

UNIVERSITE LIBRE DE KIGALI (ULK)

FACULTE DES SCIENCES SOCIALES

DEPARTEMENT DE DEMOGRAPHIE

B.P: 2280 Kigali



**LES CARACTERISTIQUES SOCIO – DEMOGRAPHIQUES ET
ECONOMIQUES DES PERSONNES VIVANT AVEC LE
VIH/SIDA**

**Cas de la clinique ambulatoire du TRAC
Du 1^{er} juillet au 15 septembre, 2005**

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

Par MUSENGAMANA Valence

DIRECTEUR: CCA MUHOZA Dieudonné

Kigali, janvier 2006

Table des matières

Dédicace	i
Remerciements	ii
Table des matières	iii
Liste des tableaux	vi
Liste des figures.....	vii
Liste des annexes	viii
Liste des abréviations	ix
INTRODUCTION	1
1. Choix et intérêt du sujet.....	1
2. Délimitation du sujet	3
2.1. Dans l'espace	3
2.2. Dans le temps.....	3
2.3. Dans le domaine	3
3. Problématique.....	3
4. Hypothèses	6
5. Les objectifs du travail	6
5.1. Objectif général	6
5.2. Objectifs spécifiques.....	7
6. Méthodologie du travail	7
6.1. Techniques de collecte des données	7
6.2. Echantillonnage et population cible	8
6.3. Méthodes.....	10
7. Subdivision du travail.....	11
CHAPITRE 1 : CADRE CONCEPTUEL ET THEORIQUE	12
1.1. Définition de principaux termes.....	12
1.2. Historique du VIH/SIDA	17
1.3. Présentation de la situation de l'épidémie le monde.....	19
1.4. Impact socio-économique du VIH/SIDA.....	25
1.5. Projections démographiques et infection	26
1.6. Impact du VIH/SIDA sur les tendances démographiques	27
1.7. Les femmes et le SIDA	29

conclusion partielle	31
CHAPITRE 2. LA SEROPREVALENCE DU VIH/SIDA ET LES CARACTERISTIQUES DEMOGRAPHIQUES.....	32
2.1. Présentation du Treatment Research Aids Center	32
2.1.1. Historique du TRAC	32
2.1.2. Les objectifs du TRAC	33
2.1.3. Unités du Centre.....	33
2.1.4. Activités de la clinique ambulatoire du TRAC.....	34
2.1.5. La séroprévalence VIH/SIDA selon l'âge	34
2.1.6. Calcul des indices statistiques.....	38
2.1.7. La séroprévalence du VIH/SIDA et l'état matrimonial.....	42
2.1.8. les causes du veuvage	45
2.1.10. L'état sérologique des partenaires des PVVIH/SIDA (pour les adultes.....	46
Conclusion partielle	47
CHAPITRE 3. LA SEROPREVALENCE DU VIH/SIDA ET LES CARACTERISTIQUES SOCIO - ECONOMIQUES	49
3.1. La séroprévalence du VIH/SIDA et l'instruction.....	49
3.2. Le pourcentage des PVVIH/SIDA et la population de Kigali selon le niveau d'instruction.....	52
3.3. La séroprévalence du VIH/SIDA et la religion	54
3.4. La séroprévalence du VIH/SIDA et l' occupation	56
3.5. La séroprévalence du VIH/SIDA et la profession.....	57
3.6. La séroprévalence du VIH/SIDA et l'accompagnement.....	59
3.7. La séroprévalence du VIH/SIDA et le revenu.....	60
3.8. Le revenu par ménage et par mois des PVVIH/SIDA.....	61
3.9. La charge familiale des VIH/SIDA	63
Conclusion partielle	64
Conclusion générale.....	65
1. SYNTHÈSE DU TRAVAIL	65
2. SUGGESTIONS	68
3. PERSPECTIVES DE RECHERCHES FUTURES.....	69

BIBLIOGRAPHIE..... 70
ANNEXES

Liste des abréviations

AIDS	: Acquired Immune Deficiency Syndrome
ARN	: Acide Rhibonucléique
CDV	: Conseil et Dépistage Volontaire
CNLS	: Commission National de Lutte Contre le SIDA
CRIS	: Centre Rwandais d'Information sur le SIDA
MINISANTE	: Ministère de la Santé
MST	: Maladies Sexuellement Transmissibles
%	:Pourcentage
PMTCT	: Prevention of Mother To Child HIV Transmission
PTME	: Prévention de la Transmission Mère - Enfant
PNLS	: Programme National de Lutte Contre le SIDA
PVVIH	: Personnes Vivant avec le VIH
RGPH	: Recensement Général de la Population et de l'Habitat
SIDA	: Syndrome D'ImmunoDéficiency Acquis
TIC/ICT	: Technologie, Information et Communication/Information, Communication and Technology
TRAC	: Treatment Research AIDS Center
CVT	: Volontariat, Counselling and Testing
VIH	: Virus de l'ImmunoDéficiency Humaine

INTRODUCTION

1. CHOIX ET INTERET DU SUJET

Durant notre formation à l'U.L.K, nous avons parlé beaucoup de la population. Or, la population mondiale est menacée par le VIH/SIDA dont les conséquences sont incalculables.

La vingt – deuxième conférence régionale pour l'Afrique tenu au Caire (EGYPTE), 4 – 8 février (2002 : 1) a constaté que : « *Rares sont des crises qui, dans l'histoire de l'Afrique, ont menacé de manière aussi aiguë la santé humaine et le progrès économique et social que l'épidémie de VIH/SIDA* ».

Aujourd'hui, on ne peut plus considérer le VIH/SIDA comme un problème purement sanitaire, alors qu'il faut lui attribuer plusieurs décennies de retard dans le développement d'Afrique et qu'il a gravement sapé les efforts des pays du continent visant à atténuer la pauvreté et améliorer le niveau de vie de la population. Une action rigoureuse devra être entreprise pour lutter contre les conséquences sociales, économiques et institutionnelles de ce fléau.

Le RWANDA n'est pas épargné par cette épidémie. Depuis 1983, année au cours de laquelle le premier cas du SIDA a été signalé au RWANDA, l'épidémie se révèle encore très grave qu'on ne l'avait pas prédit.

L'épidémie du SIDA continue à être une grande préoccupation pour le RWANDA au regard de son impact socio-économique sur la population et sur le développement du pays. Elle constitue à la fois un problème de santé publique et un problème de développement.

Ne disposant pas de moyens financiers suffisants, connaissant les modes de transmission, qui sont essentiellement, le contact sexuel soit hétérosexuel ou

homosexuel, le contact sanguin comme transfusion sanguine par exemple et la transmission de la mère à l'enfant. Notre contribution pour combattre le SIDA, ne doit être que la sensibilisation de la population afin de changer le comportement en matière du VIH/SIDA, à partir des données fouillées lors de la recherche scientifique. Comme le confirme, Jean Bodin « *Il n'y a de richesse, ni force que d'homme* » (Muhoza, 2004).

