

UNIVERSITE LIBRE DE KIGALI
FACULTE DES SCIENCES SOCIALES
DEPARTEMENT DE DEMOGRAPHIE
B. P. 2280 KIGALI



**ANALYSE DES PRATIQUES
SOCIO-CULTURELLES POUVANT FAVORISER
LA PROPAGATION DES IST/VIH/SIDA AU
RWANDA :**

Etude de 173 cas de la Ville de Kigali

Mémoire présenté et défendu
en vue de l'obtention du grade
de Licencié en Démographie

Par Jean BIZIMANA

Directeur : Dr. Vianney NIZEYIMANA

Kigali, Mars 2005

DEDICACE

A ma chère épouse, avec qui nous avons partagé joie et peine :

A mes chers enfants, que ce mémoire vous soit toujours un modèle de se dépasser :

Aux frères, sœurs et cousins pour votre assistance morale :

Aux amis et connaissances

Aux collègues de promotion et au groupe d'études de l'E.T.M.

Ce mémoire vous est dédié.

REMERCIEMENTS

Ce travail de fin d'étude n'est pas le fruit de notre unique effort. il a nécessité le concours de plusieurs personnes auxquelles nous tenons à réitérer l'expression de notre reconnaissance.

Nos sentiments de profonde gratitude s'adressent d'abord aux autorités académiques, au corps professoral de l'U.L.K., particulièrement aux professeurs du département de Démographie, pour tous les sacrifices consentis pour nous offrir une formation si riche. Leurs remarques et conseils nous ont été bénéfiques.

Nos remerciements s'adressent particulièrement au Dr Vianney NIZEYIMANA qui, malgré ses multiples sollicitations, a accepté de diriger ce travail. Sa compétence professionnelle, sa performance technique, ses remarques et conseils ont grandement contribué à améliorer la qualité de ce mémoire.

Nos sentiments de reconnaissance s'adressent également aux familles Yusito NTAMEREKEZO et Dr. Obed B. RUTEBUKA , grâce à vos efforts et soutien tant moral que matériel dont nous avons bénéficié dès notre formation intellectuelle. Aux frères HAKUZIMANA Esri, HAKIZIMANA Aminadab, MAGAMBO Joseph, NDAHAYO MUSIRIKARE Joseph et à toutes sœurs pour vos conseils et soutien tant moral que matériel.

Nous remercions également la famille Benaja ICYTEGETSE qui a contribué sans relâche à la réalisation technique de ce travail. Grâce à vos efforts et votre soutien tant moral que matériel, ce mémoire a été rédigé.

Aux Pasteurs BARAME Jonas, RUHAYA NTWALI Assiel et RWAMIHETO Thomas pour vos conseils de sage.

Nous adressons aussi nos remerciements à notre chère épouse Spéciose NYIRAMARIRO pour sa patience, ses sacrifices, ses encouragements et ses bons conseils.

Enfin, nous remercions de tout notre cœur, tous ceux qui, de près ou de loin, ont contribué à la réussite de notre travail.

BIZIMANA Jean

TABLE DES MATIERES

DEDICACE	i
REMERCIEMENTS	ii
LISTE DES TABLEAUX	v
LISTE DES GRAPHIQUES	vi
LISTE DES ABREVIATIONS	vii
0. INTRODUCTION GENERALE	1
0.1. Choix et intérêt du sujet	1
0.1.1. Intérêt personnel.....	4
0.1.2. Intérêt scientifique.....	4
0.2. Objectifs du travail	5
0.2.1. Objectif global.....	5
0.2.2. Objectifs spécifiques	5
0.3. Délimitation du sujet	6
0.4. Problématique	6
0.5. Hypothèses	10
0.6. Choix des techniques et méthodes de recherche	10
0.6.1. Les techniques.....	10
0.6.2. Les méthodes.....	11
0.7. Subdivision du travail	11
CHAPITRE I: CONSIDÉRATION GÉNÉRALE	13
1.0. INTRODUCTION	13
1.1. DEFINITION DES CONCEPTS	13
1.1.1. Concept de population.....	13
1.1.1.1. Population totale.....	14
1.1.1.2. Population active et population inactive.....	14
1.1.1.3. Population jeune et population vieille	15
1.1.2. Concept de culture.....	15
1.1.3. Concept de l'éducation.....	18
1.1.4. Concept de développement	20
1.1.4.1. Notion de développement.....	20
1.1.4.2. Le développement durable	22
1.1.4.3. Les principaux objectifs de développement.....	22
1.1.4.4. Le développement humain	23
1.1.5. Le concept de pauvreté.....	24
1.2. REVUE DE LA LITTÉRATURE	27
1.2.1. Définition	27
1.2.2. Les infections sexuellement transmissibles classiques.....	28
1.2.3. Problèmes que posent les IST	30
1.2.4. Le VIH/SIDA	31
1.2.4.1. Information générale	31
1.2.4.2. Aperçu historique du SIDA	32
1.2.4.3. Situation dans le monde.....	33
1.2.4.4. Le VIH/SIDA et les jeunes.....	34
1.3. CONTEXTE DEMOGRAPHIQUE, SOCIAL ET ECONOMIQUE DU RWANDA	36
1.3.1. Situation socio-démographique du Rwanda	36
1.3.2. Aspects démographiques.....	38
1.3.2.1. Volume de population	38
1.3.2.2. Structure de la population par sexe et groupe d'âge.....	38
1.3.3. Présentation de la ville de Kigali.....	41

