



PROJECT REPORT | 1965

Fourniture des services de santé et autres interventions de lutte contre le VIH/SIDA dans le secteur halieutique en Afrique sub-saharienne. Août 2008 • Étude documentaire

McPherson, A. • Traduction par J. • Bonnaud Kapoor



Fourniture des services de santé et autres interventions de lutte contre le VIH/SIDA dans le secteur halieutique en Afrique sub-saharienne.

Étude documentaire.

A. McPherson

Traduction par J. Bonnaud Kapoor

Août 2008

Les pêches et le VIH/SIDA en Afrique: investir dans les solutions durables.



Cette étude a été menée dans le cadre du programme régional « *Les pêches et le VIH/SIDA en Afrique: investir dans des solutions durables* » par le WorldFish Center et l'Organisation de l'Alimentation et de l'Agriculture des Nations Unis (FAO), grâce au financement de l'Agence suédoise de coopération au développement international (Sida) et du Ministère des Affaires étrangères norvégien.

This publication should be cited as:

McPherson, A. (2008). Fourniture des services de santé et autres interventions de lutte contre le VIH/SIDA dans le secteur halieutique en Afrique sub-saharienne. Étude documentaire. Programme Régional Les pêches et le VIH/SIDA en Afrique: Investir dans les solutions durables. The WorldFish Center. Project Report 1965.

Author's affiliation:

A. McPherson: Groupe pour le développement outre-mer et Ecole pour les études du développement, Université d'East Anglia, Norwich, NR4 7TJ, Royaume-Uni.

Cover design: Vizual Solution

© 2009 The WorldFish Center

All rights reserved. This publication may be reproduced in whole or in part for educational or non-profit purposes without permission of, but with acknowledgment to the author(s) and The WorldFish Center. This publication may not be reproduced for profit or other commercial purposes without prior written permission from The WorldFish Center. To obtain permission, contact the Business Development and Communications Division at worldfishcenter@cgiar.org

Table des matières

PRÉFACE	2
INTRODUCTION	3
MÉTHODOLOGIE	3
RENFORCEMENT DES SERVICES DE SANTÉ DANS LE SECTEUR HALIEUTIQUE	5
INFORMATION SUR LA DISPONIBILITÉ	8
Interventions des politiques	8
Services	11
INFORMATION SUR L'ACCESSIBILITÉ AUX SERVICES	16
Mobilité et accès	16
Comportement proactif en matière de santé et accès	18
RÉSUMÉ	27
BIBLIOGRAPHIE	29

Préface

Le WorldFish Center et la FAO mettent en œuvre un programme régional intitulé « Les pêches et le VIH/SIDA en Afrique; investir dans des solutions durables », financé par l'Agence suédoise de coopération au développement international (Sida) et le Ministère des Affaires étrangères norvégien. Dans le cadre de ce programme, le Groupe pour le développement outre-mer/École pour les études du développement a été chargé de mener une étude documentaire sur « les pêches et le VIH/SIDA en Afrique: information fournie par la recherche en science sociale, politique et médicale». La tâche consiste à recueillir les données disponibles dans la recherche socio-économique et médicale pour identifier les tendances dans les communautés de pêcheurs en Afrique sub-saharienne.

Le présent document constitue la première des trois parties de l'étude documentaire qui couvre:

- L'étude de la recherche sur la fourniture des services de santé et sur les autres interventions de lutte contre le VIH/SIDA dans le secteur halieutique en Afrique sub-saharienne;
- L'étude de la recherche en science sociale sur les risques et la vulnérabilité liés au VIH/SIDA dans le secteur halieutique en Afrique sub-saharienne
- L'étude de la recherche sur la relation entre la sécurité alimentaire et nutritionnelle et le VIH/SIDA, et comment elle affecte le secteur halieutique en Afrique sub-saharienne.

Dans chaque volet, l'étude présente l'orientation générale de la recherche et le résumé des principales conclusions, en identifiant les lacunes dans les données ainsi que les domaines potentiellement liés à une recherche prometteuse dans des secteurs apparentés.

Introduction

Malgré le consentement unanime sur l'insuffisance de l'accès aux services de santé et de leur disponibilité qui exacerbe la vulnérabilité des communautés de pêcheurs au VIH/SIDA et aux autres risques sanitaires, une étude systématique de la documentation révèle l'absence quasi-totale de données empiriques dans ce domaine. La nature de la disponibilité et de l'utilisation des services de santé n'a pas été particulièrement visée par la recherche dans le secteur halieutique. Trois études seulement se sont explicitement concentrées sur la nature et la disponibilité des services de santé mis à la disposition des communautés de pêcheurs. Toutes étaient axées sur le VIH/SIDA dans le contexte des pêches de capture artisanales¹. Quand les données relatives au service existent, la majorité d'entre elles est sporadiquement disséminée dans des débats théoriques sur la dynamique de la susceptibilité et de la vulnérabilité au VIH/SIDA dans les communautés de pêcheurs de la région des Grands Lacs. C'est pourquoi les recommandations en matière de politique et d'intervention issues de ces travaux dans cette région constituent la base d'une grande partie de cette étude, notamment dans l'analyse de l'accessibilité (en particulier celle des pêcheurs).

À titre d'entrée en matière, la présente étude documentaire pose brièvement le débat général sur le renforcement des services de santé et les initiatives de lutte contre le VIH/SIDA, et elle détaille les implications liées à la promotion de haut niveau des priorités sanitaires du monde de la pêche pour garantir au secteur halieutique sa place dans l'agenda de la politique sanitaire internationale. L'étude est par la suite scindée en deux grandes sections: l'une examine la disponibilité des services de santé et des interventions de lutte contre le VIH/SIDA et l'autre examine les problèmes relatifs à l'accessibilité. Faute de données sur ces questions pour les communautés de pêcheurs, les méthodes utilisées puisent dans la recherche menée sur d'autres sous-groupes de travailleurs mobiles pour proposer des solutions pouvant combler ces lacunes. La section sur l'accessibilité a pour but de passer au crible la recherche afférente au secteur halieutique en Afrique (à savoir, sur des populations pareillement difficiles à atteindre) pour mettre en évidence les lacunes qui existent dans la documentation axées sur les pêches. Elle puise dans la recherche menée sur des sous-groupes aux caractéristiques similaires pour recueillir les observations qui pourraient étayer la base de l'information relative aux pêches. Pour finir, l'étude résume les constatations et présente une vue générale des principales lacunes de la recherche.

Méthodologie

L'étude documentaire s'emploie à chercher la recherche empirique relative à la fourniture des services de santé et aux autres interventions de lutte contre le

¹ Les pêches de capture se distinguent par l'emploi des engins utilisés pour capturer le poisson contrairement aux pêches d'élevage connues sous le nom d'aquaculture. Les pêches artisanales correspondent à un groupe varié d'artisans pêcheurs qui ne sont pas concrètement définis. Il peut inclure des pêcheurs employés, indépendants, occasionnels et/ou pratiquer la pêche de subsistance. Ils ont pour caractéristiques d'être informels et autonomes dans la mesure où ils ne sont pas institutionnalisés.

VIH/SIDA dans le secteur halieutique en Afrique sub-saharienne, comme son titre l'indique. Elle est menée par le biais d'une recherche systématique dans les bases de données théoriques comportant des titres et des résumés d'articles à partir des mots clés suivants:

1. Méthodologie appliquée et données empiriques existantes qui ont servi à analyser la fourniture de services de santé dans le secteur halieutique (**santé ou services de santé et pêche ou pêches ou pêcheurs ou monde de la pêche ou travailleurs de la pêche ou transformateurs de poisson**)
2. Interventions de lutte contre le VIH/SIDA dans le secteur halieutique (**VIH/SIDA ou virus d'immunodéficience ou virus d'immunodéficience acquise or CTV (conseils et tests volontaires) ou RCT (essais cliniques aléatoires) ou TAR (thérapie antirétrovirale) ou ARV(antirétroviral) ou préservatifs ou IEC(information, éducation et communication) ou sensibilisation et interventions ou soutien ou services et pêches** mêmes variations que précédemment)
3. La spécification régionale n'est généralement pas nécessaire en raison de l'étroitesse de la base de données; par conséquent, quand j'ai cité de l'information extérieure à la région (Afrique sub-saharienne ou ASS), je l'ai explicitement signalé).
4. Pour évaluer la pertinence des services, une meilleure compréhension des déterminants de l'engagement est explorée (**comportement axé sur le traitement (TSB) ou comportement proactif en matière de santé et communautés de pêcheurs ou pêcheurs ou travailleurs mobiles ou travailleurs migrants**) Il a fallu déstructurer davantage en raison des lacunes de la documentation pour inclure les caractéristiques de la vulnérabilité qui pourrait affecter le comportement axé sur le traitement (**comportement axé sur le traitement et virilité, invisibilité, fatalisme, mobilité, migration, risque élevé, blessure**) ainsi que le comportement axé sur le traitement dans les sous-groupes de population présentant des caractéristiques d'existence similaires (**travailleurs mobiles, populations migrantes, nomades, pasteurs, chauffeurs de camions, mineurs, travailleuses sexuelles, exploitants agricoles**)

Sources analysées:

1. Google Scholar;
2. Ingentaconnect, PubMed, Blackwell, Science direct, EBSCO, Wiley Interscience, Scopus;
3. Publications/bibliothèques en ligne y compris ONUSIDA, FAO, OMS, DFID, OIM, OIT, WorldFish Centre;
4. Communication personnelle avec des collègues dont les travaux sont liés au cadre de référence du présent document.;
5. Recherches des documents inscrits dans la bibliographie des textes pertinents.

Une seule étude transversale couvre tous les aspects du cadre de référence de la présente étude et mérite d'être signalée ici car elle sera citée dans d'autres parties du document. Il s'agit de l'étude préliminaire des communautés de pêcheurs en Ouganda (IAVI/CRC, 2008) qui évalue la pertinence des communautés de pêcheurs

comme population candidate au développement par cohortes des essais futurs du vaccin anti-VIH et qui est menée dans deux communautés de pêcheurs du Lac Victoria. L'étude a pour objectif:

- d'analyser la disponibilité et l'utilisation des services de santé, des tests VIH et des traitements anti-VIH et des services de soins.
- d'explorer les connaissances, les attitudes et les pratiques (CAP) des communautés de pêcheurs pour les orienter vers les activités relatives aux conseils et aux tests volontaires (CTV), la prévention du VIH, les soins et le traitement anti-VIH et les activités de la recherche sur le VIH.
- d'enquêter sur les facteurs institutionnels qui favorisent ou entravent le recours à ces services.

Certes, le champ de l'étude est limité par la période extrêmement brève de la collecte des données, mais elle est l'unique exemple empirique permettant d'analyser une vaste série de questions. Tout comme dans les autres études d'autres sous-groupes de populations, une enquête par ménages constitue la base de la collecte des données quantitatives. Même si la base de sondage est limitée à 100 ménages, elle permet de recueillir des données détaillées sur la composition, les caractéristiques de la mobilité, les moyens d'existence et les croyances et comportements en matière de santé (y compris les connaissances et les attitudes à l'égard des conseils et des tests volontaires (CVT) et du VIH/SIDA). L'étude présente la gamme des services disponibles et de leur utilisation désagrégés par sexe. La triangulation au moyen de techniques quantitatives renforce le document grâce à l'information recueillie sur les perceptions relatives au risque et à la fourniture des services de santé. Elle permet par ailleurs d'identifier la sous-déclaration des recours aux guérisseurs traditionnels et les résultats faussés de la mobilité de la population, qui expriment une population moins mobile qu'en réalité. Les discussions de groupes permettent de placer les résultats dans leur contexte et d'identifier les facteurs institutionnels et socio-culturels qui favorisent ou entravent le recours aux services. D'une façon générale, cette étude cible les communautés de pêcheurs dans leur ensemble et donne une interprétation holistique à la fois des connaissances, des attitudes et des pratiques (CAP) des différents membres tout en fournissant une information désagrégée sur l'utilisation et la disponibilité réelle du service. Par conséquent, cette étude est mentionnée tout au long de l'étude documentaire.

Renforcement des services de santé dans le secteur halieutique

La présente étude se penche sur la documentation disponible concernant l'existence, ou l'absence, des services de santé et des interventions de lutte contre le VIH pour les communautés de pêcheurs. Elle examine la base d'information disponible sur les approches qui ont été adoptées, leur efficacité et elle identifie les possibilités de renforcer cette base de connaissances et de pratiques.

