Divers (Bu, RDC, Rw, Oug)	Prévalence de l'infection par le VIH au sein des populations déplacées et affectées par les conflits dans sept pays d'Afrique subsaharienne : une évaluation systématique.	Lancet HIV and Conflict FINAL 30-6-07.pdf	UNHCR et l'Université de Copenhague, Copenhague, Danemark	Paul B Spiegel et al.	2007	E	Réfugiés, PDIP, populations d'accueil, femmes, enfants, membres des forces armées, casques bleus, travailleuses du sexe
241	Divers (Bu, RDC, Rw, Oug)	LE DROIT DE SURVIVRE À LA VIOLENCE SEXUELLE, LES FEMMES ET LE VIH-SIDA	the_right_to_survive	Rights & Democracy 1001, de Maisonneuve Blvd. East, Suite 1100 Montréal (Québec) H2L 4P9 Canada	Françoise Nduwimana	2004	E	Femmes victimes de violences sexuelles
242	Divers (Bu, Ke, Rw, Tz, Oug)	Le VIH-Sida dans le paysage changeant des conflits en Afrique	Changing landscape of war in Africa.pdf	Université de Warwick	S. Elbe	2002	E	Combattants des forces armées, filles et femmes victimes de violence sexuelle, travailleuses du sexe, réfugiés, personnes déplacées à l'intérieur de leur pays (PDIP)
243	Divers (Bu, Ke, Rw, Tz, Oug)	L'impact de l'épidémie du Sida en Afrique	Caldwell6.pdf	Health Transition Centre Australian National University	JC Caldwell	1997	E	Population générale
244	Divers (Bu, Rw, Tz, Oug)	Le VIH dans les prisons dans les pays à revenus faible et intermédiaire.	HIV_prisoners_low & middle income countries	Program of International Research and Training, National Drug and Alcohol Research Centre, University of New South Wales, Sydney 2052, Australie	Kate Dolan et al.	2007	E	Prisonniers
245	Divers (Bu, Tz)	Bonnes pratiques de l'UNHCR en matière d'intégration systématique de	Good_Pract_Empowerment_0106.pdf	UNHCR		2001	E	Jeunes femmes et fillettes réfugiées

ID	Pays GLIA	Titre	Nom du dossier	Institutions	Auteurs	Année	Langue	Groupes ciblés
		l'égalité entre les sexes. Un guide pratique à l'autonomisation						
246	Divers (RDC, Ke, Rw, Tz, Oug)	Sondage sur les échanges commerciaux transfrontières informels (ICBT) --Phase I. Octobre 2003 – janvier 2004	Country_presentation_UgandaICBTReport			2004	E	
247	Divers (RDC, Ke, Rw, Tz, Oug)	INTERACTIONS ENTRE ZONES URBAINES ET ZONES RURALE ET LE VIH-SIDA EN AFRIQUE DE L'EST.	Gould mobility AIDS 2004	CICRED et Programme du PNUD pour le développement et la lutte contre le VIH en Asie du Sud-Est (SEAHIV)	W.T.S. Gould	2004	R	Populations rurales et urbaines mobiles
248	Divers (RDC, Ke, Rw, Tz, Oug)	L'état des coalitions d'entreprises en Afrique subsaharienne	state_businesscoalitions_SSA	Banque mondiale		2006	E	Secteur privé, population générale
249	Divers (RDC, Ke, Tz)	ROADS Signs. Mise en exergue des derniers points saillants du projet ROADS	ROADS Signs May 2007_A4_2	FHI, USAID		2007	E	Population générale, chauffeurs routiers
250	Divers (RDC, Ke, Tz, Oug)	Impact du VIH-Sida sur les communautés de pêcheurs	Policy_Brief-Final_En	FAO		2002	E	Communautés de pêcheurs
251	Divers (RDC, Ke, Oug)	Les travailleurs de l'industrie de la pêche sont parmi les groupes les plus à risque d'infection par le VIH : une analyse transversale de la prévalence et du nombre de personnes de l'industrie de la pêche ayant contracté l'infection	fishing prevalence Seeley	1. The AIDS and Development Group, University of East Anglia, Norwich, UK. 2. WorldFish Center, Regional Research Center for Africa and West Asia, Cairo, Egypt. 3 School of Development Studies, University of East Anglia, Norwich, NR4 7TJ, RU	Esther Kissling et al.	2005	E	Travailleurs du secteur de la pêche
252	Divers (RDC, Ke, Oug)	VIVRE DANS LA TERREUR. La menace pesant sur la sécurité de l'Afrique australe	LIVING IN TERROR	Centre for Military Studies (Military Academy), University of Stellenbosch	Lindy Heinecken	2001	E	Militaires, services en uniforme, populations affectées par la guerre et les conflits

ID	Pays GLIA	Titre	Nom du dossier	Institutions	Auteurs	Année	Langue	Groupes ciblés
253	Divers (RDC, Ke, Oug)	Obstacles structurels et agents de facilitation de la prévention du VIH : une analyse de la recherche internationale	migration international.pdf	Columbia University, New York, USA ; Université d'État de Rio de Janeiro, au Brésil ; Center for Disease Control and Prevention, Atlanta, Georgia, USA et The Department of Public Health, San Francisco, California, USA.	Richard G. Parker, Delia Easton et Charles H. Klein	2000	E	Femmes hétérosexuelles, travailleuses commerciales du sexe, chauffeurs routiers et hommes ayant des rapports sexuels avec d'autres hommes
254	Divers (DRC, Rw, Tz)	Migration forcée et transmission du VIH et d'autres infections à transmission sexuelle : Politiques et réponses programmatiques	AMREF8	Columbia University ; Women's Commission for Refugee Women and Children	Therese McGinn et al.	2001	E	Réfugiés et PDIP
255	Divers (RDC, Tz)	Environnement et contexte à Kapiri Mposhi, en Zambie	background_kapiri Mposhi				E	Chauffeurs routiers/mécaniciens sur longue distance, frippiers, négociants en maïs et en bétail, pêcheurs, travailleuses commerciales du sexe
256	Divers (RDC, Tz, Oug)	Dissémination et effet de l'infection par le VIH-1 en Afrique subsaharienne	HIV spread in Africa.pdf	Institute of Tropical Medicine, Anvers, Belgique, Division pour le soutien national et régional de l'ONUSIDA, Genève, Suisse, Université de la Caroline du Nord à Chapel Hill, NC, USA	A. Buve, K. Bishikwabo-Nsarhaza, G. Mutangadura	2002	E	Population générale
257	Divers (Ke, Rw, Tz, Oug)	Écart entre les intervalles de naissance préférés et réalisés en Afrique subsaharienne : Implications pour la fécondité et la santé infantile	birth intervals DHS.pdf	ORC Macro	H. Rafalimana, C.F. Westoff	2001	E	Femmes âgées de 15 à 49 ans : 3.568 (Ke), 4.752 (Rw), 6.851 (Tz), 6.117 (ug)
258	Divers (Ke, Rw, Tz, Oug)	Le VIH et l'Islam : la séroprévalence est-elle plus faible chez les Musulmans ?	truck drivers.pdf	Department of Anthropology, Peabody Museum, Harvard University, Cambridge, MA, USA	Peter B. Gray	2003	E	Chauffeurs routiers musulmans
259	Divers (Ke, Rw, Tz, Oug)	Enquêtes de surveillance des comportements en matière de VIH dans les situations de conflit et de post-conflit : un appel à l'amélioration	BSS GI Public Health 6-06.pdf	UNHCR	P.B. Spiegel, P.V. Le.	2006	E	

ID	Pays GLIA	Titre	Nom du dossier	Institutions	Auteurs	Année	Langue	Groupes ciblés
260	Divers (Ke, Rw, Tz, Oug)	La circoncision masculine et le risque d'infection par le VIH en Afrique subsaharienne : une évaluation systématique et une métaanalyse	male circ.pdf	Medical Research Council Tropical Epidemiology Group, London School of Hygiene and Tropical Medicine, London	Helen A. et al.	2000	E	Population masculine
261	Divers (Ke, Rw, Tz, Oug)	Enquêtes nationales sur la séroprévalence basée sur les population en Afrique subsaharienne : résultats et implications pour les estimations applicables au VIH et au Sida.	Calleja_PopSurveys_STI2006.pdf	OMS, ONUSIDA	J.M. Garcia-Calleja, E. Gouws, P. D. Ghyss	2006	E	Femmes enceintes
262	Divers (Ke, Rw, Tz, Oug)	Facteurs de risque d'ordre sexuel pour l'infection par le VIH dans le contexte des épidémies naissantes et avancées du VIH en Afrique subsaharienne : étude systématique de 68 études épidémiologiques	Sexual Risk factors for HIV in SSA	Centre for Global Health	L.Chen et al.	2007	E	Partenaires sexuels, clients des travailleuses du sexe, personnes atteintes d'IST/HSV-2
263	Divers (Ke, Rw, Tz, Oug)	Le travail du Solidarity Center sur le VIH-Sida en Afrique de l'Est	puds_hiv_eastafrica facts	Solidarity Center		2007	E	Chauffeurs routiers
264	Divers (Ke, Rw, Oug)	INTÉGRATION SYSTÉMATIQUE DU SIDA DANS LES INSTRUMENTS ET PROCESSUS DE DÉVELOPPEMENT AU NIVEAU NATIONAL	mainstreaming_aids_28nov05	ONUSIDA, PNUD, Banque mondiale	Daphne Topouzis et al.	2005	E	Population générale, personnes séropositives
265	Divers (Ke, Tz)	Les mutilations génitales féminines dans les enquêtes démographiques et de santé : une analyse critique comparative	FGM DHS.pdf	ORC Macro	P.S. Yoder, N. Abder-rahim A. Zhuzhini	2004	E	Femmes et fillettes
266	Divers (Ke, Tz,)	INTERVENTIONS CONTRE LE VIH-SIDA AU SEIN DES POPULATIONS	Truck_Drivers_Pop_South.pdf			2004	E	Chauffeurs routiers

ID	Pays GLIA	Titre	Nom du dossier	Institutions	Auteurs	Année	Langue	Groupes ciblés
		DE CHAUFFEURS DE CAMIONS EN AFRIQUE AUSTRALE : ÉTUDE DE LA DOCUMENTATION ET DES MATÉRIELS DE BCC						
267	Divers (Ke, Tz)	L'excision dans les Enquêtes démographiques et de Santé : une analyse comparative	excision EDS Fr.pdf	ORC Macro	P.S. Yoder, N. Abder-rahim, A. Zhuzhini	2005	E	Femmes et fillettes
268	Divers (Ke, Tz)	Tendances et différences dans les comportements reproductifs des adolescents en Afrique subsaharienne.	Adolescents SSA.pdf	ORC Macro	M. Mahy, N. Gupta	2002	E	Hommes et femmes de 15 à 19 ans
269	Divers (Ke, Tz, Oug)	Une étude de l'association entre l'infection par le VIH et la richesse en Afrique subsaharienne	HIV wealth DHS.pdf	Macro International Inc., Université de Montréal, ONUSIDA, OMS, HEC Montréal	V. Mishra et al.	2007	E	Hommes interrogés : Ke=3.578, Tz=5.659, Oug=8.830 ; hommes testés pour le VIH : Ke=2.941, Tz=4.774, Oug=8.298 ; femmes interrogées : Ke=8.195, Tz=6.863, Oug=10.826 ; femmes testées pour le VIH : Ke=3.285, Tz=5.973, Oug=10.227
270	Divers (Ke, Tz, Oug)	Réponses des communautés face au VIH-Sida le long des couloirs de transit et des zones d'opérations intensives de transport en Afrique de l'Est et en Afrique australe	Corridors_Hope_Southern_Africa	Family Health International (FHI)		2004	E	Travailleurs du secteur des transports, travailleuses du sexe
271	Divers (Ke, Tz, Oug)	La pluralité concomitante des partenaires sexuels contribue à expliquer la forte séroprévalence en Afrique : implications en termes de prévention	Concurrent sexual partners Lancet 7-04.pdf	Office of HIV-AIDS USAID Washington, Center for Health and Wellbeing, Princeton University Princeton, New Jersey, USA	D.T. Halperin, H. Epstein	2004	E	Hommes et femmes, travailleurs du sexe
272	Divers (Ke, Tz, Oug)	Étude sur la traite des femmes en Afrique de l'Est	trafficking GTZ	GTZ	Elaine Pearsib	2003	E	Femmes et fillettes
273	Divers (Ke,	Le rôle continu de la	highway_ke&ug.pd	ONUSIDA & UNHCR	C.N. Morris et	2006	E	Chauffeurs routiers et