CHAPITRE II : ENVIRONNEMENT SOCIO-POLITIQUE FAVORABLE A LA PRÉVENTION ET LA PRISE EN CHARGE DES IST ET VIH/SIDA	43
2.1. ENGAGEMENT INTERNATIONAL.....	43
2.2. RÉACTION DU RWANDA FACE AU VIH/SIDA.....	44
2.3. MOYENS DE LUTTE CONTRE VIH/SIDA	45
2.3.1. Introduction.....	45
2.3.2. La prévention	46
2.3.2.1. La prévention primaire	49
2.3.2.2. La prévention secondaire.....	50
2.3.2.3. Les préalables de la prévention	51
2.3.2.4. Les moyens de prévention	52
2.3.3. Les obstacles de la prévention.....	52
2.3.3.1. Education.....	53
2.3.3.2. La pauvreté.....	62
2.3.3.3. La culture.....	64
2.3.3.4. Les pratiques acceptées et couvertes par la culture rwandaïse	68
2.4. SYNTHÈSE DU CHAPITRE II.....	76
CHAPITRE III : CAS PRATIQUES.....	77
3.1. DESCRIPTION DU MILIEU D'ETUDES	77
3.2. LES INFECTIONS SEXUELLEMENT TRANSMISSIBLES.	78
3.2.1. Caractéristiques descriptives du 1 ^{er} échantillon.....	78
3.2.2. Présentation des résultats pour le 1 ^{er} échantillon	81
3.2.3. Analyse des résultats du 1 ^{er} échantillon	85
3.3. LES PERSONNES VIVANT AVEC LE VIH/SIDA (Deuxième échantillon).....	86
3.3.1. Caractéristiques du deuxième échantillon des séropositifs	87
3.3.2. Présentation des résultats (deuxième échantillon).....	88
3.3.3. Analyse des résultats des personnes vivant avec VIH/SIDA	91
3.4. DISCUSSION DES RESULTATS	96
3.5. SYNTHÈSE DU CHAPITRE III	103
CONCLUSION GÉNÉRALE.....	105
RECOMMANDATIONS	107
BIBLIOGRAPHIE	109
ANNEXES	112

LISTE DES TABLEAUX

Tableau 1 : Jeunes de 15 à 24 ans atteints du VIH/SIDA par sexe en %, déc. 2001.....	35
Tableau 2 : Répartition de la population Rwandaise par groupe d'âge, le milieu de résidence, selon le sexe.....	39
Tableau 3 : Projection des personnes infectées ou décédées du SIDA : 1996 à 2010.....	47
Tableau 4 : Les infections sexuellement transmissibles aux centres de santé.....	48
Tableau 5 : Prévalence de VIH/SIDA en Afrique sub-saharienne.....	66
Tableau 6 : Distribution des patients selon le sexe.....	78
Tableau 7 : Distribution des patients selon les tranches d'âge.....	79
Tableau 8 : Distribution des patients selon le niveau d'études.....	79
Tableau 9 : Distribution des patients selon l'état civil.....	80
Tableau 10 : Distribution des patients selon la profession.....	80
Tableau 11 : Proportion des patients selon la source de contamination.....	81
Tableau 12 : Proportion des patients selon la cause de leur première relation sexuelle.....	81
Tableau 13 : Proportion des patients ayant eu leur première relation sexuelle pour des raisons commerciales.....	82
Tableau 14 : Proportion des patients selon la reconnaissance des pratiques socio-culturelles favorisant VIH/SIDA et IST.....	82
Tableau 15 : Proportion des patients selon la connaissance des moyens de prévention du VIH / SIDA.....	84
Tableau 16 : Type de partenariat sexuel pour argent.....	85
Tableau 17 : Les IST au cours des 12 derniers mois par sexe.....	85
Tableau 18 : Contamination conjoint par multiple partenaire.....	86
Tableau 19 : Distribution des personnes vivant avec VIH/SIDA selon tranche d'âge.....	87
Tableau 20 : Distribution des personnes vivant avec VIH/SIDA selon le niveau d'études.....	87
Tableau 21 : Distribution des personnes vivant avec VIH/SIDA selon l'état civil.....	88
Tableau 22 : Proportion des patients selon la cause de contamination.....	88
Tableau 23 : Proportion des patients selon la connaissance de pratiques socio-culturelles favorisant le VIH/SIDA et IST.....	89
Tableau 24 : Proportion des patients selon les raisons de non utilisation de condom.....	89
Tableau 25 : Proportion des patients selon le multipartenariat sexuel pour argent.....	90
Tableau 26 : Proportion des séropositifs suite au viol.....	91
Tableau 27 : Proportion des séropositifs selon la contamination conjointe par sexe.....	91
Tableau 28 : Proportion des séropositifs selon la diminution du plaisir par sexe.....	92
Tableau 29 : Proportion des séropositifs contaminés pour argent et par état civil.....	92
Tableau 30 : Proportion des séropositifs contaminés pour argent et par diminution du plaisir sexuel.....	93
Tableau 31 : Gukazanura/pauvreté.....	93
Tableau 32 : Gukazanura / Gucyura.....	94
Tableau 33 : Conjoint / diminution plaisir.....	94
Tableau 34 : Proportion des séropositifs pour argent et par honte.....	95

LISTE DES GRAPHIQUES.

