



Directives pour l'incorporation des activités  
de lutte contre le

**VIH**



**SIDA**

aux programmes de démobilisation, réinsertion  
et réintégration des ex-combattants



Tous droits réservés. © 2009

Banque internationale pour la reconstruction et le développement/Banque mondiale

1818 H Street, NW

Washington, DC 20433

Imprimé aux États-Unis

Premier tirage : Avril 2009

Cette série de Documents de Travail a pour but de disséminer les résultats des travaux en cours de façon à encourager le dialogue et l'échange d'idées autour de la démobilisation et la réintégration ainsi que sur les questions liées à la sécurité dans la région des Grands Lacs. Les articles de cette série ne sont pas des publications formelles de la Banque mondiale. Les articles portent le nom de l'auteur et doivent être cités de façon adéquate. La série est éditée par le Programme multi-pays de démobilisation et réintégration (MDRP) dans le Département de développement social de la région Afrique de la Banque mondiale.

Cette publication n'a pas été soumise au processus de revue accordé aux publications officielles de la Banque mondiale. Les conclusions et interprétations sont de ce fait celles des auteurs et ne reflètent pas nécessairement l'opinion de la Banque internationale pour la reconstruction et le développement /Banque mondiale, des organisations affiliées, du Conseil des administrateurs, ou des gouvernements qu'ils représentent.

Pour recevoir des copies ou informations supplémentaires sur la série, veuillez contacter le Secrétariat du MDRP par email à [info@mdrp.org](mailto:info@mdrp.org).

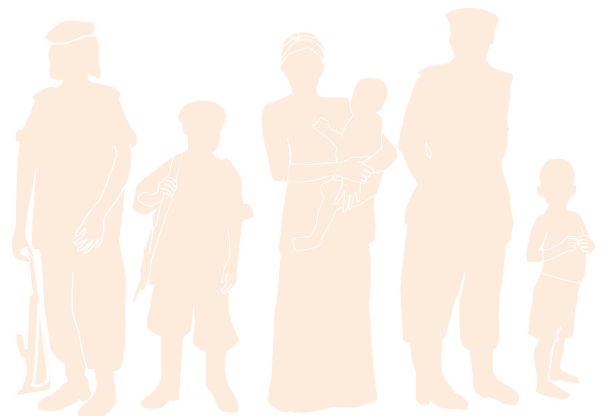
Les publications sont aussi disponibles sur le site web à [www.mdrp.org](http://www.mdrp.org)



# DIRECTIVES POUR L'INCORPORATION DES ACTIVITÉS DE LUTTE CONTRE LE VIH/SIDA AUX PROGRAMMES DE DÉMOBILISATION, RÉINSERTION ET RÉINTÉGRATION DES EX-COMBATTANTS

Préparé par le Programme multi-pays de démobilisation  
et réintégration (MDRP) avec l'appui de l'équipe ACT africa

**Carla Rull Bousсен**





---

# Table des matières

Remerciements .....	iii
Sigles et abréviations .....	iv
Résumé exécutif .....	1
LISTE DE VÉRIFICATION ÉTAPE PAR ÉTAPE POUR LA MISE EN ŒUVRE D'UNE COMPOSANTE VIH/SIDA DE DDR.....	
	4
Introduction .....	8
1. Contexte et justification .....	8
2. Utilisations possibles .....	8
3. Source et méthodologie .....	9
Note pour les directeurs de DDR: VIH/SIDA en Afrique subsaharienne en 2007 .....	11
Note pour les directeurs de VIH/SIDA : les phases de DDR .....	12
<b>CHAPITRE 1 Ex-combattants et VIH/SIDA</b>	
<b>COMMENT ILS SONT AFFECTÉS .....</b>	<b>13</b>
Note pour les directeurs de DDR: Données de base sur le VIH/SIDA, les autres infections sexuellement transmissibles et les infections opportunistes .....	19
Note pour les directeurs de DDR: Circoncision masculine et VIH/SIDA .....	20
<b>CHAPITRE 2 Raisons de traiter le VIH/SIDA dans le cadre du DDR</b>	
<b>POURQUOI IL FAUT S'EN PRÉOCCUPER .....</b>	<b>21</b>
1. Le VIH/SIDA peut faire échouer la réintégration .....	21
2. Les ex-combattants peuvent ramener le VIH chez eux .....	21
3. Les ex-combattants peuvent courir un risque s'ils reviennent dans une zone de forte prévalence .....	21
4. La stigmatisation due au SIDA peut rendre la réintégration plus difficile .....	21
5. Lutter contre le SIDA peut faciliter la réintégration .....	22
6. L'action des ex-combattants peut avoir un effet déterminant sur le ralentissement de l'épidémie .....	22
Note pour les directeurs de DDR: La féminisation du SIDA .....	23
Note pour les directeurs de DDR: Stigmatisation .....	24
<b>CHAPITRE 3 Éléments essentiels de tout programme de DDR</b>	
<b>CE QUE TOUS LES PROGRAMMES DDR DEVRAIENT FAIRE .....</b>	<b>25</b>
1. Agir dans le cadre de la stratégie nationale de lutte contre le VIH/SIDA .....	25

2. Veiller à ce que les ex-combattants soient inclus dans les politiques et les programmes nationaux de lutte contre le SIDA .....	26
3. Élaborer une politique à l'intention des ex-combattants séropositifs en cours de démobilisation .....	26
4. Remplir cinq conditions de base au moment de la démobilisation.....	27
5. Établir des partenariats avec les ONG pour étendre les efforts de prévention au-delà de la démobilisation .....	29
6. Aider la lutte contre le SIDA en appuyant la réintégration économique .....	31
Note pour les directeurs de DDR: Guerre, viol et VIH/SIDA.....	33
Note pour les directeurs de DDR: Réfugiés et personnes déplacées au sein du pays .....	34

**CHAPITRE 4 Une réponse exhaustive du DDR au SIDA**  
**QUE DEVRAIENT ÊTRE LES AUTRES ACTIONS DES PROGRAMMES DDR EN MATIÈRE DE VIH/SIDA ..... 35**

1. Adapter les programmes en fonction de l'évolution de l'épidémie et des divers niveaux du risque .....	35
2. Traiter les facteurs qui font courir plus de risques aux femmes .....	36
3. Donner la priorité aux zones urbaines où le risque est plus élevé .....	37
4. Tenir compte des modes migratoires liés à l'emploi lorsque l'exposition et le risque sont évalués .....	37
5. Insérer les activités de prévention du paludisme et de planification familiale aux programmes de démobilisation.....	38
6. Préparer les ex-combattants invalides aux situations où le risque est très élevé .....	38
7. Encourager la participation des ex-combattants à la lutte contre le SIDA .....	39

**ANNEXES**

<b>ANNEXE A</b> Cadre d'étude de VIH/SIDA et DDR .....	41
<b>ANNEXE B</b> Niveau de risque VIH/SIDA à chaque phase de la démobilisation, par facteur de risque, tels que classés par les ex-combattants .....	42
<b>ANNEXE C</b> Utilisation du préservatif chez les ex-combattants : Informations et idées à l'intention des ONG partenaires en DDR.....	47
<b>ANNEXE D</b> Indicateurs suggérés pour évaluer les composantes VIH/SIDA dans le DDR .....	49
<b>ANNEXE E</b> Liste de vérification pour la revue du programme VIH/SIDA dans le DDR .....	50
<b>ANNEXE F</b> Outil d'évaluation du risque d'infection au VIH/SIDA au cours de la démobilisation des ex-combattants .....	51
<b>ANNEXE G</b> Outil pour recueillir les contributions des ex-combattants sur les meilleures stratégies .....	54
<b>ANNEXE H</b> Bibliographie .....	55

---

# REMERCIEMENTS

Ces directives sont le produit des contributions et de l'appui d'un ensemble d'individus et d'institutions qui méritent tous d'être remerciés. Il faut particulièrement remercier les institutions nationales chargées des programmes de démobilisation et de réintégration en Angola, au Burundi, en République du Congo et au Rwanda<sup>1</sup> pour avoir aidé à organiser et participé aux études nationales qui ont donné lieu à ces directives. Nous sommes particulièrement reconnaissants aux personnes qui ont participé aux rencontres avec les ex-combattants : au Rwanda, Prosper Rubusha Rudakurwa de l'Unité d'information de la CRDR ; au Burundi, Toni Kayonga du MDRP et Agnès Inamahoro du SE/CNDDR ; en Angola, João Miguel de l'Unité de communication de l'IRSEM ; et en République du Congo, Emile Ekouomo du PNDDR.

Les commissions nationales de lutte contre le SIDA de chaque pays ont également accordé leur temps et partagé leur savoir-faire. Nous remercions aussi le personnel de plusieurs ONG nationales et internationales des quatre pays qui ont fait part de leur sagesse, leur expérience et leurs conseils en matière de VIH/SIDA. Nous remercions profondément Elisabeth Maier, ancienne Analyste des opérations MDRP, qui a organisé et participé à l'étude plurinationale dont la réalisation aurait été impossible sans son travail ardu et ses talents de gestion.

*Référence recommandée:* Boussen, Carla Rull. (2009). Directives pour l'incorporation des activités de lutte contre le VIH/SIDA aux programmes de démobilisation, réintégration et réinsertion des ex-combattants. Programme multi-pays de démobilisation et réintégration (MDRP), avec l'appui de l'équipe ACTafrica. Banque mondiale. Washington, D.C.

Le personnel Banque mondiale du Programme plurinationnel de lutte contre le SIDA (PPS), du Programme multi-pays de démobilisation et réintégration (MDRP) et de l'Équipe de la campagne de lutte contre le SIDA en Afrique (ACTafrica) a fait des contributions et donné des conseils et des orientations d'ordre technique approfondis. Marian Schilperoord de l'UNHCR a passé en revue un texte préliminaire des directives, et donné d'excellentes observations et orientations. Plusieurs représentants des programmes nationaux qui ont participé au travail de terrain initial ont également fait des observations reçues avec reconnaissance. Sean Bradley, de la Banque mondiale, a fait une revue détaillée des textes préliminaires et a aidé à clarifier un certain nombre de questions. Pamela Beecroft et Chantal Rigaud, du MDRP, ont aidé à réviser la version finale de ce document, et Duina Reyes, également du MDRP, a fait une excellente mise en page du produit final.

Enfin, nous sommes sincèrement reconnaissants aux nombreux anciens soldats et membres des groupes armés qui ont ouvertement parlé de sujets intimes, sensibles, parfois controversés, afin que leurs expériences puissent aider à mieux comprendre le VIH/SIDA, ce qui se traduira par une amélioration des informations et des services liés au VIH/SIDA et destinés aux ex-combattants.

---

<sup>1</sup> Ces institutions sont: en Angola, l'Instituto de Reintegração Sócio-profissional dos Ex-militares (IRSEM); au Burundi, le Secrétariat exécutif de la Commission nationale de désarmement, démobilisation et réinsertion (SE/CNDDR) ; en Rdc, le Programme national de désarmement, démobilisation et réinsertion (PNDDR) ; et au Rwanda, la Commission rwandaise de démobilisation et réintégration (CRDR).

---

# Sigles et Abréviations

ACT africa	Équipe de la campagne de lutte contre le SIDA en Afrique
AOD	Aide officielle au développement
ARV	Antirétroviral
CDV	Conseil et dépistage volontaires
DDR	Désarmement, démobilisation et réintégration
FAB	Forces armées du Burundi
GA	Groupes armés
GTIDDR	Groupe de travail interinstitutionnel de désarmement, démobilisation et réintégration
IEC	Information, éducation et communication
IST	Infection sexuellement transmissible
MDRP	Programme multi-pays de démobilisation et réintégration
MST	Maladie sexuellement transmissible
NIDDR	Normes intégrées de désarmement, démobilisation et réintégration
OMS	Organisation mondiale de la santé
ONG	Organisation non gouvernementale
ONUSIDA	Programme conjoint des Nations Unies pour la lutte contre le VIH/SIDA
PDP	Personnes déplacées au sein du pays
PMPA	Partis et mouvements politique armés
PVVS	Personnes vivant avec le VIH et le SIDA
RdC	République du Congo
S&E	Suivi et évaluation
SIDA	Syndrome d'immunodéficience acquise
TB	Tuberculose
TSC	Travailleur sexuel commercial
UNHCR	Haut Commissaire des Nations Unies pour les réfugiés
VIH	Virus de l'immunodéficience humaine

---

# RÉSUMÉ EXÉCUTIF

Le VIH/SIDA peut avoir un effet concret – favorable ou défavorable – sur la réussite des programmes DDR. La démobilisation peut propager l'épidémie lorsque les ex-combattants séropositifs reviennent s'installer dans des parties du pays où le SIDA n'est pas prévalent. Le SIDA peut aussi entraver une bonne réintégration dans les communautés d'origine en empêchant les ex-combattants de mener une vie productive qui leur permettrait d'établir des familles et de vivre en paix avec leurs voisins. L'expérience semble toutefois indiquer qu'en traitant la question du VIH/SIDA, les programmes de désarmement, démobilisation et réintégration (DDR) peuvent réduire les répercussions défavorables et même créer des résultats positifs. En fait, la participation à la lutte contre le SIDA peut faciliter la réintégration des ex-combattants qui peuvent devenir des agents clés de la résorption de l'épidémie dans leurs communautés. Par conséquent, les activités VIH/SIDA devraient être intégrées à la programmation DDR dès le début.

Les conditions de vie des combattants - séparation des époux et des familles, possibilités fréquentes d'avoir des rapports sexuels occasionnels, une tendance à prendre davantage de risques pendant un conflit – augmentent la probabilité de contracter le VIH/SIDA. Cependant, l'exposition réelle au VIH/SIDA au cours d'un conflit varie selon l'endroit où se trouvent les combattants, les situations rencontrées pendant le conflit, et les différentes réactions individuelles face aux réalités de la guerre. Le même niveau de violence et d'incertitude pousse certains à prendre plus de risque et d'autres à l'éviter et à se concentrer sur la survie. Comme l'explique un ancien combattant au cours d'un groupe de discussion au Burundi, « *...il n'y avait pas de temps pour le sexe ; il n'y avait que la guerre.* »

Certains facteurs peuvent aussi réduire le risque d'infection au VIH/SIDA chez les combattants. Dans les

structures militaires officielles, les programmes de prévention du VIH et d'éducation en matière d'infections sexuellement transmissibles (IST) sont courants et les soldats disposent généralement d'informations fiables avant et, souvent, pendant le conflit. Dans certaines armées, les règles et la discipline de la vie militaire s'appliquent aussi aux comportements sexuels, les soldats devant officiellement avoir un seul partenaire.

La situation est habituellement très différente pour ceux qui appartiennent aux forces irrégulières. Pour beaucoup de membres de ces groupes, ce n'est qu'à la démobilisation que leur sont communiquées, pour la première fois, des informations exactes et approfondies sur les IST et le VIH/SIDA. Auparavant, ces membres des groupes irréguliers ne connaissent du VIH/SIDA que ce qu'ils entendent à la radio dans certains cas, mais le plus souvent par le bouche-à-oreille. Les informations dont ils disposent sont généralement très rudimentaires, souvent un mélange de faits corrects et incorrects, et dans beaucoup de cas, simplement erronées.

Selon les observations des ex-combattants, certains comportements dangereux, comme les rapports sexuels non protégés, se manifestent dans tous les groupes. D'autres comportements, comme les rapports sexuels avec les travailleurs sexuels commerciaux au cours d'un conflit, peuvent être absents ou très fréquents selon le groupe en question. Les comportements dangereux varient également avec l'âge, le statut matrimonial et le lieu de réinstallation. Il est souvent rapporté que les jeunes ex-combattants ont des rapports sexuels plus dangereux que leurs homologues plus âgés ; il en est de même pour les ex-combattants qui se réinstallent en milieu urbain par rapport à ceux du milieu rural.

Toutefois, la plupart des ex-combattants courent le

plus grand risque de contracter ou de transmettre le virus VIH pendant la phase de réinsertion, lorsqu'ils reprennent initialement la vie civile. C'est à cette période que les ex-combattants sont prêts à fêter la fin du service, disposent souvent d'argent et se trouvent fréquemment dans des situations qui favorisent la transmission du VIH. Les participants au groupe de discussion ont indiqué que, dans cette période, les rapports sexuels sont fréquents, souvent avec plusieurs partenaires, parfois avec les travailleurs sexuels commerciaux, et généralement sans préservatif. Les choix que font les ex-combattants en cette période peuvent mener à une vie dominée par la maladie, une faible productivité et même la stigmatisation, ce qui peut réduire leurs possibilités de se réintégrer efficacement dans leurs communautés d'accueil.

L'expérience des programmes de démobilisation suggère que la participation des ex-combattants aux activités d'éducation et de sensibilisation en matière de SIDA peut faciliter leur réintégration et que les ex-combattants de retour dans leurs communautés peuvent constituer une ressource très importante dans la lutte contre le SIDA.

Par conséquent, l'ensemble des programmes de DDR devraient inclure une composante VIH/SIDA qui suive ces directives:

- **Agir dans le cadre de la stratégie nationale de lutte contre le VIH/SIDA.** Conformément à l'Initiative des «Trois unités» de l'ONUSIDA – une agence de coordination, une stratégie, un système de suivi et d'évaluation – toutes les activités VIH/SIDA de DDR devraient se conformer à la stratégie nationale de lutte contre le SIDA du pays. Les dirigeants DDR devraient collaborer étroitement avec les dirigeants nationaux de la lutte contre le SIDA afin de déterminer les stratégies des projets VIH/SIDA de DDR, concevoir les activités des programmes et sélectionner les indicateurs de suivi et d'évaluation. En outre, tous les programmes SIDA-DDR devraient faire appel au réseau des organisations nationales et prestataires de services qui appuient les efforts de lutte contre le VIH/SIDA dans un pays donné.

Le VIH/SIDA dure toute la vie; les programmes de DDR quelques années tout au plus. C'est pourquoi, les programmes de DDR devraient établir des liens avec les systèmes, les structures et les services d'appui à la lutte contre le VIH/SIDA en place dans le pays et y insérer les ex-combattants. Pour ce faire, les pro-

grammes de DDR devraient veiller à ce que les ex-combattants aient les mêmes droits et le même niveau d'accès aux programmes nationaux de lutte contre le VIH/SIDA que tout autre citoyen, à ce qu'ils sachent quelles ressources sont disponibles et comment y avoir accès, et à ce qu'ils disposent des informations pratiques requises pour se renseigner et recevoir les services de prévention, de dépistage et de traitement dont ils ont besoin.

- **Veiller à ce que les ex-combattants soient inclus dans les politiques et les programmes nationaux de lutte contre le SIDA.** Les programmes de DDR devraient encourager les organismes participant à la lutte contre le VIH/SIDA à tenir compte des ex-combattants pendant l'élaboration des stratégies, la préparation des propositions de financement et l'identification des groupes cibles prioritaires. Les programmes de DDR devraient communiquer aux ex-combattants les pratiques utiles des interventions VIH/SIDA et indiquer comment les ex-combattants eux-mêmes peuvent jouer un rôle important dans la lutte contre le SIDA.
- **Élaborer une politique à l'intention des ex-combattants séropositifs.** Avant la démobilisation, les programmes de DDR doivent collaborer étroitement avec les dirigeants nationaux de la lutte contre le VIH/SIDA, les responsables de la santé et des services militaires pour déterminer la meilleure façon de s'assurer que les ex-combattants séropositifs ont accès aux mesures de prévention, au dépistage et aux soins.

Si un programme national de lutte contre le VIH/SIDA n'est pas encore en place dans la zone de retour d'un ex-combattant, les planificateurs de DDR pourraient envisager d'en lancer un plus tôt que prévu pour coïncider avec la réintégration des ex-combattants. Toutefois, ceci est uniquement possible si les activités proposées s'inscrivent dans le cadre de la stratégie nationale générale de lutte contre le SIDA. Le principal défi du financement d'un programme SIDA consiste à maintenir – et non à établir – les services. Toute action entreprise par un programme de DDR en faveur des ex-combattants séropositifs doit correspondre aux décisions prises par les responsables de la santé quant au lieu où seront établis les nouveaux services et la date de leur lancement, en trouvant un juste équilibre entre les besoins généraux et les ressources disponibles.

- **Remplir cinq conditions de base à la démobilisation** (ou aussitôt que possible après la démobilisation) :

- Les ex-combattants acquièrent les compétences et les connaissances dont ils ont besoin pour se prémunir, ainsi que leur entourage, contre une infection au SIDA.
- Les services de conseil et de dépistage volontaires sont disponibles sur le lieu de démobilisation.
- Les maladies sexuellement transmissibles sont détectées et traitées au cours de l'inspection médicale.
- Les préservatifs masculins sont distribués dans tous les kits à emporter chez soi. Tous les ex-combattants reçoivent des informations au sujet du préservatif féminin et peuvent se procurer le préservatif, sur demande.
- Les ex-combattants quittent les centres de démobilisation munis d'informations précises sur la façon de se procurer les préservatifs et où les trouver, ainsi qu'au sujet des services de dépistage et de soins dans la région de retour.

- **Établir des partenariats avec les ONG et/ou les départements gouvernementaux pour poursuivre les activités de prévention après la démobilisation.** Même lorsque les programmes de DDR ont pris toutes les mesures essentielles pour sensibiliser les ex-combattants au VIH et leur ont fourni tout l'appui adéquat, beaucoup d'ex-combattants n'appliquent pas ce qu'ils savent, surtout pendant les premières semaines cruciales suivant la démobilisation, période de plus grand risque pour les ex-combattants. Les institutions de DDR devraient collaborer avec les dirigeants et les partenaires qui participent à la lutte contre le SIDA pour veiller à ce que les initiatives de prévention soient ciblées au cours de la phase à haut risque qui suit directement la démobilisation.

- **Lutter contre le SIDA en appuyant la réintégration économique.** Les travaux de recherche suggèrent que la pauvreté et le SIDA sont liés. Les liens sont complexes et se font dans les deux sens – la pauvreté affecte le comportement et peut donner lieu à une infection au SIDA; le SIDA peut conduire à la pauvreté. Des fonds sont actuellement disponibles dans la plupart des pays d'Afrique subsaharienne (ainsi qu'ailleurs au monde) pour l'action dans le domaine du VIH/SIDA. Il n'en est pas de même pour le soutien à la subsistance et aux activités génératrices de revenu

qui font obligatoirement partie des efforts de réintégration des opérations de DDR. Ceci étant, les directeurs de DDR devraient chercher à accorder les fonds DDR en priorité aux activités qui traitent la pauvreté, comme l'assistance à la réintégration et les programmes économiques dans les zones où s'installent les ex-combattants, et tenter d'obtenir des financements extérieurs destinés précisément aux composantes VIH/SIDA de leurs programmes. Cependant, en l'absence de tout autre financement, les dirigeants DDR doivent affecter les fonds DDR disponibles à l'ensemble central d'activités essentielles de lutte contre le VIH/SIDA énoncées dans ces directives.

De plus, les programmes de DDR devraient envisager d'aller plus loin que les éléments de base de lutte contre le VIH/SIDA suggérés ci-dessus et inclure les étapes supplémentaires suivantes :

- Adapter le programme selon l'évolution de l'épidémie et les variations du comportement dangereux dans les groupes en cours de démobilisation.
- Traiter les facteurs qui exposent les femmes à un risque accru d'infection au VIH/SIDA.
- Donner la priorité au milieu urbain où le risque est souvent le plus élevé.
- Tenir compte des modes migratoires liés au travail lorsque l'exposition et le risque sont évalués.
- Ajouter la prévention du paludisme et les informations sur la planification familiale au programme de démobilisation.
- Préparer les ex-combattants invalides aux situations où le risque est très élevé.
- Encourager la participation des ex-combattants à la lutte contre le SIDA.

Le SIDA ne peut pas être ignoré; les programmes de DDR n'ont d'autre choix que de se joindre aux organismes publics et de la société civile pour traiter activement les problématiques du VIH/SIDA. L'exécution de la gamme d'actions présentées aidera à éviter que la maladie ne perturbe le processus de réintégration des ex-combattants. En outre, les dirigeants nationaux de la lutte contre le VIH/SIDA doivent se familiariser avec les interactions entre les ex-combattants et la maladie, et apprendre comment incorporer cette population clé aux efforts nationaux de lutte contre le VIH/SIDA.

## LISTE DE VÉRIFICATION ÉTAPE PAR ÉTAPE POUR LA MISE EN ŒUVRE D'UNE COMPOSANTE VIH/SIDA DU DDR

### Étapes essentielles pendant la planification de la démobilisation

**ÉTAPE 1.** NOMMER UN POINT FOCAL VIH/SIDA AU SEIN DE LA COMMISSION DDR. Les initiatives de prévention devant être prioritaires, cette personne devrait, dans la plupart des cas, travailler dans le domaine de l'information, de l'éducation et de la communication (IEC). En cas de démobilisation probable d'un grand nombre de personnes séropositives, la commission DDR devrait envisager de former une équipe focale VIH dont seront membres, entre autres, une personne chargée de l'IEC et un responsable médical appartenant à une institution partenaire comme le Ministère de la santé ou à une ONG prestataire de services VIH/SIDA.

**ÉTAPE 2.** RENCONTRER LES DIRIGEANTS VIH/SIDA NATIONAUX. Expliquer le processus et le calendrier de DDR, et décrire les profils des ex-combattants à démobiliser. Transmettre les informations sur la situation du SIDA dans le pays, y compris les zones et les groupes les plus affectés, le mode d'évolution de l'épidémie, ainsi que le statut des activités de prévention et de prise en charge, et les plans futurs à cet égard. Se renseigner au sujet des ONG et autres organisations qui luttent contre le SIDA à propos de fonds disponibles pour les initiatives SIDA, ainsi que la façon d'y avoir accès.

**ÉTAPE 3.** SE RENSEIGNER AU SUJET DES SERVICES DANS LES COMMUNAUTÉS DE RETOUR. Obtenir des informations au sujet des services de prévention et de soins disponibles dans les communautés de retour des ex-combattants, afin de pouvoir établir des liens permettant aux ex-combattants de recevoir des appuis après la démobilisation.

**ÉTAPE 4.** ÉTABLIR LES OBJECTIFS ET LES INDICATEURS D'ÉVALUATION DE LA COMPOSANTE VIH/SIDA du DDR. Les objectifs de DDR devraient se conformer à la stratégie nationale de lutte contre le SIDA, si elle existe. Les questions de suivi et évaluation (S&E) devraient être identiques à celles du plan national, afin de faciliter la comparaison dans le temps et entre cohortes.

**ÉTAPE 5.** ANTICIPER LES BESOINS ET LES CARACTÉRISTIQUES DES GROUPES À DÉMOBILISER ET PLANIFIER EN CONSÉQUENCE. Réunir la commission pour discuter des types d'ex-combattants qui seront démobilisés, le niveau probable de connaissances et d'informations dont ils disposent au sujet du VIH/SIDA, leur séropositivité, et les services disponibles dans les zones où ils seront vraisemblablement réintégrés. Planifier en conséquence. Si des soldats nationaux doivent être démobilisés, rencontrer les responsables militaires pour mieux comprendre leurs profils.

**ÉTAPE 6.** METTRE EN PLACE DES POLITIQUES ET DES PROCÉDURES DE DÉMOBILISATION DES EX-COMBATTANTS SÉROPOSITIFS.

**ÉTAPE 7.** EXAMINER LES OPTIONS DE FINANCEMENT. Identifier le financement hors DDR des initiatives VIH/SIDA provenant de sources disponibles de financement de la lutte contre le SIDA. Si le financement n'est pas disponible, veiller à ce que les activités essentielles soient couvertes par les fonds de DDR.