La marginalisation d'un grand nombre de communautés de pêcheurs par rapport aux services de santé disponibles dans les peuplements voisins les désavantage au sein des systèmes de santé sub-sahariens, dont on dit qu'ils sont fragmentés et sous-

équipés pour faire face aux besoins sanitaires concurrents. Par conséquent, nous ne pouvons pas analyser la fourniture des services de santé au secteur halieutique sans examiner le paysage politique plus large dans lequel doit être plaidée l'inclusion des besoins des communautés de pêcheurs. Par ailleurs, le débat sur le renforcement des systèmes a refait surface suite aux préoccupations liées à l'amélioration des services de traitement anti-VIH, et se fait l'écho des préoccupations issues des analyses de la capacité des pêcheurs à tirer profit du traitement (Seeley et Allier, 2005). Qui plus est, l'information fournie par cette étude laisse à penser que l'agenda des systèmes de santé s'éloigne du modèle des services actuel dont « bénéficient » le monde de la pêche². Par conséquent, afin de réduire le risque, les responsables des politiques doivent être sensibilisés aux différents besoins des communautés de pêcheurs pour les prendre en considération. Il n'est certes pas possible de rendre compte dans la présente étude de toutes les discussions menées aux niveaux national et international sur les services de santé, mais il est important d'expliquer comment le renforcement des systèmes de santé dans le contexte du VIH/SIDA peut affecter la réponse de la politique sanitaire et de la recherche en faveur du bien-être des membres des communautés de pêcheurs. Le changement de cap, des interventions de lutte contre le VIH/SIDA vers les systèmes de santé capables de relever le défi de l'épidémie, s'exprime dans les stratégies de macro-politique visant l'accès universel. Par exemple, la promesse de don récente du gouvernement du Royaume-Uni, d'un montant de 6 milliards de livres sterling, destinée à développer les systèmes et les services de santé s'inscrit dans le cadre de sa stratégie visant à mettre un terme et à inverser la propagation du VIH dans le monde en développement (DFID, 2008). Compte tenu des implications des changements au niveau macro des approches adoptées dans la politique et dans l'élaboration des programmes, il est de l'intérêt des communautés de pêcheurs d'être sensibilisées aux nouvelles orientations afin de prévoir les points d'entrée permettant de soulever leurs problèmes.

Dans le passé, la politique a donné à penser que les groupes difficiles à atteindre devaient attendre que les services soient mis à leur disposition (Zinsstag *et al.*, 2006) et que l'effectif de la population suivait un schéma hiérarchique favorisant les populations urbaines sédentaires (Ngwenya et Mosepele, 2007; Seeley et Allison, 2005). Les épidémies ont exposé les limites de cette approche et sont à l'origine des stratégies ciblées et axées sur la maladie, catégorisées par des interventions verticales dirigées vers une maladie donnée ou un service donné³. Par exemple, dans les pays où la schistosomiase est endémique, on note que les systèmes de santé ont des difficultés à fournir les soins de santé primaires, et le manque d'infrastructure est identifié comme facteur déterminant de l'absence de programmes de contrôle durables (Chitsulo *et al.*, 2000). A dire vrai, la fragilité des services de santé a été attribuée au financement des programmes de santé verticaux, et à la

² Le terme « monde de la pêche » renvoie à un groupe hétérogène de personnes dont les moyens d'existence, dans diverses mesures, dépendent de la capture, de la transformation ou du commerce du poisson, ou bien des personnes dont les moyens d'existence dépendent des activités liées à la pêche, comme les propriétaires des hôtels et des bars.

³ Les programmes sanitaires verticaux se caractérisent par des programmes spécifiquement conçus pour un service ou une maladie contrairement aux systèmes de santé horizontaux qui peuvent être attribués aux services de santé gouvernementaux qui tentent d'être pluralistes et largement répandus.

diminution du personnel de santé résultant du départ du personnel qualifié qui quitte le service public pour un travail mieux rémunéré dans les ONG (Pfeiffer, 2003). La documentation confirme largement que cela a entraîné la fragmentation des systèmes de santé dans les pays africains et l'amélioration des interventions de lutte contre le VIH/SIDA se heurte à ce contexte (McCoy *et al.*, 2005; Travis *et al.*, 2004). On note le même effet sur la vulnérabilité des communautés de pêcheurs en Afrique sub-saharienne, vu qu' « ... à ce jour, la réponse politique à leur vulnérabilité a été limitée et fragmentée » (Kissling *et al.*, 2005: 1940).

Pour cette étude, il n'a pas été facile de trouver des données dans les éventuels programmes verticaux et je me suis donc principalement appuyé sur mes contacts personnels. On observe cependant que dans le programme pour les moyens d'existence du Lac Victoria coordonné par Diakonia, par exemple, la collaboration avec le Ministère de la santé a été une composante de la gestion du projet et un aspect permanent de la thérapie anti-rétrovirale (TAR) (Oloo et Mwangi, 2008). Avec une meilleure collaboration au niveau macro dans le futur, y compris entre les différentes initiatives verticales et entre les différents pays, l'évaluation et l'analyse des approches actuelles dans le secteur halieutique pourraient contribuer à de meilleures pratiques et servir de point d'entrée dans le débat sur la fourniture des services. À ce jour, de tels résultats comparatifs ne sont pas faciles à obtenir. La pression à obtenir des résultats rapides dans le cas d'épidémies de certaines maladies a provoqué la fragmentation et la verticalisation des services de santé et a permis aux mauvaises pratiques non organisées de sévir dans un marché sans régulation (Pfeiffer, 2003; McCoy *et al.*, 2005; Travis *et al.*, 2004; Kemp *et al.*, 2003). Comme les pêcheurs sont potentiellement les bénéficiaires directs de l'assistance internationale accordée à des maladies données, il y a un risque que cela se produise dans le secteur halieutique compte tenu de l'identification récente du risque élevé lié à l'état d'infection des personnes dans les populations de pêcheurs.

Des exemples montrent que ces interventions sont caractérisées par des fonds de milliards de dollars comme l'Initiative de contrôle de la schistosomiase financée par la *Fondation Bill et Mélinda Gates* (SCI, 2008). L'efficacité à long terme de pareils fonds est remise en question compte tenu qu'ils dépendent de systèmes de santé trop fragiles pour fournir des services de qualité et de quantité requises. (Travis *et al.*, 2004). D'une façon plus générale, il est à craindre que les projets ambitieux s'orientent vers une cible préférentielle composée de groupes faciles à atteindre (McCoy *et al.*, 2005). Etant donné la diversité de nombreuses communautés de pêcheurs, cela sous-entend l'existence de ce même schéma par lequel les pêcheurs qui sont considérés comme les plus difficiles à atteindre par les programmes demeureront exclus. En l'absence d'investissements spécialement destinés à aider le monde de la pêche à surmonter les barrières socio-économiques et à accéder au traitement, les programmes TAR pourraient aggraver les conséquences sanitaires injustes qui existent déjà dans ces communautés. Du point de vue de la recherche, les approches verticales inhibent le développement des meilleures pratiques en traitant l'impact de la pandémie. Dans les communautés de pêcheurs, les enseignements dérivés de ces évaluations, qui ne sont pas largement communiqués, diminuent les chances de cette communauté de participer au côté des responsables des politiques à l'élaboration des stratégies. La recherche future devrait s'articuler autour de la vulnérabilité disproportionnée aux maladies de

prévalence élevée dans le contexte plus vaste des systèmes de santé affaiblis. Le débat sur les approches verticales et horizontales met en évidence la nécessité de reconnaître et d'améliorer les meilleures pratiques, ainsi que d'assurer leur intégration effective dans les services de santé existants (organisés horizontalement).

La disponibilité, au sens de l'existence de services de santé locaux, n'est pas suffisante (même si elle a été calculée pour rendre compte des schémas incohérents de la mobilité) car la relation avec des facteurs complexes limite l'accès, comme on l'examinera ci-après. Il est nécessaire de décrire le contexte des approches verticales et horizontales disponibles dans le secteur halieutique, et de tenir compte de la recherche dans les autres secteurs qui s'emploie à résoudre les insuffisances des deux types d'approche. On pourrait étayer davantage en précisant comment les principales barrières aux systèmes de santé affectent particulièrement les membres des différentes communautés de pêcheurs (comme l'ont noté Travis *et al.*, 2004), en identifiant les barrières majeures et les principaux défis à l'amélioration de la fourniture des services liés aux priorités sanitaires, dont le VIH/SIDA et le paludisme. Parmi celles-ci: au niveau de la communauté, les barrières individuelles et communautaires qui affectent la demande (par ex., les relations hommes-femmes, les facteurs socio-économiques et le stigmata); les barrières à la fourniture des services, comme la disponibilité inéquitable, l'infrastructure physique, les ressources humaines et la qualité des soins; et les politiques sanitaires comme la coordination entre les organes publics, les donateurs et les ONG et la réglementation des secteurs public et privé. Il serait utile de les analyser de façon détaillée dans le contexte des différents milieux du secteur halieutique. Cela permettrait de créer un modèle qui illustrerait comment la fragmentation des systèmes de santé affaiblit les efforts de fournir l'accès aux initiatives de lutte contre le VIH/SIDA comme point d'entrée dans le débat. La dernière section de la présente étude se penche sur la documentation relative à l'accessibilité qui, une fois renforcée, situerait ces barrières par rapport au secteur halieutique.

Information sur la disponibilité

Intervention des politiques

De nombreux chercheurs signalent l'absence de programmes de lutte contre le VIH/SIDA dans les communautés de pêcheurs (Gordon, 2005; Kissling *et al.*, 2005; FAO, 2006; Allison et Seeley, 2004; Tanzarn et Bishop-Sambrook, 2003). Certes, on a dit que les communautés de pêcheurs sont victimes de « ... la quasi négligence des gouvernements et du secteur tertiaire » (Tanzarn et Bishop-Sambrook, 2003: v), mais on remarque aussi que la situation change grâce à l'intervention des réponses de la politique de haut niveau (FAO, 2006; Gordon, 2005). S'il est vrai que les communautés de pêcheurs sont absentes de la liste des populations vulnérables identifiées par ONUSIDA, au niveau national et international en Afrique subsaharienne, l'inclusion du secteur halieutique dans l'agenda de la lutte contre le VIH/SIDA en tant que groupe vulnérable est imminente.

La convention sur l'initiative de lutte contre le VIH/SIDA dans la région des Grands Lacs (GLIA) a été ratifiée par 6 pays de la région des Grands Lacs en 2005, pour souder leur engagement à réduire et à affaiblir l'impact socio-économique du VIH/SIDA (GLIA, 2005). L'initiative GLIA reconnaît que les hommes et les femmes travaillant dans les pêches sont la cible particulière des interventions futures. L'étude rapide des données sur les interventions de lutte contre le VIH, la fourniture d'une gamme de services y compris la formation des pêcheurs responsables à la communication des changements du comportement lié au VIH, ainsi que le développement de l'information, de l'éducation et de la communication (IEC) dans la « langue des ports », font tous partie du plan stratégique de l'initiative GLIA. Compte tenu du manque de données empiriques sur lesquelles fonder les initiatives, il est rassurant de constater que le plan intègre le partage des meilleures pratiques et le recours à la recherche épidémiologique et ethnographique dans les différents sous-groupes professionnels dans le secteur halieutique (Frazer *et al.*, 2008). Il sera important de faire le suivi de cette initiative pour tirer les enseignements qui sont pertinents au secteur halieutique dans toute l'Afrique sub-saharienne.

Un atelier international sur les interventions de lutte contre le VIH/SIDA dans le secteur halieutique s'est tenu en Zambie⁴. Le principal message qui s'est dégagé exprime la nécessité de s'adresser à la totalité de la communauté au lieu de cibler « les populations à haut risque », ainsi que l'adoption d'approches multisectorielles en reconnaissance du fait que les facteurs de risque s'étendent au-delà des pêches et des secteurs sanitaires (WorldFish Center, 2006). L'Organisation pour les pêches du lac Victoria (LVFO), qui s'occupe essentiellement de la gestion des ressources, a organisé en 2006 un atelier sur l'élaboration d'une stratégie de lutte contre le VIH/SIDA pour améliorer l'état de santé des communautés de pêcheurs (LVFO, 2006) en soulignant l'importance d'une approche intersectorielle. La diversité du secteur halieutique a également été reconnue ainsi que la nécessité d'adapter les interventions en conséquence. La présente étude confirme l'absence d'information sur la vulnérabilité et le niveau de tolérance des différents types de pêches, aux divers échelons industriels et artisanaux, dans les pêches côtières et continentales, qui avait été constatée lors de la réunion à Lusaka. La recherche future, telle que celle proposée par l'initiative GLIA, doit explorer comment les approches multisectorielles parviennent à atteindre les sous-groupes du secteur halieutique dans les différents contextes où ils évoluent.

S'il est vrai que l'OMS possède des statistiques mondiales sur le fléau sanitaire qui confirment que « la schistosomiase constitue un problème de santé publique majeur en Afrique sub-saharienne », elle avoue que l'impact de la maladie a été mal évalué (OMS, n.d.). « Des études sur les coûts du contrôle de la schistosomiase ont invariablement conclu que le coût du contrôle est excessivement élevé comparé aux dépenses de santé par personne en Afrique sub-saharienne » (Chitsulo *et al.*, 2000: 47), d'où l'absence d'interventions de politique nationale. Les politiques nationales et

⁴ L'atelier de Lusaka a été organisé par le WorldFish Center en collaboration avec l'Organisation internationale pour la migration (OIM), et l'Organisation des Nations Unies pour l'alimentation et l'agriculture (FAO), financé par l'Agence suédoise de coopération au développement international (Sida) et accueilli conjointement par le gouvernement de Zambie par le biais du Ministère de l'agriculture et des coopératives (MACO) et le Conseil national pour le SIDA (NAC). Les participants étaient au nombre de 90, provenant de 13 pays d'Afrique et d'organisations internationales.

sectorielles dans l'ensemble de l'Afrique sub-saharienne montrent que les gouvernements ont des engagements mixtes à l'égard des besoins sanitaires de nature plus générale des communautés de pêcheurs, alors que les services de santé qui les ciblent sont orientés vers les interventions de lutte contre le VIH/SIDA et se concentrent sur les messages de prévention. Il est nécessaire d'analyser comment la politique sanitaire envisage de fournir aux populations dont les conditions de vie sont difficiles les services de traitement contre tous les types de maladies.