ID	Pays GLIA	Titre	Nom du dossier	Institutions	Auteurs	Année	Langue	Groupes ciblés
	Oug)	prévention au sein des groupes à risque élevé au Kenya et en Ouganda sur l'auto-route Trans-Africa	f		A.G. Ferguson			mécaniciens
274	Divers (Ke, Oug)	Estimation de la sérotransmission sexuelle du VIH au Kenya et en Ouganda le long de l'autoroute Trans-Africa : Le rôle continu de la prévention au sein des groupes à risque élevé	Highway_ke_ug	Université du Manitoba	C. N. Morris, A. G. Ferguson	2006	E	857 travailleuses du sexe, 202 chauffeurs routiers
275	Divers (Ke, Oug)	Estimation de la sérotransmission sexuelle du VIH au Kenya et en Ouganda le long de l'autoroute Trans-Africa : Le rôle continu de la prévention au sein des groupes à risque élevé	Highway_ke_ug.pdf	Université du Manitoba	C. N. Morris, A. G. Ferguson	2006	E	578 travailleuses du sexe, 202 chauffeurs routiers
276	Divers (Ke, Oug)	MAPPAGE DES POINTS CHAUDS DU TROC SEXUEL DANS LE COULOIR NORD : Mombasa-Kampala	Northern Corridor and transactional sex	Strengthening MST/HIV Control In Kenya Project, Ministère des Transports, Futures group Europe	Dr Chester N. Morris et Dr Alan Ferguson	2004	E	Chauffeurs routiers/mécaniciens sur longue distance, travailleuses du sexe
277	Divers (Ke, Oug)	Comportement sexuel et sollicitation de traitement pour les infections sexuellement transmises au sein de la population des chauffeurs routiers sur longue distance en Afrique de l'Est	Highway_behav_ea tafrica	Service de microbiologie médicale, Université du Manitoba	Chester N. Morris et Alan G. Ferguson	2007	E	162 chauffeurs routiers et 219 mécaniciens
278	Divers (Ke, Oug)	Comportement sexuel et sollicitation de traitement pour les infections sexuellement transmises au sein de la population des chauffeurs routiers sur longue distance en Afrique de l'Est	highway_behav_eas tafrica	Service de microbiologie médicale, Université du Manitoba et Institut de Virologie humaine – Nigeria	Chester N. Morris et Alan G. Ferguson	2007	E	162 chauffeurs routiers et 219 mécaniciens
279	Divers (Ke,	Infections sexuelle-ment	STIs fishermen	AIDS 2006 – XVIe Conférence	M. Ng'ayo et	2006	E	250 pêcheurs âgés de 18

ID	Pays GLIA	Titre	Nom du dossier	Institutions	Auteurs	Année	Langue	Groupes ciblés
	Oug)	transmises et VIH au sein des groupes de pêcheurs le long des rives du Lac Victoria : peuvent-elles bénéficier d'un essai de microbicide?	Lake Victoria	internationale sur le Sida	al.			à 68 ans
280	Divers (Ke, Tz, Oug)	Vulnérabilité des enfants et le VIH-SIDA en Afrique subsaharienne : que savons nous et que pouvons nous faire	gillespieOVCsynth.pdf	International Food Policy Research Institute, Université de Calgary Canada, Université de Tulane, USA	S. Gillespie et al.	2005	E	Enfants vulnérables
281	Divers (Rw, Tz)	Violence sexospécifique, relations de domination et risque d'infection par le VIH des femmes dans les consultations pré-natales organisées dans les dispensaires en Afrique du Sud	Dunkle GBV KIV link lancet 2004	Gender and Health Group, Medical Research Council, Private Bag X385, Pretoria 0001, South Africa	Kristin L. Dunkle et al.	204	E	1.366 femmes
282	Divers (Rw, Tz)	Les maladies sexuellement transmises au sein des populations mobiles.	SCAN0987_000.pdf	Department of Clinical Sciences, London School of Hygiene & Tropical Medicine, London, UK	David Mabey & Philippe Mayaud	1997	E	Voyageurs étrangers venus d'Europe, travailleurs migrants en Afrique australe, et réfugiés rwandais vivant dans un camp en Tanzanie.
283	Divers (Rw, Oug)	Descendons dans les rues : comment toucher les chauffeurs routiers, les travailleuses du sexe et les populations rurales grâce aux systèmes mobiles de CDV	mobile-VCT	Population Services International, Washington, DC ,USA		2006	E	Populations mobiles, PDIP
284	Divers (Tz, Oug)	Approches à la lutte contre les infections sexuellement transmises dans les pays en développement : anciens problèmes et défis modernes	174.pdf	London School of Hygiene and Tropical Medicine	P. Mayaud, D. Mabey	2004	E	Population jeune sexuellement active, migrants urbains, PDIP, travailleuses du sexe

ID	Pays GLIA	Titre	Nom du dossier	Institutions	Auteurs	Année	Langue	Groupes ciblés
285	Divers (Tz, Oug)	La surveillance du VIH-Sida dans les pays en développement. Expériences et questions à l'étude	GTZ_surveillance_Mbeya	GTZ		1999	E	Population générale
286	Divers (Tz, Oug)	Interactions entre l'infection par le VIH et les autres infections sexuellement transmises	mobility and risk reduction2	Department of infectious & tropical Diseases, London School of Hygiene & Tropical Medicine, London, UK	David Mabey	2000	E	293 sujets
287	Divers (Tz, Oug)	Preuves empiriques de l'impact du VIH sur la mortalité adulte dans le monde en développement : données tirées des études sérologiques	aids mortality.pdf	MRC Clinical Trials Unit London, London School of Hygiene and Tropical Medicine	K Porter, B Zaba	2004	E	Population de jeunes adultes, femmes
288	Divers (Tz, Oug)	Déterminants de l'impact du traitement des infections à transmission sexuelle sur la prévention de l'infection par le VIH : une synthèse des résultats des projets d'intervention de Mwanza, Rakai, et Masaka.	mobility in Tanzania and Uganda.pdf	Department of Public Health, Erasmus Medical Center, University Medical Center Rotterdam, Rotterdam, Pays-Bas ; London School of Hygiene and Tropical Medicine, London, Royaume-Uni ; Medical Research Council Programme on AIDS in Uganda, Uganda Viru	E.L. Korenromp et al.	2005	E	293 hommes et femmes
289	Divers (Tz, Oug)	L'examen des comportements à risque et des taux des maladies sexuellement transmises à Mwanza par rapport à ceux de l'Ouganda peuvent aider à expliquer les résultats des essais de prévention du VIH	Uganda and Tanzania MST study.pdf	London School of Hygiene and Tropical Medicine, Keppel Street, London, UK.	Kate K. Orroth et al.	2003	E	1. Pop. de migration : (645 participants à Rakai, Ouganda), (2072 à Masaka, Ouganda) et (1500 à Mwanza en Tanzanie) 2. Comportements sexuels : (11.600 à Rakai), (5.900 à Masaka) et (1.100 à Mwanza)
290		Document de discussion 1 : le VIH-Sida et les forces armées	military hiv 2005	Clingendael Institute, Séminaire d'experts et Conférence de politique : le Sida, la sécurité et la démocratie, La Haye, 2-4 mai 2005		2005	E	Soldats, casques bleus
291		19e Réunion du Conseil de coordination du Programme de l'ONUSIDA, Lusaka,	20061101_pcb_security_and_humanitarian_response_en	ONUSIDA		2006	E	Réfugiés, PDIP, communautés d'accueil

ID	Pays GLIA	Titre	Nom du dossier	Institutions	Auteurs	Année	Langue	Groupes ciblés
		Zambie, 6–8 décembre 2006. Sida, sécurité et réponse humanitaire						
292		AIDE-MÉMOIRES Lignes directrices politiques sur la prévention du VIH-Sida et son contrôle à l'intention des organes de planification et de commandement militaire des Nations Unies	Commanders_Guidelines	Alliance entre civils et militaires & Département des Nations Unies chargé des opérations de maintien de la paix		2000	E	Militaires/ personnel en uniforme
293		Le Sida et les forces armées	militarypv_en	ONUSIDA		1998	E	Militaires/ personnel en uniforme
294		RAPPORT SUR LE SIDA : POPULATIONS MILITAIRES	AIDS-Brief-Military%20Sector	USAID, OMS	Rodger Yeager	2000	E	Militaires/ personnel en uniforme
295		Le Sida, la sécurité et l'initiative du conflit. Notes de discussion sur les thèmes et les résultats	military hiv de Waal	SSRC and Harvard University	Alex de Waal	2005	E	Membres des forces armées
296		LE SIDA, LA SÉCURITÉ ET LES FORCES ARMÉES EN AFRIQUE : UNE ÉVALUATION OBJECTIVE	Whiteside et al military 2006	Royal African Society, Oxford University	A Whiteside, A de Waal et T Gebre-tensae	2006	E	Militaires/ autre personnel en uniforme
297		Derrières les barreaux de la masculinité : le viol des hommes et l'homophobie chez les hommes en Afrique du Sud	Abstract Gear 2007	Centre for the Study of Violence and Reconciliation, South Africa	Sasha Gear	2007	E	Prisonniers (hommes)
298		Renforcement de la résistance régionale au VIH le long des réseaux routiers de l'ASEAN	Corridors_Hope_Southern-Africa-Microsoft Word	FHI		2005	E	Chauffeurs routiers, travailleuses du sexe, serveuses de bar et femmes de chambre dans les gîtes, commerçants ambulants et résidents locaux résidents
299		De par leur occupation, les soldats et les marins courent des risques élevés. Rapport	Military_Risk_SpecialReport.doc		Miller N. and Yeager R.	1995	E	Soldats, marins

ID	Pays GLIA	Titre	Nom du dossier	Institutions	Auteurs	Année	Langue	Groupes ciblés
		spécial sur les forces armées						
300		Enfants en prison	gn-14-enfant-in-prison	KING'S COLLEGE LONDON, International Centre for Prison Studies		2004	E	Enfants en prison
301		Migration circulaire et établissement de réseaux sexuels dans les régions rurales du KwaZulu/ Natal : implications pour la propagation du VIH et des autres maladies sexuellement transmises	south africa migration.pdf	South African Medical Research Council, Centre For Epidemiological Studies in Southern Africa (CERSA), Hlabisa, KwaZulu/Natal, South Africa; Johns Hopkins University School of Hygiene and Public Health, Baltimore MD, USA	Mark Lurie et al.	1997	E	Hommes âgés de 20 à 50 ans
302		La lutte contre le Sida. LE VIH ET LES FORCES ARMÉES DU MONDE	Healthlink armed forces 2002	Healthlink Worldwide, Cityside 40 Adler Street. London E1 1EE UK	Martin Foreman	2002	E	Services en uniforme (militaires, casques bleus)
303		Réactions des communautés au VIH-Sida le long des couloirs de transit et des zones d'activités intenses de transport en Afrique de l'Est et en Afrique australe	Corridor_eastern_southern.doc	IFRTD, CSIR		2004	E	Travailleurs dans le secteur des transport, travailleuses du sexe, communautés de l'Afrique de l'Est
304		Conflit et maladie : un survol des conflits en Afrique. Exposé présenté à la Conférence de la Fondation Mwalimu Nyerere	AMREF7	AMREF	Daraus Bukenya	2002	E	Femmes et enfants
305		Couloirs d'espoir en Afrique australe : Besoins et opportunités de prévention du VIH dans quatre agglomérations frontalières.	cross-border-2003	Edmond de Rothschild Foundation Chemical Dependency Institute, Beth Israel Medical Center, 1st Ave at 16th Street, New York, NY 10003, USA ; Guangxi Center for HIV-AIDS Prevention and Control, 80 Taoyuan Road, Nanning 530021, Chine ; International Cooperation	T.M. Hammett et al.	2003	E	Toxicomanes
306		Élaboration et mise en application d'interventions transfrontalières de prévention de l'infection par le VIH pour les utilisateurs de drogues injectables du comté de Ning	FHIFINAL sz Lo RSA	FHI, IMPACT & USAID	David Wilson	2001	E	Chauffeurs routiers, chauffeurs de bus, chauffeurs de taxi, travailleuses du sexe, mineurs, commerçants informels

ID	Pays GLIA	Titre	Nom du dossier	Institutions	Auteurs	Année	Langue	Groupes ciblés
		Ming (province de Guangxi Province), Chine et de la province de Lang Son, au Vietnam						
307		Effet d'une intervention structurelle en faveur de la prévention de la violence conjugale et de l'infection par le VIH en Afrique du Sud rurale : un essai randomisé en grappes	partner violence RSA	Development Action Research Programme (RADAR) School of Public Health, University of the Witwatersrand, PO Box 2, Acornhoek, South Africa 136	Paul M Pronyk et al.	2006	E	Femmes pauvres des zones rurales
308		Indications du déclin de la prévalence des MST dans une communauté minière de l'Afrique du Sud à la suite d'une intervention de fond sur les groupes les plus à risque.	Mobile populations.doc		S. Richard et al	2000	E	Mineurs, femmes
309		Des personnes aux lieux : concentration des efforts de prévention du Sida là où ils sont les plus importants	south africa mobility.pdf	Carolina Population Center, Université de la Caroline du Nord, USA	Sharon S. Wier et al.	2003	E	3.085 hommes et 1.564 femmes
310		Lignes directrices pour les interventions contre le VIH-Sida dans les situations d'urgence	iascguidelines_en.pdf	IASC			E	Personnes affectées par le VIH, ménages à risque, communautés à risque
311		Conséquences de la violence conjugale sur la santé	Campbell partner violence 2002	Johns Hopkins University School of Nursing, 525 North Wolfe Street, Baltimore, MD 21205–2110, USA	Jacquelyn C. Campbell	2002	E	Femmes victimes de violence
312		Le VIH et les travailleurs mobiles : UNE ÉTUDE DES RISQUES ET DES PROGRAMMES POUR LES CHAUFFEURS ROUTIERS EN AFRIQUE DE L'OUEST	hiv_Mobileworkers_WestAfrica.pdf	IOM & ONUSIDA	Eleonore Caraël	2005	E	Chauffeurs routiers
313		VIH et réfugiés	jc1300-policybrief-refugees_en	ONUSIDA & UNHCR		2007	E	Réfugiés
314		Les VIH et les utilisateurs de drogues injectables dans les	HIV_IDUs_Asia	Department of Health Policy, Management and Evaluation, Faculty	Alex Wodak, Robert Ali et	2004	E	UDI