**ÉTAPE 8.** IDENTIFIER LES ORGANISATIONS PARTENAIRES VIH/SIDA ET DÉCIDER QUELS MÉCANISMES DE MISE EN ŒUVRE SERONT EMPLOYÉS.

**ÉTAPE 9.** ACTUALISER LES INFORMATIONS DONT DISPOSE LE PERSONNEL DES BUREAUX DE TERRAIN SUR LE VIH/SIDA. Veiller à ce que le personnel de terrain dispose d'informations actualisées sur les causes et la prévention du VIH/SIDA. Tenir le personnel informé au sujet du rôle et des activités DDR dans le domaine du VIH/SIDA. Présenter le rôle que le personnel de terrain doit tenir pour mettre en rapport les ex-combattants de retour avec les organisations de lutte contre le SIDA, les services disponibles de dépistage et de prise en charge, et leur communiquer la liste des endroits où il est possible de se procurer des préservatifs.

### **Autres considérations importantes pendant la planification de la démobilisation :**

**SI POSSIBLE:** RENCONTRER LES ORGANISATIONS QUI LUTTENT CONTRE LE SIDA. Expliquer le processus de DDR, le calendrier, et les profils des ex-combattants qui seront démobilisés. Communiquer les leçons dégagées des initiatives de DDR et VIH/SIDA, y compris le rôle positif que les ex-combattants peuvent jouer. Discuter les activités SIDA au moment de la démobilisation, la nécessité de stratégies nouvelles à la réinsertion, les façons d'intégrer les ex-combattants aux programmes en cours des organisations. Faire une cartographie des interventions actuelles des organisations dans la lutte contre le SIDA.

### **Étapes essentielles pendant la démobilisation**

**ÉTAPE 10.** TENIR UNE SÉANCE D'ÉDUCATION SUR LE VIH/SIDA. Cette séance devrait fournir aux ex-combattants les connaissances et les compétences dont ils ont besoin pour se protéger, ainsi que leurs familles, du VIH/SIDA, y compris la façon dont est discuté l'utilisation du préservatif avec un partenaire, comment refuser les rapports sexuels dangereux, où se procurer des préservatifs, comment employer un préservatif convenablement, et comment savoir qu'une IST doit être soignée.

**ÉTAPE 11.** DÉTECTER ET TRAITER LES INFECTIONS SEXUELLEMENT TRANSMISSIBLES (IST). Inclure la gestion des IST sur base des syndromes (ce qui permet de détecter et de traiter l'infection sans analyse de laboratoire) à l'examen médical des ex-combattants.

**ÉTAPE 12.** PROPOSER LE CONSEIL ET DÉPISTAGE VOLONTAIRES (CDV) SUR LE LIEU DE DÉMOBILISATION. Inclure les pratiques utiles en CDV et les leçons dégagées de la démobilisation, y compris le conseil préalable, le temps de réflexion avant le dépistage volontaire et le conseil après dépistage ; donner des informations détaillées aux patients et les orienter avec précision sur les étapes à suivre.

**ÉTAPE 13.** DISCUTER, AVEC LES EX-COMBATTANTS SÉROPOSITIFS, COMMENT AVOIR ACCÈS AUX SERVICES ET AUX SOINS DANS LEURS PROPRES COMMUNAUTÉS.

**ÉTAPE 14.** DISTRIBUER DES PRÉSERVATIFS MASCULINS DANS LES KITS DE RÉINSTALLATION. DONNER DES INFORMATIONS SUR LES PRÉSERVATIFS FÉMININS ET LES PROPOSER SUR DEMANDE.

**ÉTAPE 15.** FACILITER LA LIAISON AVEC LES PRESTATAIRES DE SERVICE DANS LES COMMUNAUTÉS DE RETOUR. Expliquer comment et où se procurer les préservatifs et avoir accès au dépistage et aux soins dans les communautés où résident les ex-combattants après avoir été démobilisés.

### **Autres considérations importantes pendant la démobilisation :**

**SI POSSIBLE:** INVITER LES ORGANISATIONS DE LUTTE CONTRE LE VIH/SIDA PRÉSENTES DANS LES COMMUNAUTÉS DE RETOUR À PARTICIPER À LA DÉMOBILISATION. Demander aux organisations de lutte contre le SIDA de donner aux ex-combattants des informations sur les programmes en cours d'exécution dans leurs communautés de retour respectives.

**SI POSSIBLE:** ORGANISER DES DISCUSSIONS AVEC LES EX-COMBATTANTS POUR RÉSOUDRE LES PROBLÈMES LIÉS À LA VULNÉRABILITÉ PARTICULIÈRE DES FEMMES AU VIH/SIDA. Soulever la question de la vulnérabilité des femmes en tant que sujet de discussion participative. Discuter les facteurs pertinents et demander aux groupes d'identifier les façons de traiter les problématiques qui font courir aux femmes davantage de risques d'infection au VIH/SIDA.

**SI POSSIBLE:** DONNER DES INFORMATIONS SUR LE PALUDISME ET LA PLANIFICATION FAMILIALE. Pendant la séance sur l'éducation VIH/SIDA, inclure des informations sur les liens entre le paludisme et le VIH/SIDA, sur la prévention et le traitement du paludisme, et sur la planification familiale.

**SI POSSIBLE:** RENCONTRER LES EX-COMBATTANTS INVALIDES. Organiser une rencontre avec les personnes invalides pour préparer leur réinsertion en discutant la situation qui les attend à leur retour chez eux, y compris les réactions éventuelles d'autrui, et pour passer en revue les moyens dont ils disposent pour se prémunir contre le VIH/SIDA.

**SI POSSIBLE:** FOURNIR DES MOUSTIQUAIRES IMPRÉGNÉES D'INSECTICIDE. Faire en sorte que des moustiquaires imprégnées d'insecticide puissent être achetées sur le site de démobilisation, et que des informations soient disponibles sur les lieux où les moustiquaires peuvent être obtenues dans la communauté de retour des ex-combattants.

### Étapes essentielles pendant la réinsertion

---

**ÉTAPE 16.** AVEC LES ORGANISATIONS PARTENAIRES, VEILLER À POURSUIVRE LES ACTIVITÉS DE PRÉVENTION PENDANT LA PHASE DE RÉINSERTION. Pour accroître les chances que les ex-combattants aient des rapports sexuels sans danger, les programmes de DDR devraient encourager les organisations partenaires à essayer de nouvelles stratégies de prévention au moment de la réinsertion, en veillant par exemple à ce que les préservatifs soient disponibles dans les bars et les autres endroits fréquentés par les ex-combattants, ou en encourageant les ex-combattants à se surveiller l'un l'autre.

**ÉTAPE 17.** FACILITER LA LIAISON ENTRE LES EX-COMBATTANTS ET LES ORGANISATIONS QUI AGISSENT DANS LE DOMAINE DU SIDA. Encourager les ex-combattants séropositifs à s'impliquer dans les organisations des personnes vivant avec le VIH/SIDA (PVVS). Communiquer aux organisations qui agissent dans le domaine du VIH/SIDA l'importance potentielle du rôle que pourrait jouer le réseau d'ex-combattants dans l'éducation et la sensibilisation en matière de VIH/SIDA. Mettre les ex-combattants intéressés en rapport avec les organisations qui agissent dans le domaine du SIDA dans leurs communautés.

#### *Autres considérations pendant la réinsertion:*

**SI POSSIBLE:** EXAMINER POURQUOI DE NOMBREUX EX-COMBATTANTS N'UTILISENT PAS DE PRÉSERVATIF, NI NE SUIVENT LES CONSEILS PRÉVENTIFS. À l'aide d'outils qualitatifs simples, les commissions de DDR ou les ONG partenaires devraient déterminer les facteurs qui font que les ex-combattants n'adoptent pas de comportement préventif ; recueillir et tenir compte des idées des ex-combattants sur les moyens d'encourager des pratiques sexuelles sans danger.

### Étapes essentielles pendant la réintégration

---

**ÉTAPE 18.** VÉRIFIER QUE LES EX-COMBATTANTS PEUVENT AVOIR ACCÈS AUX SERVICES VIH/SIDA ET PARTICIPER AUX PROGRAMMES VIH/SIDA. Les programmes de DDR devraient veiller à ce que les ex-combattants n'éprouvent pas de difficulté à avoir accès aux services de prévention et de dépistage ou au traitement, ou à participer aux programmes d'éducation et de sensibilisation SIDA, sur la base d'une discrimination liée à leur rôle antérieur dans le conflit ou pour toute autre raison. En cas de problèmes, le personnel DDR devrait collaborer avec les autorités sanitaires et les ONG locales pour faire en sorte que les programmes se rapprochent des ex-combattants.

#### *Autres considérations pendant la réintégration:*

**SI POSSIBLE:** FACILITER LE SUIVI AVEC LES EX-COMBATTANTS INVALIDES SUR LES QUESTIONS LIÉES AU VIH/SIDA. Assurer le suivi des ex-combattants invalides en prenant contact avec l'unité médicale, au cours des activités de réintégration, ou par le biais des organisations locales de lutte contre le SIDA. Les aider à trouver le moyen de surmonter toute difficulté d'accès aux services de prévention, dépistage et soins du VIH/SIDA.

**SI POSSIBLE:** ACCORDER LA PRIORITÉ AUX GROUPES ET AUX ZONES OÙ LE RISQUE D'INFECTION AU SIDA EST

PLUS ÉLEVÉ. Classer ces zones et ces groupes par ordre de priorité, sur la base du risque d'infection et de propagation du virus du SIDA – zones périurbaines, zones rurales où l'émigration à la recherche d'emploi est importante, zones voisines des pays où la prévalence du VIH/SIDA est forte et où les ex-combattants sont plus jeunes – pour la poursuite de l'éducation sur le SIDA. Le niveau de risque d'infection au SIDA devrait aussi être pris en compte et éventuellement servir de critère de sélection pour les activités DDR de réintégration.

**SI POSSIBLE:** RÉFLÉCHIR AUX MOYENS D'APPUYER LES FAMILLES DES EX-COMBATTANTS VIVANT AVEC LE SIDA. Par exemple, les possibilités d'éducation et de formation devraient être transférées à un autre membre de la famille dans les cas où un ex-combattant souffrant du SIDA ne peut pas travailler.

**SI POSSIBLE:** GARDER L'UTILISATION DES PRÉSERVATIFS COMME PRIORITÉ. Faire en sorte que les préservatifs soient disponibles – sans avoir à les demander – dans les bureaux de district de la commission pour rappeler aux ex-combattants qu'il faut les utiliser et accroître, même de peu, la probabilité qu'un ex-combattant ait un préservatif lorsqu'il ou elle en a besoin. Afficher dans les bureaux de district de la commission et pendant les activités de réintégration une liste des lieux où la communauté peut se procurer des préservatifs.

**SI POSSIBLE:** DISCUTER AVEC LES DIRIGEANTS LOCAUX DE LA LUTTE CONTRE LE VIH/SIDA COMMENT LES RÉSEAUX D'EX-COMBATTANTS PEUVENT AIDER À COMBATTRE LE SIDA.

---

# Introduction

## 1. Contexte et Justification

Bien que l'Afrique subsaharienne représente seulement un peu plus de dix pour cent de la population mondiale, l'ONUSIDA estime que deux tiers de la totalité des personnes vivant avec le VIH – près de 22,5 millions en 2007 – y vivent. Les pays les plus affectés par le VIH/SIDA sont les pays d'Afrique australe – le Botswana, le Lesotho, le Mozambique, la Namibie, l'Afrique du Sud, le Swaziland, la Zambie et le Zimbabwe – où les taux de prévalence dépassaient quinze pour cent en 2005.<sup>2</sup>

De plus, les conflits armés mondiaux ont lieu - ou ont eu lieu jusqu'à récemment – en grande majorité en Afrique subsaharienne. Les liens entre les conflits et la propagation du VIH sont complexes, imprévisibles et mal compris, mais la présence de plusieurs facteurs au cours des conflits – déplacement des populations, fréquence des rapports sexuels et effondrement des communautés, de la société civile et des structures publiques – augmente le risque d'infection des populations au VIH/SIDA. Cette susceptibilité accrue à contracter le VIH persiste pendant toute la période de reconstruction après-guerre et l'ONUSIDA recommande que la prévention du SIDA fasse partie intégrante des programmes d'aide aux populations affectées par les conflits.<sup>3</sup>

En 2006, le Secrétariat du Programme multi-pays de démobilisation et réintégration (MDRP) et le programme

ACT Africa de la Banque mondiale ont conjointement examiné l'interaction entre le VIH/SIDA et une population particulière en période d'après-guerre – les ex-combattants associés aux programmes de désarmement, démobilisation et réintégration.<sup>4</sup> La revue avait pour buts de (i) mieux comprendre les vulnérabilités et les risques encourus par les anciens soldats et membres des groupes armés, et (ii) identifier les mesures précises qui peuvent être prises pour réduire le risque de transmission du VIH pendant et après les exercices de DDR. À ces fins, une équipe s'est rendue dans quatre pays MDRP : le Rwanda, le Burundi, l'Angola et la République du Congo. Elle avait pour but d'identifier les activités VIH/SIDA en cours d'exécution dans le cadre de leurs programmes de DDR respectifs et, par le biais de discussions avec les organisations participant à la mise en œuvre d'activités DDR SIDA et avec les ex-combattants, de déterminer les pratiques utiles VIH/SIDA des programmes de DDR. Les perspectives et les informations acquises au cours de cette mission ont permis d'identifier les interventions principales de lutte contre le VIH/SIDA au cours de la démobilisation et de la réintégration des ex-combattants et ont formé la base de l'élaboration de ces directives.

## 2. Utilisations Possibles

Ces directives sont conçues de sorte à aider les directeurs, les responsables et les cadres opérationnels des programmes de DDR, ainsi que les organisations partenaires, à incorporer les activités essentielles de prévention, de soins, de

---

<sup>2</sup> Actualisation ONUSIDA 2007 de l'épidémie du SIDA : faits principaux, par région. [http://data.unaids.org/pub/EPISlides/2007/071118\\_epi\\_regional%20factsheet\\_en.pdf](http://data.unaids.org/pub/EPISlides/2007/071118_epi_regional%20factsheet_en.pdf).

<sup>3</sup> VIH/SIDA et conflit. [http://www.unaids.org/en/Issues/Impact\\_HIV/HIV\\_and\\_conflict.asp](http://www.unaids.org/en/Issues/Impact_HIV/HIV_and_conflict.asp)

<sup>4</sup> Le MDRP est un programme régional, administré par la Banque mondiale, qui appuie des initiatives pour la paix, la sécurité et de DDR dans sept pays des Grands Lacs. Le programme est financé par un fonds fiduciaire à bailleurs multiples auquel contribuent 13 bailleurs de fonds. ACT Africa est l'Équipe de la campagne de lutte contre le SIDA en Afrique de la Banque mondiale. L'équipe a passé en revue les programmes de démobilisation appuyés par le MDRP/Banque mondiale et la communauté internationale par le biais du fonds fiduciaire à bailleurs multiples.

---

dépistage, de traitement et d'appui VIH/SIDA aux programmes de DDR. Elles sont conçues à l'intention des personnes non-initiées, sans formation professionnelle en médecine, sur le VIH/SIDA ou en santé publique.

Les directives peuvent aussi servir d'outil pour les activistes et dirigeants de la lutte contre le VIH/SIDA, les dirigeants militaires chargés de démobiliser des soldats, et pour les dirigeants du gouvernement qui tiennent à exécuter les accords de paix. Pour les cadres des programmes nationaux de lutte contre le VIH/SIDA, elles peuvent servir à présenter les programmes de démobilisation, à rappeler l'importance de la prise en compte des ex-combattants dans les programmes nationaux de lutte contre le VIH/SIDA, et servir de manuel des leçons dégagées au sujet des initiatives VIH/SIDA dans ce contexte. Les dirigeants militaires peuvent utiliser ces directives pour préparer les opérations de DDR et pour faire le suivi de la mise en œuvre de ces programmes. Pour les dirigeants publics qui veulent une paix durable, les directives peuvent aussi servir à rappeler l'importance à accorder au VIH/SIDA dans les programmes de DDR afin que la réintégration des ex-combattants soit réussie.

Les directives répondent aux questions suivantes :

- ✓ comment les ex-combattants affectent et sont affectés par l'épidémie du SIDA ;
- ✓ pourquoi les personnes participant aux programmes de DDR devraient se préoccuper du VIH/SIDA ;
- ✓ ce que tous les programmes de DDR doivent faire dans le domaine du VIH/SIDA ; et
- ✓ les mesures supplémentaires que les programmes de DDR peuvent prendre pour lutter contre le VIH/SIDA.

Les directives sont le fruit à la fois des leçons dégagées des programmes VIH/SIDA en général et des expériences à ce jour des initiatives VIH/SIDA dans le DDR, particulièrement celles du MDRP.

Une liste simple de vérification étape par étape de l'exécution des activités VIH/SIDA dans les programmes de DDR est placée au début de ce document. En annexes

se trouvent des informations élémentaires sur le VIH/SIDA, ainsi que des outils supplémentaires et des liens vers des ressources utiles sur le VIH/SIDA. Enfin, des informations sur des sujets pertinents liés au VIH/SIDA (comme le VIH/SIDA en Afrique, la féminisation du SIDA, le VIH/SIDA chez les personnes déplacées, etc.) sont présentées dans des encadrés d'information dans chaque chapitre.

### 3. Sources et Méthodologie

Les informations utilisées dans ces directives viennent principalement d'une revue des programmes de démobilisation du MDRP en Angola, au Burundi, en République du Congo, et au Rwanda réalisée en octobre et novembre 2006. Une équipe du MDRP a rencontré le personnel chargé de la démobilisation, les ONG partenaires participant aux initiatives VIH/SIDA destinées aux ex-combattants, les dirigeants nationaux de la lutte contre le VIH/SIDA, ainsi que les ex-combattants qui ont pris part aux processus de DDR dans leurs pays respectifs. Au total, l'équipe a rencontré et réalisé des analyses en groupes de discussion avec vingt-et-un groupes d'ex-combattants.<sup>5</sup>

On a demandé à ces ex-combattants de servir d'experts au sujet du groupe similaire (en termes d'âge, de sexe, etc.) de combattants au côté desquels ils avaient combattu, et de décrire, non pas leurs propres expériences, mais plutôt celles des ex-combattants qui les accompagnaient. À l'aide d'un outil simple et participatif d'apprentissage et d'action, les groupes ont noté les connaissances des ex-combattants au sujet du VIH/SIDA, des niveaux de risque, des comportements, et d'accès aux services de prévention et de prise en charge au cours du conflit ou à chaque phase du processus de DDR. L'équipe de revue a tiré des enseignements sur la base à la fois des résultats des classements collectifs et des conversations nourries qui ont donné lieu à ces décisions de groupe. Des similarités entre les groupes et les pays ont rapidement émergé, ainsi que des différences occasionnelles. Pour vérifier leur exactitude et leur validité, les informations recueillies furent comparées aux rapports et données statistiques disponibles et aux contributions des personnes participant aux programmes de VIH/SIDA et DDR des quatre pays. Dans les deux derniers pays étudiés – l'Angola et la République du Congo – on a aussi demandé aux ex-combattants de noter les stratégies potentielles d'intervention qui

---

<sup>5</sup> Les groupes étaient, pour la plupart, homogènes et leurs membres appartenaient aux mêmes catégories, par ex., tous soldats, tous membres du même groupe armé, hommes, femmes, invalides, etc. L'équipe a rencontré des ex-combattants qui représentaient la plus grande variété de types de groupes démobilisés que possible dans chaque pays, compte tenu des contraintes logistiques et des questions d'ordre sécuritaire qui existent encore.

sont ressorties des discussions des ex-combattants dans les deux premiers pays.<sup>6</sup>

Le module des Normes intégrées de désarmement, démobilisation et réintégration (NIDDR) des Nations Unies sur le VIH/SIDA et le DDR, élaboré par le Groupe de travail interinstitutionnel sur le DDR (GTIDDR), ainsi que les leçons dégagées des programmes militaires VIH/SIDA et les travaux récents de recherche sur le SIDA et les populations réfugiées, comptent parmi les ressources principales employées dans le cadre de cette revue.<sup>7</sup> Les directives s'inspirent également des pratiques utiles de la lutte contre le SIDA qui sont consignées dans diverses publications publiées ou disponibles sur internet. Les références et les liens vers ces ressources sont indiquées dans ce document à chaque fois que possible pour que les lecteurs puissent

examiner davantage des sujets précis ou contacter un réseau existant d'experts et d'organisations qui travaillent dans le domaine du VIH/SIDA. La liste de ces ressources est aussi disponible dans les annexes de ce rapport.

Sur la base de ces contributions diverses, ces directives recommandent un ensemble d'éléments centraux que les composantes VIH/SIDA de DDR devraient contenir (voir le Chapitre 3) et identifient des activités complémentaires qui accentuent les interventions centrales VIH/SIDA-DDR (voir le Chapitre 4). La liste de vérification qui se trouve au début des directives intègre les recommandations présentées dans ces deux chapitres et constitue un outil simple que les directeurs des programmes de DDR peuvent employer pour planifier et exécuter une composante VIH/SIDA.

---

<sup>6</sup> Les outils de discussion employés se trouvent en annexes F et G.

<sup>7</sup> Pour une discussion plus élargie des problématiques associées au VIH/SIDA et au DDR, le lecteur devrait consulter le module NIDDR qui est disponible sur le site web du Centre des ressources DDR des Nations Unies: <http://www.unddr.org>.

## Note pour les directeurs de DDR VIH/SIDA EN AFRIQUE SUBSAHARIENNE EN 2007

**En décembre 2007, l'ONUSIDA déclare que :**

**L'Afrique subsaharienne reste la région la plus affectée par l'épidémie mondiale du SIDA.** Plus des deux-tiers (68%) de toutes les personnes séropositives vivent dans cette région où plus des trois-quarts (76%) de tous les décès dus au SIDA ont eu lieu en 2007. 1,7 million de personnes sont estimées avoir contracté le VIH en 2007, faisant ainsi passer le nombre total de personnes vivant avec le virus à 22,5 millions. Contrairement aux autres régions, les femmes forment la majorité des personnes vivant avec le VIH en Afrique subsaharienne (61%).

Dans la plupart des pays d'Afrique subsaharienne, la prévalence du VIH chez les adultes – le nombre de personnes vivant avec le SIDA – est stable ou a commencé à baisser. L'Afrique australe reste la région la plus gravement affectée en Afrique, le SIDA constituant la cause principale de mortalité. La prévalence du VIH a dépassé 15% dans huit pays d'Afrique australe en 2005 (Botswana, Lesotho, Mozambique, Namibie, Afrique du Sud, Swaziland, Zambie et Zimbabwe).<sup>8</sup>

Les experts ne sont pas certains des raisons pour lesquelles l'Afrique australe est la plus affectée. Ceci est vraisemblablement dû à la convergence de plusieurs facteurs, y compris la propagation facile du type viral de SIDA courant en Afrique australe, le fait qu'en Afrique australe les hommes sont moins souvent circoncis, les types de maladies sexuellement transmissibles les plus courants dans la région, et la synergie nouvellement découverte entre le paludisme et le SIDA. Par ailleurs, bien que les dynamiques ne soient pas entièrement comprises, la recherche indique que la migration masculine à la recherche d'emploi a eu un impact important. La recherche indique également que les modes de comportement sexuel ne suffisent pas à expliquer l'étendue de la propagation du SIDA en Afrique australe ; dans les sociétés occidentales, le niveau d'activité sexuelle en dehors du couple est semblable à celui de l'Afrique australe. En fait, dans les pays industrialisés, les taux déclarés de rapports sexuels avec au moins deux partenaires au cours de l'année passée sont plus élevés que ceux des pays non industrialisés.<sup>9</sup>

**La bonne nouvelle est qu'il est possible d'arrêter la propagation du SIDA.** La baisse de la prévalence du VIH est évidente au Kenya et au Zimbabwe, et des indications de la même tendance commencent à être observées en Côte d'Ivoire, au Mali et en milieu urbain au Burkina Faso. Un comportement plus sûr semble également commencer à être adopté dans ces pays. La réussite du Zimbabwe est due en partie à l'usage plus fréquent du préservatif, à des rapports sexuels plus tardifs chez les jeunes et à la fidélité des partenaires. Bien que ces réussites donnent de l'espoir, l'expérience montre que ces efforts doivent être soutenus. En Ouganda, la prévalence a baissé et des comportements plus sûrs furent davantage adoptés pendant les années 1990. Depuis lors, la complaisance s'est accrue et l'engagement politique, ainsi que le financement des interventions, se sont affaiblis ; les études récentes montrent qu'en Ouganda, le préservatif est utilisé moins souvent au cours des rapports occasionnels et que l'incidence du nombre de partenaires occasionnels multiples augmente.<sup>10</sup>

<sup>8</sup> ONUSIDA 2007, [http://data.unaids.org/pub/EPISlides/2007/071118\\_epi\\_regional%20fact\\_sheet\\_en.pdf](http://data.unaids.org/pub/EPISlides/2007/071118_epi_regional%20fact_sheet_en.pdf)

<sup>9</sup> J. Crush, Migration Policy Series No.24; M. Lurie in « Le VIH/SIDA en Afrique du Sud », 2005; K. Wellings et al, Lancet 2006; T. Goliber, juillet 2002, [www.prb.org/Articles/2002/TheStatusoftheHIVAIDSEpidemicinSubSaharanAfrica.aspx](http://www.prb.org/Articles/2002/TheStatusoftheHIVAIDSEpidemicinSubSaharanAfrica.aspx)

<sup>10</sup> ONUSIDA 2007 ; National Public Radio, 2006

## Note pour les directeurs de VIH/SIDA LES PHASES DU DDR

**Les programmes DDR ont pour but général** d'aider à maintenir la paix et de contribuer au rétablissement des pays affectés par les conflits. Un programme DDR a pour objectif d'appuyer la réintégration sociale et économique des ex-combattants dans leurs communautés afin de parvenir à un niveau de vie et d'acceptation sociale équivalent à ceux des autres habitants de leurs zones de retour.

**DÉSARMEMENT** - Les munitions, les armes et les explosifs sont recueillis, contrôlés et évacués pendant le désarmement. Il est essentiel que l'exécution soit juste et appropriée. Avec le développement graduel de rapports de confiance entre les parties en guerre et une assurance accrue au cours du désarmement, la qualité et le calibre des armes collectées tendent à s'améliorer avec le temps. Les membres des groupes armés étant généralement considérés « combattants » jusqu'à la conclusion du désarmement, le financement AOD ne peut pas servir à appuyer le processus. Pour éviter de donner l'impression que le DDR est un programme de rachat des armes qui récompense les combattants, il est recommandé d'éviter de verser des allocations pendant cette période.

**DÉMobilISATION** – La démobilisation est un processus au cours duquel le personnel armé et les personnes à charge sont séparés d'une structure et d'une identité militaires et commencent à rejoindre la vie civile. En termes généraux, le processus consiste à dissoudre les structures de commandement et de contrôle militaires, à fournir les biens et services civils essentiels et à disséminer les informations pour aider les ex-combattants à commencer une nouvelle vie hors de l'armée. Le processus cherche aussi à apporter un appui spécial aux groupes particulièrement vulnérables, notamment les enfants, les personnes invalides et les femmes ; c'est aussi une bonne occasion de procéder au conseil sanitaire, à l'éducation VIH/SIDA et au dépistage volontaire. En général, les types suivants d'activités sont réalisées dans le cadre d'une démobilisation : campements, vérification du statut de combattant; alimentation, abri et soins médicaux; enregistrement; établissement des profils socioéconomiques et émission d'un document d'identité; communication d'informations d'ordre général et sur les programmes; et décharge officielle.