Nous avons le devoir de protéger notre population contre l'épidémie de VIH/SIDA, qui est notre richesse. Comme ne cessent de le signaler dans leur discours, les politiciens rwandais. « *Ce pays n'a pas d'autres richesses sauf la population* ». Notre contribution en tant que démographe, sera d'étudier les caractéristiques socio - démographiques et économiques des personnes vivant avec le VIH/SIDA fréquentant la clinique du TRAC, pour prendre les mesures efficaces et abordables afin d'aider les PVVIH/SIDA, et pour prévenir une épidémie du SIDA dans les catégories les plus touchées.

La description des variations de la fréquence de la maladie en fonction de diverses caractéristiques des personnes, des groupes sociaux, des lieux permet de suggérer des hypothèses sur l'origine de ces maladies. La caractéristique de groupe de population présentant des fréquences élevées de l'une ou l'autre maladie permet en outre dans une première étape de définir des groupes de sujets à risque et dans une deuxième étape de proposer des programmes d'action sanitaire particuliers pour ces groupes.

C'est dans cette perspective que nous avons jugé bon d'orienter notre sujet de recherche dans le cadre du mémoire conduisant au diplômé de licencié en démographie.

2. DELIMITATION DU SUJET

Pour plus de précision et de concision, nous avons voulu limiter notre étude dans le temps, dans l'espace et dans le domaine.

2.1. DANS L'ESPACE

Notre étude a été menée à la clinique du TRAC où on trouve des malades ambulants. Nous avons travaillé sur la population de la ville de Kigali qui fréquente le TRAC, signalons aussi que cette clinique reçoit aussi les personnes en provenance d'autres provinces.

2.2. DANS LE TEMPS

La clinique du TRAC a commencé ses activités en juillet 2003. Nous avons utilisé les données figurant dans les dossiers médicaux de juillet, août et septembre en 2005. Nous avons questionné 205 Personnes Vivant avec le VIH/SIDA (PVVIH/SIDA) du 1^{er} au 15 septembre, 2005.

2.3. DANS LE DOMAINE

Notre étude s'insère dans le domaine de la santé, car elle concerne les caractéristiques socio-démographiques et économiques des PVVIH/SIDA.

3. PROBLEMATIQUE

Le Syndrome d'ImmunoDéficiency Acquisée (SIDA) est une maladie dont le mode de transmission est essentiellement sexuel (ONUSIDA/OMS, 2000: 55).

Cette maladie, conduit à la destruction du système immunitaire par le virus appelé VIH. La progression de l'infection VIH/SIDA est générale, notamment parce que le SIDA apparaît comme une maladie urbaine qui se diffuse ensuite dans le monde rural. Démographiquement, l'infection VIH/SIDA touche différemment la population selon l'âge et le sexe. Le SIDA en Afrique a un mode de transmission distinct des pays d'Amérique du Nord et d'Europe où, prédominent les cas d'homosexuels masculins et les toxicomanes qui se droguent par voie intraveineuse.

Au Brésil où auparavant la transmission était en grande partie les cas d'homosexuels, désormais, la cause d'une proportion croissante d'infection à VIH est hétérosexuelle et les femmes sont de plus en plus affectées (ONUSIDA/OMS en citant Marins et al. 2003 : 57). En Amérique du Nord, Europe Occidentale et Europe Centrale des nouveaux segments de la population sont atteints et une proportion croissante des nouvelles infections est due aux rapports hétérosexuels non protégés (ONUSIDA/OMS, 2004 : 69).

L'observation des données biomédicales montre que les différences de prévalence peuvent s'observer jusqu'à micro échelle à l'intérieur d'une ville par exemple : différences observées à travers les environnements notamment les espaces enclavés, ruraux, semi urbains, métropoles internationales, capitales régionales, centre de commerce,...

Les différences sont observées également au sein des populations notamment selon l'âge, le sexe, l'occupation, la religion, l'état matrimonial, la situation familiale, le niveau d'instruction,...

La transmission hétérosexuelle étant en général le mode de contamination prédominant, le SIDA affecte principalement deux groupes : les jeunes adultes, (hommes et femmes entre 19 et 34ans) et les très jeunes enfants par la

contamination de la mère à l'enfant. Mais l'épidémie est instable et l'on constate actuellement une double évolution. Les femmes sont plus affectées que les hommes et les différences d'âges entre les femmes et les hommes s'accroissent. Les femmes sont de plus en plus touchées parce que les hommes recherchent les partenaires sexuelles de plus en plus jeunes pour éviter les rapports supposés à risque (AMAT-ROZE et DUMONT, 2004 : 7)

Les femmes sont épidémiologiquement plus vulnérables que les hommes. Cela tient à des facteurs biologiques et sociaux : leur vie sexuelle est plus précoce. Au cours d'un rapport sexuel, la femme court d'un risque plus élevé d'être infectée tant par le VIH que par les autres maladies sexuellement transmissibles.

On peut ajouter que dans les sociétés où traditionnellement les femmes sont dans l'état de soumission, peu instruites, sexuellement subordonnées et dépendantes financièrement, les conséquences épidémiologiques sont graves. Elles ont des rapports sexuels avec les hommes beaucoup plus âgés ; qui, s'ils ont des multiples partenaires, ont multiplié également les risques d'être infectés, il est difficile pour ces femmes voire impossible d'exiger les rapports protégés. Le statut matrimonial a une influence certaine : plusieurs études ont montré que les taux de prévalence étaient plus élevés chez les femmes que les hommes, chez les séparés, chez les divorcés et chez les veufs ou veuves.

Les caractéristiques socio- démographiques et économiques sont nécessaires dans la connaissance des facteurs favorisant le suivi de l'épidémie. Plusieurs données s'articulent sur un échantillon des personnes venues au test de VIH.

Nous, nous voulons analyser un échantillon des malades ambulants VIH+. Face à cette situation, il y a lieu de se poser les questions suivantes.

- Les femmes seraient-elles plus affectées par le VIH et seraient-elles malades plus jeunes que les hommes ?
- Les personnes moins instruites, sans emploi, sans revenu et les non croyants seraient-ils plus infectés par le VIH/SIDA que les autres ?

Telles sont nos préoccupations dans ce travail.

4. HYPOTHESES

Compte tenu de cette problématique, nous nous sommes fixé les hypothèses suivantes.

- Les femmes seraient plus affectées par le VIH et seraient malades plus jeunes que les hommes.
- A priori, on peut penser que les personnes moins instruites, sans emploi, sans revenu et les non croyants seraient plus infectés par le VIH/SIDA que les autres.

Les éléments que nous venons de relever ci haut nous interpellent et nous donnent un moyen de se doter d'un fil conducteur qui va nous permettre de mener notre étude.

5. LES OBJECTIFS DU TRAVAIL

5.1. OBJECTIF GENERAL

- Analyser des PVVIH/SIDA en ce qui concernent les caractéristiques socio- démographiques et économiques des PVVIH/SIDA.

5.2. OBJECTIFS SPECIFIQUES

- Identifier la relation entre les variables démographiques et la séroprévalence du VIH/SIDA.
- Identifier la relation entre les variables socio - économiques et la séroprévalence du VIH/SIDA.
- Proposer des suggestions pour améliorer la prise en charge des PVVIH/SIDA.

6. METHODOLOGIE DU TRAVAIL

Pour vérifier nos hypothèses et atteindre nos objectifs, nous avons recouru à quelques outils de collecte des données et aux méthodes d'analyse.