ID	Pays GLIA	Titre	Nom du dossier	Institutions	Auteurs	Année	Langue	Groupes ciblés
		pays d'Asie		of Medicine, University of Toronto, 12 Queens Park Crescent West, Toronto, Canada M5S 1A8	Michael Farrell			
315		L'infection par le VIH des travailleuses du sexe à Accra : ciblage nécessaire des nouvelles recrues de ce secteur	sex workers and Ghana.doc	MST/AIDS Regional Coordination Unit, Greater Accra Region, Ministère de la Santé, Accra, Ghana Centre de Santé internationale, Université de Sherbrooke, Québec, Canada ; Projet ouest-africain de lutte contre le Sida, Accra, Ghana ; Laboratoire de référence de santé publique	Asamoah-Adu M. confort et al.	2001	E	Travailleuses du sexe
316		Mappage de la vulnérabilité au VIH : Highway One, Vietnam	Hiv2001	ONU				Travailleurs du secteur routier
317		Le VIH-Sida et la violence sexo-spécifique : examen de la documentation disponible	Final_Literature_Review.pdf	Department of Population and International Health, Harvard School of Public Health		2006	E	Victimes de violence sexospécifique
318		Le VIH-Sida au sein du secteur des transports dans les pays de l'Afrique australe : une évaluation rapide des régulations et formalités transfrontières	transpSector_hiv_southern.pdf	OIT		2005	E	Travailleurs du secteur des transports, travailleuses du sexe
319		Le VIH-Sida est une question de droits de l'homme. Les droits de l'homme relèvent des SYNDICATS.	Hiv%2Daids	Fédération internationale des travailleurs du secteur des transports			E	Travailleurs du secteur des transports
320		Le VIH-Sida, les conflits et les déplacements	hiv_aids_conflict_displacement	Unicef & UNHCR		2006	E	PDIP
321		Le VIH-Sida, la mobilité des populations et la migration en Afrique australe. Définition du programme de recherche et de politique.	2004_PopulationMobilityResearchAgendaReport	OIM		2005	E	Populations mobiles
322		Le VIH-Sida : les travailleurs du secteur des transports passent à l'action	Hiv_aids_global_unions_brochure	Global Union			E	Ouvriers

ID	Pays GLIA	Titre	Nom du dossier	Institutions	Auteurs	Année	Langue	Groupes ciblés
323		Le VIH-SIDA+TRAVAIL : Application du Code des pratiques de l'OIT au VIH-Sida et au monde du travail	HPP0000188	PNUD	Jacques du Guerny	2002	E	Populations mobiles
324		L'infection par le VIH-1 chez les utilisateurs présents et passés de drogues injectables de Rio de Janeiro au Brésil : prévalence, incidence estimée et diversité génétique	IDU_brazil	OMS	Sylvia Lopes Maia Teixeira et al.	2004	E	UDI
325		Mortalité et morbidité chez les utilisateurs de drogues injectables liées au virus de l'immunodéficience humaine : faut-il à nouveau modifier la définition du Sida	HIV_morbidity_mortality_IDU	Département d'Épidémiologie, Faculté de Santé publique de l'Université de la Caroline du Nord	Rachel Royce	1996	E	UDI
326		Charte humanitaire et normes minimum des réaction en cas de catastrophe	Sphere_hdbk_full	The Sphere Project		2004	E	Population générale, ONG
327		IMPACT DU VIH-SIDA SUR LES CAPACITÉS DU SECTEUR PUBLIC EN AFRIQUE SUBSAHARIENNE : VERS UN CADRE DE TRAVAIL POUR LA PROTECTION DES CAPACITÉS DU SECTEUR PUBLIC ET EFFICACITÉ DES RÉPONSES DANS LES PAYS LES PLUS DUREMENT TOUCHÉS	KM-Study report on Capacity impact of HIV-AIDS.doc	CONSEIL DES GOUVERNEURS DE LA FONDATION POUR LE RENFORCEMENT DES CAPACITÉS EN AFRIQUE (AFRICAN CAPACITY BUILDING FOUNDATION – ACBF)	Wilfred Ndongko et al.	2004	E	Employés du secteur public
328		Amélioration de l'estimation des paramètres, des méthodes de projection, de l'estimation des incertitudes et du classement de l'épidémie	2006prague_report_en	ONUSIDA	Dr Peter White	2007	E	Population générale, personnes séropositives

ID	Pays GLIA	Titre	Nom du dossier	Institutions	Auteurs	Année	Langue	Groupes ciblés
329		L'utilisation de drogues injectables et le Sida dans les pays en développement : Déterminants et questions à examiner par les politiques	HIV_IDUs_Dev&Trans-Countries	Banque mondiale	Kara S. Riehman	1996	E	UDI
330		Conférence internationale sur la paix, la sécurité, la démocratie et le développement dans la Région des Grands Lacs : DÉCLARATION DE DARES-SALAAM SUR LA PAIX, LA SÉCURITÉ, LA DÉMOCRATIE ET LE DÉVELOPPEMENT DANS LA RÉGION DES GRANDS LACS	HPP0000247	PNUD	Lorna Guinness & Lilani Kumaranayake	2002	E	Populations mobiles
331		Conférence internationale sur la Région des Grands Lacs - Programme régional d'action : Développement économique et intégration régionale	HPP0000819	PNUD	JAMIE UHRIG	2000	E	Travailleurs migrants et communautés d'accueil
332		Politiques et programmes internationaux sur le virus de l'immunodéficience humaine acquise et le syndrome de l'immunodéficience acquise au sein des forces armées : Points forts et limitations des pratiques actuelles	Yeager et al 2000 CMA	Department of Political Science, West Virginia University, Morgantown, WV 26506 U.S.A, Division of Clinical Pharmacology, The Johns Hopkins University School of Medicine, Baltimore, MD 21287 U.S.A, Civil-Military Alliance to Combat HIV and AIDS, 20 Route	Rodger D. Yeager et al.	2000	E	Militaires, personnel en uniforme, populations affectées par la guerre et les conflits
333		Conséquences de la violence conjugale sur la santé	Campbell partner violence STIs 2002	School of Hygiene and Public Health, Johns Hopkins University, 615 North Wolfe Street, Baltimore, MD 21205, U.S.A	Jacquelyn C. Campbell et al.	2002	E	2.535 femmes âgées de 21 à 55 ans
334		Existe-t-il des effets de démonstration sur le VIH-Sida ?- conclusions d'une	Is there an HIV_AIDS demonstration	Society in Transitions	Tessa Marcus	2001	E	Chauffeurs routiers

ID	Pays GLIA	Titre	Nom du dossier	Institutions	Auteurs	Année	Langue	Groupes ciblés
		étude longitudinale des chauffeurs routiers sur longue distance	effect					
335		Questions relatives à la prévention du VIH au sein des groupes d'utilisateurs de drogues injectables (UDI) dans les pays en développement et les économies en transition : Résultats de l'étude sur les drogues injectables de la Phase II de l'OMS.	Issues in HIV prevention for injecting drug users		Des Jarlais et al.	2004	E	UDI
336		Lesotho et Swaziland : évaluation du risque d'infection par le VIH-Sida sur les sites transfrontières et de migrants en Afrique australe	HPP0000936	PNUD & World Vision		2004	E	Travailleurs du secteur des transports et du secteur de la construction, employés dans les travaux publics
337		Mappage de la vulnérabilité au VIH à Kampong Thom, Siem Reap, Odor Meanchey et Preah Vihear, au Cambodge	HPP0000943	PNUD	Tia Phalla et al.	2004	E	Travailleurs dans le secteur de la construction, cantonniers, chauffeurs de camion, travailleuses du sexe, employés des hôtels+gîtes+restaurants
338		Les hommes ayant des relations sexuelles avec d'autres hommes, la prévention du VIH et son traitement	jc1233-msm-meetingreport_en	ONUSIDA		2005	E	Hommes ayant des relations sexuelles avec d'autres hommes
339		Atténuation de l'impact du VIH-Sida sur les activités du secteur des transports : une synthèse de la documentation disponible	HPP0000990	PNUD, World Vision, Macfarlaene Institute		2004	E	Travailleurs du secteur de la construction, chauffeurs de camion, pêcheurs, travailleurs migrants, travailleuses du sexe

ID	Pays GLIA	Titre	Nom du dossier	Institutions	Auteurs	Année	Langue	Groupes ciblés
340		Populations mobiles et VIH-Sida dans la région de l'Afrique australe. Actions recommandées	2003_MobilepopulationsAndHIVAids Document.pdf	OIM	Barbara Rijks	2003	E	Personnel militaire, employés du secteur des transports, mineurs, travailleurs du secteur de la construction et autres grandes industries, ouvriers agricoles, commerçants informels, domestiques, réfugiés et PDIP
341		Mobilité et dissémination du virus de l'immunodéficience humaine dans les régions rurales de l'Afrique de l'Ouest	mobility_West Africa.pdf	Institut National de la Santé et de la Recherche médicale, U88-IFR69, Saint-Maurice, France ; Medical Research Council Laboratories, Fajara, Gambie ; Institut national d'études démographique, Paris, France ; Programme de recherche sur le Sida de l'Institut	E.Lagarde et al.	2003	E	1.200 hommes et femmes âgés de 15 à 59 ans
342		Estimations basées sur les modèles de l'acquisition du VIH des suites de viols dans les prisons	Prison_rape_hiv.abstract. Doc	Medical College of Wisconsin, Milwaukee	Steven D. Pinkerton	2007	E	Prisonniers
343		Modélisation de la répartition des nouvelles infections par le VIH par groupe d'exposition	ModeOfTransmission_07_en	OMS, ONUSIDA		2007	E	Travailleuses du sexe & leurs clients, jeunes, militaires, chauffeurs de camion, UDI
344		Modélisation de la répartition des nouvelles infections par le VIH par groupe d'exposition	MoT_2007_example_MC_en	OMS, ONUSIDA		2007	E	Travailleuses du sexe & leurs clients, jeunes, militaires, chauffeurs de camion, UDI
345		Réponses multisecto-rielles à la vulnérabilité au VIH des populations mobiles : exemples de la République populaire de Chine, de la Thaïlande et du Vietnam	icpsdd-gr-20nov	ONU, UA, IG/RGL		2004	E	Population générale
346		Réponses multisecto-rielles à la vulnérabilité au VIH des populations mobiles :	AsiaMultisectoriaResponses2003.pdf	PNUD	Jacques du Guerny et al.	2003	E	Migrants et communautés d'accueil

ID	Pays GLIA	Titre	Nom du dossier	Institutions	Auteurs	Année	Langue	Groupes ciblés
		exemples de la République populaire de Chine, de la Thaïlande et du Vietnam						
347		Rapport d'évaluation des besoins sur la transmission transfrontières du VIH-Sida et par les populations mobiles à Lang Son et Lao Cai, au Vietnam	Indonesia mobility	OIT, PNUD, ONUSIDA, AusAID	Graeme Hugo	2001	E	Populations mobiles à l'intérieur du pays et venus de l'étranger
348		Rapport d'évaluation des besoins sur la transmission trans-frontières du VIH-Sida et par les populations mobiles à Lang Son et Lao Cai, au Vietnam	CP_vietnam_HIV-AIDS_trans 2005.pdf	Program for Appropriate Technology in Health (PATH) 2nd Floor, Hanoi Towers, 49 Hai Ba Trung, Hanoi, Vietnam		2005	E	toxicomanes, travailleuses du sexe
349		Imposition de la paix dans la Région des Grands Lacs : défis et opportunités pour les EU en RDC	jama_article_another_world	Rwanda Women's Network	Mardge H. Cohen et al.	2005	E	Femmes violées et séropositives
350		Trousse d'éducation par les pairs destinée aux membres des services en uniforme : la mise en application de l'éducation sur le VIH-Sida et les IST par les pairs au service du personnel en uniforme.	JC928-EngagingUniServices-PeerEd_en	ONUSIDA	Iain McLellan	2003	E	Militaires, casques bleus, policiers, autres services en uniforme (hommes et femmes)
351		Conséquences de la violence physique et psychologique au foyer sur la santé physique	Coker violence STIs 2000	University of South Carolina, School of Public Health, Columbia	Ann L. Coker et al.	2000	E	1.152 femmes âgées de 18 à 65 ans
352		Priorités des efforts locaux de lutte contre le Sida (PLACE) : À appliquer dans les zones frontières du Lesotho et de l'Afrique du Sud	sr-04-30.pdf	USAID		2004	E	Zones et communautés frontalières
353		Traitement syndromique des infections sexuellement transmises par les pharmaciens des	Syndromatic treatment_STI_Community.Pharmacists	American Sexually Transmitted Disease Association.	KIM WARD et al.	2003	E	90 pharmaciens des communautés