Graphique 1 : Jeunes de 15 à 24 ans atteints du VIH/SIDA par sexe. décembre 2001.	35
Graphique 2 : Pyramides des âges du milieu urbain.....	40
Graphique 3 : Pyramides des âges du milieu rural	40
Graphique 4 : Evolution de comportement face au VIH/SIDA selon le niveau d'études au Mozambique.	57
Graphique 5 : Prévalence chez les jeunes femmes enceintes selon le niveau d'études en Uganda.....	58
Graphique 6 : Prévalence chez les femmes enceintes selon le niveau d'études au Rwanda	59

LISTE DES ABREVIATIONS

1	ADN	: Acide Désoxuribonucléique
2	AIDS	: Acquired Immunodeficiency disease syndrome
3	ARN	: Acide Ribonucléique
4	B.K.	: Bacille de Koch
5	C.N.L.S	: Commission Nationale de Lutte contre le Sida
6	CDC	: Control Diseases Center
7	CRIS	: Centre Rwandais d'Information sur le SIDA
8	Dr	: Docteur
9	EMLR	: Eglise Méthodiste Libre au Rwanda
10	ETM	: Ecole Technique Muhazi
11	FHI	: Family Health International
12	FNUAP	: Fond des Nations Unies pour la Population
13	GLIA	: Great Lakes Initiative on Aids
14	GSO	: Groupe Scolaire Officiel
15	HIV	: Human Immunodeficiency Virus
16	I.S.T	: Infections Sexuellement Transmissibles
17	IDH	: Indicateur de Développement Humain
18	IMPACT	: Implementing AIDS Prevention and Care Project
19	MAP	: Multisectoriel Against Aids Project
20	Mgr	: Monseigneur
21	MINEDUC	: Ministère de l'Education
22	MINEPRISEC	: Ministère de l'Enseignement Primaire et Secondaire
23	MINICOFIN	: Ministère de Commerce et des Finances
24	MINISANTE	: Ministère de la Santé
25	MTS	: Maladies Sexuellement Transmissibles
26	ND	: Non Déclaré
27	NP	: Normal Primaire
28	OMS	: Organisation Mondiale de la Santé
29	ONAPO	: Office National de la Population
30	ONG	: Organisme Non Gouvernemental
31	ONUSIDA	: Organisation des Nations Unies pour le Sida
32	PACFA	: Protection And Care for Family's Against HIV/AIDS
33	PNLS	: Programme Nationale de Lutte contre le Sida
34	PNUCID	: Programme des Nations Unies pour le contrôle International des drogues
35	PNUD	: Programme des Nations Unies pour le Développement
36	PSI	: Population Service International
37	PUF	: Presse Universitaire de France
38	RGPH	: Recensement Général de la Population et de l'Habitat
39	SDA.	: Seven Day Adventist
40	SIDA	: Syndrome de l'Immunodéficience Acquise
41	SWAA	: Society for Women and AIDS in Africa
42	ULK	: Université Libre de Kigali
43	UNESCO	: Organisation des Nations Unies pour l'Education la Science et la culture
44	UNICEF	: Organisation es Nations Unies pour l'Enfance
45	USA	: United States of America
46	VIH	: Virus d'Immunodéficience Humaine
47	WRR	: Word Relief Rwanda

RESUME

Dans les pays de l'Afrique subsaharienne où on trouve le Rwanda, on assiste à un taux de prévalence du VIH le plus élevé du monde et reste la partie du globe la plus atteinte par ce fléau, le SIDA. L'on constate aussi une recrudescence des infections sexuellement transmissibles. Des campagnes de prévention à ce fléau ont été menées et on continue de le faire mais la situation s'améliore à pas de tortue si on se compare aux autres parties du monde.

Des enquêtes récentes de l'OMS en 1999 ont conclu que la distribution des modes de propagation du VIH/SIDA se fait par les rapports sexuels non protégés à 91%, la transmission de la mère à l'enfant porterait sur 8% des cas et les transmissions sanguines, les injections avec des seringues non stériles et les manipulations d'objets et instruments souillés en expliqueraient qu'un pour cent (1%). Actuellement les infections sexuellement transmissibles sont les premières causes de morbidité et le SIDA reste la première cause de mortalité.