6.1. TECHNIQUES DE COLLECTE DES DONNEES

Par la technique on entend un moyen pour atteindre un but. C'est un outil mis à la disposition de la recherche et organisé par la méthode dans ses buts. 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 recherche », (RWIGAMBA, 2001 : 19).

GRAWITZ, 1984 : 349 définit la technique comme une réponse à un comment ? « C'est un moyen d'atteindre un but, mais qui se situe au niveau des faits ou des étapes pratiques ». Ainsi, la technique sans méthode ne suffit pas comme la méthode sans technique ne serait pas efficiente.

Dans ce travail, nous avons utilisé les techniques suivantes :

6.1.1. Technique documentaire

En rapport avec notre étude, en vue de nous procurer des données et les informations souhaitées, nous avons fait recours à la technique orientée vers une fouille systématique des documents écrits, portant sur le domaine en étude.

Notre revue de la littérature a porté surtout sur les documents écrits tels que les ouvrages généraux, les rapports et les revues, les mémoires, les notes de cours, le site Internet et les autres documents mentionnés dans la bibliographie. Plus particulièrement nous avons fait une analyse des dossiers médicaux à l'aide d'un questionnaire.

6.1.2. Technique de questionnaire

Cette technique consiste à élaborer un questionnaire destiné à la population cible, plus précisément à l'échantillon de cette population en vue de répondre par écrit à ce questionnaire. Celui-ci doit être bien étudié à l'avance et devra laisser suffisamment de place entre les questions pour des réponses et commentaires éventuels, des personnes interrogées (RWIGAMBA, 2001 : 22).

Dans notre étude, nous avons employé le questionnaire avec les questions directes. Le questionnaire avec les questions directes est celui dont les réponses permettent de recueillir directement les renseignements dont on a besoin (MULUMBATI, 1980 cité par RWIGAMBA, 2001 : 23).

6 .2. ECHANTILLONNAGE ET POPULATION CIBLE

Pour vérifier nos hypothèses, nous nous sommes servis des résultats issus de l'enquête menée à la clinique du TRAC.

6.2.1. Population cible

Les conditions financières et matérielles ainsi que le temps limité ne nous ont pas permis de mener une étude sur toutes les PVVIH/SIDA fréquentant la clinique du TRAC.

Depuis la création de la clinique du TRAC en juillet, 2003 jusqu'aujourd'hui le centre a accueilli autour de 8500 PVVIH/SIDA : de juillet à décembre 2003 (1200 PVVIH/SIDA), en 2004 (4180 PVVIH/SIDA), de janvier à septembre 2005 (3120 PVVIH/SIDA). Parmi les 8500 PVVIH/SIDA, on retranche 1500 PVVIH/SIDA (décès et transférés) ce qui fait que le TRAC compte aujourd'hui autour de 7000 PVVIH/SIDA.

6.2.2. Echantillonnage

Suite au grand nombre de clients et aux moyens limités, nous avons analysé un échantillon de 200 dossiers médicaux, concernant la question de religion qui ne figure pas sur le dossier médical, nous avons interrogé 205 PVVIH/SIDA.

6.2.3. Les critères de choix de notre échantillon

6.2.3.1. Pour les dossiers médicaux

Nous avons compté 200 dossiers médicaux selon l'ordre de classement à partir du mois de juillet, 2005. Nous avons atteint 200 dossiers au début du mois de septembre, 2005. Nous avons préféré cette façon pour avoir des données récentes et pour prendre toutes les PVVIH/SIDA qui se sont présentées aux mois cités.

6.2.3.2. Pour les PVVIH/SIDA

Pour participer dans notre enquête, l'enquêté devait être une personne vivant avec le VIH/SIDA. Il devait être le client de la clinique du TRAC et avoir la volonté de participer à l'enquête. Enfin, il devait se présenter au TRAC entre le 01-15 septembre 2005.

6. 3. METHODES

Dans notre travail, nous ferons essentiellement recours à la méthode statistique, à la méthode comparative ainsi qu'à la méthode analytico-synthétique.

Une méthode est un ensemble ordonné de principes, de règles et d'opérations intellectuelles qui permettent d'atteindre un résultat après une analyse quelconque. Elle désigne un ensemble d'opérations logiques ordonnées, relatives à un problème de recherche déterminé (RWIGAMBA, 2002 : 31)

6.2.1. Méthode comparative

Elle permet de retrouver les éléments de ressemblance et de dissemblance entre les faits comparés. Elle permet de déceler les liens de causalité entre les facteurs générateurs des similitudes ou des différences entre les choses comparées (RWIGAMBA, 2001 : 34).

Dans notre étude, cette méthode nous a permis de comparer nos résultats à ceux d'autres chercheurs qui ont travaillé sur le VIH/SIDA.

6.2.2. La méthode statistique

La méthode statistique nous a aidée à pouvoir quantifier et chiffrer les résultats de la recherche. Ensuite, elle nous a permis de présenter ces résultats sous forme des figures et des tableaux.

6.2.3. Méthode analytico- synthétique

Cette méthode nous a été utile dans l'analyse et l'interprétation des résultats de la recherche et d'en tirer les conséquences y afférentes sous forme de synthèse.

7. SUBDIVISION DU TRAVAIL

Outre l'introduction générale où nous parlons du choix et intérêt du sujet, de la délimitation du sujet, de la problématique, des hypothèses, des objectifs du travail et de la méthodologie, notre travail s'articule autour de trois chapitres.

Le premier chapitre parle du cadre conceptuel et théorique. Nous donnons la définition des concepts-clés du sujet qui permettront aux lecteurs de comprendre le sujet et de cheminer avec nous tout le long de ce travail. Ensuite nous avons passé en revue les théories sur le sujet. Le deuxième chapitre analyse le VIH/SIDA et les caractéristiques démographiques. Le troisième chapitre traite le VIH/SIDA et les caractéristiques socio-économiques.

Enfin, une conclusion générale va clôturer notre travail, comprend la synthèse, les suggestions et les perspectives de recherches futures.

CHAPITRE 1 : CADRE CONCEPTUEL ET THEORIQUE

Pour éviter la confusion dans la compréhension de ce travail, il nous est très important de définir certains concepts et théories qui seront utilisés tout au long du travail.

1.1. DEFINITION DE PRINCIPAUX TERMES

Concepts relatifs au VIH/SIDA

VIH : Selon l'OMS (2002), le Virus de l'Immunodéficience Humaine « VIH » est responsable du SIDA chez l'être humain. Actuellement, deux types de VIH sont connus : le VIH1 et VIH2. Ces deux types de virus existent au RWANDA, mais c'est le VIH1 qui est le plus fréquent et le plus circulant. Ces deux types de VIH sont responsables de manifestations cliniques identiques. L'infection concomitante par les deux types de virus est possible.

SIDA : Selon l'OMS (2002), le SIDA signifie le Syndrome d'Immunodéficience Acquise.

Un syndrome signifie un ensemble de symptômes et de signes. L'immunité est la capacité de l'organisme à se défendre. La déficience traduit l'affaiblissement du système immunitaire. Acquise signifie que cette déficience n'est ni innée ni héréditaire mais acquise.

Le SIDA est le stade avancé de l'infection au VIH au cours duquel la personne infectée présente des infections opportunistes et un bilan biologique perturbé.