**RÉINSERTION** – Pendant la période qui suit immédiatement la démobilisation, les ex-combattants reçoivent généralement un appui pour retourner dans leurs communautés et subvenir à leurs propres besoins et à ceux de leurs familles pendant une période restreinte, jusqu'à ce que l'assistance de réintégration puisse être organisée. L'appui de réinsertion peut se faire sous forme d'aide en nature ou de versement d'argent liquide, selon le programme. Beaucoup de programmes attendent que les ex-combattants soient arrivés à leur zone de retour pour leur verser les paiements, plutôt que de le faire sur le lieu de démobilisation.

**RÉINTÉGRATION** – La majorité des programmes de DDR fournissent un appui supplémentaire aux ex-combattants pour faciliter leur réintégration sociale et économique dans leurs communautés. Un appui - sous forme d'informations, de services de conseil et d'orientation, d'intrants agricoles, de formation professionnelle, de travail en apprentis et de création de micro-entreprises – peut être proposé pendant une période restreinte pour aider les ex-combattants de retour à parvenir au même niveau de vie général que les autres membres de la communauté. Les ex-combattants sont encouragés à s'installer dans des régions où ils ont de la famille et la formation de réseaux d'ex-combattants - groupes de discussion, associations d'ex-combattants et civiles, projets économiques conjoints – est souvent favorisée pour faciliter la réintégration sociale. Lorsque cela est possible, l'assistance de réintégration est structurée de sorte que puissent en profiter d'autres membres de la communauté, surtout ceux dont la vulnérabilité s'accroît suite au conflit, ou la communauté dans son ensemble. Les campagnes d'information et l'appui aux activités de réconciliation constituent aussi des éléments centraux du processus de réintégration sociale.

Adapté de « La stratégie régionale de démobilisation et de réintégration dans la Région élargie des Grands Lacs », Banque mondiale, mars 2002.

---

# CHAPITRE 1: Ex-combattants et VIH/SIDA

## COMMENT ILS SONT AFFECTÉS

On pense souvent que la prévalence du VIH/SIDA est élevée chez les soldats.<sup>11</sup> Les personnes qui travaillent dans le domaine du SIDA pensent généralement que la prévalence du VIH chez les soldats est habituellement deux à cinq fois plus élevée que celle de leurs homologues de la population civile. Cependant, les données plus récentes indiquent que les taux de séroprévalence de certaines armées africaines ne dépassent que de peu ceux de la population générale.<sup>12</sup> Un document technique présenté en 2005 à la conférence sur les conflits et la sécurité met en doute les hypothèses relatives aux conflits et au SIDA, notamment l'opinion selon laquelle la prévalence du VIH chez les soldats et dans les groupes armés serait invariablement plus élevée.<sup>13</sup> Par ailleurs, selon les conclusions d'une revue systématique, réalisée par UNHCR, des données de sept pays affectés par les conflits, il n'est pas prouvé que la transmission du VIH augmente dans les populations affectées par les conflits.<sup>14</sup> Les auteurs de ces deux documents concluent que les données de qualité sont

insuffisantes, que le sujet doit être davantage étudié et que, chaque situation étant unique, il est nécessaire de mieux comprendre la gamme de facteurs impliqués.<sup>15</sup>

À l'évidence, du fait des réalités quotidiennes de nombreux soldats – séparation de l'époux/épouse et de la famille, déploiement éventuel dans des zones où le VIH est répandu, occasions fréquentes d'avoir des rapports sexuels occasionnels, accès aux ressources, une tendance à prendre plus de risques au cours d'un conflit – ces derniers pourraient être plus susceptibles de contracter le VIH.<sup>16</sup>

Il est aussi évident que certains facteurs atténuent ou réduisent le risque du VIH/SIDA chez les soldats. Beaucoup d'armées disposent depuis des décennies de programmes éducatifs au sujet des infections sexuellement transmissibles (IST). Les comportements préventifs qui prémunisent contre les IST sont les mêmes que ceux qui réduisent la

---

<sup>11</sup> Selon une publication de l'ONUSIDA en 1998, des études réalisées aux États-Unis, au Royaume Uni et en France ont montré que les soldats couraient un plus grand risque de contracter le VIH que les groupes équivalents par âge/sexes des populations civiles. Les chiffres provenant du Zimbabwe et du Cameroun à environ la même époque indiquaient que les taux d'infection au VIH dans les services militaires étaient trois à quatre fois plus élevés que ceux de la population civile. Source: *Le SIDA et l'armée: Le point de vue de l'ONUSIDA*. Série des pratiques utiles. Mai 1998. [http://data.unaids.org/Publications/IRC-pub05/militarypv\\_en.pdf](http://data.unaids.org/Publications/IRC-pub05/militarypv_en.pdf)

<sup>12</sup> Conversations avec les dirigeants nationaux de la lutte contre le VIH/SIDA, au cours de l'étude du MDRP.

<sup>13</sup> Alex de Waal. *Document technique sur le VIH/SIDA et les services militaires*. Présenté à SIDA, sécurité et démocratie : Séminaire des experts et conférence sur les politiques, Clingendael Institute, La Haye, 2-4 mai 2005. Il faut remarquer que le document déclare « nous pouvons affirmer, avec assurance, que ceci [taux d'infection deux à cinq fois plus élevé chez les soldats] n'est pas le cas en Afrique subsaharienne ». [http://asci.ssrc.org/doclibrary/issue\\_paper1.pdf](http://asci.ssrc.org/doclibrary/issue_paper1.pdf)

<sup>14</sup> Paul B. Spiegel et al., *Lancet*, 2007.

<sup>15</sup> Le dépistage étant obligatoire dans de nombreuses armées, leurs statistiques sur les pourcentages de VIH sont fiables. La plupart d'entre elles procèdent au dépistage, même lorsqu'une politique officielle n'existe pas à cet égard. D'une façon ou d'une autre, le dépistage des anticorps VIH est réalisé dans 94% des services militaires qui ont participé à l'enquête ONUSIDA/CMA, malgré le fait que 55% seulement d'entre eux ont élaboré des politiques de dépistage ou déclaré leur existence. Les dépistages obligatoires les plus fréquents se font lors du recrutement et avant les déploiements. Source: *Note sur le SIDA, à l'intention des planificateurs et des directeurs* : Secteur militaire. [www.ukzn.ac.za/heard/publications/AidsBriefs/sec/Military.pdf](http://www.ukzn.ac.za/heard/publications/AidsBriefs/sec/Military.pdf)

<sup>16</sup> Ces facteurs de risque ont fait l'objet de beaucoup d'attention dans la littérature militaire et de la santé publique et les estimations de la prévalence VIH dans les services militaires qui sont données sont souvent inquiétantes. Cependant, ces estimations sont fréquemment avancées sans citer leur source, probablement parce que beaucoup d'armées considèrent que les niveaux d'infection au VIH/SIDA donnent une indication de l'état de préparation militaire et ne publient donc pas ces statistiques. Ceci constitue toutefois un obstacle pour le chercheur car, en l'absence d'une validation des sources statistiques, les informations ne peuvent pas être confirmées avec certitude. Ceci pousse souvent à exagérer la situation ou à ignorer la question complètement. Ces deux types de réaction sont indésirables, car ils ne donnent pas lieu aux interventions adéquates en réponse à un problème présent ou potentiel.

probabilité de contracter le VIH/SIDA par le contact sexuel. Certaines armées ayant aussi mis en place, dès le début, des programmes éducatifs centrés sur le VIH/SIDA, beaucoup d'ex-soldats disposent d'informations fiables au sujet des IST, du VIH/SIDA, des comportements dangereux et des méthodes de prévention avant de participer au conflit. Au cours des groupes de discussion organisés par le MDRP, les soldats des deux parties de conflits donnés déclarent avoir été bien informés sur le VIH/SIDA avant et après la guerre.

### Susceptibilité des soldats au VIH/SIDA

Partout au monde, le personnel militaire constitue l'une des populations les plus susceptibles de contracter le VIH et le SIDA. Les effectifs sont souvent jeunes et ont une activité sexuelle, sont souvent loin de chez eux et de leurs familles, respectent davantage la pression de leurs pairs que les conventions sociales établies, sont formés précisément à prendre des risques et à se sentir invincibles, et peuvent habituellement avoir des rapports sexuels occasionnels.

Source: Note sur le SIDA, à l'intention des planificateurs et des directeurs : Secteur militaire. Cette note contient des informations et des listes de vérification que les directeurs de DDR et leurs partenaires pourraient trouver utiles. [www.ukzn.ac.za/heard/publications/AidsBriefs/sec/Military.pdf](http://www.ukzn.ac.za/heard/publications/AidsBriefs/sec/Military.pdf)

De plus, dans certaines armées régulières, les règles et la discipline qui caractérisent le service militaire sont également appliquées au comportement sexuel, ce qui prémunit encore davantage contre le VIH/SIDA pendant un conflit. Les ex-soldats de l'un des groupes de discussion du MDRP ont clairement déclaré que, pendant leur service militaire, les soldats pouvaient avoir un seul partenaire et pas plus. Selon ces ex-combattants, cette règle était prise au sérieux, appliquée et respectée.<sup>17</sup>

La situation est habituellement très différente au niveau des forces irrégulières. En général, ces groupes sont moins structurés, moins formés et ont accès à moins d'informations que les armées officielles. Dans la plupart des cas, les effectifs des forces irrégulières n'ont pas accès aux programmes qui donnent des informations et proposent des services relatifs aux IST et au VIH/SIDA. Les participants au groupe de discussion du MDRP déclarent que la

radio, et le plus souvent le bouche-à-oreille, constituaient leurs principales sources d'information. Le plus souvent, ces informations sont très rudimentaires, en partie correctes et incorrectes, parfois simplement erronées. Les participants au groupe de discussion du MDRP déclarent systématiquement que les membres des forces irrégulières sont peu informés au sujet du VIH/SIDA avant et après les conflits.

*Nous avons entendu des rumeurs sur le SIDA, mais nous ne pouvions pas en parler. C'était un sujet tabou. Pour beaucoup, le SIDA est de la sorcellerie. (RWANDA)*

Ce n'est qu'à la phase de démobilisation que la plupart des forces irrégulières purent entendre, pour la première fois, des informations approfondies au sujet du VIH/SIDA.

*Nous avons entendu des rumeurs sur le SIDA, mais nous ne savions pas exactement ce que c'était et nous n'avions pas d'informations sur les moyens de ne pas l'attraper. Des gens du Congo disaient que ça venait des singes. D'autres disaient que lorsque vous dormez, vous l'attrapez. (ANGOLA)*

Les comportements dangereux varient également avec le temps et d'un groupe d'ex-combattants à l'autre. Bien qu'en participant à un conflit les combattants puissent adopter un comportement sexuel plus dangereux, ceci n'est pas toujours vrai. La survie – parvenir au jour suivant – est souvent la seule préoccupation de certains soldats au front. Comme le dit un ex-combattant au cours d'une discussion de groupe du MDRP :

*Nous n'avions pas le temps d'avoir des rapports sexuels ; il n'y avait que la guerre. (BURUNDI)*

Le Tableau 1 contient les réponses des ex-combattants (par pays et par groupe de discussion) aux questions sur le degré de comportement très dangereux, ou l'exposition à une situation très dangereuse, dans leur groupe d'ex-combattants pendant le conflit. Il était demandé aux groupes de discussion de classer le risque d'exposition au VIH/SIDA (de « aucun » à « élevé ») concernant le niveau d'adoption, par les ex-combattants qui ont lutté à leurs côtés, de comportements dangereux précis, ou le niveau de leur exposition

<sup>17</sup> L'article de DeWaal et le rapport UNHCR discutent tous les deux d'autres facteurs qui peuvent réduire la prévalence du VIH/SIDA chez les personnes participant à un conflit.

à des circonstances où le virus SIDA pouvait être transmis (càd., équipement médical non stérile, par exemple). Le Tableau 1 dénote une grande régularité des classements faits par la plupart des groupes de certains comportements (ex. les rapports sexuels sans préservatif) ; il montre aussi des variations entre les classements des groupes de régions différentes (ex. fréquence des rapports sexuels et rapports sexuels avec les travailleurs sexuels commerciaux). Les classements faits par les ex-combattants d'une gamme de comportements et de situations très dangereux pour chaque phase de DDR – combats, démobilisation, réinsertion, réintégration – sont présentés en Annexe B.

Les discussions ont aussi révélé que, à quelques rares exceptions près, c'est au cours de la phase de réinsertion – les semaines qui suivent immédiatement la démobilisation, lorsque les ex-combattants reprennent la vie civile pour la première fois – que le risque de contracter ou de transmettre le virus VIH est le plus fort. Ils sont prêts à fêter la fin des hostilités et la conclusion de leur service, disposent d'argent liquide et se retrouvent souvent dans des situations favorables

à la transmission. Les participants aux groupes de discussion ont indiqué que, dans cette période, les rapports sexuels sont fréquents, souvent avec plusieurs partenaires, parfois avec les travailleurs sexuels commerciaux, et généralement sans préservatif. Ceci est le cas même lorsque le processus de démobilisation comporte une composante VIH/SIDA de bonne qualité, selon les rapports. Dans la plupart des cas, les ex-combattants déclarent avoir été informés, pendant la démobilisation, sur les facteurs de risque, les mesures de prévention et l'importance de l'utilisation du préservatif; un grand nombre déclare avoir reçu des préservatifs gratuits; certains déclarent qu'une démonstration de la pose d'un préservatif leur a été faite, et quelques-uns déclarent avoir appris comment négocier l'utilisation du préservatif avec leurs partenaires. Néanmoins, à quelques rares exceptions indiquées dans le Tableau 2, les ex-combattants estiment que la probabilité de rapports sexuels dangereux pendant les semaines qui suivent la démobilisation est « moyenne » ou « élevée ».

**TABEAU 1**

**Facteurs de risque de VIH/SIDA pendant un conflit, d'après des ex-combattants en Angola, au Burundi et en République du Congo**

Au cours des groupes de discussion, les ex-combattants ont classé le niveau d'adoption, par les membres de leur groupe de combattants, d'un certain comportement dangereux, ou d'exposition à une situation dangereuse au VIH/SIDA, selon la phase de démobilisation. Leurs observations ont révélé des similarités, ainsi que quelques différences, entre les groupes et les pays. Par exemple, les ex-combattants de chacun des trois pays indiquent que les rapports sexuels sans préservatif étaient fréquents pendant le conflit. Toutefois, bien que restant élevés au Burundi et en République du Congo, le nombre d'ex-combattants ayant des rapports sexuels avec plusieurs partenaires, ainsi que la fréquence des rapports sexuels, varient d'un groupe à l'autre en Angola. (D'après les ex-combattants angolais, les différences s'expliquent par l'existence d'une règle militaire stricte qui impose un unique partenaire sexuel.) En revanche, la fréquence des rapports sexuels avec les travailleurs sexuels commerciaux (TSC) varie considérablement d'un groupe à l'autre dans chaque pays ; certains déclarent que les ex-combattants n'avaient jamais ou rarement de rapports sexuels avec les TSC, d'autres que les membres de leur groupe avaient des rapports sexuels fréquents avec les TSC. Le risque d'exposition au VIH/SIDA dû à la faiblesse des services médicaux varie aussi considérablement. À une exception, tous les groupes angolais estiment que le risque de SIDA associé à ce facteur était faible ou inexistant car le personnel militaire a accès à des services de santé de qualité pendant toute la guerre (mais pas après sa conclusion). Il est important de mieux comprendre le comportement à risque des ex-combattants pour cibler les groupes les plus susceptibles de contracter le VIH/SIDA et pour élaborer des stratégies efficaces de prévention et de traitement.

Ce tableau présente les classements réalisés par les ex-combattants de certains comportements et situations dangereux pendant le conflit (voir aussi l'Annexe B).

	Groupes d'ex-combattants	Fréquence des rapports sexuels	Plusieurs partenaires	Rapports sans préservatif	Rapports avec les TSC*	Viol	Soins médicaux inadéquats	Rapports avec les réfugiés ou PDP	Rapports avec les forces de maintien de la paix
ANGOLA	Femmes de Luanda-Viana I	XX	XXX	XX	hommes XX	Rural X Urbain XXX	0	XX	0
	Femmes de Luanda-Viana II	X	X	XXX	hommes XXX	XXX	XX	0	X
	Hommes invalides de Benguela	X	X	XXX	0	0	0	X	0
	Femmes invalides de Benguela	XXX	0	XXX	0	X	0	0	0
	Femmes de Cubal	XX	XX	0	0	0	0	0	0
	Hommes jeunes et âgés de Cubal	X	X	XXX	XXX	XXX	0	0	0
	Hommes âgés de Cubal	X	XXX	XXX	XXX	XXX	0	0	0
	Hommes de Bocoio	X	0	XXX	0	0	0	0	hommes 0 femmes XXX
BURUNDI	Rumonge men	XXX	XXX	XXX	0	XX ou XXX	X	0	0
	Bureri men	XXX	XXX	XX	XXX	X	0	XX	0
	Gitega men	X	XXX	XXX	X	X	X	X	0
	Gitega young men	XXX	XXX	XXX	0	XX	X	X ou XX	0
	Gitega disabled men	XX	XXX	XXX	0	0	XXX	0	0
	Gitega women	XX	XX	XXX	0	XXX	0	0	0
	Bujumbura women	XXX	XXX	XXX	0	XXX	XX	0	0
RÉPUBLIQUE DU CONGO	1er gpe hommes de Brazzaville	XX	XXX	XXX	XXX	XXX	XX	XX	0
	2nd gpe hommes de Brazzaville	XXXX	XXX	XXX	XX	XXX	XXX	0	0

\* TSC – travailleur sexuel commercial

0 = risque nul, X = risque faible, XX = risque moyen, XXX = risque élevé

TABLEAU 2

## Facteurs de risque de VIH/SIDA en période de réinsertion d'après des ex-combattants en Angola, au Burundi et en République du Congo

Au cours des groupes de discussion, les ex-combattants ont classé le niveau d'adoption, par les membres de leur groupe de combattants, d'un certain comportement dangereux, ou d'exposition à une situation dangereuse en termes de VIH/SIDA, selon la phase de démobilisation. Ce tableau présente les classements faits par les ex-combattants de certains comportements et situations à risque en période de réinsertion (voir aussi l'Annexe B pour les classements, par les ex-combattants, d'une gamme de comportements et situations à haut risque pour chaque phase de DDR – guerre, démobilisation, réinsertion, réintégration).

	Groupes d'ex-combattants	Fréquence des rapports sexuels	Plusieurs partenaires	Sans préservatif	Rapports avec les TSC*	Viol	Soins médicaux inadéquats	Rapports avec les réfugiés ou PDP	Rapports avec les forces de maintien de la paix
ANGOLA	Femmes de Luanda-Viana I	XX	XX	XXX	hommes XX	XX	0	0	XX
	Femmes de Luanda-Viana II	XX	XX	XXX	XXX	XXX	XXX	X	0
	Hommes invalides de Benguela	X	0	XXX	0	0	XXX	0	0
	Femmes invalides de Benguela	X	0	XXX	0	0	0	0	0
	Femmes de Cubal	X	0	XX	0	0	0	0	0
	Jeunes hommes de Cubal	XXX	XXX	XXX	XXX	XXX	0	0	0
	Hommes âgés de Cubal	XXX	0	XXX	XXX	0	0	0	0
	Jeunes hommes de Bocoio	XXX	XXX	XX	XX	0	XXX	0	0
	Hommes âgés de Bocoio	XX	XXX	XX	XXX	0	XX	0	femmes XXX
BURUNDI	Hommes de Rumonge	XXX	XXX	XXX	XXX	0	0	0	0
	Hommes de Bureri	XX	X	X	XX	0	0	X	0
	Hommes âgés de Gitega	XXX	XXX	XX	XX	0	0	X	0
	Jeunes hommes de Gitega	XXX	X	XXX	X	0	0	X	0
	Hommes invalides de Gitega	X or XX	X	XX	X	0	0	XX	0
	Femmes de Gitega	X	X	XXX	hommes XXX	0	0	0	0
	Femmes de Bujumbura	XXX	XXX	XXX	0	0	0	0	0
RÉPUBLIQUE DU CONGO	Hommes de Brazzaville < 30 ans	XXX	XX	XX	XXX	XX	XXX	XX	0
	Hommes de Brazzaville > 30 ans	X	XX	X	X	0	XX	0	0
	2nd gpe hommes de Brazzaville	XXX	XXX	XXX	XX	XX	XXX	0	0

\* TSC – travailleur sexuel commercial

0 = risque nul, X = risque faible, XX = risque moyen, XXX = risque élevé

Dans l'ensemble, les conclusions des groupes de discussion suggèrent que le calme semble revenir lorsque l'ex-combattant est de retour dans sa communauté. Les ex-combattants du Burundi, de la République du Congo et du Rwanda indiquent que le comportement sexuel devient moins dangereux une fois que les ex-combattants sont installés dans leurs communautés. Cependant, en Angola, les déclarations des ex-combattants semblent suggérer que les

niveaux de risque restent inchangés, ou augmentent dans certains cas, pendant la transition de la démobilisation à la réintégration.<sup>18</sup> Des études plus poussées sont nécessaires, mais la comparaison des tendances par groupe d'âge et par emplacement géographique suggère que le comportement très dangereux reste répandu chez les jeunes ex-combattants mâles et ceux qui vivent en milieu urbain.<sup>19</sup>

### ***Vous pouvez contracter le VIH en... :***

- Ayant des rapports sexuels non protégés – sans préservatif – avec une personne séropositive. Le virus peut se trouver dans le sang, le sperme ou les sécrétions vaginales d'une personne infectée et peut pénétrer dans votre corps par de petites coupures ou plaies de la peau ou des parois du vagin, du pénis, du rectum ou de la bouche.
- L'échange de facteurs de transfusion ou de coagulation sanguine provenant d'une source séropositive.
- La réutilisation d'aiguilles et de seringues employées pour injecter des médicaments, des stéroïdes, des vitamines ou servant à tatouer ou à percer le corps, ou en échangeant des instruments qui servent à préparer les médicaments à injecter.
- La réutilisation de rasoirs et de brosses à dents (parce qu'ils peuvent avoir touché du sang).

Les nouveau-nés des femmes séropositives peuvent aussi être infectés pendant la grossesse, à la naissance ou pendant l'allaitement au sein, mais certains médicaments peuvent en réduire l'incidence.

### ***Vous ne pouvez pas attraper le VIH... :***

- En travaillant avec une personne séropositive ou en se trouvant à ses côtés.
- Par la transpiration, le crachat, les larmes, les vêtements, les fontaines d'eau potable, les téléphones, les sièges des toilettes ou par des activités quotidiennes comme les repas en commun.
- Par les morsures ou les piqûres d'insectes.
- En donnant du sang.
- Par un baiser la bouche fermée (mais, bien que très rare, il est possible de l'attraper en embrassant la bouche ouverte une personne infectée s'il y a un contact sanguin).

Source: Extrait de la brochure du Center for Diseases Control (CDC). VIH et SIDA: quel risque courez-vous? [www.cdc.gov/hiv/resources/brochures/index.htm](http://www.cdc.gov/hiv/resources/brochures/index.htm)

<sup>18</sup> Exception faite des zones rurales de Bocoio où le comportement dangereux s'est quelque peu atténué chez les hommes de plus de 35 ans, et dans les zones urbaines de Viana où le groupe déclare que le préservatif est utilisé légèrement plus fréquemment, quelques personnes les employant désormais, ce qui n'était pas le cas auparavant. Le processus de démobilisation de l'Angola était différent de celui des autres pays participant à cette revue. Ceci pourrait être dû au manque de précision des différentes phases, ce qui les aurait rendues plus difficiles à distinguer pour les ex-combattants.

<sup>19</sup> Il faut remarquer en particulier la consommation déclarée de drogues injectables dans le quartier pauvre de Viana, en banlieue de Luanda, en Angola et la forte incidence du viol à Viana (selon les déclarations des femmes ex-combattantes), à Cubal, un village rural au centre de l'Angola (selon les déclarations des hommes ex-combattants), et à Brazzaville, la capitale du Congo (selon les déclarations des hommes ex-combattants).

## Note pour les directeurs de DDR

### DONNÉES DE BASE SUR LE VIH/SIDA, LES AUTRES INFECTIONS SEXUELLEMENT TRANSMISSIBLES ET LES INFECTIONS OPPORTUNISTES

Le VIH/SIDA est une maladie du système immunitaire, le système qui permet au corps de lutter contre la maladie et l'infection. Le VIH – virus de l'immunodéficience humaine – tue les cellules sanguines CD-4 qui font partie du système immunitaire. Les cellules CD-4 attaquent d'autres cellules qui pénètrent dans le sang et provoquent des maladies ou des infections. Lorsqu'une personne n'a plus assez de CD-4 pour éliminer les cellules qui provoquent les maladies, elle tombe malade. (Une des méthodes employées par les médecins pour déterminer quand une personne souffrant du SIDA doit commencer à prendre des médicaments est de compter le nombre de cellules CD-4 dans le sang. Ceci s'appelle le dénombrement des CD-4). L'étape de la maladie au cours de laquelle une personne commence à ressentir les symptômes du VIH ou tombe malade s'appelle le SIDA. {PRIÈRE DE CONSULTER LE SITE WEB ENGENDER HEALTH À [HTTP://ENGENDERHEALTH.ORG/WH/INF/INDEX.HTML](http://engenderhealth.org/wh/inf/index.html) POUR PLUS D'INFORMATIONS SUR LE VIH/SIDA}

Les personnes souffrant du SIDA sont victimes des infections ou des maladies qu'elles attrapent parce que leur corps ne peut plus se défendre. Les infections qui tirent profit de l'affaiblissement des mécanismes corporels de défense sont appelées "infections opportunistes". Les infections opportunistes courantes sont: la tuberculose, certains cancers et des virus et bactéries précis qui provoquent la diarrhée, la fièvre, la perte de poids, des problèmes d'estomac ou la pneumonie. En Afrique subsaharienne, la tuberculose, ou TB, est l'infection opportuniste la plus couramment diagnostiquée suite au VIH et cause le plus fréquemment le décès des personnes infectées par le VIH.

Le VIH est principalement transmis par les rapports sexuels non protégés – rapports sexuels sans préservatif avec une personne séropositive. Il peut aussi être contracté en réutilisant une aiguille ou une seringue pour injecter des drogues ou d'autres instruments d'injection, en employant des aiguilles ou d'autres objets coupants de soins médicaux infectés, ou en recevant une transfusion sanguine infectée. Cependant, dans beaucoup de pays, le risque de transmission du VIH par les transfusions sanguines a été éliminé car les transfusions sanguines sont contrôlées et uniquement employées lorsqu'elles ne contiennent pas le virus.

Une fois qu'une personne a contracté le virus du VIH, elle ne tombe pas immédiatement malade. On peut avoir le VIH et se sentir et sembler être en parfaite santé. Souvent, plusieurs années s'écoulent entre le moment où une personne attrape le virus et celui où elle commence à tomber malade. Le seul moyen d'être certain que l'on est infecté ou pas est de faire un dépistage. Une des difficultés des efforts visant à contenir la propagation du SIDA vient du fait que de nombreuses personnes ne savent pas qu'elles en sont infectées : la vaste majorité des personnes infectées dans le monde n'ont pas fait de dépistage et ne connaissent pas leur statut.