De l'expérience du Sénégal où le taux de prévalence du VIH/SIDA n'a jamais monté à 1% de la population, un taux le plus bas dans nos pays subsahariens et comparé à celui des pays de la même zone, par exemple la Côte d'Ivoire qui a 12%, on peut se demander la cause de cette réussite ? La différence est due à l'influence de la culture qui favorise la prévention par abstinence chez les jeunes et la fidélité des conjoints dans la société sénégalaise. Chez les jeunes il y a une culture de virginité appréciée par la société. Les parents préfèrent marier leurs filles précocement que de manquer à ce fait très considéré.

Quant à nous, notre culture peut-elle influencer la propagation du VIH par certaines pratiques freinant les rwandais à adopter un changement de comportement à risque ? Pour répondre à cette question, nous avons mené une enquête chez les personnes vivant avec VIH/SIDA et les malades souffrant des infections sexuellement transmissibles lors de la consultation.

Les résultats de l'enquête reconnaissent l'existence des pratiques socio-culturelles pouvant influencer la propagation du VIH/SIDA notamment la pratique de partenaire multiple reconnue par 95% des répondants et le lévirat à 67.5% ainsi que d'autres à peu d'influence. De notre enquête, nous avons constaté que nous n'avons pas encore changer de comportement à risque car à la non utilisation du condom lors des rapports sexuels suspects. les enquêtés de 2 sexes donnent quelques arguments, évidemment non convaincants comme diminution du plaisir sexuel, la honte et la pauvreté surtout des femmes qui les laisse en position de faiblesse économique leur empêchant de pouvoir décider comment et quand va se dérouler l'acte sexuel. La femme dans de telle position n'attend que la proposition de l'homme, quant à elle, elle n'a pas de possibilités de réclamer les moyens de protection ou même refuser si désaccord.

Autres remarques est que chez nos jeunes filles, le plus souvent, elles ne savent pas répondre à la demande d'acte sexuel par un consentement verbal (dire non pour un non catégorique). Et ce processus de longue haleine peut aboutir à un acte sexuel souvent incertain et même brutal empêchant l'utilisation de préservatif. D'autres reproches est de faire des rapports sexuels sans programme.

Que notre autorité et toute personne impliquée dans la lutte contre le VIH/SIDA reconnaissent l'existence des pratiques socio-culturelles favorisant la propagation de ces infections. Il faut arriver à expliquer à notre communauté surtout les personnes au comportement à risques, le lien entre les infections sexuellement transmissibles et VIH afin de pouvoir décider de supporter la diminution du plaisir sexuel du moment que de succomber la vie. Le plaisir sexuel n'a de valeur qu'aux vivants, les morts n'ont pas ce sens. Le choix à la vie est clair et celle-ci est individuelle et personnelle.

Comparant le VIH/SIDA à l'inondation, nous avons le devoir et l'obligation de monter sur l'un des bateaux de l'espoir (abstinence, fidélité et préservatif) au choix et de rester toujours au sec. Jamais retourner dans l'eau et espérer pouvoir survivre.

0. INTRODUCTION GENERALE

0.1. Choix et intérêt du sujet

Dans les pays subsahariens où on trouve le Rwanda, on assiste à une recrudescence des infections sexuellement transmissibles et un taux de prévalence du VIH parmi les plus élevés du monde. On pourrait se demander si il n'y aurait pas de pratiques socio-culturelles particulières, qui empêcheraient les rwandais d'adopter un comportement à moindres risques en matière de sexualité surtout. Quand on essaie d'analyser les rapports sur les causes de morbidité et mortalité au RWANDA, on remarque que les infections sexuellement transmissibles occupent une place non négligeable dans les 10 premières causes de morbidité.

De 1983, l'année dans laquelle on a diagnostiqué le premier cas de SIDA au RWANDA, ces infections occupaient respectivement la 5, 4, 5, et 6^{ème} place, jusqu'en 1986¹. Ce ci confirme les travaux de Maheus (1972), Maheus et coll. (1974) et Dr BUGINGO G. et HECKE V. (1980) qui tous, ont stipulé que « les maladies sexuellement transmissibles constituaient une des causes principales de morbidité parmi la population rwandaise².

De récents rapports du MINISANTE indiquent la même chose, par exemple le rapport 2002, les infections sexuellement transmissibles curables essentiellement d'origine bactérienne (sans parler de nombreuses IST incurables difficiles à diagnostiquer souvent d'origine virale) occupaient la 9^{ème} place parmi les 10 premières causes de morbidité au RWANDA³

Le rapport de l'ONUSIDA en 2000 sur l'épidémie mondiale de VIH/SIDA précise qu'au Rwanda, les patients atteints de MST était de 41,8%⁴ On connaît depuis les débuts de l'épidémie que le VIH est aussi une infection sexuellement transmissible.

¹ MINEPRISEC : Cours d'Education pour la Santé et Nutrition 6^{ème} N.P., Imprisco, Kigali, 1988 pp26-28

² BUGINGO G. et RURANGIRWA A. Les maladies sexuellement transmissibles à l'Hôpital Universitaire de BUTARE de 1973-1981 in Revue Médicale rwandaise N°38 1^{er} Trimestre 1983 pp 9-14

³ Dr RUSANGANWA André, Prévention et prise en charge des IST au Rwanda in OMS Info-Rwanda N° 21 Juin 2004 pp 14- 16

Donc, les rapports sexuels non protégés exposent un individu au VIH comme aux autres IST classiques. Le mode de contamination de ces maladies est le même et il en est de même pour des mesures de prévention. L'utilisation du préservatif ou l'abstinence protège l'individu de ces infections à la fois.