Le stade ultime et le plus grave dans l'éventail clinique de la maladie liée au VIH qui correspond à l'affaiblissement de l'organisme.

Infection opportuniste : C'est l'infection par un micro organisme qui normalement n'entraîne pas de maladie mais qui devient pathologique chez un individu dont le système immunitaire a été lésé, comme par exemple dans l'infection par le VIH (ONUSIDA, 2003 : 48).

Endémie : C'est la présence habituelle d'une maladie particulière à une région (LE MICRO ROBERT ,1992 : 442).

Epidémie : C'est le développement subite ou propagation rapide d'une affection contagieuse dans une région où elle sévissait à l'état simplement endémique ou au sein d'une communauté antérieurement indemne (RUSA, 2000).

Séroprévalence : C'est la proportion d'une population donnée, à un moment donné à un marqueur sanguin spécifique, par exemple les anticorps au VIH (ONUSIDA, 2003 : 48).

Personne vivant avec le VIH : C'est quelqu'un(e) qui présente des résultats positifs à un test sérologique du VIH, quel que soit le stade de la maladie, c'est-à-dire qui porte le virus.

Sidéen : C'est le patient atteint du VIH /SIDA qui est au stade clinique de la maladie

Nous venons de voir les concepts relatifs au VIH/SIDA, maintenant voyons les composantes des caractéristiques démographiques.

Les caractéristiques démographiques

L'âge : c'est la durée de vie d'une personne depuis la naissance. Il s'exprime en années, les variations de fréquence des maladies en fonction de l'âge sont plus importantes que les variations introduites par toute autre variable. On peut dire réellement que la maladie est caractéristique d'un âge donné, toutes les maladies sont associées à l'un ou de l'autre groupe d'âges (RUSANGANWA, 2001).

Le sexe : c'est la caractéristique démographique très importante qui permet de distinguer les hommes aux femmes, la vulnérabilité de l'homme et de la femme à la maladie et à la mort est différente. Les maladies qui affectent l'un ou l'autre sexe sont différentes (RUSANGANWA, 2001).

Etat matrimonial : Il s'agit de l'état ou de la situation des personnes par rapport au mariage. L'étude de la fréquence de la maladie en fonction de l'état

matrimonial du sujet montre des différences importantes. D'habitude, le fait de se marier est à l'origine d'une diminution importante du risque de mortalité.

En d'autres termes, les différentes catégories d'état matrimonial sont des groupes de population qui diffèrent par de nombreux facteurs (RUSANGANWA, 2001).

Les situations les plus couramment rencontrées :

Célibataire : Il s'agit de quelqu'un qui n'a jamais vécu en union matrimoniale.

Marié : Il s'agit de quelqu'un qui est dans l'état de mariage.

Mariage : C'est l'acte, la cérémonie ou la procédure qui établit un rapport légal entre mari et femme ;

L'union peut être rendue légale par une procédure civile ou religieuse ou toutes autres procédures conformément à la législation du pays.

Veuf ou veuve : C'est une personne qui a été mariée et dont le conjoint est décédé.

Divorce : c'est le mariage rompu au sens légal du terme.

Séparé : Le mariage n'est pas rompu au sens légal du terme mais les deux conjoints sont séparés (KAJEMBA, 2004).

Caractéristiques sociales

Religion : 1. C'est l'ensemble de croyances et de dogmes définissant le rapport de l'homme avec le sacré.

2. C'est l'ensemble de pratiques et de rites propres à chacune de ses croyances (PETIT LAROUSSE, 1990).

La religion peut avoir une influence sur l'apparition ou absence des maladies : Les pèlerinages religieux ont exercé de tout le temps une influence sur le développement des grandes épidémies. Les pèlerinages à la Mecque ont été à l'origine de recrutement d'épidémie de varioles, typhus etc....

On pense que la pratique de la circoncision chez les musulmans est l'un des hypothèses de la prévalence faible du VIH/SIDA dans les pays d'Afrique du Nord et d'Asie (RUSANGANWA, 2001).

La famille : D'après les Nations Unies (1970), la famille est composée par des membres du ménage qui sont apparentés à un degré déterminé par le sang, l'adoption, ou le mariage. Cette définition nous paraît vague car le critère de sang, d'adoption ou de mariage diffère fort d'une société à une autre.

Pour le démographe, la famille désigne un ensemble des personnes constitué des parents et des enfants y compris le cas où il n'y pas d'enfants et où le couple parentale a été réduit à une seule personne par rupture de l'union, par la mort ou la divorce (KAJEMBA, 2004).

Le ménage est en général un ensemble plus large que la famille, il est défini par les Nations Unies comme étant un groupe de personnes qui pourvoient en commun à leurs besoins alimentaires, à leurs propres besoins vitaux. Ou encore comme l'ensemble des individus vivant habituellement en commun au même foyer (même cuisine) (KAJEMBA, 2004).

Instruction : Pour saisir l'instruction au sein d'une population, trois types des données sont en général recueilli : l'aptitude à lire et à écrire, le degré ou niveau d'instruction, la fréquentation scolaire.

Aptitude à lire et à écrire : ce type de question permet de mesurer le degré d'analphabétisme.

Niveau d'instruction : Il s'agit de la dernière année d'études fréquentée. Selon les recommandations internationales on va essayer de distinguer : l'école maternelle, l'école primaire, l'école secondaire, et l'université en précisant la dernière année effectuée dans le niveau atteint.

Actuellement l'inégalité la plus manifeste qui pourrait exister entre les différents groupes sociaux paraît liée à des différences d'éducation et de niveau culturel. Dans notre société complexe, la mortalité infantile est d'autant plus

faible que le niveau d'éducation de la mère est élevé. De même en ce qui concerne la réponse à des conseils préventifs, des cadres réagissent plus vite que l'ouvrier.

Fréquentation scolaire : Les données sur la fréquentation scolaire concernant les individus en âge d'être scolarisés fréquentant à temps plein un établissement public ou privé au cours d'une période de temps récentes est bien déterminé (KAJEMBA, 2004).

Milieu de résidence : C'est le milieu où une personne habite effectivement durant un certain temps (LE MICROROBERT, 1992 : 1112). L'association de fréquence élevée de maladie avec certaines localisations géographiques particulières peut trouver son origine dans le milieu biologique, physique ou culturel. La fréquence élevée de VIH/SIDA est localisée en Afrique subsaharienne. A l'intérieur des pays, il peut y avoir d'autres localisations, à savoir le milieu urbain, le milieu rural et les différences au niveau des localités du pays (RUSANGANWA, 2001).

Terminons cette partie en présentant les caractéristiques économiques.

Les caractéristiques économiques :

La profession : Elle s'intéresse plus au genre d'établissement où le personnel travaille mais au genre de travail que la personne y effectue quel que soit sa branche d'activité et son statut professionnel.

Selon la Classification Internationale Types des Professions (CITP), révisé en 1968.

Les dix grands groupes généralement adoptés sont les suivants :

- Personnes exerçant une profession libérale, techniciens et assimilés.
- Directeurs et cadres administratifs supérieurs.
- Employeurs de bureau.
- Vendeurs.