ID	Pays GLIA	Titre	Nom du dossier	Institutions	Auteurs	Année	Langue	Groupes ciblés
		communautés : une stratégie peut-être sous-utilisée de prévention du VIH						
354		Évaluation rapide de l'utilisation de substances contrôlées par les populations affectées par les conflits et déplacées : l'exemple du Liberia	Liberia final report	UNHCR, OMS		2006	E	Toxicomanes PDIP
355		Réduction de la vulnérabilité des pêcheurs migrants et des populations apparentées en Thaïlande	Thailand fishermen programming	Raks Thai Foundation, Bangkok, Thaïlande. XVe Conférence internationale sur le Sida			E	Pêcheurs
356		Les réfugiés et le syndrome d'immuno-déficience acquise (Sida)	HIV and UNHCR1988 analysis.pdf	UNHCR		1988	E	Réfugiés
357		Directives régionales sur le VIH et le Sida pour le secteur du commerce transfrontière informel dans la région du SADC	2007-04_IOM_HIVGuidelinesICBT	PHAMSA		2007	E	
358		Rapport de la TREIZIÈME SESSION DU COMITÉ SUR LES PÊCHERIES EN EAUX INTÉRIEURES EN AFRIQUE	y5919b00.pdf	FAO		2004	E	Pêcheurs
359		Rapport sur la mobilité	prisonframework	Office des Nations Unies sur la drogue et le crime, ONUSIDA, OMS	Rick Lines and Heino Stöver	2006	E	Prisonniers
360		Rapport du Colloque international sur la violence sexuelle dans les situations de conflit et au-delà	JC1276-globalreach-en	ONUSIDA & OIT		2006	E	Ouvriers
361		Risques et vulnérabilités des populations mobiles et des travailleurs migrants en Afrique australe.	2007-01_IOM_HIVandPeopleOnTheMove	Health and Development Networks (HDN) et l'Organisation internationale des Migrations (OIM) : Partenariat sur le VIH-Sida et les populations mobiles en Afrique australe (PHAMSA)		2007	E	Populations mobiles

ID	Pays GLIA	Titre	Nom du dossier	Institutions	Auteurs	Année	Langue	Groupes ciblés
362		Infections sexuellement Transmises en Afrique subsaharienne : utilisation et efficacité des trousse de Traitement	PPSTLarge	PSI/Washington 1120, 19th Street, NW, Suite 600, Washington, DC 20036 USA	Florence Zake et al.		E	Personnes en cours de traitement pour des IST
363		Solidarity Center : Notre mission sur le VIH-Sida	pubs-hivdonor	Solidarity Center		2007	E	Chauffeurs routiers et leurs familles
364		Le lien entre la contraception et la fécondité en Afrique subsaharienne et dans d'autres pays en développement	contraception fertility SSA.pdf	ORC Macro	CF Westoff, A Bankole	2001	E	
365		Le potentiel de développement des programmes régionaux : une évaluation du soutien de la Banque mondiale aux opérations multipays	reg_pgms_full	Banque mondiale	Catherine Gwin et al.	2007	E	Population générale
366		L'avenir de la pandémie du VIH	future of HIV response - mobile populatins.pdf	Imperial College London, OMS	N.C. Grassly, G.P. Garnett	2005	E	Populations mobiles
367		Le Programme mondial de lutte contre le VIH-Sida : ENSEIGNEMENTS TIRÉS JUSQU'À PRÉSENT DES PROJETS DE LUTTE CONTRE LE VIH-SIDA DANS LES COULOIRS DE TRANSPORT	Transport_lessons_hiv_corridors.pdf	Banque mondiale	Stephen Brushett et John Stephen Osika	2005	E	Travailleurs du secteur des transports
368		Coûts et avantages potentiels d'une réponse à la dimension mobilité de l'épidémie du VIH en Asie du Sud-Est : un cadre de travail conceptuel	sexual violence conflict 2005	FNUAP		2006	E	Femmes victimes de violence
369		Activités du Solidarity Center sur le VIH-Sida en Afrique de l'Est : RÉSULTATS DE SEPTEMBRE 2005 À MARS 2007 (Kenya & Ouganda)	Sme	OIT		2006	E	Employés des PME
370		La structure des réseaux	Malawi sexual	Department of Sociology,	Stephane		E	1.800 ménages

ID	Pays GLIA	Titre	Nom du dossier	Institutions	Auteurs	Année	Langue	Groupes ciblés
		sexuels et de la propagation du VIH en Afrique subsaharienne : les résultats de l'île de Likoma (Malawi)	networks on Likoma.pdf	Population Studies Center, University of Pennsylvania, USA	Helleringer et Hans-Peter Kohler			
371		Trousse de prévention du VIH au sein des populations mobiles dans la sous-région du Grand Mékong	SouthernAfrica_CorridorsHope	USAID	Janean Martin	2004	E	Chauffeurs de camion, travailleuses du sexe, serveuses de bar et domestiques des gîtes, petits commerçants et résidents locaux
372		Faible taux de prévalence inattendu du VIH chez les femmes fécondes de Luanda, en Angola. La guerre empêche-t-elle la propagation du VIH ?	StrandEtAl2007.pdf			2007	E	
373		UNHCR, VIH-Sida et réfugiés : enseignements tirés	FMR1909.pdf	UNHCR	Paul B Spiegel et Alia Nankoe		E	Réfugiés et populations d'accueil
374		Violence à l'encontre des femmes : portée et étendue globales	Watts Zimmerman violence 2002	Health Policy Unit, Department of Public Health and Policy, London School of Hygiene and Tropical Medicine, London WC1E 7HT, UK	Charlotte Watts et Cathy Zimmerman	2002	E	Femmes victimes de violence
375		GAGNER LA GUERRE CONTRE LE VIH ET LE SIDA. Un manuel de planification, suivi et évaluation des programmes de prévention et de traitement du VIH au sein des services en uniforme	CMA_Planning_Handbook	Alliance entre civils et militaires, ONUSIDA	Stuart J. Kingma et al.	1999	E	Militaires et autres services en uniforme
376		Les femmes au Rwanda : Un autre monde est possible	transp-hivguidlines	OIT		2005	E	Travailleurs du secteur des transports et de la construction, et ouvriers des travaux publics, décideurs en matière de politique de transport

ANNEXE VIII ANALYSE DES PLANS STRATÉGIQUES NATIONAUX DES PAYS DE LA GLIA**ANNEXE VIIIa. Ciblage de groupes de populations vulnérables CHOISIES**

Burundi : **Plan stratégique de lutte contre le VIH/SIDA. 2007-2011**

RD Congo : **Plan stratégique national de lutte contre le VIH/SIDA/ MST 1999–2008**

Kenya : **Plan stratégique national 2005/6- 2009/10**

Rwanda : **Plan stratégique national de lutte contre le VIH/ SIDA, nov. 2005**

Tanzanie continentale : **Cadre stratégique national multi-sectoriel de lutte contre le VIH et le Sida 2008 –2012**

Tanzanie-Zanzibar : **Plan stratégique nationale de lutte contre le VIH-Sida de Zanzibar 2003-2007**

Ouganda : **Plan stratégique national de lutte contre le VIH et le Sida. 2007/8 – 2011/12, août 2007**

Ciblage des populations vulnérables - travailleuses commerciales du sexe	
Burundi	Promotion des comportements sexuels à plus faible risque grâce à l'IEC, à la BCC et à la promotion du préservatif. TDV. Diagnostic et traitement des IST. Amélioration de la situation économique des groupes vulnérables.
RD Congo	Promotion des activités d'éducation par les pairs. Promotion des comportements sexuels moins dangereux.
Kenya	Développement des stratégies de prévention, traitement et de soins du VIH-Sida pour les travailleuses commerciales du sexe et leurs clients.
Rwanda	Sensibilisation à l'abstinence, à la fidélité et à l'emploi du préservatif. Renforcement du marketing social des préservatifs et notamment des préservatifs féminins. Activités de prévention d'IEC/BCC par l'entremise des chaînes des médias, de l'éducation par les pairs, et des matériaux de promotion, (brochures, chemises, affiches, etc.), rencontres, activités culturelles et sportives, conférences.
Tanzanie continentale	Renforcement de l'accès aux méthodes de prévention du VIH (IEC, préservatifs, éducation par les pairs, services de CDV & de traitement des IST). Reconnaissance de la vulnérabilité des travailleuses commerciales du sexe (CSW) et des hommes ayant des rapports sexuels avec d'autres hommes et promotion de leur accès aux services de traitement du VIH ; décriminalisation de leurs activités. Mise à la disposition des CSW et de leurs clients des services de traitement de qualité des IST.
Tanzanie-Zanzibar	Renforcement des capacités des travailleuses du sexe dans le domaine de la négociation des rapports sexuels, éducation par les pairs et utilisation du préservatif. Mise en place de nouveaux systèmes de gains de revenus pour les travailleuses du sexe. Développement de services intégrés de CDV et traitement des MST incorporant la réduction des préjudices grâce à l'éducation. Renforcement des lois et réglementations existantes qui accentuent le respect des valeurs culturelles et morales et découragent la prostitution. Introduction des BSS pour les travailleuses du sexe et leurs clients. Établissement d'une base de données des interventions.
Ouganda	Promotion de l'abstinence, de la fidélité et de l'utilisation des préservatifs masculins et féminins.

Membres des forces armées, combattants, forces de police, casques bleus	
Burundi	Promotion des comportements sexuels à plus faible risque grâce à l'IEC, à la BCC et à la promotion du préservatif. TDV. Diagnos-tic et traitement des IST.
RD Congo	Activités de sensibilisation et d'éducation par les pairs. Promotion de l'abstinence, de la fidélité et de l'utilisation des préservatifs masculins et féminins. Renforcement des activités de prévention.
Kenya	Développement de stratégies novatrices de prévention, de traitement et de soins du VIH-SIDA ciblant le personnel en uniforme. Inté-gration du volet VIH-SIDA dans les secteurs pertinents. Sensibilisation à l'abstinence, à la fidélité et à l'emploi du préservatif. Renforcement du marketing social des préservatifs et notamment des préservatifs féminins. Activités de prévention d'IEC/ BCC par l'entremise des chaînes des médias, de l'éduca-tion par les pairs, et des matériaux de promotion, (bro-chures, chemises, affiches, etc.), ren-contres, activités culturelles et sportives, conférences.
Rwanda	Renforcement de l'accès aux méthodes de prévention du VIH (IEC, préservatifs, éducation par les pairs, services de CDV & de traitement des IST). Intégra-tion de l'édu-cation sur le VIH dans les programmes et séminaires d'orientation du nouveau personnel. Normalisation de l'éducation sur le VIH et de la formation par les pairs dans tous les sec-teurs et en assurer la qualité. Rendre les informations et les préservatifs disponibles pour tous les travailleurs mobiles et migrants de tous les secteurs.
Tanzanie continentale	Examen des lignes directrices et régulations rela-tives à la transmission des IST. Établir un système solide d'éducation sur les MST et le VIH-SIDA. Lancement de mécanismes d'éducation par les pairs. Établissement de services conviviaux de soins des IST et de CDV et accès à des instruments de prévention abordable, notamment le préservatif.
Tanzanie-Zanzibar	Promotion de l'abstinence, de la fidélité et de l'utilisation des préservatifs masculins et féminins. Pré-vention par les services d'IEC et le soutien aux services de CDV.
Ouganda	
Chauffeur routier sur longue distances / mécaniciens	
Burundi	Promotion des comportements sexuels à plus faible risque grâce à l'IEC, à la BCC et à la promotion du préservatif. TDV. Dia-gnostic et traitement des IST.
RD Congo	Prévention de la transmission sexuelle du VIH par la voie sexuelle grâce aux activités de sensibilisation, de promotion du préservatif et de gestion des IST. Promotion de l'éducation par les pairs.
Kenya	Développement des stratégies novatrices de prévention, de traitement et de soins du VIH-Sida. Intégrer systémati-quement le volet VIH-SIDA dans les secteurs desservant les travailleurs migrants.
Rwanda	Sensibilisation à l'abstinence, à la fidélité et à l'emploi du préservatif. Renforcement du marketing social des préservatifs et notamment des préservatifs féminins. Acti-vités de préven-tion d'IEC/BCC par l'entremise des chaînes des médias, de l'édu-cation par les pairs, et des matériaux de promotion, (bro-chures, chemises, affiches, etc.), ren-contres, activités culturelles et sportives, conférences.
Tanzanie continentale	Renforcement de l'accès aux méthodes de prévention du VIH (IEC, préservatifs, éducation par les pairs, services de CDV & de traitement des IST). Recon-naissance de la vulnérabilité des tra-vailleuses commer-ciales du sexe (CSW) et des hommes ayant des rapports sexuels avec d'autres hom-mes et promotion de leur accès aux services de traitement du VIH ; décriminalisation de leurs activités. Mise à la disposition des CSW et de leurs clients des services de traitement de qualité des IST. Mise en application des lignes directrices relatives aux interventions sur les lieux de travail. Intégration de l'éducation sur le VIH dans les cours d'orientation et les séminaires pour les nouveaux employés.