Le pire encore lors de la conférence internationale sur le SIDA en Afrique à KINSHASA en 1990, le Dr NKOMANE de l'OMS a donné quelques chiffres approximatifs sur le danger représenté par les différentes voies et portes d'entrée du VIH dans notre corps et a confirmé que « la grande majorité de la population subsaharienne infectée par VIH/SIDA a été contaminée de 75-85% par contact sexuel et les autres voies ne représentent que 25% seulement⁵ ». D'autres études faites par l'OMS en 1999 ont conclu à estimer que, 6 ans après, la distribution des modes de propagation du VIH/ SIDA en Afrique se présenterait comme suit :⁶

- Les rapports sexuels non protégés seraient responsables de 91% des cas de VIH/SIDA.
- La transmission mère-enfant porterait sur 8% des cas.
- Les transmissions sanguines, les injections avec des seringues non stériles et les manipulations d'objets/instruments souillés en expliqueraient 1%

D'autre part, ces infections (IST) classiques qui ont un lien comportemental étroit avec le VIH c-à-d les mêmes modes de transmission, une fois associées et répétées, augmentent les risques de contamination du VIH et ce ci a été confirmé par plusieurs auteurs. Lors de l'étude de la séropositivité au RWANDA, Dr NZARAMBA Didace et collaborateurs, confirment que la « Séropositivité augmente avec le nombre d'épisodes d'écoulement urétral⁷ »

⁴ ONUSIDA. Rapport sur l'épidémie mondiale de VIH/SIDA 2000, Tableau des estimations et données relatives au VIH/SIDA par pays p : 124 -129

⁵ JOINET B. et MUGOLOLA T., Survivre face au Sida en Afrique, éd. Karthala, Paris 1996 p 47

⁶ MINISANTE (PNLS) Rapport des actualités de lutte contre le SIDA au Rwanda pour l'année 1999, Kigali Août 2000 p :11

⁷ NZARAMBA D. et all., Etude de la séropositivité liée au VIH au Rwanda in Revue Médicale Rwandaise N° Spécial sur le SIDA N° 54 1988 pp. 37- 42

Le rapport de l'ONUSIDA 1999 soutient la même idée car « à travers le monde, une personne souffrant d'une maladie sexuellement transmissible non soignée est de 6-10 fois plus susceptible de transmettre le VIH ou d'être infectée par celui-ci au cours des rapports sexuels non protégés selon les mêmes hypothèses. le risque d'être infecté par le VIH est augmenté de 10 à 300 fois en cas d'ulcère génital⁸»

Deux décennies sont déjà écoulées. Un problème se pose : avons-nous su nous ressaisir de cette voie ? Avons-nous su comment devenir responsables de nos comportements sexuels surtout pour pouvoir freiner ce fléau dans notre pays ? Avec un peu de prise de conscience, c'est possible, car le VIH se transmet dans des circonstances bien précises dont la principale est connue, la voie sexuelle. Une fois celle-ci bien maîtrisée, il n'y aura pas ou presque pas de sang contaminé ni par transmission de la mère à l'enfant. Une affirmation difficile à démontrer au point de vue pratique. Mais on sait que ce virus agent causal de la peste du 20^{ème} siècle, ne peut pas se transmettre par l'air comme par exemple celui de la grippe, la rougeole ... ni par les aliments comme celui de la poliomyélite, l'hépatite ni par la piqûre d'insecte comme par exemple celui de la fièvre jaune, ce qui causerait peut-être plus de difficultés dans sa prévention d'autant plus qu'il n'y a pas encore de vaccins comme ces autres dont on a pu maîtriser grâce à la vaccination. Mais connaissant mieux son mode de transmission, nous sommes appelés à nous protéger et protéger les autres, une fois la prise de conscience devenue totale dans nos sociétés. La responsabilité collective et individuelle est très indispensable. Comme il s'agit d'une maladie sans traitement efficace ni vaccin, la réussite médicale tant attendue bien qu'indispensable, n'aille pas nous préoccuper beaucoup plus que la prévention qui reste l'arme principale de lutte et qui coûte moins chère .

C'est dans ce cadre que nous avons choisi notre mémoire de fin d'étude en Démographie, un sujet en rapport avec la santé et population, d'ailleurs menacée et que nous avons intitulé « Analyse des pratiques socio-culturelles pouvant favoriser la propagation des Infections sexuellement transmissibles et VIH/SIDA au Rwanda : Etude de 173 cas de la Ville de Kigali.

⁸ ONUSIDA, Une riposte conjointe au SIDA en Action, Genève, Suisse, Octobre 1999, p 45.