Rares sont les politiques ou les stratégies nationales en matière de santé dans le secteur halieutique. Cependant, concernant le VIH/SIDA, l'Ouganda est mis en évidence dans la documentation pour ses interventions à niveaux multiples (Baro, 2004; FAO, n.d.; Gordon, 2005; Grellier *et al.*, 2004; Tanzarn et Bishop-Sambrook, 2003) par rapport à l'absence relative d'autres stratégies et engagements gouvernementaux en Afrique sub-saharienne. Il est certes hors du champ de cette étude de les analyser et de les rassembler ici, mais leur portée peut être évaluée en étudiant deux exemples, l'Ouganda et le Sénégal. L'Ouganda se distingue pour sa stratégie de lutte contre le VIH/SIDA spécifique aux pêches qui assure au secteur halieutique de recevoir l'allocation appropriée des ressources du gouvernement et des donateurs (Gordon, 2005; FAO). Par ailleurs, un Plan stratégique pour le secteur halieutique a été élaboré conformément au Plan d'action pour l'éradication de la pauvreté (PAEP), dans lequel le VIH/SIDA est explicitement relié au secteur halieutique (Bahigwa et Keizire, 2003). D'autres stratégies ont été mises en œuvre comme celle des unités de gestion des plages (BMU) qui, bien que n'appartenant pas au registre de la santé, ont été identifiées comme points d'entrée pour les initiatives de prévention (Aciro Olyel, 2006) et se sont révélées déterminantes dans la recherche sur les services de santé (IAVI/CRC, 2008). Les communautés de pêcheurs sont quelque peu sceptiques envers la pertinence des unités de gestion des plages, en raison du manque d'engagement communautaire dans l'initiative, et parce qu'elles sont perçues comme étant inefficaces à inclure les personnes exposées à un risque plus élevé (Westaway *et al.*, 2007). Sur cette base, il pourrait s'avérer constructif d'analyser l'initiative des unités de gestion des plages comme modèle pour la mise en œuvre des stratégies nationales, notamment dans les autres pays de la région des Grands Lacs. Le Ministère de l'agriculture, des industries animales et des pêches (MAAIF) a été critiqué pour son échec à assurer les ressources financières suffisantes pour la mise en œuvre des programmes de lutte contre le VIH/SIDA proposés (Tanzarn et Bishop-Sambrook, 2003), ce qui remet en question l'efficacité de la reconnaissance apparente des politiques. Tout contrairement à l'Ouganda, le Sénégal n'a jamais ciblé les pêches dans ses politiques nationales ou ses activités de lutte contre le VIH/SIDA (Mireille et Kandè, 2006). Les chercheurs dans les autres pays d'Afrique sub-saharienne ont demandé la même reconnaissance que celle de l'Ouganda ((Ngwenya et Mosepele, 2007). L'initiative GLIA devrait examiner la stratégie ougandaise en vue d'élaborer un cadre d'approches conjointes qui tiennent compte des approches multisectorielles et à niveaux multiples nécessaires, en les adaptant aux autres pays. Une lacune importante de la recherche réside dans la nécessité de vérifier les documents techniques multilatéraux et gouvernementaux.

Services

Comme on l'a mentionné précédemment, les défaillances des services de santé ont été exposées par de nombreux observateurs pour ce qui est des effets de la pandémie du VIH/SIDA dans le secteur halieutique:

« D'une façon générale, l'Afrique rurale est mal desservie par les services de santé. Il est difficile de recruter des professionnels de santé qualifiés prêts à travailler dans les zones rurales où les ressources et le soutien sont extrêmement limités. Le mauvais état des routes, des télécommunications et de l'électricité, ainsi que la pénurie en eau potable et la médiocrité de l'éducation dans la population ciblée exacerbent les difficultés à délivrer les soins de médecine préventive, les diagnostics et les traitements. » (Gordon 2006:5)

Certes, il aurait été très utile d'analyser les données quantitatives sur la disponibilité des services de santé aux différents niveaux, y compris dans le même pays, mais on ne trouve aucune donnée systématique dans ce domaine. A ce jour, on ne dispose que de résultats disséminés dans les études menées sur la dynamique de la susceptibilité et de la vulnérabilité dans le secteur halieutique. Ceux-ci montrent clairement que la disponibilité des services de santé est généralement insuffisante dans les communautés de pêcheurs. Par exemple, une étude approfondie des pêches artisanales en Ouganda montre le caractère sélectif et incohérent de la fourniture des services de santé aux artisans pêcheurs. Dans quatre lieux sciemment sélectionnés (sur la base de l'ampleur des activités, de l'économie, de la diversité des activités et de la composition de la communauté ainsi que de la prévalence du VIH), aucune des deux initiatives les plus importantes apparentées aux pêches en Ouganda (l'une est gouvernementale, l'autre une ONG) n'est en activité. Les installations sanitaires identifiées comprennent deux pharmacies, un dispensaire secondaire, cinq représentants du corps médical, un centre sanitaire et deux pharmacies desservant une population totale de près de 7 000 personnes, dont l'un des endroits (Walumbe, population 2000) n'a aucun service de santé (Tanzarn et Bishop-Sambrook, 2003). Ailleurs dans la documentation, on trouve des illustrations sporadiques de l'absence des services de santé, les distances à parcourir entre les communautés et l'installation médicale la plus proche allant de 7km (Westaway *et al.*, 2007) à 20km (Appleton, 2000) à 67km, dans une des analyses de cas, pour rejoindre les services plus performants comme les hôpitaux (Grellier *et al.*, 2004). Une enquête auprès des ménages dans les îles du lac Victoria décrit un contexte tout autant dépourvu de services de santé ou d'interventions de lutte contre le VIH (Anon., n.d.). Toutes ces informations corroborent largement à montrer que la disponibilité limitée des services de santé exacerbe la vulnérabilité de ces communautés (Pickering *et al.*, 1997).

Il est nécessaire d'établir la recherche empirique pour identifier où et comment les améliorations peuvent être apportées. La surveillance globale de l'équité en matière de santé dans le secteur halieutique fournirait la base constructive d'une réforme significative servant les intérêts des communautés de pêcheurs. L'information quantitative détaillée sur ce sujet est limitée. Cependant, une étude portant sur les artisans pêcheurs et les services de lutte contre le VIH/SIDA au Botswana, où les

services sont dispensés en fonction du type de peuplement (urbain, village urbain, rural et reculé), montre que dans le delta du Okavango, l'accès limité aux services pénalise les ménages séropositifs qui pratiquent la pêche occasionnelle. L'enquête menée auprès des ménages permet de rassembler des données au niveau du district sur l'infrastructure nécessaire à la fourniture des services. La disponibilité de ces services a ensuite été quantifiée en pourcentage de la population ayant la possibilité d'accéder à un dispensaire, une unité sanitaire ou un dispensaire mobile. Par la suite, on a observé le rayon d'action des fournisseurs de services de haut niveau, niveau intermédiaire et bas niveau et identifier les disparités entre les communautés. Malheureusement, cet article ne contient pas davantage de résultats quantitatifs détaillés. Les résultats généraux permettent cependant de conclure que le monde de la pêche du delta Okavango vit dans des peuplements non classifiés car leur population est inférieure à 500 personnes, et qu'ils ne peuvent donc pas recevoir directement les services de santé à l'exception des centres de soins primaires (Ngwenya et Mosepele, 2007). Au niveau national, la cartographie de la disponibilité des services (SAM) au Kenya et en Tanzanie montre des systèmes similairement étagés qui privilégient les peuplements en fonction de leurs effectifs et qui, par conséquent, agissent au détriment à la fois des pêcheurs occasionnels et des pêcheurs à temps plein (Kenya SAM, 2007). D'où une situation préoccupante pour les communautés de pêcheurs (tant sédentaires que mobiles) qui ne sont pas prises en compte par les politiques nationales sur les peuplements et qui sont ignorées des planificateurs des systèmes sanitaires qui persistent à concentrer leur attention sur la sédentarité.

Il est nécessaire de mener des études comme celle du delta du Okavango à une échelle plus grande et d'y inclure aussi les peuplements des pêcheurs côtiers et sédentaires continentaux. Celles-ci permettraient de mettre en évidence comment les pêcheurs sont défavorisés par les systèmes de santé pour ce qui est du VIH/SIDA et fourniraient aux responsables des politiques l'information nécessaire pour répondre à leurs besoins. Pour développer davantage ce modèle, la nature de la disponibilité des services de santé devrait aller au-delà de l'identification des services publics. Les évaluations de l'infrastructure sanitaire devraient inclure les services privés désagrégés par fournisseurs (organisation communautaire, organisations non gouvernementales nationales ou internationales (ONG), organisations religieuses, etc.), ainsi que les centres de traitement, les ressources humaines, la capacité de vulgarisation et les réserves de médicaments. Les cartographies de la disponibilité des services pour les divers pays d'Afrique subsaharienne, qui ont été publiées au cours des quelques dernières années, sont une éventuelle ressource permettant aux intervenants en faveur du monde de la pêche de comparer la géographie des peuplements avec la répartition des services de santé différenciés et de présenter aux Ministres de la santé le paysage réel de la disponibilité des services de santé dans le secteur halieutique. Une vérification de ce type pourrait faciliter l'intervention des politiques sanitaires au niveau macro et soutenir la reconnaissance croissante de la grande vulnérabilité et de la susceptibilité aux maladies infectieuses comme le VIH/SIDA, la schistosomiase (bilharziose) et le paludisme.

La cartographie est un des moyens de représenter les désavantages des communautés de pêcheurs concernant la fourniture des services de santé. S'il est

vrai qu'on n'a trouvé aucune étude où l'approche des cartographies pour les communautés de pêcheurs n'a été utilisée, la section suivante présente diverses méthodologies qui ont été adoptées pour d'autres groupes mobiles, et introduit diverses considérations relatives à leur application aux communautés de pêcheurs. Les systèmes d'information géographique (SIG) et le système mondial de localisation par satellite (GPS) ont été utilisés pour dessiner des cartes simples des arrêts des chauffeurs de camion le long de la route du couloir nord au Kenya (Ferguson et Morris, 2007). Compte tenu des similarités entre les comportements à risque et les problèmes d'accessibilité aux services de santé (Voeten *et al.*, 2002), on pourrait renouveler cet exercice pour cartographier les lieux de débarquement et les campements de pêcheurs de la région des Grands Lacs ainsi que les installations sanitaires qui s'y trouvent en fonction du peuplement avec lesquels ils sont associés.

Pour que cesse la partialité des politiques au détriment des populations peu nombreuses, les chercheurs ont calculé comment la distance affecte le recours aux services. Le SIG est utilisé pour définir l'indice de la distance par rapport à l'utilisation (DUI) dans un vaste exercice de cartographie en Afrique du Sud. L'échantillon contient des groupes migrants dans une zone rurale de population éparses et les calculs effectués sur la base de la distance euclidienne parcourue par les patients révèlent un degré élevé de correspondance entre l'utilisation réelle des services et les distances estimées pour parvenir à ceux-ci. Les calculs de l'évitement des installations sanitaires permettent d'apporter des précisions à l'analyse spatiale de ceux qui n'utilisent pas les soins de santé primaires (Tanser *et al.*, 2001). Le SIG est aussi utilisé pour modéliser les distances parcourues jusqu'aux services de santé gouvernementaux au Kenya dans le cadre d'une étude axée sur l'élaboration de modèles d'accès et d'utilisation des services de santé (Noor *et al.*, 2006). Même si cette étude est utile parce qu'elle intègre une communauté des rives du lac Victoria, compte tenu des techniques d'échantillonnage et du modèle de réseau de transport utilisés, elle n'est pas concluante sur l'accès à l'information relative aux pêcheurs en particulier. Les algorithmes sont établis sur l'hypothèse que « >80% des patients ne signalent aucun frais de transport pour se rendre aux installations sanitaires et on déduit par conséquent qu'ils y vont à pied ... » (Noor *et al.*, 2006). Par ailleurs, on considère que les cours d'eau entravent l'accès aux installations sanitaires. En revanche, le succès de cette étude est observé dans le fait qu'elle développe un modèle plus efficace d'identification de l'accès des communautés aux services de santé que le modèle euclidien et qu'elle peut être consultée pour les méthodologies transférables aux tests relatifs à la disponibilité des services dans les communautés de pêcheurs. Par contre, les stratégies de modélisation doivent tenir compte de la mobilité réelle des membres de ces communautés.