	Normalisation de l'éducation sur le VIH et de la formation par les pairs dans tous les secteurs et en assurer la qualité. Mettre au point des programmes de sensibilisation incluant les familles et les communautés des travailleurs. Élaborer et appuyer des programmes spéciaux touchant les travailleurs du secteur informel par une collaboration avec les gouvernements & le secteur privé. Rendre les informations et les préservatifs disponibles pour tous les travailleurs mobiles et migrants de tous les secteurs.
Tanzanie-Zanzibar	
Ouganda	Mise en place de l'environnement et des systèmes politiques nécessaires pour maximiser les résultats des initiatives régionales ciblant les populations mobiles (GLIA, projet IGAD IRAPP, le programme de lutte contre le VIH et le Sida de l'EAC-AMREF Lake Victoria (EALP)).
Pêcheurs – communautés de pêche	
Burundi	Promotion des comportements sexuels à plus faible risque grâce à l'IEC, à la BCC et à la promotion du préservatif. TDV. Diagnostic et traitement des IST.
RD Congo	Activités de sensibilisation et d'activités d'éducation par les pairs. Promotion de l'abstinence, de la fidélité et de l'utilisation des préservatifs. Renforcement des activités de prévention.
Kenya	Développement des stratégies novatrices de prévention, traitement et de soins du VIH-Sida pour les travailleurs migrants et intégration du traitement du VIH-SIDA dans les secteurs desservant les travailleurs migrants.
Rwanda	Sensibilisation à l'abstinence, à la fidélité et à l'emploi du préservatif. Renforcement du marketing social des préservatifs et notamment des préservatifs féminins. Activités de prévention d'IEC/BCC par l'entremise des chaînes des médias, de l'éducation par les pairs, et des matériaux de promotion, (brochures, chemises, affiches, etc.), rencontres, activités culturelles et sportives, conférences.
Tanzanie continentale	Renforcement de l'accès aux méthodes de prévention du VIH (IEC, préservatifs, éducation par les pairs, services de CDV & de traitement des IST). Intégration de l'éducation sur le VIH dans les programmes et séminaires d'orientation du nouveau personnel. Normalisation de l'éducation sur le VIH et de la formation par les pairs dans tous les secteurs et en assurer la qualité. Rendre les informations et les préservatifs disponibles pour tous les travailleurs mobiles et migrants de tous les secteurs
Tanzanie-Zanzibar	Organisation de cours de formation des formateurs par les pairs en matière de transmission et de prévention du VIH, et sécurité financière et alimentaire des personnes à charge des pêcheur. Promotion de pratiques sexuelles moins dangereuses au sein des communautés de pêcheurs. Assurer une surveillance des comportements au sein des groupes vivant dans ces camps de pêche
Ouganda	Renforcer la prévention dans les communautés de pêche grâce au soutien aux services de consultation-conseil et de dépistage du VIH.
Réfugiés	
Burundi	Promotion des comportements sexuels à plus faible risque grâce à l'IEC, à la BCC et à la promotion du préservatif. TDV. Diagnostic et traitement des IST. Amélioration de la situation économique des groupes vulnérables.
RD Congo	Promotion des activités d'éducation par les pairs. Prévention de la transmission sexuelle du VIH par la sensibilisation, la promotion du préservatif et la gestion des IST. Renforcement des activités de prévention ciblant les groupes à haut niveau de risque.
Kenya	Promouvoir des enquêtes plus efficaces et mieux ciblées de surveillance des comportements. Promouvoir l'abstinence, la pratique systématique de comportements sexuels sans danger et le report des premiers rapports sexuels chez les jeunes.

Rwanda	Sensibilisation à l'abstinence, à la fidélité et à l'emploi du préservatif. Renforcement du marketing social des préservatifs et notamment des préservatifs féminins. Activités de prévention d'IEC/BCC par l'entremise des chaînes des médias, de l'éducation par les pairs, et des matériaux de promotion, (brochures, chemises, affiches, etc.), rencontres, activités culturelles et sportives, conférences.
Tanzanie continentale	Renforcement de l'accès aux méthodes de prévention du VIH (IEC, préservatifs, éducation par les pairs, services de CDV & de traitement des IST).
Tanzanie-Zanzibar	Éducation sur l'utilisation efficace des préservatifs. Établissement d'un système de passation des marchés et de distribution des préservatifs masculins et féminins. Veiller à la disponibilité et à l'accessibilité, à des prix abordables, de microbicides vaginaux et de marketing de différentes marques de préservatifs.
Ouganda	Promotion des bonnes pratiques de conception et de mise en application des activités de production de revenus. Appuyer les programmes de production de revenus. Renforcer les mécanismes traditionnels d'adaptation pour améliorer la viabilité de la subsistance. Intégration des services de SRH dans les activités d'autonomisation économique. Mettre en application les politiques nationales d'alimentation et de nutrition au niveau des collectivités et des communautés locales et des ménages de PVVIH. Faciliter l'obtention de matériels essentiels.
Personnes déplacées à l'intérieur de leur pays	
Burundi	Promotion des comportements sexuels à plus faible risque grâce à l'IEC, à la BCC et à la promotion du préservatif. TDV. Diagnostic et traitement des IST. Amélioration de la situation économique des groupes vulnérables
RD Congo	Prévention de la transmission sexuelle du VIH par la sensibilisation, la promotion du préservatif et la gestion des IST. Renforcement des activités de prévention ciblant les groupes à haut niveau de risque
Kenya	Sensibilisation à l'abstinence, à la fidélité et à l'emploi du préservatif. Renforcement du marketing social des préservatifs et notamment des préservatifs féminins. Activités de prévention d'IEC/BCC par l'entremise des chaînes des médias, de l'éducation par les pairs, et des matériaux de promotion, (brochures, chemises, affiches, etc.), rencontres, activités culturelles et sportives, conférences.
Rwanda	1. Promouvoir un accès accru aux informations et aux services de prévention du VIH (IEC, accès aux préservatifs, éducation par les pairs, services conviviaux de dépistage, de consultations-conseil et de traitement des IST) pour les populations vulnérables.
Tanzanie continentale	
Tanzanie-Zanzibar	Faciliter un accès accru à l'éducation technique et aux opportunités d'apprentissage. Promouvoir un accès préférentiel des OEV, des fillettes, des personnes handicapées et des autres groupes désavantagés aux opportunités d'éducation informelle, de formation technique et d'autonomie fonctionnelle. Mettre en application les politiques et lignes directrices nationales sur l'alimentation et la nutrition au niveau des collectivités locales, des communautés et des ménages de PVVIH. Faciliter la fourniture de matériels essentiels.
Ouganda	
Communautés d'accueil des réfugiés	
Burundi	Promotion des comportements sexuels à plus faible risque grâce à l'IEC, à la BCC et à la promotion du préservatif. TDV. Diagnostic et traitement des IST. Amélioration de la situation économique des groupes vulnérables.

RD Congo	
Kenya	
Rwanda	Sensibilisation à l'abstinence, à la fidélité et à l'emploi du préservatif. Renforcement du marketing social des préservatifs et notamment des préservatifs féminins. Activités de prévention d'IEC/BCC par l'entremise des chaînes des médias, de l'éducation par les pairs, et des matériaux de promotion, (brochures, chemises, affiches, etc.), rencontres, activités culturelles et sportives, conférences.
Tanzanie continentale	Promouvoir un accès renforcé aux informations et aux services de prévention du VIH (IEC, accès aux préservatifs, éducation par les pairs, services conviviaux de dépistage, de consultations-conseil et de traitement des IST).
Tanzanie-Zanzibar	
Ouganda	Promouvoir les bonnes pratiques de l'élaboration et de la mise en application d'activités génératrices de revenus. Appuyer les programmes générateurs de revenus. Renforcer les mécanismes traditionnels d'adaptation pour améliorer les conditions de subsistance des ménages affectés. Intégrer les services de SRH aux activités d'autonomisation économiques.
Rapatriés	
Burundi	Promotion des comportements sexuels à plus faible risque grâce à l'IEC, à la BCC et à la promotion du préservatif. TDV. Diagnostic et traitement des IST. Amélioration de la situation économique des groupes vulnérables
RD Congo	Prévention de la transmission sexuelle du VIH par la sensibilisation, la promotion du préservatif et la gestion des IST. Renforcement des activités de prévention ciblant les groupes à haut niveau de risque
Kenya	
Rwanda	Sensibilisation à l'abstinence, à la fidélité et à l'emploi du préservatif. Renforcement du marketing social des préservatifs et notamment des préservatifs féminins. Activités de prévention d'IEC/BCC par l'entremise des chaînes des médias, de l'éducation par les pairs, et des matériaux de promotion, (brochures, chemises, affiches, etc.), rencontres, activités culturelles et sportives, conférences.
Tanzanie continentale	
Tanzanie-Zanzibar	
Ouganda	Concentrer les activités de prévention sur les groupes vulnérables et à risque élevé en traitant des facteurs socio-économiques et des facteurs culturels et promotion de la prévention au sein des groupes de PPVIH.
Prisonniers	
Burundi	Promotion des comportements sexuels à plus faible risque grâce à l'IEC, à la BCC et à la promotion du préservatif. TDV. Diagnostic et traitement des IST.
RD Congo	Promotion de l'éducation par les pairs. Prévention de la transmission sexuelle du VIH par la sensibilisation, la promotion du préservatif et la gestion des IST.

Kenya	Accroître la disponibilité et l'accès aux services de consultations-conseil, de dépistage et de traitement des IST. Accélérer le programme de distribution des préservatifs.
Rwanda	Sensibilisation à l'abstinence, à la fidélité et à l'emploi du préservatif. Renforcement du marketing social des préservatifs et notamment des préservatifs féminins. Activités de prévention d'IEC/BCC par l'entremise des chaînes des médias, de l'éducation par les pairs, et des matériaux de promotion, (brochures, chemises, affiches, etc.), rencontres, activités culturelles et sportives, conférences.
Tanzanie continentale	Mise à disposition des préservatifs aux prisonniers et gestion des sévices sexuels subis par les prisonniers des deux sexes.
Tanzanie-Zanzibar	Examen des lignes directrices et régulations relatives à la transmission des IST. Souligner la sérovulnérabilité des prisonniers à l'égard des décideurs et du personnel. Établir un système d'éducation sur les MST/VIH-SIDA. Mise en place de systèmes d'éducation par les pairs. Établissement de services conviviaux de CDV et de traitement des IST et accès à des instruments de prévention abordables (préservatifs etc). Mise en place d'un cadre de référence politique sur les IST incluant un volet soins et soutien. Introduction de dialogues d'échange d'expériences entre prisons & institutions traitant du VIH-SIDA
Ouganda	Élaboration et mise en application d'interventions efficaces pour réduire les comportements sexuels risqués, notamment pour les groupes les plus à risque, par l'intermédiaire d'interventions d'IEC.
Femmes victimes de violence sexuelle/violence sexospécifique	
Burundi	Promotion des comportements sexuels à plus faible risque grâce à l'IEC, à la BCC et à la promotion du préservatif. TDV. Diagnostic et traitement des IST. Amélioration de la situation économique des groupes vulnérables.
RD Congo	
Kenya	Renforcement des capacités des forces de police et du système de santé, notamment dans le secteur privé, pour assurer la fourniture rapide de services aux victimes de viol et de violence sexuelle. Renforcement de la fourniture des PEP. Mise au point de stratégies de lutte contre l'ostracisme associé au viol.
Rwanda	Promotion des PEP.
Tanzanie continentale	Promotion de discussions ouvertes et de la sensibilisation aux inégalités entre les sexes, au VIH, à la violence sexospécifique et aux sévices sexuels au sein des familles et au niveau des communautés. Promouvoir le respect des droits des femmes et des enfants. Promouvoir un accès accru aux informations et aux services de prévention sur le VIH. Fournir des PEP, des services de contraception d'urgence, de traitements des IST présumées, de consultations-conseil, de soutien juridique et de protection pour les victimes de viol, y compris les enfants victimes de sévices sexuels et les femmes dans des relations matrimoniales forcées et abusives.
Tanzanie-Zanzibar	Intensification des interventions contre le VIH-SIDA des syndicats impliqués dans la protection des femmes de chambre et des employés d'hôtel. Application de la loi contre le harcèlement et les sévices.
Ouganda	