- Agriculteurs, pêcheurs, chasseurs, forestiers.
- Miniers, carriers et travailleurs assimilés.
- Travailleurs de transports et communications.
- Artisanats, ouvriers de métier, ouvriers à la production et manœuvres non classés ailleurs.
- Travailleurs spécialisés dans les services, les sports et les activités récréatives.
- Personnes ne pouvant être classées ailleurs

Les membres des forces armées sont souvent classés dans 11^{ème} catégorie (KAJEMBA, 2004).

La profession est un élément important de la classe sociale. Il joue déjà un rôle important dans la distribution des maladies par cette intermédiaire. Le milieu du travail est un lieu communautaire où peuvent être discutés les problèmes de santé, ou des groupes sociaux structurés peuvent être approchés. Ce milieu pourrait, à ce titre, être l'action privilégiée de l'éducation sanitaire dans des domaines comme l'alcoolisme, la nutrition, VIH/SIDA,... (RUSANGANWA, 2001).

Revenu : C'est ce qui revient à quelqu'un, à titre d'intérêt, de rente, ou de salaire (LE MICROROBERT, 1992 : 1126).

1.2. HISTORIQUE DU VIH/SIDA

Bien que les origines du Virus de l'Immunodéficience Humaine (VIH) demeurent obscures, sa présence dans plusieurs continents des décennies avant la description des premiers cas de SIDA est communément admise.

Le 5 Juin 1981, les cinq premiers cas sont rapportés par le « Center for disease control » d'Atlanta décrivant chez les homosexuels masculins une infection rare, la pneumonie à *incumocystis carinii*. Dans les mois qui suivent,

ce sont les cas de sarcome de kaposi, tumeurs rarissimes chez le sujet jeune, qui sont observés, là aussi chez les homosexuels. De nos jours, on sait que ces tableaux cliniques alors décrits ne représentent que les formes très avancées de l'infection à VIH. A posteriori, le plus ancien malade européen avec des symptômes cliniques du SIDA est un marin anglais mort en 1959 (MICHEL et ROBERT, 1996).

En 1982, alors que cette nouvelle infection était habituellement désignée sous le nom de GRID5 (Gay Related ImmunoDeficiency Syndrome), le terme descriptif venait d'être unanimement accepté : AIDS, c'est-à-dire « Acquired ImmunoDeficiency Syndrome » ou Syndrome d'ImmunoDéfiance Acquise. Cela représente du reste une régularisation promontoire de la nomenclature, puisque la même année, on décrivait des cas haïtiens (des hémophiles, transfusés, puis des drogués par voie intraveineuse et des nouveaux nés).

En 1983, L. Montagnier, J. C Cherman et F. Babre – st - Noussi de l'Institut Pasteur de Paris isolent une particule virale de type C dans les lymphocytes ganglionnaires d'un malade. Ils l'appellent LAV (Lymphocytes-Adenopathy Associated Virus) ;

En 1984, R. Galle découvre le même virus et le dénomme HTLV-III (Human T. cell Lymphotrophine Virus Type III). Il sera redéfini par la suite VIH (Human ImmunoDeficiency Virus) ou VIH en français ;

En 1985, Barin et Coll ont montré qu'un autre virus humain, apparenté au VIH-1, mais plus proche d'un rétrovirus simien le VIS (Virus de l'Immunodéfiance Simienne) circule en Afrique de l'ouest ; le second virus du SIDA est appelé VIH-2.

Mais des études épidémiologiques ont apporté des arguments présomptifs en faveur d'une présence du VIH-2 en Afrique de l'ouest dès 1966.

En 1987, Manzarie et Coll ont isolé un virus appelé HTLV-V chez un patient présentant un lymphome T.

Récemment des variantes de VIH-1 et VIH-2 ont été isolées, notamment en Afrique ; il est possible que certains isolants s'éloignent des souches prototypes soient découvertes méritant d'être individualisés en VIH-3, VIH-X...

1.3. PRESENTATION DE LA SITUATION DE L'EPIDEMIE DANS LE MONDE

Le VIH/SIDA constitue un problème croissant, une urgence de santé publique. Dans de nombreux pays d'Afrique, la mortalité et la morbidité liées au VIH/SIDA provoquent d'importants renversements en matière de population et de développement.

Selon ONUSIDA/OMS, 2004 la situation de l'épidémie du SIDA au niveau mondial était comme suit :

L'Afrique subsaharienne reste de loin la région la plus touchée. Cette région compte un peu plus de 10% de la population mondiale mais abrite 60% de toutes les personnes vivant avec le VIH - environ 25,4 millions de personnes vivant avec le VIH à fin 2004, par rapport à 24,4 millions en 2002. Près de deux tiers de toutes les personnes vivant avec le VIH se trouvent en Afrique Subsaharienne, ainsi que des trois quarts (76%) de toutes les femmes vivant avec le VIH. on estime qu'en 2004, 3,1 millions de personnes y ont été infectées pour la première fois et 2,3 millions y sont morts du SIDA. Parmi les jeunes de 15-24 ans, on estime que 6,9% des femmes et 2,2% d'hommes y vivaient avec le VIH à la fin de l'année 2004 (ONUSIDA/OMS, 2004 : 19)

La prévalence du VIH chez les adultes est restée à peu près stable ces dernières années, mais cette stabilisation ne signifie pas nécessairement que l'épidémie ralentit. Bien au contraire elle peut masquer les pires phases de l'épidémie - avec un nombre à peu près égal de nouvelles infections à VIH et de décès dus au SIDA.

L'Afrique Australe reste la sous - région la plus gravement atteinte au monde - dans certaines consultations prénatales urbaines, la prévalence du VIH, qui était de l'ordre de 5% en 1990, dépasse maintenant les 25%. L'Afrique du Sud continue à regrouper le nombre le plus élevé au monde de personnes vivant avec le VIH. On estimait à 5,3 millions le nombre de personnes qui vivaient avec le VIH à la fin de 2003 - dont 2,9 millions de femmes. L'épidémie ne montre pas malheureusement aucun signe de fléchissement. La prévalence générale du VIH parmi les femmes enceintes était de 27,9% en 2003, contre 26,5% en 2002 et 25% en 2001. Les données les plus récentes font penser que cette prévalence continue à croître dans les tous les groupes d'âge, sauf chez les femmes enceintes de plus de 40 ans (ONUSIDA/OMS, 2004 : 23).