Le présent travail offre trois avantages principaux :

Premièrement, aux autres études déjà faites sur ce sujet et l'engagement de lutte contre ce fléau qui éprouve encore quelques difficultés, notre travail pourrait apporter une contribution à mieux connaître le comportement et attitudes de la population rwandaise en général et de notre jeunesse en particulier, en matière de sexualité à risques.

Ensuite, cette étude fournira des informations sur les connaissances, sur l'influence des pratiques socio-culturelles à la population rwandaise, sur leur comportement face au VIH/SIDA et autres infections sexuellement transmissibles.

Enfin, si modeste soit-elle, cette étude nous permettra de proposer des recommandations sur l'amélioration des moyens de lutte contre cette pandémie et autres IST au Rwanda. Ce combat acharné et éclairé contre ces maladies sera, peut-être, pour notre société, un moyen de redonner le sens à la responsabilité personnelle et collective à notre peuple, où chacun a conscience que la survie de l'autre conditionne sa survie.

0.1.1. Intérêt personnel

L'étude nous permettra de répondre aux exigences académiques de notre Université qui, dans ses programmes, prévoit qu'à la fin du second cycle de ses études, l'étudiant soit capable de mener une recherche afin de relier les théories apprises aux réalités du milieu dans lequel il est appelé à travailler.

Dans le cadre de lutte contre le VIH/SIDA et IST, il ne faut pas ignorer ou négliger quoi que ce soit. Il faut bannir toute exclusion sous prétexte soit-elle, plutôt permettre l'amélioration des conditions d'existence et de connaissance de chaque personne concernée dans notre société afin d'intégrer toutes les couches de la population dans la lutte contre ce fléau.

0.1.2. Intérêt scientifique

Notre apport est de produire un travail qui pourrait servir de référence à tous ceux qui voudront s'enquérir de la situation socio-sanitaire de la population rwandaise face aux infections sexuellement transmissibles en général et au VIH/SIDA en particulier.

Ceci facilitera aux décideurs du programme de prévention de ce fléau, de se servir aussi des informations sur les pratiques socio-culturelles, connaissances et comportement : tous à risques, en matière de sexualité, pour une amélioration de moyens de lutte adéquats et adaptés à toutes les couches de la société.

0.2. Objectifs du travail

0.2.1. Objectif global

Contribuer à l'amélioration de l'état de santé de la population du Rwanda en procédant à une analyse des différentes pratiques socio-culturelles pouvant influencer un comportement à risque.

0.2.2. Objectifs spécifiques

1. Déterminer les facteurs de risque de contamination IST/VIH/SIDA liées aux comportements.
2. Déterminer les différents problèmes du programme de lutte contre le VIH/SIDA et les autres infections sexuellement transmissibles.
3. Emettre des recommandations en vue d'éviter les pratiques socio-culturelles favorisant la transmission du VIH/SIDA/IST.

0.3. Délimitation du sujet

a) Dans l'espace

Dans l'impossibilité de mener cette recherche sur toute l'étendue du pays, faute de temps et de moyens, nous nous sommes limités au niveau de la ville de Kigali, et nous avons bénéficié d'une association URUKUNDO RW'IMANA au siège de l'Eglise méthodiste libre au Rwanda à GIKONDO, et des patients de 4 Dispensaires privés (Kira, Amizero, Charité et Mpore) de la ville de KIGALI.

b) Dans le temps

Nous partirons de la période de 4 mois de l'enquête. (De Juillet à Novembre 2004)

c) Dans le domaine

Notre sujet de recherche s'inscrit dans le domaine de santé et population où nous ne occuperons que des personnes vivant avec VIH/ SIDA de l'association « URUKUNDO RW'IMANA » et des patients souffrant des IST récentes lors de la consultation.

0.4. Problématique

Le SIDA et les autres infections sexuellement transmissibles (IST) menacent des familles et des communautés à travers le monde et constituent de vives préoccupations de santé publique pour beaucoup de pays. On sait que pour certaines, à l'instar, le SIDA, il n'existe pas de traitement ni de vaccin. Et d'autres où le traitement existe, il est souvent cher pour beaucoup de personnes surtout dans nos pays pauvres. En plus, « quelques unes d'entre elles entraînent souvent de graves complications comme la stérilité du couple, les grossesses ectopiques, la cécité due à une ophtalmie purulente du nouveau-né » etc⁹

D'autre part, dans beaucoup de régions du monde, et au Rwanda aussi, elles ont acquis une résistance aux multiples antibiotiques qui étaient jadis salutaires.

Ceux-ci nécessitent des centres de traitement mieux équipés en personnels suffisamment formés et matériels appropriés où on doit faire l'antibiogramme au préalable pour prouver quel médicament efficace. ce qui augmente encore le coût des soins. Il en est de même pour la principale maladie opportuniste, la tuberculose où l'agent causal, le B.K vient de manifester des résistances aux antituberculeux classiques et l'antibiogramme doit se faire dans les pays occidentaux et le coût du traitement est augmenté. Heureusement que l'assistance étrangère assure l'approvisionnement et supporter le coût.