ANNEXE VIIIb. Ciblage d'AUTRES groupes vulnérables de population

Ciblage des populations vulnérables - Travailleurs migrants	
Burundi	Promotion des comportements sexuels à plus faible risque grâce à l'IEC, à la BCC et à la promotion du préservatif. CDV. Diagnostic et traitement des IST. Amélioration de la situation économique des groupes vulnérables.
RD Congo	Renforcement des activités de prévention ciblant les groupes les plus à risque.
Kenya	Développement des stratégies novatrices de prévention, traitement et de soins du VIH-Sida pour les travailleurs migrants et intégration du traitement du VIH-SIDA dans les secteurs desservant les travailleurs migrants.
Rwanda	Sensibilisation à l'abstinence, à la fidélité et à l'emploi du préservatif. Renforcement du marketing social des préservatifs et notamment des préservatifs féminins. Activités de prévention d'IEC/BCC par l'entremise des chaînes des médias, de l'éducation par les pairs, et des matériaux de promotion, (brochures, chemises, affiches, etc.), rencontres, activités culturelles et sportives, conférences.
Tanzanie continentale	Renforcement de l'accès aux méthodes de prévention du VIH (IEC, préservatifs, éducation par les pairs, services de CDV & de traitement des IST). Mise au point de programmes de vulgarisation incluant les familles et les communautés des travailleurs. Rendre les informations et les préservatifs disponibles pour tous les travailleurs mobiles et migrants de tous les secteurs. Élaborer et appuyer des programmes spéciaux de prévention et de contrôle du VIH à l'intention des opérateurs du secteur informel, grâce à la collaboration du gouvernement et du secteur privé.
Tanzanie-Zanzibar	Organiser une éducation sur le VIH-SIDA à l'intention des travailleurs. Promouvoir la fourniture de contrats de travail offrant une assurance maladie. Établir des plans d'assurance offrant une couverture des services d'assistance médicale et de frais d'hospitalisation. Assurer l'accès aux dispensaires de traitement des MST et de services de CDV, aux préservatifs et aux microbicides vaginaux. Créer des forums d'échange d'expérience entre travailleurs, institutions & syndicats trade dans les contextes privés et publics (forums locaux, internationaux). Examen des politiques et des régulations discriminant contre les employés atteints de VIH-SIDA.
Ouganda	
Opérateurs du secteur des transports	
Burundi	
RD Congo	
Kenya	
Rwanda	
Tanzanie continentale	
Tanzanie-Zanzibar	Élaboration de programmes d'éducation spéciale sur le VIH-SIDA à l'intention des propriétaires/ opérateurs de Daladala. Préserver l'environnement juridique sur la protection des travailleurs et de leurs droits sur la base des recommandations de l'OIT. Promotion de campagnes sur le VIH-SIDA à l'intention des travailleurs en covoiturage de Daladala en utilisant divers matériels d'IEC. Organiser une surveillance des comportements des chauffeurs de camion et de leurs mécaniciens. Promotion de pratiques sexuelles moins dangereuses.
Ouganda	

Utilisateurs de drogues injectables	
Burundi	Promotion des comportements sexuels à plus faible risque grâce à l'IEC, à la BCC et à la promotion du préservatif. CDV. Diagnostic et traitement des IST.
RD Congo	
Kenya	Développement de stratégies spécifiques pour assurer la prévention du VIH et d'autres besoins liés aux VIH.
Rwanda	Sensibilisation à l'abstinence, à la fidélité et à l'emploi du préservatif. Renforcement du marketing social des préservatifs et notamment des préservatifs féminins. Activités de prévention d'IEC/BCC par l'entremise des chaînes des médias, de l'éducation par les pairs, et des matériaux de promotion, (brochures, chemises, affiches, etc.), rencontres, activités culturelles et sportives, conférences.
Tanzanie continentale	Élaboration et mise en application d'une stratégie exhaustive permettant de réduire la transmission du VIH au sein des groupes d'UDI, avec notamment l'éducation, la distribution de préservatifs, les mesures de réduction des préjudices (désinfection et échange d'aiguilles et de seringues) et services de désintoxication des utilisateurs de drogues injectables.
Tanzanie-Zanzibar	Établissement de centres de traitement avec formation technique. Renforcement des lois et règlements en vigueur /cadre de politique pour la mise en application et intensification des mesures de réduction des préjudices, réduction de la demande et application des lois contre l'importation de drogues illicites. Intensification de la formation par les pairs & des programmes connexes à l'aide d'anciens toxicomanes. Renforcement du message d'éducation sur le VIH-SIDA à l'intention des toxicomanes. Production des systèmes de changements des comportements ciblant les toxicomanes & le grand public. Renforcement de la capacité des CSO atténuant les préjudices et réduisant la demande. Éducation et promotion des perceptions [positives] de la communauté à l'égard des toxicomanes mise en place de mécanismes communautaires décourageant la toxicomanie
Ouganda	
Hommes ayant des relations sexuelles avec d'autres hommes	
Burundi	Promotion des comportements sexuels à plus faible risque grâce à l'IEC, à la BCC et à la promotion du préservatif. TDV. Diagnostic et traitement des IST.
RD Congo	
Kenya	Développement de stratégies spécifiques pour traiter de la prévention du VIH et des autres besoins connexes sur le VIH.
Rwanda	Sensibilisation à l'abstinence, à la fidélité et à l'emploi du préservatif. Renforcement du marketing social des préservatifs et notamment des préservatifs féminins. Activités de prévention d'IEC/BCC par l'entremise des chaînes des médias, de l'éducation par les pairs, et des matériaux de promotion, (brochures, chemises, affiches, etc.), rencontres, activités culturelles et sportives, conférences.
Tanzanie continentale	Reconnaître la vulnérabilité des hommes ayant des relations sexuelles avec d'autres hommes et promouvoir leur accès aux informations et aux services de prévention et la décriminalisation de leurs activités.
Tanzanie-Zanzibar	
Ouganda	

Commerçantes ambulantes	
Burundi	Amélioration de la situation socioécono-mique.
RD Congo	
Kenya	
Rwanda	Sensibilisation à l'abstinence, à la fidélité et à l'emploi du préservatif. Renforcement du marketing social des préservatifs et notamment des préservatifs féminins. Activités de prévention d'IEC/BCC par l'entremise des chaînes des médias, de l'éducation par les pairs, et des matériaux de promotion, (brochures, chemises, affiches, etc.), rencontres, activités culturelles et sportives, conférences.
Tanzanie continentale	
Tanzanie-Zanzibar	Introduction des programmes de communication des comportements à l'intention des commerçantes ambulantes. Organisation de la formation des formateurs et de pairs éducateurs pour les commerçantes sur leurs lieux de travail. Organisation de programmes de surveillance des comportements de deuxième génération. Renforcement de l'accès aux préservatifs et aux services de traitement des MST et de CDV. Promouvoir le traitement précoce des MST.
Ouganda	Prévention au sein des groupes les plus à risque de femmes grâce à l'IEC et aux services de CDV.
Couples mariés	
Burundi	Promotion des comportements sexuels à plus faible risque grâce à l'IEC, à la BCC et à la promotion du préservatif. CDV. Diagnostic et traitement des IST.
RD Congo	
Kenya	Encourager les tests et les consultations conseil pour les couples, et la fourniture de d'information et d'éducation sur les droits reproducteurs.
Rwanda	
Tanzanie continentale	Promotion de discussions ouvertes et de la sensibilisation aux inégalités entre les sexes, au VIH, à la violence sexospécifique et aux sévices sexuels au sein des familles et au niveau des communautés. Promouvoir le respect des droits des femmes et des enfants. Promouvoir un accès accru aux informations et aux services de prévention sur le VIH. Fournir des PEP, des services de contraception d'urgence, de traitements des IST présumées, de consultations-conseil, de soutien juridique et de protection pour les victimes de viol, y compris les enfants victimes de sévices sexuels et les femmes dans des relations matrimoniales forcées et abusives.
Tanzanie-Zanzibar	Promotion des normes sexuelles sans danger et de comportements sexuels positifs chez les femmes et les filles en reportant les premiers rapports sexuels, ou l'utilisation adéquate du préservatif. Autonomisation des femmes, et surtout des fillettes, pour la prise de décision quant à leurs comportements sexuels. Éducation des employeurs et des maris pour la protection de leurs conjoints et des domestiques.
Ouganda	Réduction de la sérotransmission entre personnes mariées et couples discordants grâce aux services de conseil matrimonial, au dépistage et à la révélation du statut d'infection.
PVVIH	
Burundi	Promotion des comportements sexuels à plus faible risque grâce à l'IEC, à la BCC et à la promotion du préservatif. Prophylaxie, diagnostic et

	traitement des IO. Accès universel aux ARV. Soutien psychologique et nutritionnel des PVVIH. Soins à domicile et soins palliatifs (continuum de soins). Amélioration de la situation socio-économique des PVVIH et des personnes affectées.
RD Congo	CDV. Traitement des IO. Accès aux ARV. Soutien psychosocial des PVVIH et des personnes affectées. Soutien économique, soutien au PVVIH et aux membres survivants de leurs familles. Soins des MST. Promotion du préservatif. Activités productrices de revenus.
Kenya	Implication des PVVIH aux plus hauts niveaux du développement et de la coordination de la réponse au VIH-SIDA. Renforcement de la capacité de participation efficace des organismes de PVVIH à la prévention, au traitement, aux soins et à l'atténuation. Appuyer la création d'organismes efficaces et représentatifs des PVVIH à tous les niveaux.
Rwanda	Sensibilisation à l'abstinence, à la fidélité et à l'emploi du préservatif. Renforcement du marketing social des préservatifs et notamment des préservatifs féminins. Activités de prévention d'IEC/BCC par l'entremise des chaînes des médias, de l'éducation par les pairs, et des matériaux de promotion, (brochures, chemises, affiches, etc.), rencontres, activités culturelles et sportives, conférences. Réduction de l'impact sanitaire du VIH, des IST et de la TB sur les PVVIH, leurs partenaires et les orphelins du SIDA. Disponibilité de médicaments essentiels et des ARV à des prix abordables. Services de consultations-conseil, plans d'assurance-maladie, traitements palliatifs, assistance (matérielle, nutritionnelle, psychologique et juridique).
Tanzanie continentale	Renforcement des capacités régionales et de district de planification, mise en application, coordination, suivi et évaluation de la qualité du continuum des soins, et des services de traitement et de soutien. Intensification de l'intervention du secteur privé dans la prestation du continuum des soins, des traitements et du soutien. Renforcer la disponibilité et l'accessibilité des prophylaxies & des traitements des IO. Assurer une participation active des PVVIH aux services de consultations conseil et de soutien aux nouveaux patients. Incorporer les services de conseil et d'éducation sur la nutrition aux soins et au traitement des PVVIH et des soignants, y compris les modifications de régime alimentaire en fonction des aliments disponibles localement. Promouvoir une participation accrue des PVVIH à la planification et à la mise en application des HBC et du soutien.
Tanzanie-Zanzibar	Évaluer les attitudes des prestataires de service et les sensibiliser pour réduire l'ostracisme et la discrimination. Évaluer les politiques & procédures, assurer la refonte de celles qui sont sources d'ostracisme et de discrimination à l'encontre des PVVIH. Préserver la confidentialité de toutes les PVVIH. Assurer la formation et l'implication des PVVIH dans les activités d'éducation et de formation. Utiliser les services de consultations-conseil comme point de départ à l'autonomisation des bénéficiaires. Encourager les PVVIH à s'organiser et/ou à rejoindre les réseaux du VIH-SIDA. Fournir aux PVVIH et aux familles affectées l'opportunité de rencontrer d'autres PVVIH grâce aux consultations-conseil par les pairs et aux groupes de soutien. Encourager les PVVIH à révéler leur statut. Élaborer des stratégies de consultations-conseil pour aider les PVVIH face aux expériences réelles et perçues d'ostracisme et de discrimination. Encourager les services de dépistage du VIH du secteur public et du secteur privé à fournir des informations aux PVVIH sur les services des ONG et envoyer les PVVIH vers les ONG idoines. Oeuvrer avec les personnes concernées à la réduction de l'ostracisme et de la discrimination au sein des communautés par la promotion de la tolérance et de la compassion, l'amélioration des connaissances de la communauté & la sensibilisation au VIH-SIDA, l'éducation de la communauté et des dirigeants religieux, et la promotion des droits juridiques et humains des PVVIH. S'assurer que les PVVIH ont accès à faible coût ou à titre gracieux aux services médicaux appropriés, notamment le traitement des IO.
Ouganda	Renforcer un accès équitable aux ARV. Intensifier les CDV. Accroître l'accès aux services de prévention et de traitement des IO, notamment la tuberculose. Intégrer le volet de prévention aux soins, y compris les conseils sur la nutrition et l'éducation. Appuyer et renforcer les soins à domicile (HBC) et les soins palliatifs & améliorer les systèmes d'aiguillage entre les HBC et les installations médicales. Promouvoir l'obtention de soins médicaux par la population masculine. Intensifier l'accès et l'adoption des services d'ART pour ceux qui en ont besoin, en ciblant notamment les femmes de toutes les tranches d'âge qui enregistrent les taux d'incidence du VIH et du SIDA les plus élevés. Promouvoir et