Les caraïbes constituent la deuxième région la plus touchée au monde. Le SIDA est devenu la principale cause de décès parmi les adultes de 15 à 44 ans. Plus de 440 000 personnes vivent avec le VIH aux Caraïbes, dont les 53 000 personnes qui ont contracté le virus en 2004. On estime que 36 000 personnes sont décédées du SIDA cette même année. Parmi les jeunes de 15 à 24 ans, on estime que 3,1% des femmes et 1,7 % des hommes vivaient avec le VIH à fin 2004. Dans la région de la communauté des caraïbes (CARICOM), 370 000 personnes vivent avec le VIH, dont 48 000 ont contracté le virus en 2004. Plus de 29 000 personnes y sont décédées au cours de l'année écoulé. Avec une prévalence moyenne du VIH chez l'adulte de 2,3%, les caraïbes constituent la deuxième région la plus touchée au monde (ONUSIDA/OMS, 2004 : 31)

En Asie, le niveau national d'infection par le VIH est relativement bas par rapport à celui d'autres continents. L'importance de la population dans certains pays d'Asie est néanmoins telle que, malgré une faible prévalence nationale, un grand nombre de personnes y vivent avec le SIDA. Selon les dernières estimations, 8,2 millions de personnes – 2,3 millions de femmes adultes – vivaient avec le VIH à la fin de 2004 et l'on comptait dans cette population 1,2 million de personnes infectées au cours de l'année précédente. Le SIDA a provoqué en 2004 quelques 540 000 décès. Chez les jeunes de 15 à 24 ans, 0,3% des femmes et 0,4% des hommes vivent avec le VIH fin 2004 (ONUSIDA/OMS, 2004 : 36)

En Europe Orientale et en Asie Centrale, le nombre de personnes vivant avec le VIH s'est considérablement accru en quelques années seulement, pour atteindre quelque 1,4 million à fin 2004. Ce chiffre représente une multiplication par plus de neuf en moins de 10 ans. Au cours de l'année écoulée, environ 210 000 personnes ont contracté une nouvelle infection à VIH et on estime à 60 000 le nombre de décès dus au SIDA. Parmi les jeunes de 15 à 24 ans, on estime que 0,8% des femmes et 1,7% des hommes vivaient avec le VIH à fin 2004. L'épidémie la plus grave et la plus fermement implantée se trouve en Ukraine, qui connaît une nouvelle vague d'infections, alors que la Fédération de Russie est confrontée à la plus importante épidémie de toute la région (ONUSIDA/OMS, 2004 : 47)

En Amérique Latine, plus de 1,7 million de personnes vivent avec le VIH en 2004, quelque 95 000 personnes sont décédées du SIDA et il s'est produit 240 000 nouvelles infections. Parmi les jeunes de 15 à 24 ans, on estime que 0,5% des femmes et de 0,8% des hommes vivaient avec le VIH à fin 2004. Deux

pays de cette région – le Guatemala et Honduras - ont une prévalence nationale du VIH chez les adultes supérieure à 1 % (ONUSIDA/OMS, 2004 : 57).

En Océanie, on estime à 35 000 le nombre de personnes qui vivent avec le VIH. Bien que l'on pense que moins de 700 personnes soient mortes du SIDA en 2004, on estime à 5 000 environ le nombre de nouvelles à VIH pour cette année. Parmi les jeunes de 15 à 24 ans, on estime que 0,2% des femmes et 0,2% des hommes vivaient avec le VIH à la fin de l'année 2004. Le nombre annuel de nouveaux diagnostics d'infection à VIH en Australie est progressivement passé de 650 en 1998 à environ 800 en 2002 (ONUSIDA/OMS, 2004 :62).

En Moyen - Orient et en Afrique du Nord, le VIH va renforcer sa présence. Les dernières estimations ne permettent pas d'en douter, avec 92 000 nouvelles infections à VIH au cours de l'année 2004. Celles – ci portent à 540 000 le nombre total des personnes vivant avec le VIH dans la région. On estime à 28 000 le nombre de décès dus au VIH en 2004. Chez les jeunes de 15 à 24 ans, 0,3% des femmes et 0,1% des hommes vivent avec le VIH à fin de l'année 2004.

Les modes de transmission de virus sont divers dans la région, notamment le commerce du sexe, les relations sexuelles entre les hommes et la consommation des drogues injectables, et tout permet de croire que l'épidémie se propagera encore.

Le Soudan reste le pays le plus affecté de la région avec une épidémie qui se concentre largement dans le sud. Les dernières estimations indiquent que plus de 2% de la population adulte vivaient avec le VIH fin 2003 (ONUSIDA/OMS, 2004 : 65).

En Amérique du Nord, Europe occidentale et Europe Centrale, en 2004 on a compté environ 64 000 nouvelles infections, ce qui porte le nombre de

personnes vivant avec le VIH dans ces régions à un total compris entre 1,1 million et 2,2 millions. Parmi les jeunes de 15 à 24 ans, 0.1% des femmes et 0.2 % des hommes vivaient avec le VIH à la fin de 2004. La large accessibilité des médicaments antirétroviraux qui permettent d'allonger la durée de vie a maintenu le nombre des décès dus au SIDA entre 15 000 et 32 000 pour cette année. Il y a néanmoins de sérieuses indications que les activités de prévention ne se maintiennent pas au niveau des épidémies en constant changement dans un certain nombre de pays.

Les rapport sexuels entre hommes et dans une moindre mesure, le recours à l'injection de drogues restent des facteurs notoires des épidémies pour ces pays, mais les schémas de transmission du VIH sont en train de changer (ONUSIDA/OMS, 2004 : 69).

Au RWANDA, l'épidémie du SIDA continue à être une grande préoccupation pour le RWANDA au regard de son impact socio-économique négatif sur la population et sur le développement du pays. Elle constitue à la fois un problème de santé publique et un problème de développement.

Selon CNLS (2005), depuis 1988, l'épidémie du SIDA au RWANDA est mesuré régulièrement par la séro surveillance sentinelle chez les femmes enceintes fréquentant les consultations prénatales. Selon les résultats de la sero surveillance en 2003 effectué par TRAC (Traetment Research Aids Center) la prévalence était de 5% au niveau national.

Par rapport aux femmes du milieu rural, les femmes en milieu urbain enregistrent une prévalence plus élevée de 13.5% pour la ville de Kigali, 6.3% pour les autres villes du pays, contre 3.2% pour le milieu rural.

L'analyse de la prévalence selon les différentes caractéristiques socio-démographiques montre que la prévalence est plus élevée dans la tranche d'âge de 25 à 29 ans (6.5%).

Par rapport au statut matrimonial, les femmes vivants seules enregistrent une prévalence plus élevée que celles vivant avec un conjoint, soit 9.2% contre 5%.

L'autre source de données sur la prévalence du VIH est le programme de Conseil et de Dépistage Volontaire (CDV/VCT). Ce programme qui a commencé en 1997 couvrait 214 sites jusqu' en Septembre 2005. La prévalence globale du VIH trouvée parmi les clients des sites CDV en 2004 était de 11.4%, les femmes étaient plus touchées avec une prévalence de 13.3% contre 9.6% chez les hommes. En Juillet 2005, cette prévalence était de 10.2% chez les femmes et 9.2% chez les hommes.

Les résultats de la dernière sero surveillance de Novembre 2005, effectuée sur un échantillon de 10385 dans tout le pays par le TRAC, le MINISANTE, et l'Institut national de statistique en collaboration avec DHS (Demographic and Health survey) la prévalence était 3% au niveau national. La séroprévalence était 2.2% chez les hommes et 3.6% chez les femmes. Le milieu urbain enregistrait 7.3% contre 2.2% dans le milieu rural. Dans le milieu urbain de la ville de Kigali la prévalence chez les femmes était 8.6% contre 5.8% chez les hommes. Ces résultats montrent une tendance à la baisse de l'infection. Mais, les campagnes de sensibilisation visant à la réduction de l'épidémie devraient se poursuivre (IMVAHO NSHYA N° 1629, 2005 : 8).