Dès l'apparition du premier cas de VIH/SIDA, il y a deux décennies et vu ses multiples enjeux socio-économiques et démographiques et son évolution exponentielle, des défis considérables et effrayants, l'ONU a constaté que son organisme OMS chargé normalement des problèmes spécifiques à la santé au monde entier était dépassé et débordé des effets de la pandémie. De ce constat, l'ONU a fondé, en 1996, l'ONUSIDA, un programme commun qui conjugue les compétences et les efforts des organismes coparrainants que sont l'UNICEF, le PNUD, le FNUAP, le PNUCID, l'UNESCO, l'OMS et la Banque Mondiale. Chacun d'entre eux doit intensifier son combat contre le VIH/SIDA dans son propre domaine et contribuer activement à l'action de l'ONUSIDA dont le but est de catalyser, renforcer et coordonner les compétences, les ressources et les réseaux d'influence dont chacun de ces organismes dispose¹⁰

Evidemment ce processus devait descendre jusqu' au niveau des continents, des régions et aux pays pour pouvoir atteindre les objectifs de lutte contre ce fléau dévastateur. Montrons par ces exemples combien cette maladie est une menace du monde entier. Le rapport de l'ONUSIDA de l'année 1999 nous met au point sur l'épidémie dans le monde : 5,4 millions de nouveaux cas, 34,3 millions de personnes vivant avec le VIH/SIDA et 2,8 millions de décès dus au SIDA en 1999 et le total s'élevait à 18,8 millions depuis la crise de l'épidémie.

⁹ MAZER André et SANKALE Marc. *Guide de Médecine en Afrique et Océan indien*. Ed.. Edicef Paris 1988. p.315.

¹⁰ ONUSIDA. 1999. *op.cit.* p.13

Face à ces multiples défis qui n'épargnent pas notre pays, notre autorité, elle aussi, a créé le Secrétariat Exécutif auprès du Ministère de la Santé chargé de la lutte contre le VIH/SIDA et autres maladies épidémiques. Il y a aussi une commission de lutte tant au niveau national, provincial et au district, plusieurs ONG et associations se sont ajoutées et conjuguent aussi leurs efforts pour faire face à ce fléau.

Je ne manquerai pas à louer la bravoure et abnégation de la Première Dame, Madame Jeannette KAGAME, qui contribue beaucoup à la lutte contre cette pandémie, le SIDA et ses réalisations ont dépassé même nos frontières. Sous sa propre initiative, il se réunissant un sommet des premières dames d'Afrique en date du 20-22 Mai 2001 d'où a été issu la déclaration de KIGALI qui créa le PACFA (Protection and care for Family's against HIV/AIDS), un organisme international qui mène ses activités contre le Sida dans toute la région subsaharienne d'Afrique.

Malgré la ferme volonté politique d'intégrer toutes les couches de la population rwandaise dans le processus de prévention à ce fléau, il semble, que le chemin est encore long comme l'a remarqué GATERA Martin : « N'ubwo inyigisho, ibiganiro ndetse n'inama byo guhwiturira abantu bose kwirinda SIDA n'izindi ndwara zandurira mu mibonano mpuzabitsina bikomeje, inzira iracyari ndende kugira ngo abantu basobanukirwe kandi bagire imyumvire iboneye, bahindure n'imyifatire »¹¹

Traduisons ses idées « Même si les programmes d'information, éducation et communication, conférences débats et des séminaires continuent, tous visant la sensibilisation de toutes les couches de la population rwandaise à la prévention du VIH/SIDA et autres infections sexuellement transmissibles, il semble que le chemin est encore long pour que nos gens comprennent les méfaits de ce fléau, prennent conscience et décident de changer tout comportement à risque »

Avec de multiples campagnes de prévention de ce fléau, on s'attendait à ce que, plus de vingt ans de lutte, les infections sexuellement transmissibles, les vrais tributaires de la pandémie VIH/SIDA, soient diminuées et occupées une place de moindre importance dans les principales causes de morbidité et de mortalité au Rwanda.

La population rwandaise devrait aussi se rendre compte du lien entre IST et le VIH/SIDA et sa menace d'extinction de notre peuple et prendre une saine décision de changer de comportements à risque surtout en matière de sexualité qui est la principale source de contamination dans notre région.

La question principale que nous nous posons est de savoir si notre population se rend-elle compte de la nécessité de l'engagement de tous et chacun dans ce processus de prévention ? Sans cela, on ne sera pas capable de freiner ce fléau.

Eu égard de ce qui précède, nous nous sommes posé différentes questions qui guideront notre recherche à savoir :

- Dans quel contexte évoluent les infections sexuellement transmissibles et le VIH/SIDA au Rwanda et quels sont les efforts conjugués dans ce domaine par différents acteurs et quels sont les obstacles à surmonter ?
- En quoi les conditions socio-économiques des rwandais font entrave où favorise la prévention de ce fléau ?
- Y a-t-il des pratiques socio-culturelles au RWANDA sur lesquelles est encrée notre population et qui leur empêchent d'adopter un comportement sans risques ?