	renforcer les soins pédiatriques et adolescents spécialisés du VIH. Assurer une couverture renforcée des ART pour le traitement des mères qui reçoivent des PMTCT. Promouvoir et appuyer les interventions dans le domaine de la sécurité alimentaire et nutritionnelle au sein des ménages et des communautés touchés.
Jeunes	
Burundi	Promotion des comportements sexuels à plus faible risque grâce à l'IEC, à la BCC et à la promotion du préservatif. TDV. Diagnos-tic et traitement des IST.
RD Congo	Mise en applicaiton d'activités spécifiques pour sensibiliser la jeunesse et les responsabiliser pour leurs comportements et leurs pratiques. Promouvoir le report des premiers rapports sexuels. Promouvoir l'emploi du préservatif . Prévention de la transmission sexuelle par le biais des activités de sensibilisation aux pratiques sexuelles sans danger et au traitement des MST.
Kenya	Ciblage judicieux des messages de prévention. Facilitation de l'accès par les jeunes aux informations sur le VIH et la santé de la reproduction et à d'autres services. Mobilisation du système éducatif pour la fourniture exhaustive de soins et de prévention pour les jeunes dans les écoles. Améliorer l'accès des filles à l'éducation et aux cours d'éducation fonctionnelles, et assurer la protection de leurs droits. Établissement de partenariats avec des organisations de jeunes.
Rwanda	Sensibilisation à l'abstinence, à la fidélité et à l'emploi du préservatif. Renforcement du marketing social des préservatifs et notamment des préservatifs féminins. Promotion des programmes assurés par les parents, les enseignants et les écoles. CDV.
Tanzanie continentale	Renforcement de la capacité des parents & tuteurs à communiquer avec leurs enfants sur les questions de santé reproductive et appuyer les cours de santé reproductive et d'informations sur le VIH fournis par les écoles. Renforcer et intensifier les aptitudes fonctionnelles et l'éducation et les interventions pour la lutte contre le VIH dans les écoles, pour la formation des éducateurs et dans les institutions d'éducation tertiaire, par l'inclusion de ces questions dans les programmes de cours et les services d'éducation et de consultations-conseil par les pairs. Encourager les écoliers et les étudiants à élaborer leurs propres projets sur le VIH. Promouvoir et renforcer la formation par les pairs et la formation des conseillers pour les jeunes scolarisés et non scolarisés. Renforcer la fourniture et l'utilisation de services de santé de la reproduction qui soient accessibles aux jeunes et sensibles aux questions de genre et en assurer le lien à la subsistance et à la génération de revenus. Promouvoir et renforcer les programmes de lutte contre la toxicomanie et l'alcoolisme Promouvoir l'accès à la prévention du VIH.
Tanzanie-Zanzibar	Intensification de l'éducation technique, des programmes générateurs de revenus et des opportunités d'emploi pour les jeunes déscolarisés. Promouvoir des normes et comportements sexuels sans danger chez les jeunes (notamment l'abstinence, le report des premiers rapports sexuels, la fidélité et les préservatifs). Autonomiser les jeunes, notamment les jeunes femmes en matière de décision quant à leur vies sexuelles et reproductives grâce à l'apprentissage des aptitudes fonctionnelles. Protéger les jeunes scolarisés contre la toxicomanie. Promouvoir une éducation aux aptitudes fonctionnelles sensible au contexte culturel pour les jeunes, et notamment les filles afin de renforcer leur confiance en soi, leurs capacités de négociation et de prise de décision. Promouvoir les partenariats entre jeunes et pour la planification, la conceptualisation, la mise en application et le suivi des programmes pour la jeunesse.
Ouganda	Promotion de l'abstinence chez les jeunes scolarisés et déscolarisés. Veiller à ce que tous les jeunes aient accès à une formation aux aptitudes fonctionnelles qui intègre un volet sur la prévention du VIH-SIDA. Faciliter un accès accru à la formation technique professionnelle et aux opportunités d'apprentissage. Promouvoir un traitement favorisant pour les OEV, les fillettes, les personnes handicapées et les autres groupes désavantagés l'accès à l'éducation informelle, à la formation technique et à l'éducation en aptitudes fonctionnelles.

OEV	
Burundi	Promotion des comportements sexuels à plus faible risque grâce à l'IEC, à la BCC et à la promotion du préservatif. CDV. Diagnostic et traitement des IST. Soins et soutien aux OEV. Assurer la protection des droits des OEV et améliorer l'accès aux services élémentaires.
RD Congo	Soins et soutien. Activités générant des revenus pour encourager l'indépendance.
Kenya	Renforcement des mécanismes sociaux de gestion des orphelins. S'assurer que les OEV ont accès aux services sociaux – alimentation/ nutrition, éducation, santé, hébergement & soutien social. Renforcement du cadre juridique et politique pour la protection des droits des OEV. Renforcement du cadre de suivi et de coordination des interventions appuyant et protégeant les droits des OEV.
Rwanda	Activités de prévention par l'IEC et les BCC ayant recours aux médias, à l'éducation par les pairs, aux matériels de promotion (brochures, chemises, affiches, etc.), rencontres, activités culturelles et sportives, conférences. Promotion de programmes spécifiques fournis par les parents, les éducateurs, les écoles. CDV. Réduction de l'impact sur la santé du VIH, des IST et de la TB.
Tanzanie continentale	Renforcer la capacité des parents & tuteurs à communiquer avec leurs enfants sur les questions de santé reproductive et appuyer les cours de santé reproductive et d'informations sur le VIH fournis par les écoles. Promouvoir et renforcer les programmes de lutte contre la toxicomanie et l'alcoolisme. Promouvoir l'accès à la prévention du VIH.
Tanzanie-Zanzibar	Mettre au point un système communautaire d'enregistrement et d'identification des OEV. Mettre en place des programmes soutenables à l'appui des besoins fondamentaux des OEV. Mettre au point des programmes de consultations-conseil familiales pendant les soins d'une personne malade et après son décès pour s'occuper correctement des orphelins du SIDA. Promouvoir le renforcement des capacités et des aptitudes des orphelins plus âgés du SIDA pour qu'ils soient à même de s'occuper d'eux et comme fondement pour leur autonomie. Former des pairs éducateurs parmi les OEV. Organiser des études des comportements. Renforcer la participation effective des ONG aux soins des OEV.
Ouganda	Veiller à ce que tous les jeunes, scolarisés ou non, bénéficient d'une formation à la vie quotidienne avec notamment un volet sur le VIH-sida. Assurer la couverture des coûts autres que les frais de scolarité et la satisfaction de tous les besoins essentiels des orphelins et enfants vulnérables (OEV) dans le cadre de l'éducation formelle. Promouvoir et appuyer les interventions sur la sécurité alimentaire et la nutrition dans les foyers et les communautés affectés par le VIH-sida. Mettre en application les stratégies et lignes directrices nationales en matière d'alimentation et de nutrition au niveau des administrations locales, des communautés et des foyers de PVVIH. Faciliter la fourniture de financements et matériaux essentiels.
Jeunes femmes	
Burundi	Promotion de comportements sexuels moins dangereux par l'IEC, les BCC et la promotion de l'utilisation du préservatif. CDV. Diagnostic et traitement des ISTI et soins et soutien des OEV
RD Congo	
Kenya	Promotion de l'abstinence, des pratiques sexuelles sans danger et le report des premiers rapports sexuels par les jeunes.
Rwanda	Sensibilisation à l'abstinence, à la fidélité et à l'emploi du préservatif. Renforcement du marketing social des préservatifs et notamment des préservatifs féminins. Activités de prévention d'IEC/BCC par l'entremise des chaînes des médias, de l'éducation par les pairs, et des matériaux de promotion, (brochures, chemises, affiches, etc.), rencontres, activités culturelles et sportives, conférences.

Tanzanie continentale	Promotion de discussions ouvertes et de la sensibilisation aux inégalités entre les sexes, au VIH, à la violence sexospécifique et aux sévices sexuels au sein des familles et au niveau des communautés. Promouvoir le respect des droits des femmes et des enfants. Promouvoir un accès accru aux informations et aux services de prévention sur le VIH. Fournir des PEP, des services de contraception d'urgence, de traitements des IST présumées, de consultations-conseil, de soutien juridique et de protection pour les victimes de viol, y compris les enfants victimes de sévices sexuels et les femmes dans des relations matrimoniales forcées et abusives.
Tanzanie-Zanzibar	Promotion de normes et de comportements sexuels sans danger chez les femmes et les fillettes par soit en retardant leurs premiers rapports sexuels soit en leur apprenant les modalités de l'emploi correct du préservatif. Autonomisation des femmes et en particulier des filles pour la prise de décisions en matière de comportement sexuel. Éduquer les employeurs et les maris à assurer la protection des domestiques. Intensifier les interventions des syndicats en matière de VIH- SIDA pour la protection des domestiques et des employées dans les hôtels. Assurer le respect des lois sur le harcèlement et les sévices.
Ouganda	Promouvoir l'abstinence, la fidélité et l'emploi des préservatifs masculins et féminins.

ANNEXE IX STATISTIQUES CHOISIES**Annexe IXa. Estimation des effectifs de population des pêcheurs, hommes et femmes****Statistiques de la FAO sur les pêcheurs, hommes et femmes, dans les pays de la GLIA**

	Burundi (2001)	DRC (2000)	Kenya (2005)	Rwanda (2005)	Tanzanie (2004)	Ouganda (2003)	Total hommes/ femmes
pêcheurs							
Hommes							
En eaux intérieures	-	107.000	45.967	6.325	100.115	64.391	363.840
Maritime	-	1.400	9.209	n/a	19.464	n/a	
Total	9.969	108.400	55.176	6.325	119.579	64.391	
Femmes							
En eaux intérieures	-	n.r.	n.r.	1.125	n.r.	n.r.	2.125
Maritime	-	n.r.	n.r.	n/a	n.r.	n.r.	
Total	1.000	-	-	1.125	-	-	
Total eaux intérieures	-	107.000	45.967	7.450	100.115	64.391	
Total Marine	-	1.400	9.209	-	19.464	-	
Grand Total	10.969	108.400	55.176	7.450	119.579	64.391	365.965

Source : Services des statistique et de l'information de la FAO (FIES) sur l'aquaculture et les pêcheries (chiffres déclarés par les pays au FIES dans le questionnaire annuel FISHSTAT). Les chiffres du tableau excluent les personnes qui travaillent dans le secteur de la pisciculture
n.r. = pas de rapport, n/a = ne s'applique pas

Données des recensements de population sur les pêcheurs, hommes et femmes dans les pays de la GLIA

	Burundi (1990)	RDC (1984)	Kenya (1999)	Rwanda (2002)	Tanzanie (2002)	Ouganda (2002)
Pêcheurs (hommes)	n.r.	--	rapport non identifié	92	16.186 (13.428 continentale) (2.759 Zanzibar)	16.743
Pêcheurs (femmes)	n.r.	--	rapport non dentifié	3.368	134.679 (112.871 continentale) (21.808 Zanzibar)	102.043
Total	--	--	--	3.460	150.865 (126.298 continentale) (24.567 Zanzibar)	118.786

Source : Rapports des recensement de population pour le Rwanda, la Tanzanie et l'Ouganda
n.r.= pas de rapport

Estimation des effectifs de population : Utilisation des données de recensement disponibles et, en leur absence, utilisation des données pays de la FAO

Burundi	10.969	RDC	108.400
Kenya	55.176	Rwanda	3.460
Tanzanie	150.865	Ouganda	118.786

TOTAL 447.656 dont 413.635 hommes (92,4 %) et 34.021 femmes (7,6 %)

Annexe IXb. Populations de réfugiés dans les pays de la GLIA, à la fin du mois de juin 2007

Pays	Réfugiés : Nationalité	Nombre	Total
Burundi	RDC	22.895	23.215
	Rwandais	286	
	Autres	34	
RDC	Angolais	128.160	197.232
	Rwandais	34.017	
	Burundais	17.741	
	Ougandais	13.912	
	Autres	3.402	
Kenya	Somali	187.565	269.195
	Éthiopiens	16.634	
	Érythréen	607	
	Soudanais	55.578	
	Ougandais	2.823	
	Congolais	2.441	
	Rwandais	2.343	
	Burundais	1.200	
	Tanzaniens	4	
Rwanda	DRC et autres	46.600	46.600
Tanzanie (pop. assistées par l'UNHCR uniquement)	Burundais	153.841	273.676
	RDC	115.046	(assist. UNHCR)
	Somali	2.077	471.912 (total)
	Autres	2.077	
Ouganda	Soudanais	167.386	220.914
	RDC	28.184	
	Rwandais	19.519	
	Somali	3.749	
	Ethiopien	107	
	Burundais	1.895	
	Autres	74	