En ce qui concerne les comportements à risque de l'infection au VIH, d'après les enquêtes de surveillance comportementales menées en 2000 (chez les jeunes âgés de 15 à 19 ans, les camionneurs et les professionnelles du sexe),

l'âge moyen au premier rapport sexuel serait de 14 ans chez les filles et 13 ans chez les garçons (CNLS, 2005)

1.4. IMPACT SOCIO-ECONOMIQUE DU VIH/SIDA

Nombreuses familles sont affectées par le VIH/SIDA. Ces familles ont perdu non seulement les leurs, mais également leurs économies notamment dans la prise en charge médicale de leurs malades.

Beaucoup de familles au RWANDA ont pleuré la perte de leurs proches engendrée par une double tragédie : Celle du génocide de 1994 et du VIH/SIDA qui continue encore de faire pleurer les familles entières aujourd'hui.

Cela fait qu'il y ait beaucoup de familles monoparentales dirigées surtout par les femmes sans revenu et sans soutien. Lorsqu'on sait que 70% des femmes violées lors du génocide sont séropositives, on peut conclure qu'il y ait nécessité de prise en charge sociale de ces familles et de leurs orphelins (CNLS, 2001).

Par ailleurs, le SIDA affecté la qualité de l'enseignement en réduisant le nombre d'enseignants.

Le VIH/SIDA contraint les fonds disponibles pour l'éducation en les affectant aux programmes de lutte contre le SIDA.

Notons en passant que la baisse de la main d'œuvre, l'augmentation de l'absentéisme, l'accroissement des dépenses liées à la prise en charge médicale, l'épuisement du capital matériel des familles, l'augmentation des dépenses pour les survivants etc. Occasionnent la baisse de la productivité et donc de l'épargne. Le RWANDA est un pays agricole où 90% de sa population attachée aux activités agricoles vit en milieu rural. L'agriculture reste primitive et dépend du travail de l'homme (CNLS, 2001).

Avec des adultes actifs fortement touchés par l'épidémie du VIH, il est évident que le secteur agricole en souffre.

En effet, il y a perte des vies par les adultes d'âge actif, perte de la main d'œuvre, diminution de revenus des familles, perte de la maîtrise des techniques agricoles puisque les adultes qui connaissent ces techniques disparaissent progressivement, désorganisant des mécanismes sociaux traditionnels de solidarité.

1.5. PROJECTIONS DEMOGRAPHIQUES ET INFECTION DU VIH/SIDA

Les premières données rassemblées montrent qu'on peut espérer une rémission. Il y a des variables médicales et biologiques, les variables politiques et économiques et enfin les variables comportementales à tenir en compte.

La mise au point des médicaments, voire d'un vaccin contre l'infection à VIH/SIDA, n'est pas une condition suffisante pour éradication du SIDA, il faudrait également organiser des vaccinations systémiques, ce qui suppose une amélioration des moyens sanitaires. Cette amélioration serait en outre favorable à une moindre propagation des MST ; dont la présence semble agir sur le VIH/SIDA. Les variables politico-économiques non indépendantes des précédentes ont également une grande importance. La volonté politique doit se traduire aussi en réalité et des nombreuses actions pourraient contribuer à cette lutte.

Dans la mesure où l'émigration rurale permanente ou saisonnière aggrave le mal, toute politique freinant cette émigration doit faciliter le développement du monde rural.

Plus généralement, on peut penser que le progrès économique est favorable dans la mesure où il permet de dégager des moyens supplémentaires pour améliorer l'hygiène et les conditions sanitaires.

Une troisième série de facteurs concerne les comportements ; certains pensent qu'il faudrait favoriser l'usage du lait en poudre au lieu de l'allaitement maternel, dans la mesure où il y aurait risque de transmission du virus par le lait maternel. Mais les avantages de ce dernier l'emportent en raison de ses mérites nutritionnels et immunologiques indéniables, alors que les conditions d'hygiène dans lesquelles le lait en poudre est préparé sont, pour le moment, totalement insatisfaisantes.

D'autres évolutions de comportement auraient des effets réels contre la transmission du VIH/SIDA : l'utilisation des préservatifs, l'évolution vers davantage la fidélité, la diminution des rapports sexuels entre les jeunes et personnes plus âgées...

Ces ordres de grandeurs devraient conduire à des analyses beaucoup plus fines ils omettent des effets démographiques secondaires de la maladie. La valeur prédictive des perspectives démographiques reste, par ailleurs, limitée car les hypothèses retenues sont en réalité interdépendantes.

1.6. IMPACT DU VIH/SIDA SUR LES TENDANCES DEMOGRAPHIQUES

Le VIH/SIDA causera au cours des cinq prochaines années 15,5 millions de décès de plus que le chiffre qui aurait été autrement attendu dans les 45 pays les plus touchés par l'épidémie. Cependant, la croissance démographique devrait se poursuivre parce que la fécondité demeurerait plus élevée. Bien que l'on admette que le risque d'être infecté par le VIH/SIDA soit destiné à baisser sensiblement dans l'avenir surtout après l'an 2015, l'impact à long terme reste effrayant pour les 45 pays les plus touchés où l'économie a déjà diminué de près de 3 ans.

L'écrasante majorité des séropositifs, 95% du chiffre mondial vivent dans le monde en voie développement. Cette proportion ne manquera pas de grandir encore en mesure où les taux d'infection continue d'augmenter dans les pays où la pauvreté, la médiocrité des systèmes de santé et la maigreur des ressources disponibles pour la prévention et les soins, alimentent la diffusion du virus. Le VIH/SIDA fauche la population active, réduit les enfants à la condition d'orphelins et impose une immense charge aux systèmes de soins de santé et de protection sociale (AMAT-ROZE et DUMONT, 2004).

L'épidémie affecte la pyramide des âges, la composition par âge et par sexe d'une population, ce qui donne au VIH/SIDA une spécificité démographique. En effet, on considère généralement qu'une épidémie du VIH/SIDA, contrairement à la peste qui touchait uniformément tous les vivants indépendamment de l'âge, amoindrissait les effectifs des différentes générations, sans affecter la forme générale de la pyramide des âges, le SIDA quant à lui, privilégie certaines catégories de populations : les adultes masculins, qui ont une activité sexuelle relativement intense, les adolescentes qui ont des relations avec ces adultes, et enfin les nourrissons qui reçoivent la maladie de leurs mères. Cette sélection par l'âge peut avoir des effets dramatiques sur la composition des populations en creusant dans la pyramide des âges des vides semblables à ceux que provoquent les guerres, sans oublier la multiplication des orphelins et le vieillissement de la population.

Cette épidémie affecte la nuptialité et les mouvements migratoires. Certains gouvernements exigent des tests de dépistage du VIH/SIDA avant le mariage dans le but de prévenir la contamination. Cependant, certaines couples ne se conforment pas à des instructions et contractent des unions illégales. Ce qui entraîne éventuellement des risques de

contamination. Aussi, ces tests sont obligatoires pour l'acquisition d'un visa d'entrée pour certains pays.

1.7. LES FEMMES ET LE SIDA

L'épidémie de SIDA frappe toujours davantage des femmes et des filles. A l'échelle mondiale, un peu moins de la moitié de toutes les personnes vivant avec le VIH sont des femmes et des jeunes filles et cette proportion continue de s'accroître, notamment en Europe orientale, en Asie et en Amérique Latine. C'est dans les régions où les rapports sexuels sont un mode dominant de transmission du VIH, comme en Afrique subsaharienne et aux Caraïbes que le SIDA touche le plus gravement les femmes et les jeunes filles représentent près de 57% des adultes vivant avec le VIH en Afrique Subsaharienne. Globalement, trois quarts de toutes les femmes vivant avec le VIH dans le monde se trouvent dans cette région.