À l'heure actuelle, le VIH/SIDA est inguérissable, mais de nouveaux médicaments antirétroviraux qui ralentissent l'avancée du virus et les médicaments qui soignent les infections opportunistes ont prolongé la vie des personnes vivant avec le VIH/SIDA et en ont amélioré la qualité. La vie avec le SIDA est semblable à la vie avec toute autre maladie chronique. Parfois, une personne vivant avec le SIDA souffre d'infections et se sent malade. D'autres fois, elle peut se sentir bien et vaquer à ses activités habituelles. Par ailleurs, le traitement n'est pas simple et requiert habituellement une combinaison de médicaments, obligeant la personne à prendre beaucoup de pilules au cours de la journée. Certains médicaments ont des effets secondaires qui peuvent obliger la personne à cesser son traitement ou à changer de médicaments. Avec le temps, il a aussi été déterminé que le virus du SIDA peut devenir résistant à certains médicaments. Bien que ces médicaments soient très onéreux et uniquement disponibles dans les pays industrialisés, les dirigeants internationaux de la lutte contre le SIDA œuvrent en vue d'une disponibilité accrue de ces médicaments dans les pays en développement et la plupart des pays élargissent rapidement l'accès des personnes vivant avec le SIDA au traitement.

Bien que la recherche scientifique continue ses travaux de développement d'un vaccin qui permettra d'éviter l'infection au VIH, son utilisation effective n'est pas prévue avant les dix prochaines années.

Source: ONUSIDA 2006 Rapport sur l'épidémie mondiale du SIDA.

VIH/SIDA en Afrique australe : contexte, projections, impacts et interventions. Préparé par le Projet des politiques pour le Bureau Afrique, Bureau du développement durable, Agence américaine pour le développement international, octobre 2001.

Engender Health, « Infection VIH et SIDA », Ressources en ligne [www.engenderhealth.org](http://www.engenderhealth.org)

### Note pour les directeurs de DDR CIRCONCISION MASCULINE ET VIH/SIDA

Selon des travaux de recherche récents, la circoncision peut réduire le risque de VIH/SIDA. D'après les experts, la réduction du risque serait due au fait que les cellules qui se trouvent sur la face intérieure du prépuce, la partie du pénis qui est coupée lors de la circoncision, sont particulièrement susceptibles d'être infectées par le VIH. Toutefois, la circoncision n'est pas une garantie ; au plus, elle ne réduit la probabilité d'infection au SIDA que d'un peu plus que de moitié. Un homme circoncis peut néanmoins contracter le SIDA. Les programmes en cours qui encouragent l'utilisation du préservatif et la réduction du nombre de partenaires sexuels doivent être maintenus.

Source: Lancet, Volume 369, Numéro 9562, Pages 708 - 713, 24 février 2007

---

# CHAPITRE 2: Raisons pour lesquelles il faut traiter le VIH/SIDA dans le cadre du DDR

## POURQUOI IL FAUT S'EN PRÉOCCUPER

Le VIH/SIDA peut avoir un effet concret – favorable ou défavorable – sur la réussite des programmes de désarmement, démobilisation et réintégration. Il faut donc intégrer les activités VIH/SIDA à la programmation et traiter la maladie dès le début.

### 1. Le VIH/SIDA peut faire échouer la réintégration

Pour réussir leur réintégration, les ex-combattants doivent retourner dans leurs communautés et établir des moyens de subsistance, fonder des familles et vivre en paix avec leurs voisins. Le SIDA peut les en empêcher. Au niveau individuel, s'ils manquent d'informations et ne sont pas orientés vers les services appropriés, la probabilité qu'un ex-combattant puisse se réintégrer avec succès est faible.<sup>20</sup> Au lieu de gagner sa vie et de subvenir aux besoins de sa famille, le combattant séropositif<sup>21</sup> de retour finit par avoir lui-même besoin d'appui et de soins. À un niveau plus général, le SIDA détruit le tissu social et, avec l'augmentation des pertes de la communauté, les possibilités de croissance et d'évolution favorable diminuent. De plus, les perspectives d'un avenir individuel et collectif meilleur s'amenuisent, les possibilités de reprise des conflits augmentent.<sup>22</sup>

### 2. Les ex-combattants peuvent ramener le VIH chez eux

Indépendamment du fait que les niveaux de séropositivité chez les ex-combattants sont plus élevés que ceux de la population générale ou pas, certains ex-combattants du groupe démobilisé sont vraisemblablement séropositifs.

Lorsque ces ex-combattants rentrent chez eux, ils risquent de répandre l'épidémie et de propager le virus dans de nouvelles régions ou de nouveaux groupes de personnes vivant dans leurs communautés d'origine. À ce risque s'ajoute le taux élevé de rapports sexuels non protégés avec plusieurs partenaires au cours de la phase de réinsertion du DDR, déclarés avec régularité dans les groupes de discussion dans chacun des quatre pays étudiés, et faisant ainsi de la réinsertion un facteur moteur de la propagation du VIH/SIDA.

### 3. Les ex-combattants peuvent courir un risque s'ils reviennent dans une zone de forte prévalence

D'autre part, étant donné les comportements décrits au cours des discussions de groupe, les ex-combattants séronégatifs qui reviennent dans des régions de forte prévalence risquent de contracter le VIH/SIDA. La tendance, de la part des ex-combattants, à avoir des rapports sexuels à haut risque sans protection au cours de la période qui suit la phase de démobilisation leur fait courir le risque de contracter le VIH et accentue les échanges qui propagent le virus.

### 4. La stigmatisation associée au SIDA peut rendre la réintégration plus difficile

À cause du VIH/SIDA, il est plus difficile pour un ex-combattant de se faire accepter par la communauté. Pour bien s'installer, les ex-combattants doivent surmonter les perceptions des communautés qui les associent aux conflits et à la violence. Le fait que les soldats et les groupes armés

---

<sup>20</sup> Une revue du programme de DDR de l'Ouganda, réalisée en 1998 et au cours de laquelle on a tenté de contacter un échantillon aléatoire de participants qui avaient été libérés entre 1992 et 1996, détermina qu'une personne sur quatre avait été déclarée décédée. Ceci fut attribué, par l'équipe d'évaluation, à la politique des forces ougandaises de l'époque qui libéraient les combattants souffrant de « conditions médicales avancées », qui souvent, en cette période en Ouganda, étaient le VIH/SIDA.

<sup>21</sup> Le masculin utilisé ici et à d'autres endroits dans ce document doit être pris au sens général et peut faire référence à un homme ou à une femme.

<sup>22</sup> <http://www.unaids.org/en/PolicyAndPractice/SecurityHumanitarianResponse/default.asp>

soient couramment perçus comme étant plus affectés par le SIDA accroît davantage cette méfiance et la rend d'autant plus difficile à contrer. Dans ce contexte, il est important de munir les ex-combattants d'informations et de connaissances au sujet de leur statut VIH.

### 5. Se joindre à la lutte contre le SIDA peut faciliter la réintégration

S'impliquer dans la lutte contre le SIDA peut aider les ex-combattants à se réintégrer dans leurs communautés d'accueil. Leur collaboration avec les autres membres de la communauté contre le SIDA tend à effacer les démarcations séparant les ex-combattants de leurs anciens ennemis ou des communautés affectées par le conflit. Les attitudes défavorables à l'égard des ex-combattants deviennent plus favorables, et les ex-combattants aident à s'investir, aux côtés des autres membres de la communauté, dans la construction d'un cadre de vie paisible et prospère. Les ex-combattants du Rwanda ont remarqué que, d'une certaine façon, la réintégration était plus facile pour les ex-combattants séropositifs à cause de leurs contacts et de leurs échanges avec les groupes luttant contre le SIDA.

### 6. L'action des ex-combattants peut avoir un effet déterminant sur le ralentissement de l'épidémie

Les ex-combattants de retour dans leurs communautés peuvent aussi être une ressource très importante dans

la lutte contre le SIDA. Les stratégies les plus efficaces de lutte contre le SIDA sont issues des communautés. Dans des lieux aussi différents que la Californie, l'Ouganda et la Thaïlande, les stratégies qui ont réussi comportaient des messages et des actions simples et dépendaient des voies de communication et des réseaux relationnels – des gens parlant aux gens qu'ils connaissent.<sup>23</sup> Une fois démobilisés, les ex-combattants retournent dans des fermes, des villages, des agglomérations et des villes de l'ensemble du pays. Si elles sont convenablement informées et motivées, en reprenant contact avec les réseaux locaux, ces personnes peuvent être d'une grande utilité en parlant aux gens de la maladie.<sup>24</sup> Les ex-combattants des groupes de discussion des quatre pays de cette étude signalent qu'ils souhaiteraient et éventuellement tiendraient ce rôle positif dans la lutte contre le SIDA.

Pour résumer, le traitement du VIH/SIDA dans les programmes de DDR est vital pour réussir la réintégration des ex-combattants. En outre, les ex-combattants eux-mêmes peuvent aussi jouer un rôle positif dans la lutte contre le VIH/SIDA. Les programmes de DDR doivent confronter le VIH/SIDA directement en se joignant à la lutte contre le SIDA engagée par les gouvernements et les organismes de la société civile. Par la même occasion, les dirigeants de la lutte contre le SIDA doivent connaître les programmes de DDR qui existent et les appuyer ; ils devraient chercher à impliquer les ex-combattants et en faire des agents actifs de la lutte contre le VIH/SIDA.

<sup>23</sup>David Wilson. Réduction du nombre de partenaires et prévention du VIH/SIDA. *BMJ* 2004;328:848-849

<sup>24</sup>Lorsque les ex-combattants retournent dans des communautés qui ont été isolées suite au conflit (par ex., la région plan alto de l'Angola qui formait la base de l'appui en faveur de l'UNITA), ils peuvent donner accès aux réseaux communautaires locaux dont d'autres groupes pourraient être exclus, comme les structures et les services publics officiels de lutte contre le VIH/SIDA.

## Note pour les directeurs de DDR LA FÉMINISATION DU SIDA

L'infection se répand le plus rapidement chez les femmes de l'Afrique subsaharienne. Au cours des quelques dernières années, l'épidémie en Afrique s'est clairement féminisée : trois Africains séropositifs sur quatre, âgés de quinze à vingt-cinq ans, sont des femmes. Du point de vue biologique, les femmes sont plus susceptibles car le VIH est transmis plus facilement des hommes aux femmes qu'inversement. Cependant, la position des femmes dans la société est un facteur plus important car une femme éprouve plus de difficulté à dicter les termes des relations sexuelles en général et, particulièrement, à négocier le port du préservatif. Cette vulnérabilité est ressentie par des femmes très différentes: une femme forcée de se prostituer pour nourrir sa famille, une femme qui a des rapports sexuels avec un chauffeur de camion pour se rendre en ville pour une urgence, une femme fidèle à un mari qui ne l'est pas. Toutes trois sont vulnérables à cause de leur sexe.

*« À quoi est due la 'féminisation du SIDA' ? À l'inégalité des sexes, disent les experts. Tout un ensemble de facteurs culturels, juridiques et économiques empêchent les femmes de contrôler pleinement leurs propres vies, leurs relations sexuelles et leur aptitude à se prémunir contre l'infection. Malheureusement, les femmes sont en majorité infectées par leurs époux, ce qui fait du mariage l'une des situations les plus dangereuses pour les femmes aujourd'hui. » [EXTRAIT DE « LA FÉMINISATION DU SIDA », PAR MARIELENA ZUNIGA. VOIR [HTTP://WWW.IWHC.ORG/RESOURCES](http://www.iwhc.org/resources) ]*

De nombreux experts de la santé sont préoccupés par le fait qu'une démarche répandue de modification du comportement adoptée par les programmes de lutte contre le VIH/SIDA en Afrique ne tient pas bien compte de la situation des femmes. Il s'agit de la démarche ABC (de l'anglais): abstention, fidélité, utilisation du préservatif. Cette préoccupation vient du fait que les femmes et les filles exercent peu de contrôle sur leurs relations sexuelles, qu'elles n'ont pas le choix de s'abstenir ou de porter le préservatif. De plus, dans la pratique, beaucoup de gens estiment que la démarche favorise l'abstinence et la fidélité plus que l'utilisation du préservatif et peut créer une association entre le préservatif et la promiscuité, par ex., le préservatif est utilisé avec les femmes « légères », pas avec l'épouse. En fait, les ex-combattants des groupes de discussion du MDRP racontent que des femmes qu'ils connaissent sont battues pour avoir uniquement suggéré que leurs maris utilisent un préservatif. N'ayant pas le droit d'utiliser un préservatif – qui lui est souvent impossible à se procurer – la femme mariée se trouve dans l'impossibilité de se prémunir d'un mari qui pourrait très bien ne pas avoir respecté les deux premières règles d'abstinence et de fidélité et qui rejette la troisième, à savoir l'utilisation du préservatif.

La pauvreté et des conditions de vie précaires poussent aussi quelques femmes à se prostituer ou avoir des rapports sexuels transactionnels (au cours desquels les femmes et les hommes ont des rapports sexuels en échange d'avantages matériels). Au cours d'une discussion de groupe du MDRP, la réponse d'une femme ex-combattante du Rwanda à une question sur la prostitution souligne la précarité des femmes, ainsi que la notion de rapports sexuels transactionnels. Elle répond :

*« Qu'est-ce qu'une prostituée? Est-on prostituée lorsqu'on a des rapports sexuels avec un chauffeur de camion parce qu'il faut aller en ville? » (RWANDA)*

La situation d'une femme sud-africaine, telle que décrite par un journaliste en 2005, illustre encore plus clairement les choix difficiles qui se présentent aux femmes de nos jours.

*« Sheila a décidé de se prostituer pour nourrir ses enfants après que son époux l'ait abandonnée pour aller travailler en Afrique du Sud. Elle s'est dit que le SIDA tue en dix ans, mais que la faim tuerait ses enfants bien plus vite. » [ANGUS SHAW, GUARDIAN WEEKLY, 2005]*

## Note pour les directeurs de DDR STIGMATISATION

La stigmatisation – la honte ou le déshonneur associé au VIH/SIDA – est un problème critique qui entrave les efforts de lutte contre la maladie. Elle pousse les personnes vivant avec le VIH/SIDA à dissimuler leur condition parce qu'elles en ont honte et parce qu'elles craignent l'exclusion. En créant une hantise de la "découverte", les personnes stigmatisées évitent d'utiliser le préservatif, le dépistage, le conseil et les soins. La stigmatisation affecte aussi la façon dont les personnes vivant avec le VIH/SIDA (PVVS) sont perçues et traitées par leurs communautés, leurs familles et leurs partenaires. L'épidémie ne peut pas prendre fin si la stigmatisation du SIDA n'est pas surmontée.

La stigmatisation est mesurée par les réponses des gens aux questions qui demandent, par exemple, s'ils achèteraient des légumes à un commerçant qui souffre du VIH/SIDA, s'ils pensent qu'il faut permettre à une enseignante vivant avec le VIH/SIDA de continuer à enseigner, ou s'ils souhaiteraient que le fait qu'un membre de la famille est infecté du VIH/SIDA reste secret. Le suivi des réponses à ce type de questions pendant un certain temps permet de voir l'évolution dans le temps des attitudes envers le SIDA et de la stigmatisation due au SIDA.

L'expérience montre qu'il est possible d'agir contre la stigmatisation et que cette dernière peut être atténuée par une variété de stratégies d'intervention (notamment, l'information, le conseil, le développement d'aptitudes d'adaptation chez les personnes infectées au SIDA et les contacts avec les personnes vivant avec le VIH/SIDA). La clé consiste à donner des informations claires, factuelles, sans porter de jugement. Il a aussi été démontré que la participation des personnes vivant avec le VIH/SIDA (PVVS) à la lutte contre la maladie atténue la stigmatisation avec le temps. [INTERVENTIONS POUR ATTÉNUER LA STIGMATISATION DUE AU VIH/SIDA : QU'AVONS-NOUS APPRIS? LISANNE BROWN, LEA TRUJILLO, KATE MACINTYRE, THE POPULATION COUNCIL INC., 2001]

Ainsi, la meilleure façon de contrer les rumeurs et les suspicions est d'avancer des faits et d'être ouvert. Munir les ex-combattants d'informations au sujet du SIDA au cours de la démobilisation – comment est-il transmis ou non – les prépare à affronter les perceptions défavorables de la communauté envers les ex-combattants en particulier et à agir en vue d'atténuer la stigmatisation due au VIH/SIDA en général.

Pour les façons de traiter la stigmatisation, consulter [Comprendre et affronter la stigmatisation : trousse à outils pour l'action](#). Cet ouvrage a été rédigé par et pour les formateurs VIH africains et a piloté des activités de lutte contre la stigmatisation. Il est disponible en ligne à : [www.aidsalliance.org/custom\\_asp/publications/](http://www.aidsalliance.org/custom_asp/publications/).

---

# CHAPITRE 3: ÉLÉMENTS ESSENTIELS DE TOUT PROGRAMME DE DDR CE QUE TOUS LES PROGRAMMES DE DDR DEVRAIENT FAIRE

Tous les programmes de DDR devraient comporter un ensemble d'activités centrales de lutte contre le VIH/SIDA, de sorte à éviter que la maladie ne réduise la probabilité d'une réintégration réussie. Les programmes de DDR devraient demander aux organisations qui travaillent dans le domaine du VIH/SIDA dans le pays d'appuyer ces activités centrales. Si un appui de ce type n'est pas disponible, le programme de DDR devrait faire en sorte que les éléments de base présentés ici – allant des questions de politiques aux activités des programmes – soient pris en charge par les fonds de DDR, avec l'établissement de contrats de services directs s'il le faut. Quelle que soit la source ultime de ces services centraux, leur prestation doit se conformer à la stratégie nationale du pays de lutte contre le SIDA.

## 1. Agir dans le cadre de la stratégie nationale de lutte contre le VIH/SIDA

Les initiatives VIH/SIDA des programmes de DDR doivent s'inscrire dans le cadre du programme de lutte contre le VIH/SIDA du pays. Conformément à l'Initiative des Trois unités de l'ONUSIDA – une agence de coordination, une stratégie, un système de suivi et évaluation – les commissions de DDR devraient collaborer étroitement avec les dirigeants nationaux de la lutte contre le SIDA pour déterminer les objectifs du programme, en concevoir les activités et sélectionner les indicateurs de suivi et évaluation qui mesurent les réalisations de ces activités.

Les programmes de DDR sont habituellement en place à la conclusion d'une guerre et sont donc souvent le premier type d'assistance fourni après une urgence. À ce

stade précoce, les services publics sont rarement en état de fonctionner et la plupart des ONG concentrent leur action sur l'assistance d'urgence. Le pays ne dispose vraisemblablement pas encore d'une politique nationale, d'un cadre institutionnel de lutte contre le SIDA ou de services sur lesquels les programmes de DDR pourraient s'appuyer lorsque la démobilisation démarre.<sup>25</sup> Dans ces situations, les programmes de DDR devraient veiller à mettre en place les services essentiels d'éducation et de dépistage du VIH/SIDA aussitôt que possible sous financement du DDR, et en renforçant la collaboration avec les acteurs du gouvernement et des ONG aussi rapidement que possible.

Le VIH/SIDA dure toute la vie; les programmes de DDR quelques années au plus. Par conséquent, les programmes de DDR devraient essayer de réinsérer les ex-combattants dans leurs communautés de sorte qu'ils aient un accès total aux programmes de soins destinés aux autres résidents de la localité. Le DDR doit veiller à ce que l'ex-combattant :

- i) dispose des informations pratiques et des contacts nécessaires pour se renseigner et s'adresser aux services de prévention, de détection et de traitement dont il a besoin,
- ii) jouisse des mêmes droits que tout autre citoyen, et ait le même niveau d'accès aux activités du programme de lutte contre le VIH/SIDA, et
- iii) connaisse les services auxquels il a accès, ainsi que ses droits.

---

<sup>25</sup> Bien qu'il soit possible qu'un pays commence les activités de DDR sans qu'une stratégie nationale de lutte contre le SIDA ne soit en place, ceci serait inhabituel. Même à la conclusion d'une guerre civile qui dura des décennies en Angola, une stratégie nationale de lutte contre le SIDA était en place pendant la majeure partie de la démobilisation.

## 2. Veiller à ce que les ex-combattants soient inclus dans les politiques et les programmes de lutte contre le SIDA

Les dirigeants de la lutte contre le VIH/SIDA ne connaissent pas tous l'existence des programmes de DDR ; de plus, les possibilités et risques que présentent les ex-combattants en cours de démobilisation n'ont pas été pris en compte dans toutes les stratégies nationales de lutte contre le SIDA. Même lorsque les dirigeants des programmes SIDA savent qu'une démobilisation est en cours et son effet potentiel sur la lutte contre le SIDA, ils connaissent rarement les détails du processus de démobilisation, la façon dont celle-ci est gérée et qui la dirige. Beaucoup d'entre eux supposent que les services militaires sont chargés du processus de DDR et que le financement des activités VIH/SIDA dont ils disposent couvre les personnes qui sont démobilisées. Ceci n'est habituellement pas le cas.

Pour combler ces lacunes, les commissions de démobilisation devraient communiquer les informations sur la démobilisation aux dirigeants nationaux de la lutte contre le VIH/SIDA ; elles devraient tenir les agences et les ONG qui agissent dans le domaine du SIDA informées des programmes et stratégies de DDR sur les interventions VIH/SIDA et discuter l'importance de l'inclusion des ex-combattants aux politiques et programmes VIH/SIDA. Les gouvernements devraient être encouragés à prendre en compte les besoins des ex-combattants lors de la préparation des requêtes de financement et identifier les groupes cibles qui relèveraient des ONG.

## 3. Élaborer une politique à l'intention des ex-combattants séropositifs en cours de démobilisation

Pour l'ex-combattant séropositif, la tâche du DDR, lorsque les services de prévention et de traitement sont disponibles dans tout le pays, est claire : lui donner les informations dont il a besoin et le mettre en contact avec les services qui existent dans sa communauté d'accueil. Cependant, dans les pays où les services de prévention, de dépistage et de traitement ne sont pas présents dans l'ensemble du pays,

l'action d'un programme de DDR est moins évidente. Par exemple, quelle politique devrait être adoptée par une commission de DDR lorsqu'un ex-combattant séropositif prévoit de retourner dans une région où les services de dépistage et de traitement sont absents? D'importantes questions d'ordre politique sont également soulevées dans les cas où les ex-combattants démobilisés qui suivent déjà un traitement ARV prévoient de s'installer dans des régions sans services de traitement. L'interruption du traitement pourrait créer une résistance aux médicaments, accompagnée d'une détérioration rapide de la santé de l'ex-combattant. Dans une telle situation, une option consisterait à conseiller à l'ex-combattant de s'installer dans une région où les services existent et à l'aider à y déménager. Une autre option – uniquement dans les cas où le nombre d'ex-combattants séropositifs est important – serait de lancer rapidement les services en finançant leur mise en place immédiate dans la zone de retour.<sup>26</sup> Certaines armées ont adopté une troisième option consistant à retenir – c'est à dire ne pas démobiliser – les soldats séropositifs et ceux qui suivent un traitement ARV, afin qu'ils puissent continuer à avoir accès aux services de santé militaires. Ces questions devraient être discutées par les planificateurs et les directeurs des programmes de DDR en consultation avec les responsables nationaux de la santé compétents, des secteurs civil et militaire, et les décisions devraient se conformer aux politiques nationales de lutte contre le VIH/SIDA et de santé publique.<sup>27</sup>

En fin de compte, lors de l'élaboration de la politique gouvernant les ex-combattants séropositifs, les directeurs de DDR doivent savoir que prendre de bonnes décisions en matière de santé publique nécessite que les ressources soient employées le plus efficacement possible afin de protéger la santé publique. En présence d'une épidémie, les dirigeants de la santé canalisent les ressources vers les régions les plus affectées pour traiter les personnes les plus touchées et pour restreindre la propagation de la maladie. Ceci signifie que la gamme de services VIH/SIDA n'est pas – et ne devrait pas être – identique dans toutes les régions, mais plutôt correspondre au niveau des besoins et du risque de chaque région. Le retour des ex-combattants constitue seulement l'un des nombreux facteurs dont les responsables de la santé doivent tenir compte lorsqu'ils planifient une

<sup>26</sup> Le lancement rapide des services est uniquement possible si la prestation des services de dépistage et de traitement dans une région donnée s'inscrit dans le cadre de la stratégie nationale de lutte contre le VIH/SIDA. La plus grande difficulté du financement d'un programme SIDA vient des frais d'entretien des services et non pas des frais de leur lancement. Les décisions des responsables de la santé au sujet des services sont fonction à la fois des besoins et des ressources disponibles. Voir Kombe et al.

<sup>27</sup> Si la prévalence du VIH/SIDA chez les ex-combattants est beaucoup plus élevée que dans leurs communautés d'accueil, leur retour pourrait mettre en danger la santé publique. Comme indiqué ailleurs dans ces directives, les ex-combattants peuvent aussi jouer un rôle important dans la lutte contre l'épidémie.

réponse solide à l'épidémie du SIDA. Il faut aussi rappeler que le plus difficile, en termes de financement du dépistage et du traitement du SIDA, consiste à couvrir non pas les frais de mise en place des services, mais plutôt ceux de leur maintien dans le temps.

La période qui s'écoule entre le moment de l'infection au VIH et l'apparition de la maladie du SIDA peut durer de deux à 12 ans, ou même plus. Certaines personnes survivent plus de 12 ans, alors que d'autres peuvent commencer à souffrir du SIDA dans les deux ou trois années qui suivent et en mourir peu de temps après. En moyenne, le SIDA se manifeste 8 ans après l'infection initiale. Pendant la plus grande partie de cette période, les symptômes peuvent être complètement absents et la personne peut ne pas savoir qu'elle est infectée. Ceci facilite la propagation du VIH car la personne peut transmettre l'infection à autrui sans le savoir. Les personnes souffrant du SIDA complet restent, bien entendu, contagieuses. Chez les enfants, la période d'incubation est beaucoup plus courte car leur système immunitaire n'est pas entièrement développé. La plupart des enfants infectés à la naissance meurent dans les cinq années qui suivent.

Les raisons pour lesquelles le SIDA progresse plus lentement chez certaines personnes infectées que d'autres ne sont pas établies avec certitude. Les périodes d'incubation pourraient, en moyenne, être plus courtes dans les pays où la santé générale de la population est mauvaise que dans ceux où les conditions sanitaires sont meilleures.

Sources: USAID/AFR/SD, Washington, DC (Octobre 2001) [http://pdf.usaid.gov/pdf\\_docs/PNACN255](http://pdf.usaid.gov/pdf_docs/PNACN255)

VIH/SIDA en Afrique australe : contexte, projections, impacts et interventions, The Policy Project.pdf

#### 4. Remplir cinq conditions de base au moment de la démobilisation

La démobilisation présente une occasion unique et stratégique de faire une différence dans l'avenir des ex-combattants, différence qui peut être celle entre la vie et la mort. La démobilisation est une phase critique de la vie des combattants au cours de laquelle ils passent d'un mode de vie à un autre. D'autre part, c'est le moment où il faut veiller à ce qu'un ex-combattant infecté du virus sa-

che son statut, comment rester en bonne santé, avoir accès aux services disponibles et protéger les personnes de son entourage. Il s'agit aussi du moment où il faut veiller à ce qu'un ex-combattant qui n'est pas infecté du virus le reste en s'assurant qu'il ou elle dispose des informations et de l'accès aux services qui lui permettront de se prémunir à l'avenir. Les ex-combattants étant habituellement hébergés dans des campements pendant la démobilisation, c'est aussi le moment où les programmes de DDR peuvent donner, le plus efficacement, les informations et les services qui soutiennent les ex-combattants dans leur transition dans leurs communautés et la vie civile.

Ainsi, tous les programmes de DDR devraient faire en sorte que les cinq conditions élémentaires suivantes soient remplies au cours de la phase de démobilisation.