Voilà les questions auxquelles nous tenteront de trouver des réponses au cours de ce travail.

¹¹ GATERA Martin, Madame Jeannette KAGAME ku rugamba rwo kurwanya icyorezo cya SIDA in UBUMWE n° 125 Ukwakira 2004 p.1-2

0.5. Hypothèses

Avant de constituer les hypothèses de notre travail, définissons d'abord ce terme. L'hypothèse signifie « une proposition de réponse aux questions que l'on se pose à propos de l'objet de la recherche¹² ».

Face aux nombreux problèmes ci-hauts soulevés, il y a lieu de formuler l'hypothèse suivante : Le contexte politique actuel favorise la prise en charge et la prévention du VIH/SIDA et IST mais le changement de comportement à risque s'observe à pas de tortue. Les obstacles majeurs socio-démographiques seraient notamment l'existence de pratiques socio-culturelles qui favorisent la propagation de ces infections.

0.6. Choix des techniques et méthodes de recherche

En vue de rassembler les données et informations nécessaires pour notre étude nous allons faire recours à une série de méthodes et techniques.

0.6.1. Les techniques

La technique est définie comme « l'ensemble des moyens et procédés qui permettent au chercheur de rassembler des données et des informations sur son sujet de recherche¹³ »

Il y a donc des techniques que nous avons jugés indispensables à l'aboutissement de notre étude :

- a) **La technique documentaire** qui est une fouille systématique de tout ce qui est écrit ayant une liaison avec le domaine de recherche¹⁴
- b) **Le questionnaire** : Un questionnaire a été élaboré et administré à l'endroit d'un échantillon des personnes vivant avec le VIH/SIDA dans l'association URUKUNDO RW'IMANA de l'Eglise méthodiste libre de GIKONDO et des personnes présentant des infections sexuellement transmissibles récentes dans 4 Dispensaires (Dispensaire de Kira, Amizero, Charité et Mpore) pour la consultation curative.

¹² RWIGAMBA. B., Cours de méthodologie de recherche Cycle de Licence. ULK, Kigali 2001. p. 13

¹³ RWIGAMBA. B. op. cit. p.18

¹⁴ Idem

Le questionnaire nous a permis donc de récolter les informations qui nous renseignent sur la situation de la pandémie SIDA.

c) **L'interview** : Notre enquête a été complétée par un certain nombre d'interviews avec les personnes adultes et divers responsables impliqués dans toutes les actions en faveur de la santé et à la prévention des IST et VIH/SIDA.

0.6.2. Les méthodes

La méthode est, selon RWIGAMBA, B¹⁵, un ensemble ordonné de principes, de règles et des opérations intellectuelles permettant de faire l'analyse en vue d'atteindre un résultat. Pour traiter notre sujet, les méthodes suivantes ont été retenues :

- La méthode historique ou diachronique : Elle nous permettra de bien saisir et d'interpréter les faits passés afin de mieux comprendre les faits présents et d'envisager les perspectives d'avenir.
- La méthode analytique : Elle nous permettra d'analyser systématiquement les données chiffrées et toutes les informations collectées.
- La méthode statistique : Elle sera utilisée pour la présentation des résultats sous forme de tableaux et graphiques en vue de donner une vision synthétique susceptible de faciliter l'analyse.

0.7. Subdivision du travail

Notre travail est subdivisé en trois chapitres précédés par une introduction générale et est coiffée par une conclusion et une série de recommandations.

Le premier chapitre est consacré aux considérations théoriques et cadre général que nous avons trouvé nécessaire pour circonscrire notre travail et définir des concepts ayant une relation avec le fond de notre préoccupation.

¹⁵ RWIGAMBA, B., *op. cit.*, p. 13

Le second chapitre cadre l'environnement socio-politique favorable à la prévention et la prise en charge des IST et VIH/SIDA, un engagement qui veut limiter les dégâts dus à ces infections dans notre région des grands lacs et au Rwanda en particulier.

Dans ce chapitre nous avons beaucoup plus insisté sur la prévention de ces infections qui reste le seul arme réaliste à utiliser dans la lutte contre ce fléau. Dans cette lutte, nous avons aussi insisté sur l'importance de l'éducation universelle de toute la population rwandaise dans cette lutte, une tâche très difficile mais possible si on mesure les bienfaits que nous allons y tirer. L'éducation des adultes par apprentissage des métiers, associés aux méthodes de prévention VIH/SIDA peut limiter la propagation du VIH/SIDA dans notre communauté.

Nous avons aussi suscité un problème d'éducation d'un groupe qui n'a pas eu la chance de terminer leurs études secondaires et d'autres qui viennent d'avoir un réveil sur l'importance de l'éducation dans la lutte contre la pauvreté au Rwanda, notre ennemi numéro un. Il est possible aussi d'exploiter nos classes d'écoles primaires qui sont toujours fermées toutes les soirées.

La chapitre trois traite des résultats de notre recherche sur les pratiques socio culturelles qui peuvent favoriser la propagation des infections sexuellement transmissibles et VIH. Ce chapitre sera terminé par une partie de discussion et quelques recommandations.