Les exercices de cartographie des lieux de pêche devraient s'accompagner de l'identification des diverses caractéristiques comme celles relevées par Tanzarn et Bishop-Sambrook (2002) dans le but de capter leur dynamique. Une matrice de sélection des lieux a été élaborée pour l'étude des quatre lieux de débarquement en Ouganda. Une vue d'ensemble de chaque lieu a été réalisée en identifiant plusieurs facteurs comme suit: échelle de la pêche, population rurale/urbaine, prévalence du VIH, proximité des services, diversité des activités liées à la pêche, composition ethnique, (Tanzarn et Bishop-Sambrook, 2003). La triangulation de la matrice avec

la disponibilité des services de santé est un autre moyen de contextualiser la marginalisation de ces communautés, et devrait être utilisée dans la recherche pour informer la planification des services de santé telle que celle mentionnée précédemment qui modélise la distance par rapport à l'utilisation. Dans un agenda spécifiquement consacré à la lutte contre le VIH/SIDA, Ferguson et Morris utilisent cette approche avec les chauffeurs de camion à l'aide de la triangulation des méthodologies informatisées et des approches qualitatives, pour établir la carte de la répartition des « points chauds » des relations sexuelles transactionnelles entre les chauffeurs de camion et les femmes aux points de repos (2007). Cette étude a pour but de renforcer la lutte contre le VIH/SIDA au Kenya en mettant en évidence les besoins des groupes vulnérables, leurs comportements proactifs en matière de santé et d'évitement du risque en association avec les données sur la disponibilité des services. Un des obstacles potentiels à la réalisation de la cartographie géographique est que les communautés de pêcheurs, contrairement aux autres études comme celles mentionnées ici, sont généralement de nature nomadique et leurs caractéristiques subissent des changements saisonniers. Cela est problématique pour les outils d'évaluation spatiale informatisés et implique la collecte longitudinale des données sur les caractéristiques des lieux. La cartographie de la nature de la disponibilité des services auprès des communautés de pêcheurs pourrait constituer une base solide pour quantifier la marginalisation des lieux de débarquement par rapport aux soins de santé. Ce serait une opportunité de démontrer les faiblesses des systèmes de santé existants et cela permettrait d'ouvrir le débat sur le renforcement des systèmes de santé.

Pour ce qui est des groupes nomades, on utilise les techniques d'évaluation rurale participative (ERP) dans un effort d'instaurer des systèmes de santé qui pourront les atteindre. Les participants somaliens au Kenya cartographient leurs propres courants migratoires saisonniers. L'enquête fournit également l'information sur leurs perceptions des soins de santé dans le cycle de migration, et conduit à la formulation de recommandations fondées sur l'information recueillie destinées au personnel de santé ainsi qu'à documenter les défaillances du système actuel (Maalim, 2006). Comme on le verra dans le détail plus avant, la base de l'information accentue l'importance de reconnaître les perceptions de la santé dans les communautés de pêcheurs, et des pêcheurs hommes en particulier, dans les efforts visant à améliorer l'accès pour ce groupe. Par conséquent, cette méthodologie pourrait fournir des données complètes sur la dynamique de la mobilité des pêcheurs, et, par la suite celle des lieux de débarquement et la disponibilité des services de santé, ainsi que la compréhension de leur attitude à l'égard des différentes formes des soins de santé et comment elle peut varier tout au long du processus migratoire (à savoir, à l'aller et au retour, entre le lieu d'habitation et le lieu de débarquement et entre les lieux de débarquement). La cartographie sociale est utilisée dans une étude préliminaire récente des communautés de pêche en Ouganda où l'information qualitative désagrégée par sexe rend compte de l'importance de l'accès aux services disponibles. Les cartes sociales élaborées par les hommes dans une communauté de pêcheurs montrent que, malgré l'existence d'un centre sanitaire bien équipé et d'un service ambulancier proche, la présence de l'armée décourage les personnes de s'y rendre (IAVI/CRC, 2008). Les instruments de recherche qu'on a pu reproduire à partir de cette étude pour les pêcheurs et autres travailleurs de la pêche mobiles sont novateurs et comprennent

la cartographie, les diagrammes de Venn, les calendriers saisonniers et les emplois du temps journaliers. Cumulativement, par le biais de ces techniques, les participants ont formulé quels services sont disponibles et comment ils sont utilisés ainsi que leur participation à différentes institutions et les lacunes de la communication entre les fournisseurs des services de santé et les membres de la communauté (IAVI/CRC, 2008). Les méthodes d'évaluation rurale participative mises à contribution pour comprendre le recours des pêcheurs aux services de santé ouvriraient de nouvelles perspectives. Ceci est particulièrement important puisque l'organisme de recherche qui existe s'inspire généralement des perceptions des autres membres des communautés de pêcheurs alors que les études, comme l'étude menée par IAVI/CRC, obtiennent difficilement des réponses des pêcheurs.

Il serait très intéressant d'essayer de comprendre la saisonnalité des mouvements des pêcheurs. Ceci dit, la diversité linguistique et culturelle des pêcheurs aux lieux de débarquement (Maddox, 2007; Seeley et Allison, 2005; Westaway *et al.*, 2007) pourrait indiquer une plus grande variabilité de leurs mouvements. On note le contraste avec les populations nomades dont les schémas saisonniers de mobilité s'opèrent en fonction de la parenté, ou les chauffeurs de camion qui obéissent à des schémas de déplacement plus structurés ou formalisés. Des essais pilotes pourraient déterminer l'échantillon et la stratégie nécessaires à l'obtention de résultats concluants. Par ailleurs, les exercices de cartographie devraient tenir compte de la mobilité des autres membres de la communauté, dont les femmes.

Pour ce qui est des interventions spécifiquement axée sur la lutte contre le VIH/SIDA, on note aussi un manque d'information sur les types de services qui sont à la disposition des communautés de pêcheurs, pour le moins due à une gamme de fournisseurs verticaux et horizontaux. La recherche éparses sur le VIH/SIDA dans la pêche a révélé une incohérence significative de la disponibilité des services de tests à un moment où on s'efforce d'améliorer les thérapies anti-rétrovirales (TAR), d'où les préoccupations liées à l'absence des services de conseils et de tests qui entrave ces efforts (Matuvo et Makumbi, 2007). Dans plusieurs études de cas, y compris celles menées dans les îles ou les zones continentales reculées, on signale l'absence de conseils et tests volontaires (CTV) (Anon., n.d.; Pickering *et al.*, 1997), tout en ayant la preuve sporadique et dissimulée que les VCT sont disponibles auprès de certaines populations de pêcheurs dans la région des Grands Lacs (IAVI/CRC, 2008; Oloo et Mwangi, 2008; Kenya SAM, 2007). Une analyse de la situation dans la région des lacs Victoria, Kyoga, George et Edward et Albert montre que dans la région du lac Victoria, l'accès et le champ d'application des interventions de lutte contre le VIH sont nettement meilleurs. Inversement, la région du lac Kyoga est la moins sensibilisée aux services de lutte contre le VIH/SIDA locaux (Grellier *et al.*, 2004). Malgré quelques points de concentration (probablement dus aux campagnes verticales) on ne peut pas dire qu'un grand nombre de communautés de pêcheurs bénéficient d'une fourniture de services satisfaisante, ou d'une sensibilisation élevée. Davantage d'études sur des lieux donnés sont nécessaires pour mettre en évidence les principales lacunes de la fourniture, en prenant appui sur les perceptions propres des personnes du monde de la pêche, et en utilisant le schéma de leurs déplacements propres comme base permettant de déterminer où il est nécessaire que les services soient disponibles.

L'information montre que les efforts des ONG continuent à tenter de combler les lacunes dans le service. Par exemple, l'Association ougandaise pour la conservation des pêches et du poisson (une ONG nationale) a soumis une proposition de mise en œuvre de programmes de lutte contre le VIH/SIDA dans les communautés de pêcheurs par la sensibilisation, la distribution de préservatifs, les conseils et les tests volontaires (CTV) et l'introduction des thérapies anti-rétrovirale (TAR) dans les communautés (Baro, 2004). Cependant, à moins que la recherche ne prouve le contraire, on peut dire que les communautés de pêcheurs sont confrontées au même problème de disponibilité que les autres populations rurales et mobiles en Afrique sub-saharienne. Les données laissent entendre qu'en réalité, les services de lutte contre le VIH sont répartis inégalement et qu'ils placent les communautés de pêcheurs dans ce que Seeley et Allison appelle la « loterie TAR » (2005: 693), qui est exacerbée par les questions d'accès traitées dans les sections suivantes. La mobilité est un facteur fondamental d'une grande part des moyens d'existence liés à la pêche, ce qui intensifie le problème.

Information sur l'accessibilité aux services

Mobilité et accès

Compte tenu du fait que la mobilité est un aspect clé de l'accès des personnes aux services de santé biomédicaux, et vice versa, dans les pays en développement, la question n'a guère reçu d'attention. Par ailleurs, Haour-Knipe et Grondin (2003) observent que c'est la raison pour laquelle les populations migrantes en particulier ont dû prendre en charge leur propre santé. La politique sanitaire générale le souligne en mettant l'accent sur l'importance des réseaux sociaux pour les soins de santé, réseaux dont les groupes mobiles ne peuvent pas toujours profiter. Les directives de l'OMS laissent entendre que « le soutien continu des parents, des amis et des adeptes du traitement » (2004: 44) est fondamental, d'où le désavantage de ceux qui ne peuvent pas s'appuyer sur les réseaux sociaux. Le caractère mobile d'une grande partie du monde de la pêche en Afrique sub-saharienne constitue un double handicap car il augmente la prise de risque et place les pêcheurs dans un environnement où l'accès physique aux centres de santé n'est pas disponible ou est inapproprié. Par exemple, on constate que dans les communautés où les visites des ONG sont irrégulières, l'opinion populaire est qu'elles manquent d'efficacité en raison des changements constants de la population (Grellier *et al.*, 2004). Les mouvements des pêcheurs, et leurs horaires de travail souvent peu sociables, diminuent leurs chances de recourir à un traitement (Seeley et Allison, 2005).

La présente étude documentaire n'a trouvé aucune étude qui ait analysé de façon empirique la mobilité des pêcheurs, au-delà de la reconnaissance conceptuelle qu'elle exacerbe le risque et la susceptibilité. Néanmoins, la santé des travailleurs migrants et mobiles est un domaine qui suscite un intérêt croissant chez les fournisseurs, les chercheurs et les responsables des politiques du milieu médical et sanitaire. Malgré la diversité des effets produits sur la santé par la mobilité, il existe des facteurs de santé communs liés à la nature et au processus de la mobilité (Gushulak et MacPherson, 2004), dont il faudra tenir compte pour combler les lacunes de la recherche dans ce domaine. Les théoriciens soulignent comment le

processus de la mobilité, y compris le moment qui précède le départ, le déplacement en tant que tel, et les phases d'arrivée et de retour, ont un effet dynamique sur la vulnérabilité des migrants aux risques sanitaires, ainsi que sur la disponibilité des différents types de soins de santé et l'accessibilité à ces soins par les migrants (OIM, 2003). On a également trouvé que l'efficacité des différentes stratégies d'information varie en fonction de la mobilité. Une enquête sur les sources d'information relative au SIDA dans les communautés rurales au Sénégal montre que les hommes qui ont migré vers les zones urbaines sont davantage susceptibles de citer la radio comme source d'information sur le SIDA. Inversement, les hommes et les femmes sédentaires dans la communauté citent probablement davantage le centre de santé local (Lagarde *et al.*, 1998). Il existe peu de recherche sur ces dynamiques, au-delà des études sporadiques, de petite échelle et « uniphase » souvent axées sur le stade transitoire comme celui des lieux de débarquement ou des campements de pêche. Comme le signale Lurie (2004), très peu d'études ont examiné les deux extrémités du processus de migration. La reconnaissance de l'évolution des perceptions, des comportements et de la capacité à recourir aux services de santé dans l'ensemble du cycle de la mobilité permet d'apprécier les environnements à risque et de ne pas attribuer le risque aux personnes (Desmond *et al.*, 2005).

Il est également important de reconnaître la diversité chez les pêcheurs, comme l'âge, l'ethnicité et les autres formes de différences sociales qui peuvent influencer ces dynamiques. Par exemple, une étude transversale en Thaïlande montre que les pêcheurs côtiers birmans sont probablement plus enclins à pratiquer l'automédication que les pêcheurs thaïlandais, qui auraient probablement davantage recours aux soins plus formels (Entz *et al.*, 2001). Malgré la documentation concentrée sur la région des Grands Lacs d'Afrique sub-saharienne, l'impact de la migration transfrontière sur les pêcheurs en matière de soins de santé n'a pas été approfondi. La même étude en Thaïlande démontre que le fait de travailler en équipe a un impact sur l'utilisation des services de santé (*ibid.*). Ainsi, les études du comportement proactif en matière de santé des pêcheurs mobiles devraient tenir compte de l'hétérogénéité de ce groupe vu que les propriétaires d'embarcation, les travailleurs non qualifiés et les utilisateurs d'engins de pêche illégaux n'auront pas recours aux services dans les lieux où des institutions formelles veillent à l'application des règlements (Westaway *et al.*, 2007). Les interventions qui sont mises en œuvre par des groupes formels comme les unités de gestion des plages (BMU) n'obtiendront pas nécessairement la confiance de ces pêcheurs. Les services de santé pourraient envisager de se séparer des organisations officielles et adopter des pratiques de stricte confidentialité pour encourager les membres de ces communautés à recourir aux services.