1. Les ex-combattants acquièrent les compétences et les connaissances nécessaires pour se prémunir, ainsi que leur entourage, contre une infection par le SIDA.
2. Les services de conseil et de dépistage volontaires (CDV) sont disponibles sur le lieu de démobilisation.
3. Les maladies sexuellement transmissibles sont détectées et traitées au cours de l'examen médical.
4. Les préservatifs masculins sont distribués dans tous les kits à emporter chez soi. Les informations sur les préservatifs féminins sont fournies et tous peuvent se procurer un préservatif sur demande.
5. Les ex-combattants quittent les centres de démobilisation munis d'informations précises sur la façon et les lieux où se procurer des préservatifs, ainsi que sur les services de dépistage et de traitement dans la région de retour.<sup>28</sup>

**La condition première et la plus essentielle pendant la démobilisation** est que les ex-combattants doivent quitter le centre de démobilisation munis des connaissances et des compétences requises pour se prémunir, ainsi que leur famille et leur entourage. Les ex-combattants devraient connaître les faits principaux relatifs au SIDA – comment on l'attrape, comment on ne l'attrape pas, comment il est transmis à autrui et comment se prémunir. Il est tout aussi important qu'ils quittent le centre munis des compétences requises pour appliquer concrètement ces connaissances: savoir n'est pas suffisant. Il s'agit, entre autres, de la façon de discuter l'utilisation du préservatif avec les partenaires,

<sup>28</sup> Les femmes ex-combattantes devraient aussi recevoir des informations sur la façon dont elles peuvent se procurer le préservatif masculin et où les trouver.

de refuser les rapports sexuels dangereux, de savoir mettre un préservatif et de reconnaître quand il faut soigner les IST.<sup>29</sup>

**La seconde condition élémentaire à remplir pendant la démobilisation** est la disponibilité des services de conseil et dépistage volontaires (CDV) dans les centres de démobilisation. Les ex-combattants en cours de démobilisation devraient savoir qu'il est important qu'ils connaissent leur statut VIH et avoir la possibilité de l'apprendre. Les études ont montré que le CDV est un outil puissant de changement de comportement : connaître son statut VIH et en parler avec un conseiller formé est un moyen très efficace de stimuler un changement durable du comportement des personnes infectées et de celles qui ne le sont pas. Ceux dont les résultats sont négatifs et qui bénéficient d'un conseil de qualité en matière de réduction du risque changeront plus vraisemblablement leur comportement afin de se prémunir contre le VIH. Ceux dont les résultats sont positifs et bénéficient de conseil acquièrent la motivation requise pour se prémunir et protéger autrui, et pour demander l'aide dont ils ont besoin.<sup>30</sup>

Le dépistage doit être volontaire. L'Organisation mondiale de la santé (OMS) et l'ONUSIDA affirment qu'« aucune justification du dépistage VIH obligatoire n'existe en santé publique car celui-ci n'empêche par l'introduction ou la propagation du VIH. Dans l'intérêt de la santé publique, il est préférable d'encourager le conseil et le dépistage volontaires dans un milieu où sont respectées la confidentialité et la vie privée. »<sup>31</sup> En réalité, imposer le dépistage peut avoir des répercussions contraires à celles que l'on souhaite. Le dépistage n'est que le premier pas d'une série de comportements que doit adopter un individu pour cesser de transmettre le VIH. Si le premier comportement est imposé, il est peu probable qu'une personne observe volontairement les comportements qui doivent suivre. Si la première étape, celle du dépistage, est volontaire – une expérience positive plutôt que négative – elle mènera vraisemblablement la personne à continuer à adopter un comportement préventif volontaire.

### Le CDV marche !

Une étude contrôlée avec échantillon aléatoire réalisée dans plusieurs pays - le Kenya, la Tanzanie, Trinidad et Tobago – par Family Health International, l'ONUSIDA et l'OMS a enregistré une baisse de quarante-trois pour cent de l'incidence des rapports sexuels non protégés chez les personnes recevant des services de conseil et dépistage volontaires du VIH.

Source: Extrait d'une étude réalisée par le Groupe d'étude de l'efficacité du conseil et dépistage volontaires VIH-1

**La troisième condition élémentaire à remplir pendant la démobilisation** consiste à dépister et soigner les infections sexuellement transmissibles (IST). Relativement simples, le diagnostic et le traitement des IST sont importants pour deux raisons. Premièrement, ils permettent d'identifier les personnes dont le comportement risque de causer une infection au VIH ; ils servent ainsi de premier avertissement à l'ex-combattant qu'il doit adopter des pratiques sexuelles plus sûres. Deuxièmement, certaines IST facilitent la transmission du VIH : l'IST dont souffre une personne peut faciliter la pénétration du virus du SIDA dans le corps. En fait, une IST non traitée peut multiplier jusqu'à dix fois la probabilité de contracter ou de transmettre le SIDA. Les infections sexuellement transmissibles – comme la gonorrhée, la syphilis, l'herpès, les verrues génitales – sont très courantes. Dans les pays en développement, les infections de ce type sont les cinq premières raisons qui poussent les gens à se soigner.<sup>32</sup> Traiter les IST réduit la probabilité de contracter ultérieurement le VIH/SIDA en cas d'exposition.

**La quatrième condition élémentaire pendant la démobilisation** consiste à fournir des préservatifs aux ex-combattants lorsqu'ils quittent le lieu de démobilisation pour rentrer chez eux. Les ex-combattants déclarent que l'activité sexuelle est la plus fréquente pendant la période qui suit directement la démobilisation. Les programmes de DDR devraient veiller à ce que chaque ex-combattant quitte la démobilisation muni d'un nombre suffisant de préservatifs pour couvrir toute cette période à haut risque

<sup>29</sup> Il est recommandé d'insérer le pourcentage d'ex-combattants qui répondent correctement aux questions sur les causes du SIDA et les mesures de prévention aux indicateurs de S&E de la phase de démobilisation.

<sup>30</sup> Le Groupe d'étude sur l'efficacité du conseil et du dépistage volontaires VIH-1. Efficacité du conseil et dépistage volontaires VIH-1 chez les individus et les couples du Kenya, de la Tanzanie et de Trinidad: analyse d'un échantillon aléatoire. Lancet 2000; 356:103-112.

<sup>31</sup> Note d'information sur les politiques de l'ONUSIDA : VIH et réfugiés. Ce document souligne aussi le droit de chacun à refuser le dépistage obligatoire.

<sup>32</sup> Les IST ne présentant souvent pas de symptômes notables, le nombre de personnes qui ont une IST est très supérieur à celui des personnes qui cherchent à les faire soigner. Le nombre élevé d'infections sexuellement transmissibles est supposé être un des facteurs qui ont favorisé la propagation si rapide du SIDA en Afrique australe. Voir <http://www.who.int/reproductive-health/stis/index.htm>

d'infection. Les ex-combattants des deux sexes devraient être informés au sujet du préservatif féminin. Les femmes ex-combattantes devraient recevoir des préservatifs féminins et apprendre comment les utiliser. Les préservatifs féminins devraient aussi être donnés aux hommes qui veulent les essayer avec leurs partenaires.

**La cinquième condition élémentaire** est que les ex-combattants sachent comment avoir accès aux services et au soutien (informations, préservatifs, dépistage et traitement) pendant leur voyage et à leur retour chez eux. Les ex-combattants devraient recevoir des informations précises au sujet des personnes qu'ils peuvent contacter, des lieux, des programmes et des procédures des services disponibles dans leurs communautés de retour. Pour les femmes ex-combattantes, ceci devrait inclure les informations sur les lieux où il est possible de se procurer des préservatifs, et sur les moyens de surmonter les obstacles qui font hésiter les femmes souhaitant obtenir des préservatifs masculins. L'expérience montre que même les meilleures intentions peuvent s'atténuer si quelque chose est trop difficile à faire ou si une personne ne sait pas comment faire pour arriver à ses fins. Informer les ex-combattants des services disponibles dans la communauté est un moyen facile et bon marché pour les programmes de DDR de donner l'impulsion supplémentaire requise pour aider les ex-combattants à mettre en pratique ce qu'ils ont appris.

**Chaque programme de DDR devrait veiller à ce que ces cinq conditions élémentaires soient remplies au cours du processus de démobilisation.** Bien qu'un programme confiné au lieu de démobilisation soit idéal pour réaliser les activités VIH/SIDA, beaucoup de programmes de DDR commencent à adopter des processus de démobilisation plus courts et non résidentiels. Il peut s'avérer impossible de satisfaire entièrement les cinq conditions – éducation SIDA, CDV, traitement des IST, distribution des préservatifs et informations sur les services de la communauté – pendant la démobilisation. Dans ce cas, les commissions de DDR devraient s'assurer que les éléments qui n'ont pas été accomplis pendant la démobilisation sont intégrés dans de brefs délais aux phases ultérieures du programme de DDR, de préférence pendant la réintégration.<sup>33</sup>

### Cinq actions essentielles pendant la démobilisation

1. L'éducation sur le SIDA doit permettre aux ex-combattants d'acquérir les compétences et les connaissances requises pour se prémunir, ainsi que leurs familles, contre le VIH/SIDA.
2. Proposer le conseil et dépistage volontaires sur le lieu de démobilisation.
3. Inclure la détection et le traitement des maladies sexuellement transmissibles à l'examen médical.
4. Distribuer des préservatifs masculins dans les kits à emporter chez soi. Donner aussi des informations sur le préservatif féminin et en distribuer sur demande.
5. Donner aux ex-combattants des informations précises sur les moyens de se procurer le préservatif, le dépistage et le traitement dans leurs communautés de retour.

## 5. Établir des partenariats avec les ONG pour la poursuite des services de prévention après la démobilisation

Les efforts de prévention devraient continuer après la démobilisation. Selon les observations des ex-combattants des groupes de discussion du MDRP, même lorsque l'essentiel a été fait, et bien fait pendant la démobilisation, beaucoup d'ex-combattants n'appliquent pas en pratique ce qu'ils savent devoir faire, surtout pendant les premières semaines qui suivent la démobilisation. Les commissions de DDR devraient aller un pas plus loin et mettre en place des initiatives ciblées de prévention au cours de la phase très dangereuse de réinsertion, en coopération avec les partenaires d'exécution compétents.

Les programmes de DDR ne sont pas seuls chargés de la prestation des services essentiels de prévention du VIH/SIDA destinés aux ex-combattants. De nombreuses excellentes organisations agissent dans le domaine du SIDA et cherchent à faire une différence.<sup>34</sup> Les programmes de DDR devraient chercher à établir des partenariats avec les organisations qui agissent dans le domaine de la prévention du

<sup>33</sup> Il faut remarquer qu'un programme de DDR ne doit pas nécessairement assurer ses services directement. Les responsables DDR peuvent choisir plutôt de faciliter leur prestation par une(des) organisation(s) qui réalise des activités de lutte contre le VIH/SIDA.

<sup>34</sup> La réinsertion est l'occasion d'avoir un effet favorable fort. Selon les participants aux groupes de discussion du MDRP, à cette période de la démobilisation, l'activité sexuelle est fréquente, avec plusieurs partenaires, souvent avec des travailleurs sexuels commerciaux, et le préservatif est rarement ou jamais utilisé.

### Expérience de promotion du conseil et dépistage volontaires (CDV)

Les efforts de promotion du CDV auprès d'un grand nombre de soldats en cours de démobilisation ont donné des résultats mixtes dans les programmes de DDR appuyés par la Banque mondiale. En Éthiopie, sur 130.000 combattants démobilisés, seuls près de 15% ont choisi d'être testés. Étant donné que le programme ciblait les soldats du gouvernement et que les orientations en matière de CDV pouvaient être prises pour un ordre, ces résultats sont plus faibles que ce à quoi on pourrait s'attendre. En revanche, au Rwanda, presque tous les ex-combattants ont accepté le dépistage.

Les ex-combattants des groupes de discussion du MDRP avaient beaucoup à dire au sujet de leurs expériences en CDV. De leur point de vue, il est essentiel, pour encourager les ex-combattants à faire un dépistage, que le CDV soit disponible sur les lieux de démobilisation et fasse partie intégrante du programme – la disponibilité du CDV dans les environs n'a pas le même effet. Selon les ex-combattants, le CDV est aussi plus aisément accepté pour les raisons suivantes :

- ▶ **La notion de « nouveau départ ».** Les ex-combattants ont parlé du nouveau départ que représente la démobilisation et de l'importance de connaître son statut VIH afin de tirer le plus grand profit de la possibilité de recommencer à zéro. Pendant la démobilisation, on leur a dit qu'ils passaient d'une vie à une autre. Pour réussir leur nouvelle vie, ils doivent être en bonne santé. Il est important de connaître son statut pour rester en bonne santé.
- ▶ **La notion que le CDV est le devoir d'un bon soldat.** Les ex-combattants déclarent que la connaissance du statut VIH et le dépistage sont le devoir d'un soldat. Le fait que l'argument du « bon soldat » soit avancé par un commandant respecté a un effet particulièrement convaincant en faveur du CDV chez les soldats en démobilisation.
- ▶ **Une progression graduelle entre la séance éducative initiale, le dépistage et les résultats.** Les ex-combattants du Rwanda recommandent la démarche employée au cours de leur séance de démobilisation : la séance éducative menait directement au dépistage, dont les résultats étaient donnés le jour suivant. Chaque ex-combattant bénéficiait d'un conseil individuel : les personnes dont le résultat était positif recevaient un appui, des informations, et étaient orientées vers des services particuliers ; les personnes dont le résultat était négatif recevaient un conseil individuel de prévention et il leur était recommandé de faire un dépistage périodique de suivi, avec des informations précises sur les endroits où elles devaient se rendre. Certains ont décrit une expérience légèrement différente et moins favorable ; ils ont déclaré des délais de plusieurs jours entre la séance éducative et le CDV au cours de leur démobilisation, période au cours de laquelle beaucoup d'ex-combattants furent démotivés quant au dépistage.\*
- ▶ **Le sentiment d'appartenance à une communauté, de ne pas être seul.** Pour les ex-combattants, l'expérience du CDV en groupe fut très positive : « nous le faisons ensemble. » Ils décrivent la dynamique établie avant le dépistage qui leur a permis d'avoir moins peur et de se sentir plus prêt à être testés parce qu'ils étaient nombreux dans la même situation et qu'ils savaient qu'ils ne seraient pas seuls au moment des résultats.

\* Contrairement aux recommandations des ex-combattants rwandais, les bonnes pratiques internationales suggèrent d'accorder un temps de réflexion après la séance éducative initiale et avant le dépistage volontaire.

VIH/SIDA, afin d'accroître la probabilité que les ex-combattants puissent adopter des pratiques sexuelles plus sûres pendant la période de transition, juste après la démobilisation.<sup>35</sup>

Les ex-combattants des groupes de discussion indiquent clairement que le comportement sexuel très dangereux est courant pendant la phase de réinsertion du DDR. Ils suggèrent deux stratégies précises à encourager pendant

cette phase : (i) accroître la probabilité d'adoption de pratiques sexuelles sûres en modifiant l'environnement des ex-combattants pendant la réinsertion, et (ii) encourager le renforcement des pratiques sexuelles sûres par le biais du réseau social des ex-combattants. Autrement dit, investir dans les intrants principaux (préservatif et informations) sur les trajets des ex-combattants et les endroits (auberges, bars, etc.) où ils se rendent le plus vraisemblablement en allant à leurs régions de retour. Deuxièmement, encourager

<sup>35</sup> Le financement n'est habituellement pas un problème dans la plupart des pays africains car des dons sont disponibles pour les activités de lutte contre le VIH/SIDA. Chaque commission de DDR peut déterminer les situations où elle devrait passer de l'exécution et du financement directs des initiatives de lutte contre le VIH/SIDA destinées aux ex-combattants au rôle de facilitation de l'exécution et du financement par d'autres organismes.

les ex-combattants à former un système de « copains » avant qu'ils ne quittent les centres de démobilisation, afin que des paires ou des groupes se forment, se surveillent mutuellement et rappellent les uns aux autres les pratiques sexuelles sûres.

### Stratégies de prévention recommandées par les ex-combattants pour la période de réinsertion

**Sécuriser « le voyage de retour ».** Rendre le trajet de l'ex-combattant « imperméable au VIH/SIDA ». Si les ex-combattants tendent à se rendre dans certains bars après avoir quitté le lieu de démobilisation, collaborer avec les organisations partenaires pour faire en sorte que des préservatifs soient placés dans les toilettes des bars ou distribués aux employés des bars, que les travailleurs sexuels commerciaux de la localité aient des préservatifs et sachent comment se prémunir contre le VIH/SIDA, et que des informations soient affichées pour rappeler aux ex-combattants de veiller à leur sûreté.

**Veiller sur ses amis.** Encourager les ex-combattants à former un système de « copains » - un accord de protection mutuelle. Les ex-combattants devraient veiller les uns sur les autres dans des situations à haut risque. Par exemple, des ex-combattants ensemble à un bar donneraient un préservatif à un autre ex-combattant lorsqu'il part avec une femme ou le convaintraient de ne pas y aller du tout.

Un troisième élément à examiner est le rapport entre la consommation d'alcool et le comportement à haut risque. L'alcool affecte la raison et la prise de décision; lorsqu'elles boivent, les personnes sont plus susceptibles d'adopter des comportements qui peuvent transmettre le VIH et d'autres infections sexuellement transmissibles. Des travaux récents de recherche auprès des patients IST d'une clinique en Afrique du Sud montrent qu'une seule séance d'aide psychosociale sur la réduction du risque associé à la consommation d'alcool peut avoir un effet important sur l'atténuation des comportements dangereux.<sup>36</sup> Conseiller les ex-combattants sur les risques associés à la consommation d'alcool pendant la démobilisation pourrait donner des résultats favorables en termes de pratiques sexuelles pendant la réinsertion.

<sup>36</sup> Une séance de 60 minutes combine des informations sur l'effet de l'alcool sur le contrôle de soi, une composante motivationnelle fondée sur le modèle de conseil sur la consommation d'alcool de l'OMS, et le renforcement des aptitudes à se contrôler et à communiquer au sujet des relations sexuelles. Six mois après la séance, les évaluateurs ont noté une augmentation de 25% de l'utilisation du préservatif et une réduction de 65% du nombre de rapports sexuels non protégés. Voir S.C Kalichman et al, (2007).

<sup>37</sup> Bien que cette corrélation n'ait pas été démontrée statistiquement, les chercheurs pensent qu'elle est crédible.

## 6. Lutter contre le SIDA en appuyant la réintégration économique

Des travaux de recherche récents suggèrent que le chômage, la pauvreté et le SIDA sont liés.<sup>37</sup> Ces liens sont complexes et fonctionnent dans les deux sens. Le SIDA peut avoir des répercussions sur le bien-être des ménages et des personnes ; le statut socioéconomique a un effet sur le comportement sexuel, les mesures de prévention, et donc sur le SIDA. Les groupes de discussion du MDRP tirent les mêmes conclusions et déclarent que le chômage et la pauvreté des ex-combattants – surtout les plus jeunes – donnent lieu à un comportement sexuel très dangereux et, par conséquent, facilitent la propagation du SIDA. Cette dynamique souligne l'importance des efforts de réintégration de DDR en général, et celle du rôle des initiatives de DDR en termes d'amélioration de la situation économique des ex-combattants en particulier.

« . . . ce qui est surprenant est que c'est dans les pays développés que sont déclarés des taux relativement élevés de rapports sexuels avec plusieurs partenaires, non pas dans les régions du monde où les taux de prévalence du VIH et du SIDA tendent à être élevés, comme en Afrique. De ce fait, les auteurs suggèrent que les facteurs sociaux comme la pauvreté, la mobilité ou le sexe ont un effet plus défavorable sur la santé que la promiscuité. Ils demandent donc aux interventions de santé publique d'en tenir compte. »

Source: Étude du Lancet

En général, bien que les financements des initiatives de lutte contre le SIDA soient aisément disponibles dans la plupart des pays d'Afrique subsaharienne, les ressources destinées aux activités génératrices de revenu et à d'autres appuis économiques, tout aussi importantes pour lutter contre le SIDA, sont beaucoup plus difficiles à obtenir. Les directeurs de DDR devraient donc consacrer des fonds DDR à la réintégration économique et à d'autres activités conventionnelles de DDR, et rechercher des financements pour lutter contre le SIDA auprès des sources existantes de financement SIDA, soit directement, soit en partenariat avec une

ONG ou une agence publique expérimentée. Cependant, si les sources de financement SIDA n'accordent pas de fonds, les dirigeants de DDR doivent veiller à ce que les activités essentielles de VIH/SIDA discutées dans le chapitre précédent reçoivent des fonds DDR.

Les implications du lien pauvreté-SIDA suggèrent aussi que les dirigeants de DDR devraient envisager les mesures suivantes dans le cadre de l'appui à la réintégration économique :

1. Transfert éventuel des possibilités éducatives et de formation à un membre de la famille dans les cas où l'ex-combattant qui souffre du SIDA est trop malade pour travailler ; et
2. Si les fonds de réintégration économique sont limités,

assurer en première priorité la prestation de l'assistance de réintégration dans les régions et les groupes les plus susceptibles de contracter et de transmettre le virus du SIDA (zones périurbaines, zones rurales de forte émigration à la recherche de travail, les régions longeant les pays voisins où la prévalence du VIH/SIDA est élevée, et où les ex-combattants sont jeunes.)

Les programmes MDRP ont adopté des pratiques de DDR ciblant les communautés où les ex-combattants s'installent, et non pas seulement les ex-combattants. Le financement de DDR peut donc affecter le bien-être général d'une région. En appuyant les régions et les groupes très affectés par le SIDA à l'aide d'activités axées sur la pauvreté, les programmes de DDR peuvent jouer un rôle important dans la lutte contre le VIH/SIDA tout en aidant l'ex-combattant à se réintégrer dans sa communauté.

## Note pour les directeurs de DDR GUERRE, VIOL ET VIH/SIDA

La violence sexuelle – le viol en particulier – est malheureusement une réalité dans beaucoup de conflits. « La guerre affecte différemment les hommes et les femmes. . . Les hommes meurent davantage que les femmes au cours des combats. Mais les femmes et les filles sont souvent victimes de viol, de torture, d’esclavage sexuel, de traite, de mariages forcés et de grossesses non désirées. [EXTRAIT DES OBSERVATIONS DE JUDY A. BENJAMIN, SUR LA BASE DE TRAVAUX DE RECHERCHE RÉALISÉS EN SIERRA LEONE]

Selon les ex-combattants des groupes de discussion du MDRP de chacun des quatre pays, les femmes furent victimes de violences intenses pendant le conflit. En République du Congo, les ex-combattants donnent le cas concret de femmes violées pour se venger des actions des hommes. Et, au Burundi, en réponse à une question sur le nombre d’ex-combattants qui fréquentent les travailleurs sexuels commerciaux, un jeune homme déclara très ouvertement :

*« Nous n’avions pas besoin d’argent pour les rapports sexuels, nous étions armés. » (BURUNDI)*

La brutalité et la violence du viol peuvent provoquer des lésions, des saignements, et la déchirure de membranes, facilitant ainsi la transmission du virus du SIDA si l’auteur mâle ou la victime féminine est infecté du virus du SIDA. L’absence du virus élimine une des conséquences du viol que la femme doit endurer. Cependant, elle doit, bien entendu, continuer à souffrir des séquelles psychologiques et mentales du viol, se préoccuper de la possibilité d’être socialement exclue et potentiellement, d’une IST, entre autres répercussions.

Il est important de remarquer que bien que les ex-combattants du MDRP admettaient aisément l’existence répandue de violences contre les femmes en temps de guerre, celles-ci étaient rarement citées pendant les phases de réinsertion et réintégration. Seuls trois groupes – deux en milieu urbain et un en milieu rural – mentionnaient une violence intense (dont la violence familiale, ainsi que le viol dans l’une des zones urbaines) contre les femmes pendant la réintégration. En fait, certains ex-combattants semblaient perplexes, même légèrement insultés, que cette question soit posée dans le cadre de leur nouvelle vie dans leurs communautés. Un ex-combattant répondit, apparemment quelque peu choqué par l’idée du viol dans sa communauté d’accueil, « mais c’est contre la loi. » Les ex-combattants d’un groupe armé (GA) d’une région du Burundi ont indiqué l’existence d’une sorte de contrôle spontané, de sorte que si un ex-combattant participait à un acte de violence contre une femme, les autres ex-GA l’auraient su et l’auraient réprimandé. Dans cette région tout au moins, les GA ne souhaitaient pas voir leur réintégration échouer à cause des mauvaises actions de quelques personnes.

La violence contre les femmes fut discutée dans les groupes de discussion du MDRP en tant que facteur de susceptibilité au SIDA ; elle ne fut pas au centre de la discussion. Les informations intéressantes recueillies au cours d’une très brève discussion sur la violence sexuelle suggèrent que ces échanges avec les ex-combattants seraient beaucoup plus instructifs en appliquant des méthodes participatives semblables portant directement sur le sujet.

## Note pour les directeurs de DDR RÉFUGIÉS ET PERSONNES DÉPLACÉES AU SEIN DU PAYS

Les personnes qui fuient le conflit – celles qui traversent les frontières internationales à la recherche d'un abri et les personnes déplacées au sein de leur propre pays (PDP) pour se mettre en sécurité – sont souvent jugées être particulièrement susceptibles de contracter le VIH et servir de vecteurs centraux de transmission du virus en se déplaçant d'un endroit à l'autre. Mais, tout comme les ex-combattants, la situation des réfugiés et des PDP par rapport au SIDA varie considérablement selon les circonstances. L'endroit d'où ils viennent, le parcours qu'ils doivent suivre et les mesures qu'ils doivent prendre pour fuir le conflit, ainsi que les conditions de vie dans les camps où ils s'installent, sont tous des facteurs qui déterminent l'ampleur des effets de l'épidémie du SIDA sur ces populations. Une étude récente réalisée par l'UNHCR dans vingt-deux pays a montré que les données ne confirment pas l'affirmation selon laquelle la prévalence du VIH serait nécessairement plus élevée dans les populations de réfugiés. Dans certains cas, la prévalence dans les populations réfugiées est considérablement plus faible que celle des communautés d'accueil avoisinantes. Par ailleurs, les programmes en place dans les camps de réfugiés permettent souvent de munir les réfugiés à la fois des informations et des moyens de se prémunir, ainsi que leurs familles, contre l'épidémie du SIDA.

L'effet des programmes SIDA dans les camps de réfugiés fut confirmé par une source inattendue, pendant l'étude du MDRP. Au cours d'une discussion de groupe au Burundi, un jeune ex-combattant des forces irrégulières était particulièrement bien informé au sujet du SIDA. Il s'est avéré qu'il avait pris connaissance du SIDA alors qu'il se rendait à un camp de réfugiés en Tanzanie pour y recruter des jeunes hommes pour le conflit au Burundi. Pendant son séjour de quelques jours dans le camp, il avait participé à une séance éducative sur le SIDA, d'où ses connaissances à ce sujet.

La situation des personnes déplacées au sein du pays varie aussi d'un pays à l'autre. Les PDP de retour peuvent en savoir autant, davantage ou moins sur le VIH/SIDA que ceux qui ne sont jamais partis, selon qu'ils aient été exposés à un programme VIH ou pas. Toutefois, bien que les besoins des PDP reçoivent considérablement plus d'attention depuis une dizaine d'années, un nombre important de PDP continuent à ne pas avoir accès aux programmes d'assistance. Par conséquent, il est possible que les PDP d'un pays donné n'aient pas pu obtenir d'informations sur le VIH/SIDA. Les femmes africaines sont particulièrement susceptibles de contracter le VIH/SIDA ; les femmes qui s'occupent seules de leurs enfants le sont encore plus.