*Source : OCHA - Office régional pour l'Afrique de l'Est et l'Afrique centrale (2007).
Rapports sur les populations déplacées, janvier-juin 2007*

Annexe IXc. Séroprévalence au sein des populations de réfugiés et des communautés d'accueil

Prévalence de l'infection par le VIH au sein des populations de réfugiés et des communautés d'accueil dans des sites choisis, 1998-2005 (Source : Spiegel et al., 2007)

Réfugiés	Prévalence (95 % CI)	Année	Population d'accueil	Prévalence (95 % CI)	Année
Réfugiés burundais en Tanzanie					
Camps Mtabilia et Muyovosi	1,7 %	2001	Région de Kigoma *	2,0 %	2003
	4,5 %	2003			
Camps Nduta et Mtendeli	1,3 %	2001			
	1,6 %	2002			
	1,7 %	2003			
Camp Lukole	4,8 %	2001	Région de Kagera *	3,7 %	2003
	3,1 %	2002			
	1,6 %	2003			
	1,0 %	2001			
Réfugiés de RDC en Tanzanie					
Camps Lugufu et Nyaragusu	2,5 %	2002	Région de Kagera *	3,7 %	2003
	1,8 %	2003			
	1,5 % (0,4-3,8)	2002			
Réfugiés de RDC au Rwanda					
Camp Gihembe	1-2 %	2005	Site de Byumba	6,7 % (4,7-9,4)	2002
Réfugiés de RDC en Zambie					
Camp Mwange	3-4 %	2005	Site de Nchelenge	18,9 %	2002
Camp Kala	4,1 %	2002	Site El Gadarif	4,0 %	1998
Réfugiés érythréens au Soudan					
Plusieurs camps à l'Est du Soudan	1,0 % (0,3-1,8)	2004	Population alentours	5,9 % (1,7-10,1)	2004
			Site de Moyo	4,3 %	2002
Réfugiés soudanais en Ouganda					
Peuplement de Palorinya	2,7 % (1,3-4,0)	2004	Population alentours	2,8 % (1,0-6,6)	2004
Peuplement de Kyangwali	5,0 % (3,5-7,0)	2002	Site de Hoima	4,6 %	2002
Réfugiés soudanais au Kenya					
Camp Kakuma	0,6 % (0,01-1,1)	2003	Site de Lodwar	18,0 %	2002
Réfugiés somali au Kenya					
Camps Dadaab	1,4 % (0,5-2,2)	2005	Site de Garissa	26,0 %	2002
				11,0 %	2004

* données à base démographique

Prévalence de l'infection par le VIH dans la partie Est de la RDC (2004) et sur les sites sentinelles des pays voisins les plus proches (Source : Spiegel et al., 2007)

	Prévalence (95 % CI)	Pays voisins* et site sentinelle le plus proche (2002)	Prévalence
Bukavu (z. urbaine)	3,1 % (1,9-5,1)	Burundi Kayanza (z. semi-urbaine) Muramvia (z. rurale)	10,2 % 14,7 %
Bunia (z. urbaine)	3,2 % (2,0-5,1)	Ouganda, Arua (z. rurale)	5,2 %
Goma (z. urbaine)	5,4 % (3,8-7,6)	Rwanda, Gisenyi (z. rurale)	7,1 %
Kindu (z. urbaine) +	3,7 % (2,4-5,8)		
Kinsangani (z. urbaine) +	6,3 % (4,4-8,8)		
Lodija (z. rurale) +	6,6 % (4,8-9,1)		
Neisu (z. rurale)	6,7 % (4,7-9,2)	Pas de site proche de la frontière au Soudan	
Karawa (z. rurale)	4,5 % (2,9-6,6)	République Centrafricaine, Bangassou (z. rurale)	9,0 %

* Tanzanie et Zambie : pas de site sentinelle proche des sites sentinelles précités pour la partie Est de la RDC

+ Ces sites sentinelles ne sont pas proches de la frontière

Annexe IXd. Résumé des indicateurs-clé des enquêtes de surveillance du comportement (BSS) GLIA dans quatre pays

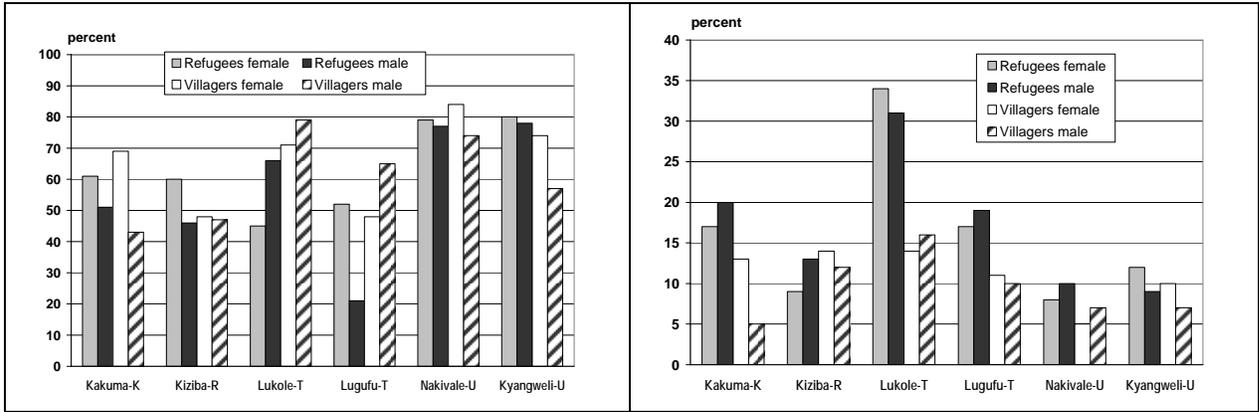
Indicateur	Sexe	Kenya		Rwanda		Tanzanie		Ouganda	
		Camp (Kak)	Accueil (Ke1)	Camp (Kiz)	Accueil (Rw1/2)	Camp (Luk/Lug)	Accueil (Tz1/2)	Camp (N&)/H0)	Accueil (Ug1/2)
Jamais marié & n'ayant jamais eu de rapports sexuels (15-24 ans)	F	61%	69%	60%	48%	45% / 52%	71% / 48%	79% / 80%	84% / 74%
	H	51%	43%	46%	47%	66% / 21%	79% / 65%	77% / 78%	74% / 57%
	T	55%	55%	54%	48%	56% / 32%	75% / 56%	78% / 79%	79% / 63%
Relations sexuelles plus risquées au cours des 12 derniers mois (15-24 ans)	F	28%	14%	7%	12%	5% / 28%	19% / 20%	7% / 1%	4% / 6%
	H	40%	41%	32%	22%	3% / 53%	19% / 22%	6% / 1%	2% / 7%
	T	35%	25%	17%	16%	4% / 40%	19% / 21%	6% / 1%	3% / 7%
Utilisation du préservatif lors des derniers rapports sexuels à risque (15-24 ans)	F	42%	42%	25%	9%	9% / 44%	31% / 24%	11% / 29%	33% / 18%
	H	36%	29%	24%	23%	75% / 36%	28% / 32%	10% / 57%	19% / 32%
	T	38%	33%	24%	17%	27% / 39%	30% / 27%	10% / 48%	24% / 27%
>1 partenaire sexuel lors des 12 derniers mois (15-49 ans)	F	n/a	n/a	n/a	n/a	6% / 26%	20% / 27%	7% / 4%	8% / 11%
	H					11% / 50%	27% / 36%	17% / 13%	18% / 27%
	T					8% / 37%	23% / 30%	12% / 9%	12% / 19%
Test de dépistage du VIH lors des douze derniers mois (15-49 ans)	F	17%	13%	9%	14%	34% / 17%	14% / 11%	8% / 12%	5% / 10%
	H	20%	5%	13%	12%	31% / 19%	16% / 10%	10% / 9%	7% / 7%
	T	19%	10%	11%	13%	32% / 18%	15% / 10%	9% / 11%	6% / 8%
Traitement médical pour symptômes d'IST lors des 12 derniers mois (15-49 ans)	F*	42%	65%	n/a	n/a	78% / 63%	71% / 86%	42% / 52%	70% / 55%
	H*	48%	46%			100% / 50%	50% / 88%	57% / 33%	58% / 25%
	T*					90% / 57%	63% / 87%	49% / 44%	65% / 41%
Femmes ayant été forcé à avoir des rapports sexuels	F	6%	11%	4%	8%	4% / 10%	2% / 4%	1% / 2%	1% / 2%

* sur la base de valeurs inférieures

Sources : Rapport des BSS (enquêtes sur les comportements) UNHCR/GLIA Kenya (2004), Rwanda (2004), Tanzanie (2005), Ouganda (2006).

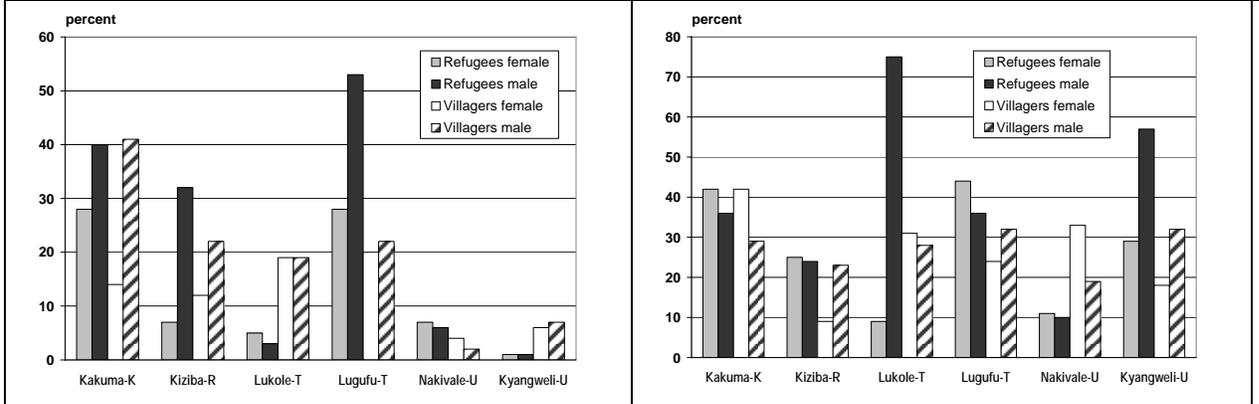
Réfugiés : Abstinence sexuelle par les jeunes célibataires (âgés de 15 à 24 ans)	Réfugiés : Test de dépistage du VIH lors des 12 derniers mois (15 à 49 ans)
---	--

Femmes réfugiées
 Hommes réfugiés
 Femmes des villages
 Hommes des villages

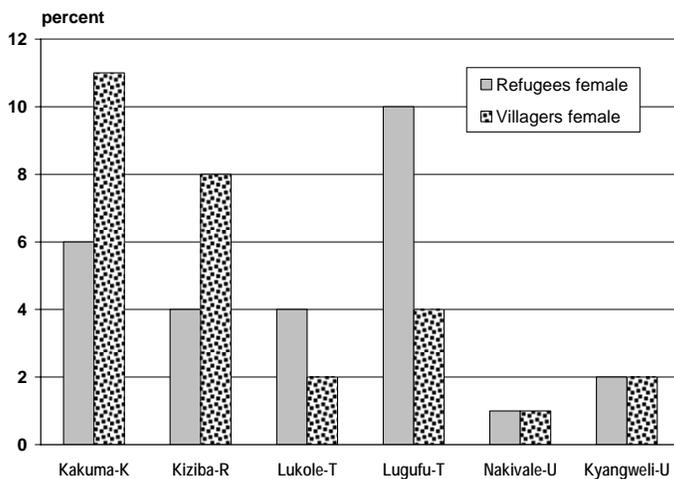


Femmes réfugiées
 Hommes réfugiés
 Femmes des villages
 Hommes des villages

Réfugiés : Prévalence de rapports sexuels à risque plus élevé (15-24 ans) au cours des 12 derniers mois	Réfugiés : Emploi du préservatif lors des derniers rapports sexuels à risque plus élevé (15-49 ans)
--	--



Réfugiées : femmes contraintes d'avoir des rapports sexuels





WWW.WORLDBANK.ORG/AIDS



WWW.GREATLAKESINITIATIVE.ORG

Pour plus d'information, contacter :

The Global HIV/AIDS Program

World Bank Group
1818 H St. NW,
Washington, DC 20433
Tel: +1 202 458 4946
Fax: +1 202 522 1252
wbglobalHIVAIDS@worldbank.org

Great Lakes Initiative on HIV/AIDS (GLIA)

P.O. Box 4320
Kigali – Rwanda
Tel: + 250 587344/5
Fax: + 250 587343
www.greatlakesinitiative.org
info@greatlakesinitiative.org
www.greatlakesinitiative.org
jwakana@greatlakesinitiative.org