Une étude de la base des connaissances sur la relation entre la mobilité et l'accès à la santé dans les pays à faible revenu révèle la nécessité de prêter davantage attention aux maladies non transmissibles qui affectent les pauvres de façon disproportionnée, maladies qui se développent en raison des conditions de travail insalubres, comme les microtraumatismes répétés ou les rhumatismes (Molesworth, 2005). Compte tenu du potentiel de la cartographie, comme on l'a vu précédemment, les efforts de la recherche devraient s'employer à établir une passerelle entre les dimensions spatiales et temporelles au moyen des perceptions du risque, étant donné notamment que les environnements à risque élevé

affaiblissent les comportements axés sur le traitement (voir la section suivante). Le débat sur la santé et la mobilité est dominé par les courants migratoires à sens unique, et la documentation sur l'Afrique est avant tout centrée sur les migrants allant des zones rurales vers les zones urbaines. En comparaison, peu de documents attirent similairement l'attention sur la migration interne comme problème de santé publique plus général, et quand cela arrive, l'accent est mis sur les maladies transmissibles. Dans la planification visant à améliorer les infrastructures sanitaires publiques, il est nécessaire de mieux comprendre la dynamique qui freine ou favorise une attitude pro-santé aux différents stades de la migration, y compris les comportements axés sur le traitement et sur l'évitement du risque. Davantage de recherche sur la mobilité des pêcheurs et sur leur comportement proactif en matière de santé pourrait combler les lacunes dans le lien qui unit la santé à la mobilité des travailleurs migrants internes (ceux qui se déplacent pour travailler à l'intérieur d'un même pays). Ce faisant, l'existence de préjugés normatifs au sein des communautés devrait être prise en compte dans la conception de la recherche. L'étude menée par IAVI/CRC montre que la sous-déclaration du recours aux guérisseurs traditionnels est significative et qu'il y a une incohérence au niveau des données quantitatives qui indiquent une population moins mobile que la réalité illustrée dans les résultats qualitatifs (IAVI/CRC, 2008) .

La plupart de la recherche qui évalue le recours aux services ne tient pas compte de la migration. Cependant, une approche plus uniforme pourrait permettre une compréhension supérieure des meilleures pratiques à examiner plus à fond pour les utiliser dans le secteur halieutique. Les études sur le traitement ou sur le recours aux services dans une zone donnée devraient s'étendre au-delà de la simple identification des enquêtés en tant que migrants ou sédentaires. Pour comprendre comment la migration affecte le recours aux services, il est nécessaire d'approfondir les schémas de la migration, y compris la durée de l'éloignement du domicile, le nombre d'arrêts, la durée du séjour aux points de repos, la régularité du cycle, et la nature de la disponibilité des services de santé au domicile. Les membres mobiles des communautés de pêcheurs (en particulier les hommes) sont exposés à la fois aux risques sanitaires liés à leur existence itinérante et aux services non disponibles ou incapables de les atteindre. Cela est généralement aggravé par des questions de nationalité et de légalité. La nécessité de comprendre les schémas et la dynamique de la mobilité indique que la recherche au travers des lieux de mobilité devrait s'associer aux efforts d'obtenir les perspectives des pêcheurs qui, pour avoir une signification empirique, devraient compléter les méthodes quantitatives qui identifient la disponibilité des services.

Comportement proactif en matière de santé et accès

Pour que les services de santé soient accessibles, il est nécessaire d'examiner les caractéristiques socio-économiques et culturelles de la population-cible. La documentation sur le comportement proactif en matière de santé et axé sur le traitement qui traite du secteur halieutique est limitée et puise dans ces mêmes rares études. On trouve davantage d'études empiriques sur les comportements proactifs en matière de santé chez les autres travailleurs mobiles, comme les mineurs et les chauffeurs de camion, dans le contexte du VIH/SIDA. Cette dernière section puise également dans certains textes conceptuels qui permettent d'illustrer les nuances qui affectent le recours réel aux services.

L'étude menée par IAVI/CRC signalée auparavant apporte une contribution précieuse à la documentation conceptuelle relative au comportement proactif en matière de santé. Par ailleurs, elle offre un aperçu du recours aux services et formule également des recommandations sur les politiques et la programmation, ainsi que des stratégies visant à améliorer la recherche. Comme le rapport le signale, l'étude ne réussit pas à donner un profil précis de la mobilité des membres des communautés. Pour ce faire, on propose l'observation participative qui examine les expériences des pêcheurs et leurs problèmes, ainsi que l'élaboration d'une stratégie par l'échantillonnage qui vise particulièrement les personnes mobiles. Par ailleurs, les résultats de l'étude montrent un déséquilibre entre les hommes et les femmes, probablement dû à l'échantillonnage orienté vers les résidents à long terme, signe que la recherche doit tenir compte du flux et du reflux associés aux variations saisonnières dans la pêche, le commerce et les autres activités. Etant donné le manque évident de données de ce type, et vu qu'aucun autre exemple n'a été trouvé au cours de la présente étude, il pourrait être extrêmement intéressant de reproduire cette étude (et ses recommandations en matière d'amélioration) à une échelle plus grande pour inclure davantage de lieux de débarquement. Elle pourrait aussi être reproduite auprès des communautés côtières et des pêcheurs occasionnels etc. Des informations existent dans d'autres études menées sur les connaissances, les attitudes et les pratiques des communautés de pêche par rapport au VIH/SIDA, comme le Programme pour des moyens d'existence durables dans la pêche (PMEDP) mené à Base Agip et à Makotipko au Congo-Brazzaville (M'Boussou, 2006), mais les détails à des fins d'analyse n'ont pas pu être obtenus. D'une façon générale, il est nécessaire que les ONG et les partenaires de la recherche publient leurs travaux et contribuent à la construction d'une image contextualisée des services de santé et des problèmes liés à la fourniture des services de lutte contre le VIH/SIDA auxquels est confronté le secteur halieutique, pour contribuer à la formulation des meilleures pratiques. En l'absence de cette information, il est difficile de tirer des enseignements d'ordre général pour améliorer l'efficacité de la fourniture des services de santé aux communautés de pêcheurs.

La plupart de la recherche sur le comportement se concentre sur les relations sexuelles transactionnelles ou « poisson contre sexe », qui sont présentées comme une pratique majeure dans la transmission du VIH aux lieux de débarquement ou dans les campements de pêcheurs. Une étude récente de la documentation sur ce phénomène a été menée et elle confirme que celui-ci est largement répandu (Bene et Heck, 2008). Si cette recherche n'évalue pas des interventions précises, elle formule cependant des recommandations à ceux qui s'emploient à faire face ou à atténuer le risque lié à ces comportements en comprenant les nuances des perspectives internes et externes. L'accent est récemment mis sur l'analyse de la nature des relations hommes-femmes qui engendrent les relations sexuelles transactionnelles, ainsi que sur leur place dans les stratégies liées aux moyens d'existence plus générales. Nombre d'études ethnographiques réfutent les interprétations simplistes qui les assimilent à la prostitution ou au travail sexuel, et préconisent une compréhension de ces relations plus nuancée et inscrite dans leur contexte (Swidler et Cotts Watkins, 2006; Harcourt et Donovan, 2005; van den

Bourne, 2003)⁵. Les interventions qui conceptualisent les relations sexuelles transactionnelles en tant qu'accords financiers, impassibles et abusifs entre deux inconnus ne seront pas efficaces, car aucune des parties ne se reconnaît dans ce comportement (van den Bourne, 2003). Le « travail sexuel » peut prendre diverses formes, qui varient selon le contexte socio-économique (Harcourt et Donovan, 2005). Les travailleurs mobiles n'associent pas les rapports sexuels aux lieux de repos aux avertissements contenus dans les messages sur les dangers liés aux rapports sexuels sans protection avec une personne inconnue. Une des rares études menée à partir d'une structure d'échantillonnage qui a spécialement ciblé les pêcheurs mobiles montre que le commerce du sexe implique fréquemment des relations stables multiples que les hommes associent avec des sentiments de confiance et de sécurité (Voeten *et al.*, 2002). Les messages ABC (abstinence, fidélité et préservatifs) ont par ailleurs été critiqués car ils ne reconnaissent pas cette complexité. Les messages de type ABC sont souvent perçus comme le reflet du concept particulièrement américain du « bien » et du « mal », qui ne résonne pas nécessairement dans d'autres contextes culturels. Par conséquent, on constate que la promotion du préservatif modifie les pratiques sexuelles dans certains types seulement de relations sexuelles, comme les relations de passage (Bond et Dover, 1997). Une étude ethnographique dans une communauté de pêcheurs au Malawi constate que les contraintes économiques des femmes et leur situation de subordination continuent d'encourager les relations sexuelles avec les pêcheurs, malgré leur internalisation des messages éducatifs lancés par les initiatives de prévention de la vulnérabilité et du risque lié au VIH/SIDA. Sans remettre en question les relations hommes-femmes qui entravent leur capacité à négocier aux moments décisifs du rapport sexuel, les femmes font preuve d'une attitude fataliste dont les effets potentiels les rendent impuissantes (Merten et Haller, 2007). Par conséquent, en l'absence d'initiatives transformatrices pour contester cette inéquité entre les hommes et les femmes, qui reposeraient sur la compréhension globale des relations contextuelles entre les hommes et les femmes, les messages en faveur des changements du comportement et la promotion de l'emploi des préservatifs doivent cibler les hommes. Par ailleurs, les efforts d'accroître le pouvoir de négociation des femmes pourraient explorer la possibilité de leur proposer des solutions autres que le préservatif courant, tel le préservatif féminin, et, dans le futur, les microbicides ainsi que les initiatives de micro-crédit pour diversifier les options liées à leurs moyens d'existence.

On signale des niveaux de sensibilisation élevés dans certaines communautés qui ne disposent pas de services de traitement; il en résulte que les comportements axés sur l'évitement du risque sont compromis. Une étude montre que dans une communauté de pêcheurs exposée à des messages de prévention véhéments où les interactions sexuelles sont nombreuses, la quasi-totalité des participants ont cru qu'ils étaient affectés, ce qui a compromis toute modification de leur comportement en l'absence d'installations pour administrer les tests ou le traitement (Pickering *et al.*, 1997). Cela est renforcé par les données qui illustrent l'emploi peu fréquent du

⁵ Consulter l'étude de la documentation en science sociale sur le risque et la vulnérabilité liés au VIH/SIDA dans les communautés de pêcheurs en Afrique sub-saharienne pour un débat plus large sur les typologies des « travailleuses sexuelles » et les comportements à risque qui leur sont associés.

préservatif par les travailleurs mobiles (y compris les pêcheurs), même s'ils en disposent (Gysels *et al.*, 2001). On a vu à maintes reprises que les préservatifs sont utilisés avec les travailleuses sexuelles, mais qu'en revanche, les partenaires sexuelles aux lieux de débarquement (ou aux points d'arrêts des camions) sont souvent perçues différemment et associées à des sentiments de confiance qui transcendent l'échange d'argent ou de cadeaux, comme on l'a déjà mentionné (Ferguson *et al.*, 2004; Jackson *et al.*, 1997; Voeten *et al.*, 2002; van den Bourne, 2003; Merten et Haller, 2007). Par exemple, dans une étude de cohortes menée sur les chauffeurs de camions qui bénéficient du programme sur l'information, l'éducation et la communication (IEC) concernant les préservatifs (Jackson *et al.*, 1997), on ne constate aucune augmentation de l'emploi des préservatifs malgré la promotion active et les distributions gratuites et illimitées. Cela prouve que la question de la « confiance » et de la « sécurité » dans les relations est un aspect significatif qui doit être compris par les responsables des programmes et des politiques (Merten et Haller, 2007; Voeten *et al.*, 2002) « Les hommes sont davantage susceptibles d'utiliser un préservatif avec les partenaires sexuelles qu'ils qualifient de travailleuses vivant du commerce sexuel qu'avec les partenaires qu'ils considèrent comme leurs petites amies » (Jackson *et al.*, 1997: 908-909). Ce que nous savons déjà, c'est que les programmes IEC devraient inclure la promotion de l'emploi du préservatif dans les relations stables autant que dans les relations avec les travailleuses vivant du commerce sexuel (Nyazi *et al.*, 2004; Voeten *et al.*, 2002). De même, la sensibilisation devrait aller de pair avec les VCT et autres services de traitement. D'après la documentation, il serait nécessaire que les initiatives visant à tempérer le comportement sexuel à risque reconnaissent le contexte de ces relations en répondant à des questions telles que: quelle est la nature d'un rapport sexuel « sain et sûr », et quel est la raison du rapport sexuel pour les participants hommes et femmes, du point de vue de sa signification. Cela exige davantage de recherche contextualisée, rassemblée à l'aide de techniques novatrices, qui pourrait former l'évaluation de base des pratiques à risque.

Au-delà des études ethnographiques qui ont éclairé les spécialistes sur ces questions, on n'a trouvé aucune recherche consacrée à l'incidence du changement du comportement chez les pêcheurs. Cette lacune dans la recherche devrait être comblée par des études longitudinales qui évaluent l'impact des messages de prévention sur le comportement des différents membres des communautés de pêcheurs. Un exemple concerne les chauffeurs de camions, dans une étude des cohortes qui évalue le degré de changement comportemental des chauffeurs de camion ayant participé aux consultations sur le risque, qui comprennent les conseils avant et après les tests, la négociation de l'emploi du préservatif, et les stratégies IEC. On a demandé à 556 participants volontaires de se rendre à trois visites mensuelles auprès des équipes de santé qui travaillent en rotation entre les grands centres. Le nombre médian de visites de contrôle était de 2,9 et l'intervalle entre les visites allait de 3 à 431 jours. On constate une baisse significative du comportement lié aux rapports sexuels hétérosexuels à risque, mais aucun changement relatif à l'emploi du préservatif (Jackson *et al.*, 1997). Cette étude présente clairement plusieurs limites au niveau de l'identification des participants volontaires et de la collecte des données de suivi. Par ailleurs, elle ne renseigne pas sur quelles méthodes, seules ou en association, produisent l'impact le plus fort. Sans cette information, il est difficile d'évaluer de façon critique l'efficacité des différentes

stratégies. Par contre, elle représente une tentative de mesurer les changements comportementaux qui ne peut être réalisée qu'au travers de la collecte des données longitudinales et des visites de contrôle.