La vulnérabilité des PDP au Burundi a été soulignée par un ancien soldat du gouvernement pendant les groupes de discussion du MDRP. Le soldat a déclaré :

*Dans les camps [de PDP], les femmes sont des cibles faciles parce qu'elles n'ont aucune information sur le SIDA. (BURUNDI)*

Des soldats gardaient les camps de PDP au Burundi et cet ex-combattant raconta comment ils profitaient sexuellement des femmes qui se trouvaient dans les camps. Les données du Burundi sur l'utilisation du préservatif confirment aussi la fragilité de la situation des personnes déplacées au sein du pays. En réponse à une question sur l'utilisation du préservatif pendant leur dernier rapport sexuel en échange d'argent ou de marchandises, près de huit travailleurs sexuels commerciaux sur dix (77,1%), plus de quatre jeunes femmes sur quatre (45,2%) et, de façon très préoccupante, seulement une personne déplacée au sein du pays sur cent (1,2%) déclarent avoir utilisé un préservatif.

Sources: Le VIH/SIDA chez les populations affectées par les conflits et déplacées : réfuter les mythes et agir, UNHCR 2004.

Déplacement interne: Aperçu mondial des tendances et des évolutions en 2005. Centre international de suivi du déplacement interne, Conseil norvégien pour les réfugiés, mars 2006 ; et, VIH/SIDA et personnes déplacées au sein du pays dans 8 pays prioritaires, janvier 2006.

Texte préliminaire du Rapport de l'analyse de situation et de la réponse pour la planification 2007-2011. Burundi, sept. 2006

---

# CHAPITRE 4 : Une réponse exhaustive du DDR au SIDA

## QUE DEVRAIENT ÊTRE LES AUTRES ACTIONS DES PROGRAMMES DE DDR EN MATIÈRE DE VIH/SIDA

Lorsque cela est possible, les programmes de DDR devraient envisager d'aller plus loin que les éléments essentiels présentés au Chapitre 3, afin d'abaisser la probabilité que le SIDA ne perturbe la réintégration et pour accroître la participation active des ex-combattants à la lutte contre le SIDA, ce qui peut faciliter leur réintégration dans les communautés.

### 1. Adapter les programmes en fonction de l'évolution de l'épidémie et des divers niveaux de risque

Il ne serait pas nécessaire de prévoir des interventions partout auprès de tous les ex-combattants; il s'agirait plutôt de cibler les groupes et les régions les plus susceptibles au VIH/SIDA. Les groupes de discussion du MDRP ont montré que les expériences et les connaissances des combattants peuvent être très différentes ; l'exposition potentielle au VIH/SIDA varie selon l'endroit où les combattants font leur service, les situations qu'ils rencontrent pendant le conflit et le niveau de danger de leurs comportements.

Les récits des ex-combattants suggèrent que, bien que certains comportements à risque existent dans tous les groupes – les rapports sexuels non protégés, par exemple – d'autres sont très différents. Les comportements à risque varient selon l'âge, l'état matrimonial et le lieu de réinstallation. Par exemple, il est rapporté que les jeunes ex-combattants ont des rapports sexuels à plus haut risque que leurs homologues plus âgés ; il en est de même pour les ex-combattants qui se réinstallent en milieu urbain par rapport à ceux en milieu rural. Le niveau des connaissances sur le VIH/SIDA et les mesures de prévention varient aussi beaucoup. Le personnel des armées régulières est mieux in-

formé, alors que les effectifs des forces irrégulières le sont peu ou pas du tout (voir le Tableau 1 du Chapitre 1).<sup>38</sup> Ceci signifie que des efforts supplémentaires, destinés aux ex-combattants jeunes et/ou urbains, particulièrement ceux qui ont appartenu aux anciennes forces irrégulières, peuvent être très avantageux en termes de prévention du VIH/SIDA. Toutefois, chaque programme sera différent et devrait être ajusté sur la base des données réelles relatives aux différents groupes cibles.

L'épidémie du SIDA change aussi avec le temps et il est important de savoir comment le virus se propage afin de concentrer les activités SIDA là où elles peuvent avoir le plus d'effet. Les comportements à risque ne menant au SIDA que lorsque le virus du SIDA est présent, il est important de savoir comment le virus se déplace pour s'assurer que les programmes de prévention atteignent les ex-combattants qui sont très susceptibles de contracter ou de transmettre le virus.

Pour rester en mesure de répondre à la situation du SIDA, les dirigeants de DDR doivent rester en contact avec les responsables de la lutte contre le SIDA. Ils doivent se faire une idée des modifications de la séroprévalence aux endroits et dans les groupes où les ex-combattants sont exposés, et recueillir périodiquement des informations auprès des ex-combattants pour comprendre les niveaux de risque et les comportements à risque. Les outils qualitatifs – comme ceux qui furent employés dans l'étude du MDRP – sont simples, faciles à employer et donnent des informations importantes sur les comportements et les groupes à risque (voir les Annexes F et G).

---

<sup>38</sup> L'évaluation complète du risque par phase de démobilisation selon les ex-combattants des groupes de discussion du MDRP se trouve en Annexe B.

Les informations recueillies auprès des ex-combattants, ainsi que celles qui sont disponibles par le biais du programme national de lutte contre le SIDA, peuvent permettre aux responsables de DDR de se faire une idée générale de la situation du SIDA par rapport aux ex-combattants. Munis de cette perspective, les dirigeants de DDR peuvent préparer la gestion du VIH/SIDA chez les ex-combattants, cibler les efforts de prévention et évaluer l'impact des initiatives de DDR sur le VIH/SIDA.

## 2. Traiter les facteurs qui font courir plus de risques aux femmes

Les femmes (ex-combattantes et partenaires) sont particulièrement susceptibles de contracter le SIDA. Les femmes sont physiquement plus susceptibles de contracter le VIH car le virus est transmis plus facilement d'un homme à une femme. De plus, d'après les experts, les femmes n'ont que peu de contrôle sur leurs relations sexuelles. Dans beaucoup de situations, les femmes ne sont pas en mesure de refuser un rapport sexuel ou d'insister sur – ou même de suggérer – l'utilisation d'un préservatif, et ce alors qu'elles pourraient très bien savoir qu'elles risquent de contracter le VIH. Ceci a donné lieu à ce que l'on appelle la « féminisation du SIDA » en Afrique car trois Africains séropositifs sur quatre, âgés de quinze à vingt-cinq ans, sont des femmes.<sup>39</sup> Les ex-combattants masculins et féminins des groupes de discussion du MDRP ont tous convenu qu'il est difficile pour les femmes de se protéger et ont remarqué que les femmes ne savent pas où se procurer le préservatif masculin, que les préservatifs seraient utilisés uniquement par les femmes aux moeurs légères, et qu'il arrive souvent qu'une femme soit battue par son compagnon uniquement parce qu'elle a un préservatif.

Le bien-être des femmes ex-combattantes devrait être une préoccupation principale des programmes de DDR.

Les ex-combattants masculins et féminins ont parlé des difficultés qu'éprouvent certaines femmes ex-combattantes à se réinstaller dans leurs communautés et du fait que, en conséquence, certaines d'entre elles adoptent ou continuent des habitudes sexuelles qui les rendent plus susceptibles de contracter le VIH.<sup>40</sup>

Les femmes ex-combattantes, ainsi que les épouses ou partenaires des ex-combattants de retour sont aussi susceptibles d'être infectées par leurs maris. Parlant de ce risque, une chercheuse qui travaille sur le SIDA a déclaré que le mariage est l'un des endroits les plus dangereux pour les femmes africaines.<sup>41</sup> Sans savoir comment se procurer un préservatif, et n'ayant pas le « droit » de s'en servir, une femme mariée n'a aucun moyen de se prémunir contre un mari qui pourrait être infecté.<sup>42</sup> En Angola, les femmes ex-combattantes étaient particulièrement directes au sujet de la susceptibilité des femmes à contracter le VIH de leurs maris ou partenaires – les appelant « maridos bandidos » - maris bandits – qui ont des rapports sexuels avec d'autres femmes. Les femmes angolaises se sont ensuite plaintes de l'absence d'un préservatif pour les femmes.

*« Pourquoi ne peuvent-ils pas fabriquer un préservatif pour les femmes? »*

(ANGOLA)

Bien que le préservatif féminin existe, il n'est pas disponible dans beaucoup de pays.<sup>43</sup> Et généralement, lorsqu'il est disponible, rares sont les femmes qui le savent et encore plus rares celles qui savent s'en servir.

Les femmes doivent pouvoir se prémunir contre le VIH/SIDA dès maintenant. Donner des informations sur le préservatif féminin pendant la démobilisation et le distribuer dans les kits que les ex-combattants emportent chez eux sont des éléments du paquet essentiel VIH/SIDA que fournissent les programmes de DDR. Ces programmes devraient envi-

<sup>39</sup> Voir la note sur l'épidémie en page 23.

<sup>40</sup> Toutefois, il n'est pas clair que les femmes ex-combattantes soient plus ou moins affectées par l'épidémie du SIDA que la population féminine générale. Ce sujet ne faisait pas l'objet du dialogue avec les ex-combattants de l'étude MDRP et les études qui examinent directement cette problématique n'étaient pas disponibles. La question mérite d'être étudiée davantage.

<sup>41</sup> Voir Marielena Zuniga, « La féminisation du SIDA » initialement publié dans The Soroptimist of the Americas magazine, avril 2004. <http://www.iwhc.org/resources>

<sup>42</sup> De façon plus positive, un groupe d'ex-combattants du Burundi déclare qu'à leur retour chez eux, leurs femmes ont refusé d'avoir des rapports sexuels sans préservatif. Les hommes ont respecté le souhait de leurs femmes. Convaincre les femmes d'insister que leurs époux portent le préservatif est une stratégie de la Société pour les femmes contre le SIDA en Afrique (SWAA), une ONG qui agit dans les régions où se réinstallent les ex-combattants. Voir le site web : [www.swaainternational.org](http://www.swaainternational.org)

<sup>43</sup> Pour les responsables des programmes une difficulté vient du coût du préservatif. En outre, nombre d'entre eux semblent avoir décidé – contrairement aux expériences réussies par les programmes à de nombreux endroits – que les femmes n'accepteront pas le préservatif féminin, ni ne sauront s'en servir convenablement.

sager d'aller un pas plus loin et examiner, en collaboration avec les ONG partenaires, la possibilité que le réseau des ex-combattants puisse servir de moyen efficace de dissémination des informations sur le préservatif féminin et les modalités d'une telle action, et encourager son emploi.

Les programmes de DDR et les organisations partenaires devraient aussi explorer le rôle que les hommes ex-combattants pourraient jouer pour aider à modifier les facteurs qui rendent les femmes susceptibles au SIDA. Une façon simple de commencer ce processus serait d'introduire la question de susceptibilité féminine et de féminisation du SIDA dans le cadre d'une discussion participative, visant à résoudre les problèmes, au cours des séances éducatives sur le VIH/SIDA du DDR. Au fur et à mesure que les ex-combattants prennent conscience du problème, identifient puis adoptent progressivement les façons d'aider les femmes à trouver des solutions, le cliché liant les anciens combattants aux violences contre les femmes en temps de guerre - parfois exact, mais pas toujours - devrait commencer à s'atténuer.

### 3. Donner la priorité aux zones urbaines où le risque est plus élevé

Les quartiers urbains des grandes villes où s'installent les ex-combattants devraient être les premiers à bénéficier d'activités de prévention du SIDA pendant la réintégration. À cause des déplacements pour rentrer et sortir des villes, de la densité de la population, des conditions et du mode de vie en milieu urbain, les grandes villes et leurs environs sont presque toujours un point focal de l'épidémie du SIDA. Dans beaucoup de pays, le SIDA pénètre par une frontière nationale, avance par le biais des voies principales de transport vers la capitale et les autres grandes villes, puis se répand dans les autres régions du pays. Une fois présent dans une population urbaine, le virus peut se propager rapidement à cause de la forte densité démographique et des modes de vie urbains. Ainsi, pour combattre l'épidémie du SIDA, une des premières choses à faire est de classer les zones urbaines où les activités de prévention doivent avoir lieu par ordre de priorité. Les programmes de DDR devraient associer les ex-combattants aux initiatives communautaires de lutte contre le VIH/SIDA en cours dans les quartiers urbains ou, en l'absence d'un tel programme, agir en partenariat avec des organisations locales pour lancer les services de prévention et de sensibilisation dans les villes où réside un grand

nombre d'ex-combattants de retour. Au minimum, les ex-combattants devraient pouvoir se procurer facilement, dans les bureaux locaux de réintégration, des informations sur les services locaux qui existent dans les centres urbains les bureaux de réintégration devraient veiller à ce que les ex-combattants aient ces informations.

### 4. Tenir compte des modes migratoires lorsque l'exposition et le risque sont évalués

Les modes de migration économique (généralement des hommes à la recherche de travail) sont une voie possible, ou une passerelle, de propagation du VIH à partir de zones urbaines à risque élevé vers les zones rurales d'un pays. Les possibilités d'emploi étant rares en milieu rural, beaucoup d'ex-combattants émigrent vers les villes à la recherche de travail. Après un certain temps, ils retournent auprès de leurs familles en milieu rural. Une fois à court d'argent, le cycle se répète et les hommes repartent encore une fois en ville pour trouver du travail. De ce fait, les populations de certaines régions rurales et des villes se mélangent constamment. Ces hommes, qui migrent généralement seuls, sont très susceptibles de contracter le VIH en ville, puis de le ramener à leurs épouses une fois chez eux.<sup>44</sup> Dans les régions où la migration dans les deux sens, à la recherche d'emploi, est importante, les programmes de DDR devraient envisager d'élaborer, en collaboration avec les organisations partenaires, une démarche à deux niveaux de l'éducation sur le VIH/SIDA qui consisterait à cibler les ex-combattants chez eux en milieu rural et dans les quartiers où ils vivent et travaillent en ville. Les programmes de réintégration qui servent ou incluent les ex-combattants migrants devraient également veiller à ce que la sensibilisation au VIH/SIDA fasse aussi partie de l'appui à la réintégration.

Le réseau d'ex-combattants est une ressource importante pour avoir accès au flux des travailleurs migrants à la recherche d'emploi. Beaucoup d'hommes ruraux, pas seulement les ex-combattants, migrent à la recherche d'emploi. Bien que cette tendance et ses répercussions potentielles sur la propagation du SIDA soient bien connues, il ne s'agit pas toujours de simplement identifier les hommes migrants et de mettre à leur disposition les informations et les services VIH/SIDA dont ils ont besoin. En ville, il est difficile de savoir qui immigre ou émigre ; en milieu rural, il est difficile

<sup>44</sup> Plusieurs hommes des groupes de discussion du Congo Brazzaville étaient venus à Brazzaville pour travailler et y vivaient, loin de leurs épouses.

d'atteindre les migrants car ils sont dispersés dans l'ensemble des régions rurales. Cependant, les ex-combattants peuvent être atteints par le biais du programme de DDR et pourraient ouvrir l'accès aux réseaux de migrants économiques. Pour aider à freiner la propagation du VIH/SIDA, les bureaux locaux de DDR devraient se tenir prêts à collaborer avec les organisations de lutte contre le SIDA et à se servir du réseau d'ex-combattants pour établir des liens avec les hommes ruraux qui migrent à la recherche d'emploi.

### 5. Insérer les activités de prévention du paludisme et de planification familiale aux programmes de démobilisation

Le paludisme et la santé de la reproduction sont étroitement liés au VIH/SIDA. Les chercheurs pensent que la double infection au VIH et au paludisme pourrait alimenter la propagation des deux maladies, et ils recommandent une réponse coordonnée.<sup>45</sup> Le paludisme peut faire augmenter la quantité de VIH dans le sang d'une personne déjà infectée. Selon les recherches récentes, des niveaux plus élevés du VIH dans le sang pourraient faciliter la transmission du VIH à un partenaire sexuel. Les personnes vivant avec le SIDA sont aussi plus susceptibles de souffrir d'une forme plus grave de paludisme. Les experts recommandent que les personnes qui suivent un traitement du VIH soient, en premier lieu, testées et soignées pour le paludisme puis, en second lieu, reçoivent des moustiquaires pour se prémunir contre les moustiques porteurs de paludisme.<sup>46</sup>

Pour ce qui est de la santé de la reproduction, les infections VIH sont en majorité transmises sexuellement ou associées à la grossesse, l'accouchement ou l'allaitement maternel. Il est logique de veiller à ce que la grossesse ait lieu uniquement quand elle est prévue. La contraception – récemment appelée « le plus grand secret de prévention du VIH » – est un moyen efficace d'éviter la transmission mère-

à-enfant du VIH en donnant des soins médicaux aux femmes ex-combattantes vivant avec le VIH et qui souhaitent avoir un enfant.<sup>47</sup> Donner des informations sur la planification familiale pendant la démobilisation encourage aussi la double protection – protection simultanée contre les grossesses non désirées et contre le VIH et les autres IST – pour tous les ex-combattants masculins et féminins.<sup>48</sup> La double protection est fortement recommandée dans les cas où les hommes et les femmes sont susceptibles à cause d'un comportement à haut risque de leurs partenaires, et lorsque les personnes sexuellement actives se trouvent dans des milieux où la prévalence des IST et du VIH est élevée, ces deux situations existant souvent dans les milieux des ex-combattants.<sup>49</sup>

### 6. Préparer les ex-combattants invalides aux situations où le risque est très élevé

L'ex-combattant invalide risque aussi de contracter le VIH/SIDA, selon les ex-combattants des groupes de discussion du MDRP.<sup>50</sup> Bien que les ex-combattants invalides déclarent avoir des rapports sexuels moins fréquemment que les autres ex-combattants, ils indiquent aussi que les personnes invalides qui utilisent le préservatif pendant les rapports sexuels sont très rares. D'après les participants aux groupes de discussion, ceci serait dû en partie au fait que, pendant la démobilisation, les personnes invalides s'efforcent de résoudre les nombreux problèmes qui les attendent à leur retour chez eux à cause de leur invalidité, donc ne prêtent pas suffisamment attention aux informations sur le VIH/SIDA. Les ex-combattants invalides du Burundi ont aussi déclaré faire l'objet d'attentions féminines plus accentuées à leur retour à cause de leur invalidité et des allocations financières supplémentaires qu'ils reçoivent à la démobilisation.

L'intégration des ex-combattants invalides pendant la démobilisation (c'est à dire les faire participer aux séances

<sup>45</sup> On ne peut pas attraper le VIH suite à une piqûre de moustique. Voir <http://www.emro.who.int/aiecf/web26.pdf> et Laith J. Abu-Raddad, Ph.D., Padmaja Patnaik, Ph.D. et James G. Kublin M.D., M.P.H. *La double infection au VIH et au paludisme alimente la propagation des deux maladies en Afrique subsaharienne. Science*: 8 déc. 2006.

<sup>46</sup> Le paludisme tue plus d'un million de personnes par an, environ 90 pour cent des décès se produisant en Afrique subsaharienne. En outre, selon les estimations, 350-500 millions d'épisodes cliniques du paludisme se produisent chaque année. Pour certains, l'interaction entre le paludisme et le VIH pourrait être l'un des facteurs qui ont fait exploser la croissance du SIDA en Afrique australe.

<sup>47</sup> Cohen, Susan A. Cachée en plein jour: le rôle de la contraception dans la prévention du VIH. *Guttmacher Policy Review*, hiver 2008, Vol 11, No 1.

<sup>48</sup> La double protection inclut (i) utilisation régulière et convenable du préservatif masculin ou féminin, (2) utilisation du préservatif ou emploi d'une autre méthode très efficace de contraception, (3) éviter toutes les formes de rapports sexuels avec pénétration, et (4) emploi d'une méthode contraceptive, ainsi que la pratique de la monogamie par les partenaires infectés.

<sup>49</sup> Document d'échange MAQ : Notes sur la double protection. JHPIEGO <http://www.maqweb.org/maqslides/powerpoint/Theme3/DP/Dualprotectionnotes.pdf>.

<sup>50</sup> L'équipe du MDRP s'est entretenue avec des ex-combattants invalides au Burundi et en Angola, et avec un ex-combattant qui travaille avec des ex-combattants invalides au Rwanda.

d'information et aux activités de réintégration aux côtés des autres ex-combattants) est une bonne stratégie et devrait continuer, d'après les groupes de discussion du MDRP. Cependant, ces groupes recommandent que les programmes de DDR ajoutent une séance à part pendant la démobilisation pour discuter les problématiques propres à l'ex-combattant invalide: les réactions possibles de leur entourage à leur retour chez eux et comment traiter les aspects sociaux de leur réintégration. Les ex-combattants invalides suggèrent aussi que les programmes de DDR examinent comment continuer à faire le suivi des ex-combattants invalides de retour dans leur communauté au sujet des questions liées au VIH/SIDA. Les programmes de DDR investissent généralement beaucoup d'efforts et de ressources pour s'assurer que les ex-combattants invalides sont convenablement réintégrés. Il est tout à fait logique de faire un pas supplémentaire et de veiller à qu'ils soient munis des informations, des compétences et qu'ils aient accès aux services dont ils auront besoin pour éviter de contracter le VIH/SIDA.

## 7. Encourager la participation des ex-combattants à la lutte contre le SIDA

Les ex-combattants sont bien placés pour jouer un rôle dans la prévention de la propagation du VIH/SIDA. Dans beaucoup d'endroits, les soldats sont respectés et sont perçus comme les leaders de la communauté. Ils peuvent aider à modifier la façon dont la maladie est perçue et à disséminer des informations nécessaires au sujet de la maladie auprès des membres de leurs communautés d'accueil. Ils peuvent servir de modèle du comportement qu'il convient d'adopter au sujet du SIDA et aider à réduire l'effet de stigmatisation associé à la maladie. Les ex-combattants qui appartiennent aux forces vaincues dans le conflit peuvent ouvrir l'accès à leurs réseaux dans les communautés d'accueil, une des tâches que le gouvernement – vainqueur – et les ONG auraient plus de mal à réaliser. De plus, une fois que toutes les parties participent ensemble à la lutte contre le SIDA, les démarcations entre les vainqueurs et les vaincus commenceront vraisemblablement à s'atténuer, ce qui facilitera la réintégration, la réconciliation et l'inclusion des

combattants de retour dans la communauté.

L'expérience du Rwanda illustre le rôle important et constructif que les ex-combattants peuvent jouer dans le cadre de la lutte contre le VIH/SIDA dans leurs communautés de retour. Un certain nombre d'ex-combattants participent aux activités de sensibilisation VIH/SIDA des ONG locales. D'autres ex-combattants séropositifs agissent dans le cadre d'associations de personnes vivant avec le SIDA. Ces ex-combattants s'expriment clairement, sont bien informés et sont clairement engagés à la fois dans leur travail et dans leur communauté. Ils racontent comment leur participation les a aidé à se réinstaller chez eux et leur expérience prouve que se joindre à la lutte contre le SIDA peut faciliter la réintégration. Des participants aux groupes de discussion du MDRP sont allés jusqu'à déclarer que, de nombreuses façons, l'intégration des ex-combattants séropositifs fut plus facile car ils purent trouver un logement et commencer à participer aux activités communautaires dès leur retour.<sup>51</sup>

Les programmes de DDR devraient faciliter la participation des ex-combattants séropositifs aux organisations de personnes vivant avec le VIH/SIDA (PVVS) et mettre les ex-combattants qui souhaitent se joindre à la lutte contre le SIDA en contact avec les organisations de leurs communautés qui réalisent des activités contre le SIDA. Les programmes de DDR peuvent aussi veiller à ce que le gouvernement et les ONG soient conscients du potentiel offert par les ex-combattants qui peuvent donner accès aux réseaux communautaires en milieu rural et urbain.

Au fur et à mesure que les organisations de lutte contre le SIDA réalisent que les ex-combattants peuvent avoir un effet favorable sur la situation du SIDA, les interventions SIDA seront de plus en plus lancées par ces organisations, plutôt que par les programmes de DDR. Et en participant davantage à la lutte contre le SIDA pour le bien de leurs communautés, les ex-combattants établiront des liens plus étroits dans la communauté, ce qui facilitera les efforts de réintégration.

<sup>51</sup> Les ex-combattants des groupes de discussion du Burundi et de l'Angola ont exprimé le désir de participer aux activités d'éducation et de sensibilisation au VIH.

---

# Annexes

## ANNEXE A: Cadre d'étude du VIH/SIDA dans le DDR

CONFLIT	DÉMOBILISATION [la durée de présence sur le site est un facteur]
<ul style="list-style-type: none"> <li>• SITUATION DU VIH/SIDA               <ul style="list-style-type: none"> <li>- séroprévalence dans la population générale, par âge et sexe</li> <li>- séroprévalence dans les groupes très susceptibles</li> </ul> </li> <li>• COMPORTEMENTS A RISQUE DES EX-COMBATTANTS               <ul style="list-style-type: none"> <li>- fréquence du comportement dangereux</li> <li>- partenaires multiples</li> <li>- contacts avec les PDP et les réfugiés</li> <li>- travailleurs sexuels commerciaux/rapports sexuels transactionnels</li> <li>- violences liées au genre</li> <li>- utilisation du préservatif</li> <li>- hommes qui ont des rapports sexuels avec les hommes</li> <li>- consommation de drogues injectables</li> <li>- possibilité de transmission due à des soins médicaux inadéquats</li> </ul> </li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• SITUATION DU VIH/SIDA SUR LE SITE DE DÉMOBILISATION</li> <li>• COMPORTEMENTS A RISQUE DES EX-COMBATTANTS               <ul style="list-style-type: none"> <li>- fréquence du comportement dangereux</li> <li>- partenaires multiples</li> <li>- contacts avec les PDP et les réfugiés</li> <li>- travailleurs sexuels commerciaux/rapports sexuels transactionnels</li> <li>- violences liées au genre</li> <li>- utilisation du préservatif</li> <li>- hommes qui ont des rapports sexuels avec les hommes</li> <li>- consommation de drogues injectables</li> <li>- possibilité de transmission due à des soins médicaux inadéquats</li> </ul> </li> <li>• PROGRAMME VIH/SIDA DU MDRP               <ul style="list-style-type: none"> <li>- inventaire des activités</li> <li>- qui sont les exécutants</li> <li>- niveau de coordination avec les autorités nationales de lutte contre le SIDA</li> <li>- financement des activités VIH/SIDA</li> <li>- Compte rendu sur les activités VIH/SIDA</li> <li>- leçons dégagées à ce jour, défis qui subsistent</li> </ul> </li> </ul>
RÉINSERTION [désigne le mois qui suit la démobilisation]	LIEU DE RÉINTÉGRATION
<ul style="list-style-type: none"> <li>• SITUATION DU VIH/SIDA SUR LES TRAJETS, AU LIEU DE RÉSIDENCE               <ul style="list-style-type: none"> <li>- séroprévalence dans la population générale, par âge et sexe</li> <li>- séroprévalence dans les groupes très susceptibles</li> </ul> </li> <li>• COMPORTEMENTS A RISQUE DES EX-COMBATTANTS               <ul style="list-style-type: none"> <li>- fréquence du comportement à risque</li> <li>- partenaires multiples</li> <li>- contacts avec les PDP et les réfugiés</li> <li>- travailleurs sexuels commerciaux/rapports sexuels transactionnels</li> <li>- violences liées au genre</li> <li>- utilisation du préservatif</li> <li>- hommes qui ont des rapports sexuels avec les hommes</li> <li>- consommation des drogues injectables</li> <li>- possibilité de transmission due à des soins médicaux inadéquats</li> </ul> </li> <li>• DISPONIBILITÉ ET ACCÈS AUX SERVICES ESSENTIELS               <ul style="list-style-type: none"> <li>- préservatifs</li> <li>- détection et traitement des IST</li> <li>- conseil et dépistage volontaires</li> </ul> </li> <li>• PROGRAMME VIH/SIDA DU MDRP               <ul style="list-style-type: none"> <li>- inventaire des activités</li> <li>- qui sont les exécutants</li> <li>- niveau de coordination avec les autorités nationales de lutte contre le SIDA</li> <li>- financement des activités VIH/SIDA</li> <li>- compte rendu sur les activités VIH/SIDA</li> <li>- leçons dégagées à ce jour, défis qui subsistent</li> </ul> </li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• SITUATION DU VIH/SIDA DANS LA COMMUNAUTÉ DE RETOUR               <ul style="list-style-type: none"> <li>- séroprévalence dans la population générale, par âge et sexe</li> <li>- séroprévalence dans les groupes très susceptibles</li> </ul> </li> <li>• COMPORTEMENTS A RISQUE DES EX-COMBATTANTS               <ul style="list-style-type: none"> <li>- fréquence du comportement dangereux</li> <li>- plusieurs partenaires</li> <li>- contacts avec les PDP et les réfugiés</li> <li>- travailleurs sexuels commerciaux/rapports sexuels transactionnels</li> <li>- violences liées au genre</li> <li>- utilisation du préservatif</li> <li>- hommes qui ont des rapports sexuels avec les hommes</li> <li>- consommation de drogues injectables</li> <li>- possibilité de transmission due à des soins médicaux inadéquats</li> </ul> </li> <li>• DISPONIBILITÉ, ACCÈS ET EMPLOI DES SERVICES ESSENTIELS               <ul style="list-style-type: none"> <li>- préservatifs</li> <li>- détection et traitement des IST</li> <li>- conseil et dépistage volontaires</li> <li>- traitement</li> <li>- groupes de soutien</li> </ul> </li> <li>• PROGRAMME VIH/SIDA DU MDRP               <ul style="list-style-type: none"> <li>- inventaire des activités</li> <li>- leçons dégagées à ce jour, défis qui subsistent</li> </ul> </li> </ul>

## ANNEXE B: Niveau de risque VIH/SIDA à chaque phase de la démobilisation, par facteur de risque, selon le classement des ex-combattants

### ANGOLA, BURUNDI, RÉPUBLIQUE DU CONGO

Au cours des discussions de groupes, les ex-combattants de l'Angola, du Burundi et de la République du Congo ont noté l'incidence d'un certain comportement à haut risque chez les membres de leur groupe de combat, ou celle de l'exposition à une situation très dangereuse, en termes de VIH/SIDA, à chaque phase de DDR : conflit, démobilisation, réinsertion et réintégration. Leurs classements – allant de l'absence totale de risque de contracter le VIH/SIDA (personne n'a adopté le comportement à haut risque ni a été exposé à une situation très dangereuse) à un risque élevé (tout le monde a adopté un comportement à haut risque ou a été exposé à une situation dangereuse) – sont présentées dans le tableau suivant, par groupe d'ex-combattants, par facteur de risque ou situation à risque et par phase de démobilisation. Il est important de mieux comprendre le comportement à risque des ex-combattants pour pouvoir cibler les groupes les plus susceptibles de contracter le VIH/SIDA et pour élaborer des stratégies efficaces de prévention et de traitement.