Il est nécessaire d'identifier les autres recherches qui font état du changement comportemental réel des travailleurs mobiles exposés à un risque élevé lié au VIH suite aux initiatives sanitaires à multiples facettes. La possibilité d'adapter et d'améliorer la méthodologie de Jackson *et al*/ pour l'appliquer aux pêcheurs mobiles est essentielle à l'évaluation des initiatives axées sur le changement comportemental. Un défi intéressant consisterait à planifier le positionnement stratégique des équipes de santé, comme dans l'étude sur les chauffeurs de camion qui bénéficie du schéma de migration plus structuré le long des routes, à l'opposé de celui des pêcheurs. Cela renforce l'argument de la nécessité d'établir en toute priorité des données sur les schémas de mobilité des pêcheurs et la nature saisonnière des lieux de débarquement, comme base de l'élaboration stratégique des évaluations des changements comportementaux dans le temps. Par ailleurs, on a besoin de stratégies novatrices pour encourager les visites de contrôle et qui devraient inclure des mesures de confidentialité et la distribution gratuite de préservatifs et de conseils en matière de santé sexuelle. Des évaluations pertinentes détermineraient également comment les attitudes changent par rapport au comportement, à partir de la collecte de données qualitatives (comme les groupes d'initiative, les journaux personnels etc.) et quantitatives (comme les enquêtes et les tests relatifs aux infections sexuellement transmissibles etc.). Par exemple, quel changement dans l'attitude correspond à la diminution des pratiques sexuelles à risque et quels comportements ne changent pas malgré le changement apparent en attitude positive? Ces réponses pourraient informer les indicateurs dans les études des connaissances, des attitudes et des pratiques (CAP) futures.

On pourrait trouver de meilleures possibilités d'évaluer les changements comportementaux dans le secteur halieutique formel, par rapport à l'échantillonnage. On a quelque information sur l'existence de politiques de lutte contre le VIH/SIDA sur le lieu de travail dans les entreprises de pêche cependant aucune information détaillée n'est disponible sur leur efficacité (Kenya SAM, 2007). La Fondation pour la recherche médicale africaine (AMREF) reconnaît l'importance de cibler les travailleurs mobiles hommes et de lancer une campagne dans différents secteurs pour sensibiliser à l'emploi du préservatif y compris la formation d'éducateurs pairs dans le milieu social (Robinson, 1991). Une fois encore, l'évaluation du succès remporté n'est pas disponible.

La nécessité de comprendre les perceptions de la santé, et notamment celles des hommes en tant que décideurs en matière de relations sexuelles, est présentée. Cette étude systématique des interventions de lutte contre le VIH révèle que peu d'entre elles répondent aux préoccupations des hommes quant à leur propre santé sexuelle. Les études qui en ont fait état sont centrées sur leurs perceptions de la contraception et de la planification familiale. Cette documentation est développée en réponse à l'agenda émergent de la santé génésique qui reconnaît les dangers inhérents à exclure des politiques la santé génésique des hommes (Collumbien et Hawkes, 2000; Odimegwu et Okemgbo, 2008). Même si la virilité, et en particulier « l'hypermvirilité » est identifiée comme facteur qui exacerbe la vulnérabilité des

pêcheurs au VIH/SIDA (Allison et Seeley, 2004), c'est un point qui est davantage débattu qu'analysé. Il est nécessaire d'approfondir l'attitude des hommes à l'égard de la santé sexuelle, car leurs décisions et leurs pratiques ont un impact considérable. Il est urgent que cela soit reconnu car la recherche sur les interventions de lutte contre le VIH dans les communautés de pêcheurs nécessite de se concentrer davantage sur les travailleurs de la pêche, et notamment les pêcheurs hommes, dont le rôle est clé dans le contrôle de l'épidémie (Merten et Haller, 2007).

La nature sexospécifique de la vulnérabilité des pêcheurs inhibe l'accessibilité aux soins de santé. Les longues périodes d'éloignement de leur famille, les tristes conditions de vie avec l'accès à l'alcool et au sexe, et la solitude loin des règles et des normes d'un réseau social, sont considérés par divers observateurs comme étant des facteurs qui entravent les comportements axés sur l'évitement du risque ainsi que les comportements axés sur le traitement. Les hommes posent par conséquent des défis particuliers par rapport aux interventions de lutte contre le VIH, en raison des différences liées au sexe dans leur environnement culturel. Une étude sur le comportement par rapport au VIH/SIDA différencié par sexe indique que davantage d'hommes que de femmes n'ont jamais parlé du SIDA entre amis, et que les hommes reçoivent moins de soutien que les femmes (Simbayi *et al.*, 2007). Il est largement reconnu que les sous-cultures où la masculinité est forte encouragent les conquêtes sexuelles considérées comme des « médailles d'honneur » et que la multiplicité des partenaires est signe de virilité (ONUSIDA, 2000). Les pêcheurs ont également admis que la raison qui les incite à une grande activité sexuelle est directement liée à la pression des collègues et des amis dans les bars (Voeten *et al.*, 2002). Dans la plupart des études, on a soit désagrégé les comportements proactifs en matière de santé par sexe soit analysé comment l'identité du sexe influence le comportement lié à la prise de risque (notamment celle des travailleurs mobiles hommes). Une étude du comportement axé sur le traitement chez les hommes au Botswana constate que quand un homme est atteint du virus, plus il cache ses symptômes longtemps avant de se soigner, plus il est probable qu'il choisisse les soins d'un guérisseur traditionnel (Langeni, 2007). On a besoin d'en savoir davantage sur la perception qu'ont les hommes de leur santé sexuelle (Collumbien et Hawkes, 2000). Des propositions sur une approche possible sont présentées dans la section précédente sur la disponibilité et l'utilisation des méthodes d'évaluation rurale participative (PRA). Une étude qualitative des mineurs migrants en Afrique du Sud révèle que les aspects sains de la virilité comme la responsabilité et la fidélité à la famille qu'ils ont à charge sont étroitement associés à ce qui signifie « être un homme » pour les participants. Cependant, le concept de fidélité est souvent confus, un grand nombre d'entre eux se considérant comme des hommes « bien » tout en admettant avoir eu d'autres partenaires féminins. On attribue cela à la perspective déterministe de « la nature de l'homme », dans le sens du besoin physique d'avoir des rapports sexuels (Brummer, 2002). Il est nécessaire de recueillir davantage d'information pour combler les lacunes de la recherche et relier l'identité liée au sexe des travailleurs mobiles et les comportements à risque aux pratiques axées sur le traitement.

Des liens ont été établis entre la virilité et l'invisibilité de la maladie, qui pourraient exacerber l'absence de recours aux soins de santé chez les pêcheurs. Par exemple, les garçons qui grandissent sous l'influence de la notion que les vrais hommes ne

tombent pas malades pourraient se considérer comme invulnérables à la maladie, et l'information confirme que les hommes ont fréquemment recours à l'automédication (Schensul *et al.*, 2006). Toute la documentation fait sporadiquement référence à l'absence de maladie aux lieux de débarquement, car les hommes malades retournent chez eux. Ceci est par ailleurs associé à la notion que les hommes en meilleure santé quittent leur domicile et migrent (Kothari, 2003). Cela confirme la nécessité d'adopter une approche holistique à la recherche sur l'accès et le recours au traitement à travers tout le cycle migratoire et sur le début des symptômes qui déclenche le retour, les comportements axés sur l'évitement du risque et l'automédication. Une étude sur les attitudes des mineurs envers les VCT et la TAR, indique que la mobilité elle-même exacerbe les perceptions des « milieux de travail sains » (Day *et al.*, 2003). On trouve des observations sporadiques sur l'absence de la maladie sur le lieu de travail dans toute la documentation sur les pêcheurs, du type « Pêcheurs malades, rentrez chez vous » (Westaway *et al.*, 2007; Oloo et Mwangi, 2008; Seeley et Allison, 2005). « Si d'aucun n'est pas personnellement informé des personnes récemment infectées et ne peut témoigner d'aucune conséquence de leur infection, la connaissance du SIDA et de sa transmission ne présente aucune menace immédiate et il n'y a pas lieu de changer son comportement personnel » (Bowser 2002:1). C'est seulement quand la mort sévit que le changement comportemental de transformation s'opère et, comme les pêcheurs rentrent chez eux quand ils sont malades en raison de la forte intensité de leur travail, le comportement lié aux relations sexuelles transactionnelles n'est pas directement associé à la mort qui ne devient réalité qu'à leur retour (Bowser, 2002). Les données relatives aux chauffeurs de camion soutiennent cette théorie, comme on le constate dans une étude qui montre que la réceptivité aux programmes IEC est davantage susceptible de produire un changement comportemental au fur et à mesure que l'expérience personnelle du SIDA par le biais des parents ou des amis infectés augmente (Jackson *et al.*, 1997). L'étude a laissé entendre qu'il est possible que les effets d'une infection plus généralisée dans le secteur des transports routiers influence une perception plus élevée du risque personnel lié au VIH, et joue un rôle significatif dans la diminution du comportement à risque (Jackson *et al.*, 1997). La recherche sur le comportement proactif en matière de santé dans le monde de la pêche devrait considérer l'importance d'être symptomatique avant de recourir aux soins de santé, car cela pourrait avoir un effet sur la participation aux services de conseils et tests volontaires (CTV) et de traitement. La recherche portant sur les causes du recours tardif aux soins de santé accentue la nécessité de sensibiliser sur la reconnaissance des symptômes (Meyer-Weitz *et al.*, 2000). Comme les personnes n'ont recours aux services de santé qu'une fois qu'elles sont symptomatiques, (Moses *et al.*, 1994) et que les pêcheurs sont moins susceptibles de travailler quand leur maladie se voit, cela pourrait les amener à se détourner des services disponibles. La recherche active pourrait améliorer l'efficacité du programme IEC en matière de reconnaissance des symptômes (à la place des messages sur le changement comportemental), dans le cadre du recours aux différents services.

A l'invisibilité de la maladie s'ajoute le milieu de haut risque dans lequel travaillent les pêcheurs. Le niveau élevé de risque professionnel et d'accidents est décrit comme endémique dans les pêches artisanales (OIT, 1999). Les données quantitatives fournies par le secteur formel de la transformation du poisson en

Afrique du Sud donne une idée des problèmes sanitaires qui se posent dans les autres domaines du secteur halieutique au-delà de la pêche artisanale, comme les accidents imputables à l'équipement et au matériel de transformation (Jeebhay *et al.*, 2004). La négation du danger et l'importance de l'indépendance ont été notés dans le développement d'une attitude fataliste par rapport au VIH/SIDA (Seeley et Allison, 2005). Par conséquent, cela affecte la perception de l'importance de la santé préventive. Aucune étude ne semble exister sur l'analyse explicite de la relation psychosociale potentielle entre « les milieux de travail » apparemment « sains » et le comportement proactif en matière de santé en faveur, à la fois des pêcheurs et des autres travailleurs migrants en Afrique. On a beaucoup à apprendre du débat en cours sur l'interaction entre la virilité et le recours aux services de lutte contre le VIH/SIDA et de la documentation plus limitée sur la virilité et les services sanitaires d'une façon plus générale.

Dans l'ensemble, les chercheurs devraient également être sensibles aux points d'entrée positifs liés à la mise en œuvre. Par exemple, le pouvoir décisionnel des hommes dans les relations sexuelles indique qu'ils sont davantage susceptibles de s'abstenir quand ils sont symptomatiques que les femmes, et cet évitement du risque devrait être renforcé (Moses *et al.*, 1994). Il est nécessaire d'entreprendre de nouvelles recherches sur les comportements axés sur l'évitement du risque plutôt que de se concentrer seulement sur les facteurs qui inhibent le recours aux soins de santé. Cette dernière approche correspond au « modèle de déficit » qui se concentre sur ce dont manquent les pêcheurs, plutôt que sur les comportements utilisés comme appui (Maddox, 2007). Par ailleurs, il serait bon de partir de l'hypothèse qu'en l'absence de services de santé, les individus pratiquent l'automédication. Quelle est la nature de l'automédication parmi les membres des communautés de pêcheurs, et par quel processus décisionnel y a-t-on recours? La recherche sur l'automédication qui est disponible actuellement est souvent peu fiable et limitée. Cela est dû aux réponses codées dans les enquêtes sur le comportement lié au traitement. Par exemple, dans son enquête, Langeni regroupe l'automédication et le traitement par des amis et des voisins sous le même code de sondage en tant que guérisseurs traditionnels (2007).

L'ensemble de la recherche dans le cadre de la présente étude est épars et aucune synthèse à ce jour n'est disponible sur ce qu'on a appris de ces projets ou ce qui pourra servir à la formulation de recommandations ou de mesures. On a besoin de recherche active fondée sur des méthodes de participation solides et contrôlées régulièrement. Le projet relatif aux moyens d'existence du lac Victoria a une composante anti-VIH/SIDA qui est reconnue comme la partie la plus performante du projet. Chose intéressante, le rapport avoue que les messages n'atteignent pas les pêcheurs, et les considère comme un « groupe réticent » à s'engager. Cela laisse entendre que l'efficacité de certaines stratégies devrait être contextuellement analysée par le biais de la recherche active. Les interventions qui élaborent des stratégies visant à prendre contact avec les groupes difficiles à atteindre, comme par la radio ou les éducateurs pairs, sont mises en évidence comme étant des moyens prometteurs de communication des messages de santé. La radio est reconnue comme étant un outil efficace de diffusion de l'IEC aux groupes mobiles (Nyazi *et al.*, 2004). Elle a le potentiel d'atteindre les pêcheurs d'un bout à l'autre du cycle de la mobilité et on lui reconnaît l'avantage de promouvoir le changement comportemental

vu que l'activité d'écoute de la radio est une activité de groupe qui favorise la discussion, tout en passant outre le stigmate et les coûts liés à la santé, ainsi qu'en créant une demande pour les services de santé. (Adam et Harford, 1999). On a recueilli l'information empirique sur l'efficacité de ces messages aux hommes en particulier. Une cohorte de migrants saisonniers au Sénégal révèle que les messages de prévention diffusés à la radio sont entendus depuis près d'une décennie pendant la migration saisonnière et comme ces hommes (dont l'écart d'âge est important) vivent ensemble, cette cohabitation favorise une connaissance plus approfondie du SIDA. On constate qu'une meilleure connaissance du SIDA est diffusée à la radio et à la télévision et que les hommes enquêtés ont une perception plus positive de l'emploi du préservatif (Lagarde *et al.*, 1998). Par ailleurs, les études quantitatives en Ouganda montrent régulièrement que la radio est la principale source d'information sur le VIH/SIDA dans les communautés de pêcheurs dont l'accessibilité aux autres sources d'information est variable (Grellier *et al.*, 2004). Néanmoins, de nouvelles recherches dans ce domaine sont nécessaires pour assurer que la connaissance améliorée du VIH/SIDA se convertisse en changement comportemental par le biais de ce support.

Comme on l'a étudié précédemment, la nécessité d'une approche multidisciplinaire pour relever le défi du VIH/SIDA dans ces contextes est considérable. Les services de tests et de traitement doivent également être accessibles, et peuvent eux-mêmes promouvoir le comportement proactif en matière de santé puisqu'il est connu que les personnes exposées aux conseils et aux tests volontaires (CTV) sont davantage susceptibles de pratiquer une sexualité sans risque (Matuvo et Makumbi, 2007). Cette étude constate que le fait d'avoir subi un test du VIH réduit de 91% le recours à un guérisseur traditionnel (*ibid.*). Les autres interventions qui signalent un effet significatif sur le comportement et la connaissance chez les hommes montrent que les éducateurs pairs peuvent produire un changement dans le comportement sexuel des hommes à risque élevé (Elwy *et al.*, 2002). Une étude transversale sur l'emploi du préservatif promu par le biais de l'appartenance à des groupes et par l'éducation par les pairs au Kenya révèle que l'approche des éducateurs pairs favorise efficacement une meilleure protection dans les rapports sexuels. La durée d'appartenance aux groupes d'entraide contre le SIDA s'associe à l'emploi plus régulier du préservatif (Ferguson *et al.*, 2004). Les bars et les hôtels devraient être la cible des éducateurs pairs et la tribune de diffusion de l'information pour disperser les malentendus relatifs aux rapports sexuels sans risque (*ibid.*; Bond et Dover, 1997; IAVI/CRC, 2008; Merten et Haller, 2007). On affirme que si on apprend aux adolescents les techniques de manipulation du préservatif et de la négociation de son emploi, c'est toute une génération d'éducateurs pairs qui sera créée (Jackson *et al.*, 1997). Cependant, une autre recherche identifie que le niveau scolaire est bas (Maddox, 2007) et que par conséquent l'éducation par les pairs serait plus efficace auprès des autres membres de la communauté qu'auprès des pêcheurs. L'éducation par les pairs est citée comme une réussite dans les communautés établies, mais elle ne parvient pas encore à atteindre les pêcheurs en raison de leur mobilité qui va à l'encontre de la nature sédentaire des sessions éducatives. En élargissant le modèle d'éducateur pair pour les populations mobiles, on rejoint le concept du travailleur sanitaire communautaire nomade, qui recevrait une formation et qui voyagerait par conséquent avec les groupes nomades (Sheik-Mohammed et Velema, 1999). La recherche active pourrait former les pêcheurs à pratiquer l'éducation par les pairs en

tant que travailleurs sanitaires communautaires nomades. On propose que les travailleurs sanitaires communautaires nomades soient formés à identifier et à contenir la maladie ainsi qu'à soutenir les programmes de contrôle des maladies transmises sexuellement avec les comités de santé, en référant les cas sérieux au centre sanitaire le plus proche (Sheik-Mohammed et Velema, 1999). Certains pêcheurs sélectionnés pourraient-ils recevoir la même formation?

Résumé

Tout au long du processus de la présente étude, on a senti que davantage d'information existe dans les rapports de projets mais qu'elle est inaccessible car elle n'appartient pas au domaine public disponible au moyen de la méthodologie d'analyse. On note par ailleurs que les études basées sur la collecte de données quantitatives détaillées sont très insuffisantes. Il est nécessaire de définir une méthode de collecte applicable aux rapports organisationnels, aux évaluations préliminaires de base et aux analyses situationnelles pour consolider les leçons apprises par les responsables de la mise en œuvre qui travaillent déjà dans ces communautés. Cela pourrait se faire grâce à l'utilisation croissante des réseaux de partage de l'information en ligne. Les donateurs qui financent les programmes dans le secteur halieutique devraient imposer des activités éducatives à l'échelle du secteur pour permettre le développement des meilleures pratiques et la formulation de conseils techniques sur la façon dont les systèmes de santé peuvent répondre efficacement aux besoins sanitaires du monde de la pêche. Certaines des lacunes de la recherche sont résumées ci-après:

- Alors que les pêches continentales et artisanales ont été au centre de la recherche, il y a un vide notable dans la recherche concernant la grande variété des environnements sanitaires et liés au VIH/SIDA auxquels sont exposés les pêcheurs. Les références sporadiques aux politiques de lutte contre le VIH/SIDA sur le lieu de travail dans les entreprises de pêche sont certes encourageantes, (Gordon, 2005; Tanzanie SAM, 2007; OMS, 2007), mais aucune recherche sur la pertinence ou l'efficacité de ces services n'a pu être trouvée. Il est nécessaire d'examiner le secteur des pêches formelles concernant les services disponibles sur le lieu de travail. D'autres recherches sur la réalité du milieu de vie des pêcheurs côtiers doivent être conduites.
- Des exercices cartographiques sur les services de santé destinés à établir le désavantage spatial subi par les communautés de pêcheurs devraient être réalisés. Ils devront reconnaître la nature transitoire des sites et fournir une information précise sur les types de services disponibles, l'effectif de la population dans le temps, l'échelle de la pêche pratiquée et des autres activités et la prévalence du VIH/SIDA. Pour ce qui est de l'accessibilité, la relation entre la migration dans ses différentes étapes et le comportement proactif en matière de santé devrait être étudiée minutieusement. On y intégrera la collecte des données longitudinales basées sur les indicateurs valides de la relation entre l'attitude et le comportement.

- Un examen plus général des besoins sanitaires des différents membres des communautés devrait être effectué. Il pourrait inclure les méthodologies de la recherche participative et ethnographique qui permettent de collecter les perceptions des soins de santé par les différents membres de la communauté. Ces études doivent être holistiques et pas seulement centrées sur les maladies transmissibles, et considérer par ailleurs l'incidence de la malnutrition, des maladies d'origine hydrique et tellurique, ainsi que les accidents et les blessures.
- La recherche doit réduire l'écart entre la base de l'information précieuse qui illustre la sexospécificité du risque dans ces communautés, et celle qui explique comment les comportements axés sur le traitement et sur l'évitement du risque varient entre les hommes et les femmes, d'une façon plus générale.
- Il est urgent d'identifier à quel endroit les communautés de pêcheurs ont bénéficié des initiatives qui ont réussi à diminuer la susceptibilité des sous-groupes au VIH/SIDA. La recherche sur le suivi des changements comportementaux des pêcheurs devra innover pour s'adapter à leurs schémas de mobilité non identifiés.
- Les perspectives de la recherche active résident dans l'adaptation des approches utilisées par les initiatives qui ont réussi auprès des autres travailleurs mobiles. Cela devrait se faire par le biais de programmes multidisciplinaires qui ne sont pas centrés sur l'IEC sans la fourniture d'installations de traitement et de test appropriées. Ceux-ci comprendraient la radio, l'appui sur les comportements existants (notamment pour les hommes), l'utilisation des éducateurs pairs, des travailleurs sanitaires communautaires nomades et du micro-crédit pour les femmes.
- Dans les projets, l'évaluation de l'impact devrait être désagrégée par rapport aux différents participants communautaires pour tenir compte de la diversité de ces communautés. Il y aurait lieu de prendre des mesures particulières pour atteindre les pêcheurs et de faire le suivi en conséquence.
- Il serait constructif d'employer la recherche à inscrire les questions sanitaires relatives aux communautés de pêcheurs dans le courant principal du système de santé et dans les politiques d'amélioration de la TAR.

Bibliographie

- Aciro Olyel, D. 2006. Right tool, wrong target? Co-management in Ugandan Fishery sector. Masters thesis. Department of Social and Marketing Studies, University of Tromsø, Tromsø. 114 pp. <<http://www.ub.uit.no/munin/handle/10037/331?language=en>>.
- Adam, G., et N. Harford. 1999. Radio and HIV/AIDS: Making a Difference. Genève: ONUSIDA et Media Action International.
- Allison, E.H., et J A. Seeley. 2004. HIV and AIDS among fisherfolk: a threat to 'responsible fisheries'? *Fish and Fisheries*. **5 (3)**: 215-234.
- Anon. n.d. Report on the survey on Lake Victoria islands Lake Victoria basin project: MDGs and HIV/AIDS component, Nations Unies en Tanzanie.
- Appleton, J. 2000. 'At my age I should be sitting under that tree': the impact of AIDS on Tanzanian lakeshore communities. *Gender and Development*. **8 (2)**: 19-27.
- Bahiigwa, G., et B B. Keizire. 2003. Significance of fisheries to the economy: A document to support the Poverty Eradication Action Plan (PEAP) Environment and Natural Resources Sector Working Group. <<http://p15166578.pureserver.info/ilm/docs/policy/PEAP%20and%20Fisheries%20Report.pdf>>.
- Baro, M. 2004. Health Seeking - Fishing Communities: Attitudes, Behaviours, Providers, Sources of Care, A synthesis report funded by GTZ.
- Bene, C., et S. Heck. 2008. Women and Fish-for-Sex: Transactional sex, HIV/AIDS and gender in African fisheries. *World Development*. **36 (5)**: 875-899.
- Bond, V., et P. Dover. 1997. Men, women and the trouble with condoms: problems associated with condom use by migrant workers in rural Zambia. *Health Transition Review*. **7 (suppl.)**: 377-391.
- Bowser, B P. 2002. The social dimensions of the AIDS epidemic: A sociology of the AIDS epidemic. *International Journal of Sociology and Social Policy*. **22 (4-6)**: 1-20.
- Brummer, D. 2002. Labour migration and HIV/AIDS in southern Africa IOM. <http://www.sarpn.org.za/documents/d0000572/P534_Labour_Migration_HIV.pdf>.
- Chitsulo, L., D. Engels, A. Montresor, et L. Savioli. 2000. The global status of schistosomiasis and its control. *Acta Tropica*. **77 (1)**: 41-51.
- Collumbien, M., et S. Hawkes. 2000. Missing Men's Messages: Does the reproductive health approach respond to men's sexual health needs? *Culture, Health and Sexuality*. **2 (2)**: 135-150.
- Day, J H., K. Miyamura, A D. Grant, A. Leeuw, J. Munsamy, R. Baggaley, et G J. Churchyard. 2003. Attitudes to HIV voluntary counselling and testing among mineworkers in South Africa: will availability of antiretroviral therapy encourage testing? *AIDS Care*. **15 (5)**: 665-672.
- van den Bourne, F. 2003. "I am not a prostitute": Discords in targeted HIV/AIDS prevention interventions in urban and trading centres in Malawi. Boston: Harvard School of Public Health. Report. <<http://heart-intl.net/HEART/030106/lamnotaProstitute.pdf>>.