Leurs observations révèlent des similarités, ainsi que quelques différences, entre les groupes et les pays. Par exemple, à quelques très rares exceptions, le risque associé aux rapports sexuels « à risque » pendant les semaines qui suivent la démobilisation – phase de réinsertion – fut noté, par les ex-combattants, « moyen » ou « élevé » dans chacun des trois pays. Les participants aux groupes de discussion ont indiqué que, durant cette période, les rapports sexuels sont fréquents, souvent avec plusieurs partenaires, parfois avec des travailleurs sexuels commerciaux, et généralement sans préservatif. Dans l'ensemble, les conclusions des groupes de discussion suggèrent que le calme semble revenir lorsque l'ex-combattant est de retour dans sa communauté. Les ex-combattants du Burundi et de la République du Congo ont indiqué que le comportement sexuel

à haut risque s'atténue une fois les ex-combattants installés dans leurs communautés. Cependant, en Angola, les déclarations des ex-combattants semblent suggérer que, dans la plupart des régions, les niveaux de risque restent inchangés, ou augmentent dans certains cas, pendant la transition de la démobilisation à la réintégration.<sup>52</sup>

En revanche, la fréquence des rapports sexuels avec les travailleurs sexuels commerciaux (TSC) varie considérablement d'un groupe à l'autre dans chaque pays ; certains déclarent que les ex-combattants de leur groupe n'avaient jamais ou rarement de rapports sexuels avec les TSC, d'autres que les membres de leur groupe avaient des rapports sexuels fréquents avec les TSC. Le risque d'exposition au VIH/SIDA dû à la faiblesse des services médicaux varie aussi considérablement. À une exception, les groupes angolais estiment que le risque de contracter le SIDA ainsi est minime ou nul en temps de guerre parce que le personnel de l'armée a accès à des services de santé de qualité. Ils déclarent toutefois qu'une fois de retour dans leurs communautés, le manque d'accès à des soins médicaux adéquats crée des difficultés pour les groupes de deux communautés angolaises. Le niveau de rapports sexuels entre hommes déclaré par les groupes de discussion des quatre pays (y compris le Rwanda) est particulièrement notable. En effet, pendant la discussion des groupes sur la notation à donner au niveau de risque par facteur de risque, quelques participants ont affirmé que les hommes avaient des rapports sexuels avec d'autres hommes. Cependant, comme l'indique le tableau suivant, à une exception, les groupes n'ont déclaré aucun rapport sexuel entre hommes de la part de leurs homologues, pendant aucune phase de démobilisation. Le tabou puissant dont font l'objet les relations sexuelles entre hommes est très apparent et, pour de nombreux participants aux groupes de discussion, il a suffi de simplement soulever ce comportement à risque pour provoquer rapidement la réponse suivante : « Nous n'avons pas ça en Afrique, madame. »

<sup>52</sup> Les participants au groupe de discussion du Rwanda décrivent aussi des comportements à haut risque pendant la réinsertion, mais l'incidence de ces derniers décroît pendant la phase de réintégration. Les données du Rwanda ne sont pas notées dans ce tableau car les questions posées au Rwanda étaient légèrement différentes. L'outil de discussion fut préalablement testé au Rwanda, puis modifié avant son utilisation en Angola, au Burundi et en RdC.

## Description du processus de classement<sup>53</sup>

Sur un petit bout de papier, l'animateur dessine un croquis/des bonhommes en bâtons simples pour représenter un facteur ou une situation à risque. Par exemple, deux symboles masculins près l'un de l'autre représentent les rapports sexuels entre hommes, le symbole féminin accompagné du signe du dollar représente les rapports sexuels commerciaux, un symbole masculin dont le bras est levé au-dessus d'un symbole féminin allongé sur le dos, ses jambes en l'air, représente les violences ou les viols dont sont victimes les femmes. En expliquant chaque facteur ou situation à risque, l'animatrice montre le symbole ou le croquis et s'assure que tous les participants ont compris. Ensuite, en passant d'une phase de la démobilisation à l'autre, l'animatrice place chaque symbole/croquis sur le tableau près de la phase où il est demandé d'indiquer si le facteur de risque ou l'exposition à la situation à risque représente un « risque nul », un « risque faible », un « risque moyen » ou un « risque élevé ». L'animatrice pose des questions sur la discussion afin de comprendre les réponses du groupe et de s'assurer que les opinions soient exprimées. Elle inscrit ensuite le nombre d'étoiles correspondant au niveau du risque sur le papier contenant le croquis et laisse le papier sur la phase. Elle répète ensuite ce processus pour un autre facteur de risque et traite tous les facteurs de risque de chaque phase de DDR avant de passer au classement des facteurs de la phase suivante.

L'utilisation des petits bouts de papier sur lesquels sont dessinés des symboles simples aide à s'assurer que tous les participants comprennent l'objet de la discussion, que tout le monde participe activement (les participants ont souvent pris un papier pour faciliter le débat et/ou comparer), et permet de consigner les réponses du groupe. À la fin de la discussion, l'animatrice recueille les symboles en papier et les classe par phase correspondante. Par la suite, ils peuvent être placés sur un mur, à côté des résultats des autres groupes, ce qui permet d'illustrer visuellement les modifications du risque d'une phase à l'autre et d'un groupe d'ex-combattants au suivant.

La comparaison des groupes sur la base d'un facteur de risque donné est invalide car il est impossible de savoir, par exemple, si l'expression « beaucoup de rapports sexuels » signifie la même chose pour un groupe rural au Burundi que pour un groupe urbain au Burundi, ou en Angola, etc. Toutefois, il est possible de comparer la façon dont le niveau de risque se modifie, au sein d'un groupe précis d'ex-combattants, au fur et à mesure que ce groupe suit le processus de DDR, aux modifications qui se font au sein d'un autre groupe d'ex-combattants. L'outil suggère aussi les tendances à examiner davantage, les différences entre les milieux urbain et rural, les différences entre les ex-combattants jeunes et âgés, etc. Toutes ces informations sont importantes pour la conception de programmes de DDR efficaces en matière de VIH/SIDA

<sup>53</sup> Cette description est donnée ici pour aider le lecteur à comprendre le tableau qui suit. Un guide de l'animateur contenant les instructions d'emploi de l'outil se trouve en Annexes F et G.

EN TEMPS DE GUERRE	Fréquence des rapports sexuels	Partenaires multiples	Sans préservatif	Rapports avec travailleurs commerciaux	Hommes ayant des rapports avec les hommes	Viol	Consommation de drogues injectables	Soins médicaux inadéquats *	Emploi d'un guérisseur traditionnel	Rapports avec les réfugiés ou PDP	Rapports avec les soldats de maintien de la paix
ANGOLA											
Femmes de Luanda/Viana	XX	XXX	XX	hommes XX	O	rural X urbain XXX	O	O	XXX	XX	O
Femmes de Luanda/Viana	X	X	XXX	XXX	O	XXX	X	XX	XXX	O	X
Hommes invalides de Benguela	X	X	XXX	O	O	O	O	O	O	X	O
Femmes invalides de Benguela	XXX	O	XXX	O	O	X	O	O	O	O	O
Femmes de Cubal	XX	XX	O	O	O	O	O	O	O	O	O
Ensemble des hommes de Cubal	X	X	XXX	XXX	O	XXX	O	O	O	O	O
Jeunes hommes de Cubal	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—
Hommes âgés de Cubal	X	XXX	XXX	XXX	O	XXX	O	O	O	O	O
Ensemble des hommes de Bocoio	X	O	XXX	O	O	O	O	O	O	O	XXX (risque pour les femmes)
Jeunes hommes de Bocoio	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—
Hommes âgés de Bocoio	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—
BURUNDI											
Hommes de Rumonge	XXX	XXX	XXX	O	O	XX ou XXX	O	X	—	O	O
Hommes de Bureri	XXX	XXX	XX	XXX	O	X	O	O	—	XX	O
Hommes de Gitega	X	XXX	XXX	X	O	X	O	X	—	X	O
Jeunes hommes de Gitega	XXX	XXX	XXX	O	O	XX	O	X	—	XX (risque pour les FAB) X (risque pour les PMPA)	O
Personnes invalides de Gitega	XX	XXX	XXX	O	O	O	O	XXX	—	O	O
Femmes de Gitega	XX	XX	XXX	O	O	XXX	O	O	—	O	O
Femmes de Bujumbura	XXX	XXX	XXX	O	O	XXX	O	XX	—	O	O
RÉPUBLIQUE DU CONGO											
Hommes de Brazzaville, groupe 1	XX	XXX	XXX	XXX	X	XXX	O	XX	XX	XX	O
Hommes de Brazzaville, groupe 2	XXXX	XXX	XXX	XX	O	XXX	O	XXX	XXX	O	O
* pas d'accès à des soins médicaux de qualité						O = risque nul, X = risque faible, XX = risque moyen, XXX = risque élevé					

RÉINSERTION	Fréquence des rapports sexuels	Partenaires multiples	Sans préservatif	Rapports avec travailleurs commerciaux	Hommes ayant des rapports avec les hommes	Viol	Consommation de drogues injectables	Soins médicaux inadéquats *	Emploi d'un guérisseur traditionnel	Rapports avec les réfugiés ou PDP	Rapports avec les soldats de maintien de la paix
ANGOLA											
Femmes de Luanda/Viana	XX	XX	XXX	O	O	XX	O	O	XXX	O	XX
Femmes de Luanda/Viana	XX	XX	XXX	O	O	XXX	X	XXX	XX	X	O
Hommes invalides de Benguela	X	O	XXX	O	O	O	O	XXX	O	O	O
Femmes invalides de Benguela	X	O	XXX	O	O	O	O	O	O	O	O
Femmes de Cubal	X	O	XX	O	O	O	O	O	X	O	O
Ensemble des hommes de Cubal	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—
Jeunes hommes de Cubal	XXX	XXX	XXX	XXX	O	XXX	O	O	O	O	O
Hommes âgés de Cubal	XXX	O	XXX	XXX	O	O	O	O	O	O	O
Ensemble des hommes de Bocoio	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—
Jeunes hommes de Bocoio	XXX	XXX	XX	XX	O	O	O	XXX	O	O	O
Hommes âgés de Bocoio	XX	XXX	XX	XXX	O	O	O	XX	O	O	XXX (risque pour les femmes)
BURUNDI											
Hommes de Rumonge	XXX	XXX	XXX	XXX	O	O	O	O	—	O	O
Hommes de Bureri	XX	X	X	XX	O	O	O	O	—	X	O
Hommes de Gitega	XXX	XXX	XX	XX	O	O	O	O	—	X	O
Jeunes hommes de Gitega	XXX	X	XXX	X	O	O	O	O	—	X	O
Personnes invalides de Gitega	X or XX	X	XX	X	O	O	O	O	—	XX	O
Femmes de Gitega	X	X	XXX	O	O	O	O	O	—	O	O
Femmes de Bujumbura	XXX	XXX	XXX	O	O	O	O	O	—	O	O
REPUBLIC OF CONGO											
Hommes de Brazzaville, groupe 1- <30 ans	XXX	XX	XX	XXX	O	XX	O	XXX	X	XX	O
Hommes de Brazzaville, groupe 1- >30 ans	X	XX	X	X	O	O	O	XX	O	O	O
Hommes de Brazzaville, groupe 2	XXX	XXX	XXX	XX	XX	XX	O	XXX	XXX	O	O
* pas d'accès à des soins médicaux de qualité						O = risque nul, X = risque faible, XX = risque moyen, XXX = risque élevé					

RÉINTÉGRATION	Fréquence des rapports sexuels	Partenaires multiples	Sans préservatif	Rapports avec travailleurs commerciaux	Hommes ayant des rapports avec les hommes	Viol	Consommation de drogues injectables	Soins médicaux inadéquats *	Emploi d'un guérisseur traditionnel	Rapports avec les réfugiés ou PDP	Rapports avec les soldats de maintien de la paix
ANGOLA											
Femmes de Luanda/Viana	X X X	X X X	X X	O	O	X X X	X X X	O	X	O	X (avec les ouvriers chinois)**
Femmes de Luanda/Viana	X X X	X X X	X X	O	O	X X X	X X X	O	X	O	O
Hommes invalides de Benguela	X	X ou X X X	X X X	O	O	O	O	X X X	O	O	O
Femmes invalides de Benguela	X	O	X X X	O	O	O	O	O	O	O	O
Femmes de Cubal	X X	X	X	O	O	O	O	O	O	O	O
Jeunes hommes de Cubal	X X X	X X X	X X X	X X X	O	X X X	O	O	O	O	O
Hommes âgés de Cubal	X X X	X X X	X X X	X X X	O	O	O	O	O	O	O
Jeunes hommes de Bocoio	X X X	X X X	X X	X X	O	O	O	X X X	O	O	O
Hommes âgés de Bocoio	X X	O	X	X X	O	O	O	X X X	O	X X	O
BURUNDI											
Hommes de Rumonge	X X or X X X	X X	X X	X X	O	O	O	O	---	X	O
Hommes de Bureri	X	X	X X X	X X	O	O	O	O	---	X X	O
Hommes de Gitega	X X	X	X	X	O	O	O	O	---	X	O
Jeunes hommes de Gitega	X X X	X X	X X	X	O	O	O	O	---	X X	O
Personnes invalides de Gitega	X	X	X X	X	O	O	O	O	---	X X	O
Femmes de Gitega	X X	X	O	O	O	O	O	O	---	O	X X X
Femmes de Bujumbura	X	X	X X	O	O	O	O	O	---	O	O
REPUBLIC OF CONGO											
Hommes de Brazzaville, groupe 1- <30 ans	X X X	X X	X X	X X X	O	X X	O	X X X	X	X X	O
Hommes de Brazzaville, groupe 1- >30 ans	X	X X	X	O	O	O	O	X X	O	O	O
Hommes de Brazzaville, groupe 2	X X	X	X	X	X X	X	O	X	X	O	O
* pas d'accès à des soins médicaux de qualité											
** les femmes de ce groupe ont mentionné les travailleurs chinois lorsqu'on leur a posé la question sur les forces de maintien de la paix											

## ANNEXE C: Utilisation des préservatifs chez les ex-combattants

### Informations et idées à l'intention des ONG partenaires en DDR

Selon les déclarations des participants aux groupes de discussion du MDRP, la plupart des ex-combattants n'utilisent pas de préservatif bien qu'ils sachent qu'ils risquent de contracter le VIH/SIDA en agissant ainsi.

Selon eux, ceci s'explique en partie par le fait que les préservatifs masculins ne sont pas aisément disponibles, surtout en milieu rural. Ils affirment également que, bien qu'il soit difficile de trouver des préservatifs dans certaines régions, ceux-ci sont disponibles presque partout si l'on sait où aller ou si l'on se donne la peine de les chercher. Mais nombreux sont ceux – dont même des hommes – qui n'ont pas envie de chercher et hésiteraient même à demander où trouver des préservatifs à cause de l'effet de stigmatisation associé au préservatif.

Le coût est une autre raison avancée plusieurs fois : certains n'utilisent pas de préservatif parce qu'ils n'en ont pas les moyens. Même lorsque le prix semble très faible (par exemple, 50 Francs rwandais – dix centimes en monnaie américaine – pour quatre préservatifs), il reste assez élevé pour, d'après les ex-combattants, en décourager l'utilisation, surtout en milieu rural.

Certains ex-combattants se sont plaints de la qualité des préservatifs qui, selon eux, se déchirent souvent à l'emploi. L'expérience des programmes de planification familiale montre que les ruptures sont souvent dues à une utilisation incorrecte et que leur fréquence peut être réduite en expliquant comment utiliser convenablement le préservatif.

La diminution du plaisir est une autre raison avancée par les participants : l'acte sexuel est ressenti différemment avec ou sans préservatif. On pense souvent que seuls les hommes expliquent ainsi le refus d'utiliser un préservatif.<sup>54</sup> Mais ils ne sont pas seuls; certaines femmes ex-combattantes ont aussi déclaré préférer l'acte sexuel sans préservatif parce que celui-ci réduit le plaisir. Par exemple, selon

les déclarations d'un groupe de discussion, les femmes n'utilisaient pas de préservatif (pendant la phase de réinsertion du programme) parce qu'elles « étaient chaudes ». Elles avaient de l'argent, sortaient et passaient de bons moments avec les hommes.<sup>55</sup> Lorsqu'il leur est demandé pourquoi l'utilisation du préservatif était plus fréquente en période de réintégration qu'en période de réinsertion, les femmes de ce groupe ont répondu que leurs homologues entendaient parler du SIDA à la radio et avaient des amis séropositifs hospitalisés ; elles utilisaient donc le préservatif. Elles ont aussi déclaré que les rapports sexuels étaient généralement moins fréquents en période de réintégration parce que beaucoup de femmes étaient mariées.

*« Les hommes ne les utiliseraient pas, même s'ils en avaient parce que l'acte sexuel est ressenti différemment, selon que le préservatif est porté ou pas. »*

*EX-COMBATTANT MASCULIN EN RÉPUBLIQUE DU CONGO*

*« Quand vous voulez un bonbon, vous ne le dégustez pas avec son emballage. »*

*PROVERBE CITÉ PAR LES FEMMES AU BURUNDI*

Certaines études suggèrent que l'utilisation du préservatif est plus fréquente lorsque l'acte sexuel est jugé comporter un risque très élevé de transmettre le VIH/SIDA. Dans le cadre d'une étude réalisée au Burundi, plus de trois travailleurs sexuels sur quatre (77,1%) et six soldats sur dix (60%) déclarent avoir utilisé un préservatif lors de leur dernier rapport sexuel pour de l'argent.

Bien que l'utilisation du préservatif soit importante pendant un acte sexuel à haut risque, une difficulté pourrait venir du fait que le port du préservatif est souvent associé à des rapports sexuels qui ne cadrent pas avec les normes sociales - utilisation du préservatif équivaut à « mauvais » comportement. Les considérations de ce type font hésiter les couples mariés ou partenaires à utiliser le préservatif, même lorsqu'il le faudrait pour protéger un des partenaires. Lorsque l'équipe du MDRP demanda aux femmes de partager leur expérience de négociation du port du préservatif avec

<sup>54</sup> Selon un jeune ex-combattant en RdC, le préservatif féminin procure plus de plaisir sexuel que le préservatif masculin. Après avoir présenté des excuses pour ses propos délicats, le jeune ancien soldat déclara que sa partenaire avait porté le préservatif féminin et qu'il en avait tiré plus de plaisir qu'avec le préservatif masculin.

<sup>55</sup> Texte préliminaire du « Rapport de l'analyse de situation et de la réponse pour la planification 2007-2011 ». Burundi, sept. 2006

leurs partenaires, elles répondirent que les hommes refusent généralement. Une femme déclare: « Si vous êtes mariée, ils [les époux] disent : ‘Tu ne me fais pas confiance.’ » Et, comme cela a été discuté au Chapitre 4 de ces directives, proposer l’utilisation du préservatif peut provoquer des violences car l’époux soupçonne la femme d’infidélité.

En République du Congo, il a été demandé conseil aux participants des groupes de discussions sur les meilleurs moyens d’accroître l’utilisation du préservatif chez les ex-combattants. Ils recommandent de:

- Veiller à ce que le préservatif soit disponible dans les bars, les boîtes de nuit, les lieux où les ex-combattants se rassemblent et rencontrent des femmes ou des hommes.
- Faire en sorte que les préservatifs soient aisément disponibles dans les communautés.

- Trouver des moyens de rendre le préservatif masculin plus agréable.
- Apprendre comment négocier l’utilisation du préservatif.
- Aider les femmes à s’organiser pour refuser les actes sexuels sans préservatif.

Les coordinateurs de DDR devraient encourager les organisations partenaires à examiner davantage pourquoi les ex-combattants ne portent pas le préservatif, puis à traiter ces questions dans leurs programmes. À l’aide d’un outil qualitatif simple semblable à celui qui fut employé au cours de cette mission, les organisations partenaires pourraient rapidement identifier les comportements préventifs qui ne sont pas adoptés et leurs circonstances, et entendre les idées des ex-combattants sur les meilleurs moyens de surmonter ces difficultés.

## ANNEXE D: Indicateurs suggérés pour évaluer les composantes VIH/SIDA de DDR

Les indicateurs suivants sont suggérés pour évaluer la composante VIH/SIDA des programmes de DDR.<sup>56</sup> La question exacte à poser n'est pas précisée : les programmes de DDR devraient employer le même outil de mesure ou la même question que le programme national de lutte contre le SIDA du pays. Ceci facilite la comparaison dans le temps et entre les groupes.

### Indicateurs de connaissances

#### 1. Connaissance des méthodes de prévention du VIH

Définition: pourcentage de toutes les personnes interrogées qui, en réponse aux questions posées, déclarent qu'une personne peut réduire le risque qu'elle court de contracter le VIH en portant le préservatif ou en ayant des rapports sexuels avec un seul partenaire fidèle et non infecté.

#### 2. Pas de malentendus au sujet du SIDA

Définition: pourcentage de toutes les personnes interrogées qui rejettent correctement les deux misconceptions locales les plus courantes sur la transmission ou la prévention du SIDA et qui savent que quelqu'un qui semble en bonne santé peut transmettre le SIDA.

### Indicateur de stigmatisation et de discrimination

#### 3. Sentiments favorables envers les personnes vivant avec le VIH

Définition: pourcentage d'ex-combattants exprimant des sentiments favorables envers les personnes séropositives, par rapport à tous les ex-combattants du groupe en cours de démobilisation.

### Indicateurs relatifs au conseil et dépistage volontaire

#### 4. Les ex-combattants font un dépistage VIH et en reçoivent les résultats

Définition: pourcentage d'ex-combattants qui ont volontairement fait un dépistage VIH et en ont reçu les résultats, par rapport à tous les ex-combattants du groupe en cours de démobilisation.

#### 5. Qualité du soutien psychosocial après le dépistage du VIH

Définition: pourcentage de séances de soutien psychosocial après le dépistage du VIH tenues pendant la démobilisation qui respectent les normes internationales de qualité.

### Indicateurs de comportement sexuel

#### 6. Rapports sexuels plus risqués au cours des six derniers mois

Définition: proportion de personnes interrogées qui ont eu des rapports sexuels avec un partenaire qui n'est pas l'époux et qui ne vit pas sous le même toit au cours des 6 derniers mois, sur tous les répondants qui déclarent avoir eu des rapports sexuels au cours des 6 derniers mois.

#### 7. Utilisation du préservatif pendant le dernier rapport sexuel plus risqué

Définition: pourcentage de personnes qui déclarent avoir employé un préservatif au cours de leur dernier rapport sexuel avec un partenaire qui n'est pas l'époux et qui ne vit pas sous le même toit, par rapport à celles qui déclarent avoir eu des rapports sexuels avec un partenaire de ce type au cours des 6 derniers mois

<sup>56</sup> Adapté de MEASURE: Base de données des indicateurs des enquêtes ([http://www.measuredhs.com/hivdata/ind\\_tbl.cfm](http://www.measuredhs.com/hivdata/ind_tbl.cfm)). La base de données MEASURE propose une méthode acceptée mondialement et cohérente qui permet de mesurer les facteurs liés à la prévention du VIH d'un pays à l'autre. Elle emploie des indicateurs extraits des guides utilisés par l'ONUSIDA, les Objectifs de développement pour le Millénaire, PEPFAR et le Fonds mondial de lutte contre le VIH/SIDA, le paludisme et la tuberculose.

## ANNEXE E: Liste de vérification pour la revue du programme VIH/SIDA du DDR

Pour éviter la transmission, il faut que les ex-combattants reçoivent des informations, acquièrent des aptitudes et soient mis en contact avec les services disponibles dans leur communauté de retour.

### Critère 1:

**Le programme de démobilisation permet-il d'acquérir les compétences associées au VIH/SIDA ?**

oui       non

**Ils sont formés à quelles compétences ? Marquer toutes celles qui s'appliquent.**

- comment discuter la possibilité de rapports sexuels plus sûrs avec son (ses) partenaire(s)
- comment refuser les rapports sexuels dangereux
- comment discuter l'utilisation du préservatif avec son (ses) partenaire(s)
- comment se procurer des préservatifs
- comment utiliser le préservatif correctement
- comment se débarrasser convenablement du préservatif
- comment savoir qu'il faut soigner une MST

### Critère 2:

**Est-ce que le programme de démobilisation donne des informations précises – adresses, horaires, coût, etc. – sur les services et fournitures disponibles dans la communauté de retour de l'ex-combattant ?**

oui       non

**Les informations données concernent quels services et fournitures ?**

- préservatifs
- traitement professionnel des MST
- moustiquaires imprégnées
- services de planification familiale

Un milieu favorable – une situation ou un cadre qui appuie, plutôt que d'entraver, les comportements préventifs – doit être créé pour la prévention du VIH. Les ex-combattants doivent pouvoir avoir accès aux informations, aux activités de prévention et aux services, une fois de retour dans leurs communautés.