- Desmond, N., C F. Allen, S. Clift, B. Justine, J. Mzugu, M L. Plummer, D. Watson-Jones, et D A. Ross. 2005. A typology of groups at risk of HIV/AIDS in a mining town in north-western Tanzania. *Social Science and Medicine*. **60 (8)**: 1739-1749.
- DFID. 2008. Achieving Universal Access - the UK's strategy for halting and reversing the spread of HIV in the developing world. London: Department For International Development. <<http://www.dfid.gov.uk/Pubs/files/achieving-universal-access.pdf>>.
- Elwy, A R., G J. Hart, S. Hawkes, et M. Petticrew. 2002. Effectiveness of interventions to prevent sexually transmitted infections and Human Immunodeficiency Virus in Heterosexual Men: a Systematic review. *Archives of Internal Medicine*. **162 (16)**: 1818-1830.
- Entz, A., V. Prachuabmoh, F. van Griensven, et V. Soskolne. 2001. STD history, self treatment, and healthcare behaviours among fishermen in the Gulf of Thailand and the Andaman Sea. *Sexually Transmitted Infections*. **77 (6)**: 436-440.
- FAO. 2006. HIV and AIDS in fishing communities: a public health issue but also a fisheries development and management concern The State of World Fisheries and Aquaculture
- FAO. n.d. Responding to the HIV/AIDS Crisis in the fisheries sector. FAO, Rome. <www.fao.org/hivaids>.
- Ferguson, A G., et C N. Morris. 2007. Mapping transactional sex on the Northern Corridor highway in Kenya. *Health and Place*. **13 (2)**: 504-519.
- Ferguson, A., M. Pere, C. Morris, E. Ngugi, et S. Moses. 2004. Sexual patterning and condom use among a group of HIV vulnerable men in Thika, Kenya. *Sexually Transmitted Infections*. **80**: 435-439.
- Frazer, N., M. Görgens-Albino, et J. Nkongolo. 2008. Rapid analysis of HIV epidemiological and HIV response data about vulnerable populations in the Great Lakes Region of Africa. Washington, DC: Banque mondiale, Great Lakes Initiative on AIDS (GLIA) and Global AIDS Monitoring and Evaluation Team (GAMET). GHAP No. 374. 203 pp. <www.worldbank.org/AIDS>.
- GLIA. 2005. Great Lakes Initiative on HIV/AIDS (GLIA) operations manual. GLIA. <<http://www.aidsuganda.org/glia/GLIA%20Operations%20Manual%20March%202005.pdf>>.
- Gordon, A. 2005. HIV/AIDS in the fisheries sector in Africa. Le Caire, Egypte: World Fish Centre
- Grellier, R., N. Tanzarn, D. Lamberts, et C. Howard. 2004. The impacts of HIV/AIDS on fishing communities in Uganda: Situation analysis. Londres: DFID, MRAG, Options.
- Gushulak, B D., et D W. MacPherson. 2004. Population Mobility and Health: An overview of the relationships between movement and population health. *Journal of Travel Medicine*. **11 (3)**: 171-178.
- Gysels, M., R. Pool, et K. Bwanika. 2001. Truck drivers, middlemen and commercial sex workers: AIDS and the mediation of sex in south west Uganda. *AIDS Care*. **13 (3)**: 373-385.
- Haour-Knipe, M., et D. Grondin. 2003. Sexual health of mobile and migrant populations Sexual Health Exchange, Vol. 2003. <<http://www.kit.nl/exchange/html/2003-2-editorial.asp>>.

- Harcourt, C., et B. Donovan. 2005. The many faces of sex work. *Sexually Transmitted Infections*. **81 (3)**: 201-206.
- IAVI/CRC. 2008. Are fisherfolk a suitable candidate population for HIV vaccine trials in Uganda? An exploratory study of fishing communities in Uganda International AIDS Vaccine Initiative and Creative Research and Evaluation Centre.
- OIT 1999. Tripartite Meeting on Safety and Health in the Fishing Industry. ILO: Sectoral Activities Programme. Genève.
- OIM. 2003. Mobile Populations and HIV/AIDS in the Southern African Region: Recommendations for Action. ONUSIDA OIM. <<http://aidsportal.org/store/439.pdf>>.
- Jackson, D J., J P. Rakwar, B A. Richardson, K. Mandaliya, B H. Chohan, J J. Bwayo, J O. Ndinya-Achola, H L. Martin Jr, Moses S., et Kreiss J K. 1997. Decreased incidence of sexually transmitted diseases among trucking company workers in Kenya: results of a behavioural risk-reduction programme. *AIDS*. **11 (7)**: 903-909.
- Jeebhay, M F., T G. Robins, et A L. Lopata. 2004. World at work: Fish processing workers. *Occupational Environmental Medicine*. **61 (5)**: 471-474.
- Kemp, J., J M. Aitken, S. LeGrand, et B. Mwale. 2003. Equity in health sector responses to HIV/AIDS in Malawi Regional Network for Equity in Health in Southern Africa (EQUINET) and Oxfam. EQUINET Discussion Paper No. 5. <<http://www.equinet africa.org/bibl/docs/aidsmalawi.pdf>>.
- Kenya SAM. 2007. Service Availability Mapping, Organisation mondiale de la santé, et Ministère de la santé, Kenya.
- Kissling, E., E H. Allison, J A. Seeley, S. Russell, M. Bachmann, S D. Musgrave, et S. Heck. 2005. Fisherfolk are among groups most at risk of HIV: cross-country analysis of prevalence and numbers infected. *AIDS*. **19 (17)**: 1939-1946.
- Kothari, U. 2003. Staying put and staying poor. *Journal of International Development*. **15 (5)**: 645-657.
- Lagarde, E., G. Pison, et C. Enel. 1998. Risk behaviours and AIDS knowledge in a rural community of Senegal: relationship with sources of AIDS information. *International Journal of Epidemiology*. **27 (5)**: 890-896
- Langeni, T. 2007. Contextual factors associated with treatment-seeking and higher-risk sexual behaviour in Botswana among men with symptoms of sexually transmitted infections. *African Journal of AIDS Research*. **6 (3)**: 261-269.
- Lurie, M N. 2004. *Migration, Sexuality and the Spread of HIV/AIDS in Rural South Africa* Migration Policy, No. 31. J. Prof. Crush (ed.). Cape Town and Kingston, Canada: The Southern African Migration Project, and Queens University.
- LVFO. 2006. Report of the regional workshop on developing a regional strategy for improving the health status of fishing communities on Lake Victoria. Implementation of a fisheries management plan for Lake Victoria. Seeta, Uganda. Lake Victoria Fisheries Organisation.
- M'Boussou, F. F. 2006. HIV/AIDS Response in Fishing Communities: the experience of Congo-Brazzaville. Responding to HIV and AIDS in the fishery sector in Africa. Lusaka, Zambia. 21-22 Février, 2006. <<http://www.iclarm.org/v2/files/ProceedingsRespondingtoHIVinFisherySector.pdf>>.

- Maalim, A D. 2006. Participatory rural appraisal techniques in disenfranchised communities: a Kenyan case study. *International Nursing Review*. **53 (3)**: 178-188.
- Maddox, B. 2007. Literacy in fishing communities. Norwich, UK: ODG, The Sustainable Livelihoods Programme.
- Matuvo, J K B., et F E. Makumbi. 2007. Expanding access to voluntary HIV counselling and testing in sub-Saharan Africa: alternative approaches for improving uptake, 2001-2007. *Tropical Medicine and International Health*. **12 (11)**: 1315-1322.
- McCoy, D., M. Chopra, R. Loewenson, J. Aitken, T. Ngulube, A. Muula, S. Ray, T. Kureyi, P. Ljumba, et M. Rowson. 2005. Expanding access to Anti-Retroviral Therapy in sub-Saharan Africa: Avoiding the pitfalls and dangers, capitalizing on the opportunities *American Journal of Public Health*. **95 (1)**: 18-22.
- Merten, S., et T Haller. 2007. Culture, changing livelihoods, and HIV/AIDS discourse: Reframing the institutionalization of fish-for-sex exchange in the Zambian Kafue Flats. *Culture, Health and Sexuality*. **9 (1)**: 69-83.
- Meyer-Weitz, A., P. Reddy, H W. Van den Borne, G. Kok, et J. Pietersen. 2000. Health care seeking behaviour of patients with sexually transmitted diseases: determinants of delay behaviour. *Patient Education and Counselling*. **41 (3)**: 263-274.
- Mireille, E L., et A. Kandè. 2006. HIV and AIDS in fishing communities in Senegal. Responding to HIV and AIDS in the fisheries sector in Africa. Lusaka, Zambia. World Fish Centre. <http://www.iclarm.org/v2/files/ProceedingsRespondingtoHIVinFisherySector.pdf>.
- Molesworth, K. 2005. Mobility and health: The impact of transport on direct and proximate determinants of access to health services, Swiss Tropical Institute.
- Moses, S., E N. Ngugi, J E. Bradley, E K. Njeru, G. Eldridge, E. Muia, J. Olenja, and F A. Plummer. 1994. Health care-seeking behaviour related to the transmission of sexually transmitted diseases in Kenya. *American Journal of Public Health*. **84 (12)**: 1947-1951.
- Ngwenya, B N., et K. Mosepele. 2007. HIV/AIDS, artisanal fishing and food security in the Okavango Delta, Botswana. *Physics and Chemistry of the Earth*. **32 (15-18)**: 1339-1349.
- Noor, A M., A A. Amin, P W. Gething, P M. Atkinson, S I. Hay, and R W. Snow. 2006. Modelling distances travelled to government health services in Kenya. *Tropical Medicine and International Health*. **11 (2)**: 188-196.
- Nyazi, S., B. Nyazi, B. Kalina, et R. Pool. 2004. Mobility, sexual networks and exchange among *boda-boda-men* in southwest Uganda. *Culture, Health and Sexuality*. **6 (3)**: 239-254.
- Odimegwu, C., et C N. Okemgbo. 2008. Men's perceptions of masculinities and sexual health risks in Igboland, Nigeria. *International Journal of Men's Health*. **7 (1)**: 21-39.
- Oloo, O O., et M M. Mwangi. 2008. Lake Victoria Livelihood Programme: Mid term review. Suède: Diakonia
- Pfeiffer, J. 2003. International NGOs and primary health care in Mozambique: the need for a new model of collaboration. *Social Science and Medicine*. **56 (4)**: 725-738.

- Pickering, H., M. Okongo, K. Bwanika, B. Nnalusiba, et J. Whitworth. 1997. Sexual behaviour in a fishing community on Lake Victoria, Ouganda. *Health Transition Review*. **7 (1)**: 13-20.
- Robinson, E T. 1991. Reaching men: at work and in social settings *Network*. **1 (9)**: 15-16.
<http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/12316893?ordinalpos=5&itool=EntrezSystem2.PEntrez.Pubmed.Pubmed_ResultsPanel.Pubmed_RVDocSum>.
- Schensul, S L., A. Mekki-Berrada, B. Nastasi, N. Saggurti, et R K. Verma. 2006. Healing traditions and men's sexual health in Mumbai, India: the realities of practiced medicine in urban poor communities. *Social Science and Medicine*. **62 (11)**: 2774-2785.
- SCI. 2008. Schistosomiasis Control Initiative [Online].
<<http://www.schisto.org/about/>>.
- Seeley, J A., et E H. Allison. 2005. HIV/AIDS in fishing communities: challenges to delivering antiretroviral therapy to vulnerable groups. *AIDS Care*. **17 (6)**: 688-697.
- Sheik-Mohammed, A., et J P. Velema. 1999. Where health care has no access: the nomadic populations of sub-Saharan Africa. *Tropical Medicine and International Health*. **4 (10)**: 695-707.
- Simbayi, L C., S. Kalichman, A. Strebel, A. Cloete, N. Henda, et A. Mqeketo. 2007. Internalized stigma, and depression among men and women living with HIV/AIDS in CapeTown, South Africa. *Social Science and Medicine*. **64 (9)**: 1823-1831.
- Swidler, A., et S. Cotts Watkins. 2006. Ties of Dependence: AIDS and transactional sex in rural Malawi. Los Angeles: California Centre of Population Research - Université de Californie
- Tanser, F., V. Hosegood, J. Benzi, et G. Solarsh. 2001. New approaches to spatially analyse health care usage patterns in rural South Africa. *Tropical Medicine and International Health*. **6 (10)**: 826-838.
- Tanzania SAM. 2007. Tanzania Service Availability Mapping 2005-2006. Zanzibar: World Health Organisation, and Ministry of Health and Social Welfare Tanzania.
- Tanzarn, N., et C. Bishop-Sambrook. 2003. The dynamics of HIV/Aids in small-scale fishing communities in Uganda. FAO Rome: GTZ.
<<http://www.sflp.org/fr/003/faogtzreport.pdf>>
- Travis, P., S. Bennett, A. Haines, T. Pang, Z. Bhutta, A A. Hyder, N R. Neier, A. Mills, and T. Evans. 2004. Overcoming health-systems constraints to achieve the Millennium Development Goals. *Lancet*. **364 (9437)**: 900-906.
- ONUSIDA. 2000. Men's Health Needs and Health-Seeking Behaviour. Organisation mondiale de la santé, Genève.
- Voeten, H A C M., O B. Egesah, M Y. Ondiege, C M. Varkevisser, et J D F. Habbema. 2002. Clients of female sex workers in Nyanza province, Kenya: a core group in STD/HIV transmission. *Sexually Transmitted Disease*. **29 (8)**: 444-452.
- Westaway, E., J. Seeley, et E. Allison. 2007. Feckless and reckless or forbearing and resourceful? Looking behind the stereotypes of HIV and AIDS in "fishing communities". *African Affairs*. **106 (425)**: 663-679.
- OMS. 2007. Schistosomiasis Fact Sheet [Online].
<<http://www.who.int/mediacentre/factsheets/fs115/en/index.html>>.

- OMS. n.d. Initiative for Vaccine Research (IVR) [Online].
<http://www.who.int/vaccine_research/diseases/soa_parasitic/en/index5.html>
- WorldFish Center. 2006. Responding to HIV and AIDS in the fishery sector in Africa: proceedings of the international workshop. Lusaka, Zambia. WorldFish Center.
- Zinsstag, Z., M. Ould Taleb, et P S. Craig. 2006. Health of nomadic pastoralists: new approaches towards equity effectiveness. *Tropical Medicine and International Health*. **11 (5)**: 565-568.