### Critère 3:

**Est-ce que le programme de démobilisation est en contact avec les organisations de lutte contre le VIH/SIDA pour les encourager à réaliser des activités de prévention auxquelles pourraient participer les ex-combattants pendant la phase de réintégration ?**

oui       non

### Critère 4:

**Est-ce que le programme de démobilisation met les ex-combattants en contact avec les associations qui agissent dans le domaine du VIH/SIDA dans leurs communautés de retour ?**

oui       non

### Critère 5:

**Est-ce que le programme de démobilisation procède à un suivi pour s'assurer que les ex-combattants n'ont pas éprouvé de difficultés à obtenir les informations et à avoir accès aux services de prévention et médicaux du VIH/SIDA, une fois qu'ils sont réintégrés dans leurs communautés de retour ?**

oui       non

Si vous répondez NÉGATIVEMENT à au moins une question OU si la réponse à au moins une question manque de clarté ou est incomplète, ce programme de démobilisation contient probablement des lacunes relatives au VIH/SIDA. Vous pourrez améliorer le programme en consacrant du temps et en examinant en détail les problématiques soulevées par les questions.

\* Adapté des outils contenus dans une publication de Family Health International: Suivi des programmes VIH/SIDA : guide de formation des animateurs. Cette ressource de formation contient trois modules centraux sur le suivi et évaluation, ainsi que des modules portant sur des programmes VIH/SIDA précis, comme le conseil et le dépistage volontaires, les modifications du comportement et la prévention des IST. Le manuel est disponible en langues française et anglaise à : <http://www.fhi.org/en/HIVAIDS/pub/guide/meprogramguide.htm>

## ANNEXE F: Outil d'évaluation du risque d'infection au VIH/SIDA au cours de la démobilisation des ex-combattants

### Directives pour la réalisation de discussions de groupes

#### Introduction

Ceci est un outil simple et facile à employer pour recueillir des informations sur le comportement qui fait courir un risque aux ex-combattants et leur exposition à des situations dangereuses, depuis la période du conflit jusqu'à la conclusion des trois phases de DDR : démobilisation, réinsertion et réintégration. Il est important de savoir qui est le plus susceptible de contracter le VIH/SIDA – et comment, quand et pourquoi c'est le cas – afin de cibler et de concevoir des interventions efficaces.

#### Directives

Inviter 10 à 12 ex-combattants à s'entretenir avec vous pour donner leur perspective sur les connaissances des ex-combattants au sujet du VIH/SIDA, ainsi que le risque que les ex-combattants contractent le SIDA pendant les phases de DDR. La composition du groupe est importante - dans la mesure du possible, le groupe devrait être homogène, c'est-à-dire que les participants du groupe devraient avoir suivi le même parcours, ils devraient avoir des choses en commun avec les autres participants du groupe. Plus les membres du groupe se ressemblent, plus ils sont disposés à parler ouvertement de leurs expériences. L'homogénéité du groupe vous permet aussi de percevoir les similarités et les différences entre divers groupes d'ex-combattants.

Par exemple, les participants à un groupe de discussion d'ex-combattants devraient avoir appartenu à la même force de combat – uniquement des anciens soldats ou uniquement des anciens rebelles, ou du même sexe - uniquement des hommes ou uniquement des femmes, uniquement des personnes invalides et, si possible, avoir vécu la même expérience de démobilisation – avoir tous été démobilisés dans le même centre à peu près en même temps. Si vous pouvez organiser plusieurs groupes de discussion, vous pourriez former des groupes d'ex-combattants jeunes et âgés, urbains et ruraux, d'ex-combattants qui se sont joints au conflit enfants et ceux qui l'ont fait à l'âge adulte, etc., afin de détecter les différences qui pourraient exister entre les expériences de chaque groupe. Des discussions avec des groupes divers vous permettront de distinguer et de comparer les expériences, ce qui vous donnera davantage d'informations

sur les risques présents dans divers groupes et comment l'expérience de la démobilisation pourrait les affecter.

#### ÉTAPE 1. FAITES LES PRÉSENTATIONS ET DONNEZ L'OBJET DU GROUPE DE DISCUSSION

- **Expliquez ce que vous faites. Demandez-leur aide pour accomplir la tâche.**
- **Précisez que vous ne souhaitez pas connaître leurs expériences personnelles**, mais que vous aimeriez solliciter leur perspective en tant qu'« experts » sur les ex-combattants et le processus que suivent les ex-combattants. Expliquez qu'ils furent sélectionnés pour leurs perspectives et leur volonté d'exprimer le point de vue des ex-combattants démobilisés.
- **Notez que le VIH/SIDA est un sujet sérieux.** Parce que le SIDA est lié au comportement sexuel, vous devez parler de sujets intimes. Ils doivent être honnêtes et francs.
- **Assurez au groupe que la discussion est confidentielle.** Nous utiliserons ce qu'ils disent, mais personne ne saura qui a dit quoi. De même, ils ne doivent pas divulguer ce qui a été dit.

#### ÉTAPE 2. POSEZ DES QUESTIONS D'ORDRE GÉNÉRAL SUR LES CONNAISSANCES/EXPÉRIENCES EN MATIÈRE DE VIH/SIDA À CHAQUE PHASE DE LA DÉMOBILISATION ; conflit – démobilisation – réinsertion – réintégration (questions spontanées) :

- Que savaient les ex-combattants sur le VIH/SIDA à la phase X ?
- Comment/où est-ce que les ex-combattants ont obtenu les informations qu'ils avaient sur le VIH/SIDA ?
- Quels services VIH/SIDA/IST étaient disponibles ?

#### APRÈS LES QUESTIONS D'ORDRE GÉNÉRAL, POSER DES QUESTIONS PRÉCISES (questions sollicitées) :

- **Prévention** : Furent-ils informés sur les comporte-

ments à risque, les moyens d'éviter l'infection ?  
Lesquels ? Par qui ? Comment ?

- **Autres IST** : Furent-ils informés sur les autres IST ? Le rapport avec le VIH/SIDA, comment savoir qu'il faut les soigner, où aller pour se faire soigner ?
- **Préservatifs** : Est-ce que des préservatifs ont été distribués ; est-ce que des instructions d'utilisation ont été données et ont-ils été orientés vers les lieux où les préservatifs sont disponibles? Savent-ils où les trouver maintenant? Est-il facile de les obtenir?
- **CDV** : Comment s'est passé le processus de CDV ? Leur a-t-on donné le choix du dépistage ou pas ? Combien de temps faut-il attendre pour recevoir les résultats ? Les résultats du dépistage ont-ils été donnés clairement ? Un soutien émotionnel a-t-il été fourni ? Ont-ils reçus des informations sur le suivi à faire ? Quand/où aller pour se faire soigner, pour les dépistages ultérieurs ?
- **Services de santé** : A-t-il été/est-il plus ou moins facile d'utiliser les services de santé ? Les ex-combattants savaient-ils/savent-ils quels services sont disponibles? À quelle distance se trouvent les services de leur lieu de résidence? Les ex-combattants appartiennent-ils en majorité à un service d'assurance (par ex. une mutuelle, dans les pays francophones)? Est-ce que la plupart d'entre eux ont utilisé/utilisent les services des centres de santé ? Ont-ils été/sont-ils bien reçus dans les centres de santé ?
- **Suivi** : Quels ont été les contacts avec le programme de démobilisation au sujet du VIH/SIDA depuis leur départ du centre de démobilisation ? Y a-t-il eu des contacts avec toute autre organisation ou des informations ont-elles été reçues de toute autre organisation? Lesquelles ? Quel type d'information/service/appui a été fourni ?

### ÉTAPE 3. RÉALISEZ UNE ACTIVITÉ DE GROUPE VISANT À IDENTIFIER LES COMPORTEMENTS A RISQUE À CHAQUE PHASE.

- **Introduction** : Jusqu'à présent, nous avons parlé des informations et des services auxquels les ex-combattants ont eu ou ont accès. Nous souhaitons maintenant parler de ce qu'un programme de démobilisation devrait faire pour s'assurer que les ex-

combattants disposent des informations qu'il leur faut pour se prémunir, ainsi que leurs familles.

Nous voudrions que vous nous aidiez à planifier les activités VIH/SIDA d'un programme de démobilisation. Afin de savoir où investir les fonds et les efforts, nous devons savoir qui est le plus susceptible de contracter le VIH/SIDA, quand et où.

- Décrivez brièvement les facteurs de risque VIH/SIDA – en dessinant des croquis simples sur du papier A-4 pour illustrer chaque facteur de risque pendant que vous parlez.

#### Exemples :

- activité sexuelle fréquente
- partenaires multiples
- rapports sexuels sans préservatif
- rapports sexuels avec les travailleurs sexuels commerciaux
- rapports sexuels dans des quartiers urbains où la séroprévalence est souvent élevée
- rapports sexuels entre hommes
- violences contre les femmes
- transmission pendant les soins médicaux
- consommation de drogues injectables
- contacts avec les réfugiés, PDP
- contacts avec les forces de maintien de la paix

- Demander au groupe de noter le niveau de risque à chaque phase de la démobilisation par facteur de risque. Si le groupe estime qu'un facteur comporte un certain risque, il place une fiche portant une étoile rouge près de la phase de DDR en question (une fiche portant deux étoiles représente un risque moyen, et une fiche portant trois étoiles indique un risque élevé). Si le groupe estime que le risque est nul, aucune carte n'est placée près de cette phase.

- risque nul (pas de carte)
- risque faible (\*)
- risque moyen (\*\*)
- risque élevé (\*\*\*)

- Une fois la tâche terminée, demandez au groupe de prendre le temps de réfléchir aux risques qu'ils ont identifiés. Deux minutes plus tard, demandez-leur ce que le programme pourrait faire pour minimiser le risque à chaque phase.

Posez une dernière question : sur la base de leur expérience, quel groupe d'ex-combattants est le plus susceptible de contracter/propager le VIH/SIDA ? Pourquoi ?

POUR VÉRIFIER QUE VOUS AVEZ COMPRIS, RÉSUMEZ CE QUE LE GROUPE A DIT AU SUJET DU NIVEAU DE RISQUE AU VIH/SIDA À CHAQUE PHASE DE LA DÉMOBILISATION.

Remarque: consignez dans un registre les caractéristiques et la composition de chaque groupe de discussion. Les informations dont vous disposez au sujet des ex-combattants du groupe vous aideront à placer les réponse dans leur contexte, ce qui vous permettra ainsi de comprendre qui est le plus susceptible de contracter le VIH/SIDA et quand. Envisagez de recueillir les informations suivantes au sujet des participants aux groupes de discussion: sexe; âge actuel; âge de la personne au moment où elle s'est jointe au conflit en tant que soldat/combattant; âge à la fin du conflit; état matrimonial; si la personne a été mariée avant, pendant ou après le conflit; nombre d'années depuis la démobilisation ; et, le groupe de combat auquel la personne a appartenu. Ces informations devraient être recueillies pour l'ensemble du groupe, respectant ainsi la vie privée de chaque membre du groupe.

## ANNEXE G: Outil pour recueillir les contributions des ex-combattants sur les meilleures stratégies

### Les ex-combattants proposent des stratégies pour accroître la fréquence d'utilisation du préservatif

Ceci est un outil de discussion simple qui permet de recueillir les conseils des ex-combattants sur les meilleurs moyens de les encourager à utiliser le préservatif. Il peut être facilement adapté pour recueillir leur avis sur d'autres stratégies de prévention du VIH/SIDA.

Invitez un groupe de 10 à 12 ex-combattants à partager leurs perspectives sur les stratégies de prévention du VIH/SIDA (dans ce cas, le port du préservatif). Après une brève discussion sur l'objet de la rencontre et la promesse de confidentialité, suivez les étapes suivantes.

La composition du groupe de discussion est importante. Plus le groupe est homogène, c'est-à-dire plus le nombre de points communs – parcours, âge, sexe, langue, etc. entre les membres du groupe de discussion est grand – plus ils seront à même de parler ouvertement et d'avancer leurs idées. L'homogénéité du groupe vous permet aussi de percevoir les similarités et les différences entre divers groupes d'ex-combattants.

**ÉTAPE 1.** Décrire brièvement le problème: par ex. bien que les ex-combattants savent qu'ils devraient utiliser les préservatifs pour se prémunir contre le SIDA, ils ne le font pas.

**ÉTAPE 2.** Demander au groupe d'aider à déterminer la stratégie qui réussira à convaincre les ex-combattants d'utiliser les préservatifs.

**ÉTAPE 3.** Décrire brièvement les stratégies possibles énumérées ci-dessous. Demander au groupe d'ajouter toute autre stratégie qui lui vient à l'esprit ou qui n'a pas été citée. En décrivant chaque stratégie, dessiner un croquis simple ou un symbole sur une feuille de papier A-4 pour illustrer la stratégie. Veiller à ce que chaque ex-combattant comprenne la signification du croquis.

Exemples de réponses possibles au problème relevé ci-dessus:

- rendre l'utilisation du préservatif plus amusante
- présenter le préservatif féminin

- veiller à ce que les préservatifs soient disponibles dans les bars, les boîtes de nuit, etc.
- encourager les amis à veiller les uns sur les autres
- veiller à ce que les ex-combattants puissent aisément se procurer des préservatifs là où ils vivent
- Aider les femmes à s'organiser pour refuser les actes sexuels sans préservatif
- renforcer les aptitudes des femmes (et des hommes) à convaincre leur partenaire
- message pour prémunir leurs futurs enfants contre le VIH/SIDA
- préservatifs de meilleure qualité, qui ne se déchirent pas [suggestion du groupe de la RdC]

**ÉTAPE 4.** Demander au groupe de placer les fiches - contenant chacune un croquis simple qui illustre une des stratégies - en piles classées ainsi :

« Très bonnes » stratégies

« Bonnes » stratégies

« Faibles » stratégies

**ÉTAPE 5.** Demander au groupe d'expliquer son raisonnement

**ÉTAPE 6.** Récapituler la décision du groupe, en vous assurant d'avoir bien compris. Remercier le groupe pour son aide.

Si le temps le permet, avant de présenter les stratégies possibles, demander au groupe de réfléchir collectivement sur les moyens de convaincre un couple d'employer un préservatif. Suggérer que, pour ce faire, ils doivent penser aux raisons pour lesquelles certains couples emploient rarement les préservatifs.

Si les participants sont en nombre suffisant et que le temps le permet, former des petits groupes par âge et demander à chaque groupe de décider quelles stratégies conviendraient le mieux aux ex-combattants de leur groupe d'âge. Après avoir fini, demandez-leur de partager et de discuter leurs recommandations avec l'autre (les autres) groupe(s) d'âge

## ANNEXE H: BIBLIOGRAPHIE

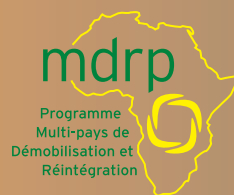
- Alliance contre le SIDA**, Comprendre et relever le défi de la stigmatisation due au VIH : Trousse à outils pour l'action [www.aidsalliance.org/custom\\_asp/publications/](http://www.aidsalliance.org/custom_asp/publications/).
- Asamoah-Odei, Emil, J.M.Garcia Calleja et J.Ties Boerma** (2004), « Prévalence et tendances du VIH en Afrique subsaharienne : pas de déclin et de grandes différences sous-régionales », *Lancet*. Volume 364, Issue 9428:35-40.
- Assemblée générale des Nations Unies** (2001), « Déclaration d'engagement sur le VIH/SIDA », Séance spéciale sur le VIH/SIDA, 25-27 juin
- Banque mondiale** (2005), « Une évaluation sociale, fondée sur le genre, du VIH/SIDA dans les populations réfugiées, PDP et d'accueil dans la Région des Grands Lacs d'Afrique », texte préalablement distribué- Journée mondiale sur le SIDA 2005.
- Benjamin, Judy A.** (2001), « Femmes, guerre et VIH/SIDA : Afrique de l'Ouest et les Grands Lacs », Présenté à la Banque mondiale, Journée internationale de la femme, 8 mars 2001.
- Brown, Lisanne, L.Trujillo, K.Macintyre** (2001), « Interventions pour réduire la stigmatisation due au VIH/SIDA: qu'avons-nous appris ? », Population Council.
- Carballo, Manuel, C.Mansfield, M.Prokop** (2000), « La démobilisation et ses implications pour le VIH/SIDA », Document de référence préparé par le Centre international pour la migration et la santé.
- Carballo, M., J.Cilloni, S.Braunschweig** (2001), « Le VIH/SIDA et la sécurité », Centre international pour la migration et la santé, Genève
- Center for Disease Control**, « Le VIH et le SIDA: êtes-vous susceptible? » Centre national pour la prévention du VIH, des MST et de la TB, [www.cdc.gov/hiv/resources/brochures/at-risk.htm](http://www.cdc.gov/hiv/resources/brochures/at-risk.htm)
- Cohen, Susan A.** (2008) « Caché en plein jour: le rôle de la contraception dans la prévention du VIH », *Guttmacher Policy Review*, Vol 11, No 1.
- Comité permanent interinstitutionnel: Groupe de travail sur le VIH/SIDA au cours des urgences complexes** (2000), « Contenir la propagation du VIH/SIDA au cours des urgences complexes en Afrique ».
- De Waal, Alex** (2005), « Le VIH/SIDA et l'armée », Document de discussion pour la Conférence de La Haye sur le SIDA, la sécurité et la démocratie. Clingendael Institute, 2-4 mai 2005.
- Documents d'échange MAQ**, « Notes sur la double protection », JHPIEGO <http://www.maqweb.org/maqslides/powerpoint/Theme3/DP/Dualprotectionnotes.pdf>.
- Engender Health**, « Infection VIH et SIDA », Ressources en ligne [www.engenderhealth.org](http://www.engenderhealth.org)
- Évaluation MEASURE et ONUSIDA**, « Programmes nationaux de lutte contre le SIDA : un guide pour le suivi et l'évaluation » <http://www.emro.who.int/GFATM/home.html>.
- Family Health International** (2008), « Trousse à outils pour le conseil et le dépistage volontaires : un recueil des ressources des programmes CDV.
- Goliber, Thomas** (2002). « Le statut de l'épidémie du VIH/SIDA en Afrique subsaharienne », Population Reference Bureau, [www.prb.org/Articles/2002/TheStatusoftheHIV-AIDSEpidemicinSubSaharanAfrica.aspx](http://www.prb.org/Articles/2002/TheStatusoftheHIV-AIDSEpidemicinSubSaharanAfrica.aspx).
- Groupe CORE: Groupe de travail sur le VIH/SIDA** (2006), « Améliorer l'accès et l'utilisation de services de conseil et dépistage volontaires (CDV) de qualité : Une liste de vérification pour les projets de santé à base communautaire », Washington DC, [http://www.coregroup.org/working\\_groups/Checklist\\_Linking\\_VCT\\_may8.pdf](http://www.coregroup.org/working_groups/Checklist_Linking_VCT_may8.pdf)
- Harvey, Paul** (2004), « Le VIH/SIDA et l'action humanitaire », Rapport de recherche HPG, Overseas Development Institute, Londres.

- Healthlink Worldwide** (2002), « Lutter contre le SIDA : le VIH et les forces armées du monde », Russels Press Ltd., Londres.
- Institut pour la paix des États-Unis** (2001), « Le SIDA et les conflits violents en Afrique », Washington, [www.usip.org/pubs/specialreports/sr75.html](http://www.usip.org/pubs/specialreports/sr75.html)
- International Crisis Group** (2004), « Le VIH/SIDA sous l'angle de la sécurité en Afrique : leçons dégagées de l'expérience de l'Ouganda », Rapport de discussion ICG, No 3, Kampala/Bruxelles.
- International Center for Research on Women**, « La stigmatisation due au VIH/SIDA: trouver les solutions qui renforcent les programmes de lutte contre le VIH/SIDA » (2006), Washington, DC. [www.popline.org/docs/1771/321256.html](http://www.popline.org/docs/1771/321256.html)
- IRIN PlusNews** (2007), « Rwanda: traiter le VIH/SIDA dans une armée en activité », <http://www.plusnews.org/PrintReport.aspx?ReportId=70418>.
- Jewkes, Rachel** (2007), « Une réponse exhaustive au viol est requise en présence d'un conflit », *Lancet* 2007, 369 : 2140-41.
- Kalichman, S.C., Simbayi, L.C., Vermaak, R., Cain, D., Jooste, S.E., Peltzer, K. & Habilis, D.** (2007) Conseil en réduction du risque VIH/SIDA destiné aux patients d'une clinique de traitement des infections sexuellement transmissibles qui consomment de l'alcool, au Cap, en Afrique du Sud. *Journal of acquired immune deficiency syndromes*.
- Lurie, Mark** (2005), « Mouvement des populations et propagation du VIH/SIDA en Afrique australe », in Abdool Karim SS et Abdool Karim Q (éds) *VIH/SIDA en Afrique australe*. Cambridge: Cambridge University Press, 2005. ISBN: 0-521-61629-8.
- Masanjala, Winford** (2006), « Le lien entre la pauvreté et le VIH/SIDA en Afrique : une démarche de subsistance », Université du Malawi, Zomba, Malawi.
- McGinn, Therese** (2000), « Santé de la reproduction des populations affectées par les guerres : que savons-nous ? », *International Family Planning Perspectives* Volume 26, Number 4, décembre 2000
- MEASURE DHS**, « Base de données des indicateurs d'enquêtes VIH/SIDA, » <http://www.measuredhs.com/hivdata/start.cfm>.
- Mock, Nancy** (2002), « Le VIH/SIDA dans nos rangs », présentation au Woodrow Wilson Center, 4 juin 2002.
- Mock, Nancy B., S.Duale, L.Brown, E. Mathys, H.C. O'Maonaigh, N.K.L.Abul-Husn & S.Elliott** (2004), « Conflit et VIH: un cadre d'évaluation du risque pour la prévention du VIH dans les milieux affectés par les conflits en Afrique », *Emerging Themes in Epidemiology* 2004,I:6, <http://www.ete-online/content/1/1/6>.
- Nations Unies** (2006), « VIH/SIDA et DDR », Comité interinstitutionnel sur le désarmement, la démobilisation et la réintégration », New York.
- Normes intégrées de désarmement, démobilisation et réintégration** (2006), « Problématiques transversales : le VIH/SIDA et le DDR », ONU
- Note d'information sur le SIDA pour les planificateurs et les directeurs sectoriels**, « Le secteur militaire », [www.ukzn.ac.za/heard/publications/AidsBriefs/sec/Military.pdf](http://www.ukzn.ac.za/heard/publications/AidsBriefs/sec/Military.pdf)
- Ostergard, Robert Jr.** (2002), « Politique dans la zone chaude : le SIDA et la sécurité nationale en Afrique », *Third World Quarterly*, Vol.23, No.2, pp.333-350.
- PANOS**: Programme mondial de lutte contre le SIDA, (2007), [http://www.panosaid.org/issue2\\_4.htm](http://www.panosaid.org/issue2_4.htm).
- Refugees International** (2002), « RI Focus: désarmement, démobilisation et réintégration en Sierra Leone », [www.refugeesinternational.org/content/article/detail/884/](http://www.refugeesinternational.org/content/article/detail/884/).
- Shaw, Angus** (2005,) « Pleurez pour mon pays bien-aimé », *Guardian Weekly*, 22-28 avril 2005.
- Southern African Migration Project** (2005), « Espace de vulnérabilité : migration et VIH/SIDA en Afrique du Sud », *Migration Policy Series* No 24.
- Spiegel, Paul** (2004), « Le VIH/SIDA dans les populations affectées par les conflits et déplacées : réfuter les mythes et agir », in *Disasters*, Oxford; Vol. 28, No.3: 322-339

- Spiegel, Paul, A.R.Bennedsen, J.Claas, L.Bruns, N.Patterson, D.Yiweza, M.Schilperoord** (2007), « Prévalence de l'infection VIH chez les personnes affectées par les conflits et déplacées dans sept pays d'Afrique subsaharienne : une revue systématique », *Lancet* 2007,369:2187-95.
- The Policy Project** (2001), « Le VIH/SIDA en Afrique australe : contexte, projections, impacts et interventions », USAID/AFR/SD, Washington, DC, [http://pdf.usaid.gov/pdf\\_docs/PNACN255.pdf](http://pdf.usaid.gov/pdf_docs/PNACN255.pdf).
- Tripodi, Paolo, Patel, Preeti** (2002), « L'impact mondial du VIH/SIDA sur les opérations en faveur de la paix », *International Peacekeeping*, London, Vol.9, No.3, Automne, pp.51-66
- ONUSIDA** (1998), « La perspective de l'ONUSIDA : le VIH/SIDA et l'armée », Collection des pratiques utiles de l'ONUSIDA, mai 1998.
- ONUSIDA** (2002), « Rapport sur l'épidémie mondiale du VIH/SIDA », juillet 2002.
- ONUSIDA** (2003), « Fiche d'information : le VIH/SIDA et les services en uniforme », [http://data.unaids.org/Topics/Security/fs\\_uniformed\\_services-en.pdf](http://data.unaids.org/Topics/Security/fs_uniformed_services-en.pdf).
- ONUSIDA** (2007) « Actualisation de l'épidémie du SIDA : les faits principaux, par région », [http://data.unaids.org/pub/EPISlides/2007/071118\\_epi\\_regional%20fact\\_sheet\\_en.pdf](http://data.unaids.org/pub/EPISlides/2007/071118_epi_regional%20fact_sheet_en.pdf)
- ONUSIDA** (2003), « Sur les lignes de front : une revue des politiques et des programmes de lutte contre le VIH/SIDA dans les forces de maintien de la paix et les services en uniforme », Série ONUSIDA : faire participer les services en uniforme à la lutte contre le VIH/SIDA.
- ONUSIDA** (2005), « Stratégies pour l'appui à apporter en réponse aux besoins des réfugiés et des populations d'accueil en matière de VIH », Collection des pratiques utiles de l'ONUSIDA.
- UNIFEM** (2004), « Bien comprendre pour bien agir : genre et désarmement, démobilisation et réintégration », New York
- US NAVY**, Programme de prévention du VIH/SIDA du Département de la défense. « Mesures de prévention de la Marine américaine: prévention du VIH dans un cadre militaire ».
- Wakabi, W.** (2007), « Les procès sur la circoncision interrompus », *The Lancet Infectious Diseases* 2007 7(2):86-87, disponible en ligne fév. 2007
- Wangila, Rhoi et Chinua Akukwe** (2006), « Le VIH et le SIDA en Afrique : dix leçons dégagées sur le terrain », *Worldpress.org*, 9 août 2006, [http://www.worldpress.org/print-article.cfm?article\\_id=2565&dont=yes](http://www.worldpress.org/print-article.cfm?article_id=2565&dont=yes).
- Wax, Emily** (2003), « Le cycle guerrier propage le SIDA et la hantise en Afrique », *Washington Post*, 13 novembre
- Wellings, Kaye, M.Collumbien, E.Slaymaker, S.Singh, Z.Hodges, D.Patel, N.Bajos** (2006), « Le comportement sexuel dans son contexte : une perspective mondiale », *Lancet* 2006 ; 368 : 1706–28.
- OMS, FNUAP, IPPF, ONUSIDA** (2005), « Santé sexuelle et de la reproduction et VIH/SIDA : un cadre d'établissement des liens prioritaires ».
- Yeager, Rodger, Henrix, Craig, Kingma, Stuart** (2000), « Politiques et programmes militaires internationaux relatifs au virus de l'immunodéficience humaine/syndrome de l'immunodéficience acquise : forces et faiblesses des pratiques actuelles », *Military Medicine*, Vol.165, No.2, pp.87-92.
- Zuniga, Marielena** (2004), « La féminisation du SIDA », *The Seroptimist of the Americas magazine*, avril 2004, [www.iwhc.org/resources/seroptimist041504.cfm](http://www.iwhc.org/resources/seroptimist041504.cfm)







**Secrétariat du MDRP**  
Banque mondiale  
1818 H Street, NW  
Washington, DC 20433 USA

**[www.mdrp.org](http://www.mdrp.org)**