Selon une récente enquête dans les ménages, les femmes adultes en Afrique Subsaharienne ont 1.3 fois des risques d'être infectées par le VIH que leur homologues masculins (ONUSIDA, 2004 : 7).

C'est parmi les jeunes femmes de 15 à 24 ans que cette inégalité est la plus importante. Leur risque d'être infectée est trois fois plus élevé que celui de jeunes hommes du même âge.

En Afrique du Sud, en Zambie et au Zimbabwe, par exemple les jeunes femmes (entre 15 et 24 ans) ont de trois à six fois plus de risque d'être infectées que les jeunes hommes (Zambia Demographic and Health Survey, 2001 – 2002 ; Zimbabwe Young Adult Survey, 2001 – 2002 cité par ONU SIDA/OMS, 2004 : 7). Plus de trois quarts de tout les jeunes vivant avec le VIH dans ces pays sont les femmes (Bureau régional de l'OMS pour l'Afrique, 2003;

Reproductive Health Research Unit and Medical 2004, Cité par ONUSIDA/OMS, 2004 : 7).

Les femmes constituent près de la moitié des 420.000 adultes vivant avec le VIH aux Caraïbes, où les jeunes femmes de 15 à 24 ans ont près de deux fois plus de risque d'être infectées que les jeunes hommes (ONUSIDA, UNIFEM, UNFPA, 2004 :7).

Dans d'autres parties du monde, la plupart des infections à VIH sont provoquées par l'injection de drogues au moyen de matériel contaminé, par les rapports sexuels non protégés entre les hommes et par le commerce du sexe sans protection. Mais il est prudent de penser que ces épidémies sont limitées à des populations particulières. La plupart des consommateurs de drogues injectables sont jeunes et nombreux d'entre eux sont sexuellement actifs, risquant une double exposition au virus. Dans certains pays, notamment en Asie et en Europe Orientale, une proportion importante des professionnel (le) s du sexe s'injectent également des drogues. La plupart des clients masculins des professionnel (le) s du sexe ont d'autres partenaires sexuels, y compris leurs épouses et leurs amies régulières. Dans chaque région, une importante proportion des hommes qui ont des rapports sexuels avec les hommes en ont également avec les femmes.

Les femmes représentent 36% des 1.7 million d'adultes vivants avec le VIH en Amérique latine, où l'épidémie s'est en grande partie installé parmi les hommes ayant les rapports sexuels avec les hommes et les consommateurs de drogues injectables.

En Europe Orientale la proportion des femmes vivant avec le VIH augmente également progressivement. Dans cette région, les femmes représentent 34% des personnes vivant avec le VIH, par rapport à 33% il y a deux ans.

En Asie de l'Est, les femmes constituent 22% de tous les adultes vivant avec le VIH et 28% des jeunes (de 15 à 24 ans) vivant avec le VIH. En Asie du Sud Est et Sud Ouest, 30% des adultes (par rapport à 28% il y a deux ans) et 40% des jeunes vivant avec le VIH sont des femmes et de filles (ONUSIDA/OMS, 2004 : 7).

Partout dans le monde, l'impact croissant de l'épidémie sur les femmes se produit dans un contexte de graves inégalités entre les sexes, entre les classes et autres.

CONCLUSION PARTIELLE

Nous avons commencé par des termes clés figurant dans notre étude. Ensuite, nous avons fait un rappel historique depuis l'apparition du VIH jusqu'aujourd'hui. A ce point nous avons vu que les origines du VIH ne sont pas bien connues.

Nous avons vu la répartition du VIH dans le monde, l'Afrique subsaharienne était gravement touché. Cette région compte un peu plus de 10% de la population mondiale, mais abrite 60% de toutes les personnes vivant avec le VIH - environ 25.4 millions d'individus. Le Rwanda se trouve dans cette région (ONUSIDA/OMS, 2004 :19).

En général, partout dans le monde où le VIH est présent, les évolutions démographiques, les moyens politiques sanitaires et les données économiques subissent des contraintes liées à la diffusion de l'épidémie.

Le VIH frappe d'avantage les femmes et les filles surtout dans les régions où les rapports sexuels sont un mode dominant de transmission.

CHAPITRE 2. LA SEROPREVALENCE DU VIH/SIDA ET LES CARACTERISTIQUES DEMOGRAPHIQUES

Dans ce chapitre, nous allons présenter et analyser la prévalence du VIH/SIDA et les caractéristiques démographiques (âge, sexe et état matrimonial). Mais avant d'entamer ce chapitre, il s'avère nécessaire de faire la description du TRAC (Treatment Research Aids Center) qui est notre milieu d'étude.

2.1. PRESENTATION DU TREATMENT RESEARCH AIDS CENTER (TRAC)

2.1.1. HISTORIQUE DU TRAC

Le TRAC est une institution publique sous le contrôle du MINISANTE. Il est le résultat de nombreuses restructurations : en 1987, le Gouvernement Rwandais a fait des efforts pour ralentir la propagation du VIH/SIDA en mettant en place un Programme National de Lutte contre le SIDA (PNLS). En 1997, le Ministère de la santé a restructuré les activités du PNLS et lui a donné le mandat de coordonner les activités de lutte contre le SIDA au niveau national. Dans le contexte de cette restructuration, deux nouvelles institutions ont été créées : le laboratoire national de référence et le Centre Rwandais d'Information sur le SIDA (CRIS). Ces deux institutions devaient servir comme centres d'excellence en matière de dépistage et de conseil sur le VIH/SIDA. En novembre 2000, on a mis en place une nouvelle structure : la Commission Nationale de Lutte contre le SIDA (CNLS).

La CNLS traduit la volonté politique au plus haut niveau pour lutte contre la propagation de l'épidémie du VIH/SIDA. Comme la CNLS va reprendre les activités qui étaient auparavant exécutées par le PNLS, le rôle et le mandat du

PNLS devaient être revus. Idéalement, le PNLS ensemble avec le CRIS et le laboratoire national de référence devaient travailler ensemble, comme un centre de traitement et de recherche sur le VIH/SIDA (TRAC). Aujourd'hui, le TRAC travaille en tant que centre de recherche biomédicale sur le VIH/SIDA et comprend notamment le développement et l'adoption des stratégies opérationnelles sur le diagnostic du VIH au niveau des formations sanitaires, la prise en charge médicale des personnes vivant avec le VIH/SIDA ainsi que la surveillance de l'infection à VIH/SIDA.

2.1.2. LES OBJECTIFS DU TRAC

Le TRAC poursuit les objectifs ci – après :

- Promouvoir l'accessibilité aux services de dépistage et de conseils sur le VIH/SIDA.
- Améliorer la prise en charge clinique des personnes infectées par le VIH/SIDA.
- Conduire les études de surveillance épidémiologique et de recherche.

2.1.3. UNITES DU CENTRE

Le Centre de traitement et de recherche sur le SIDA s'occupe de différentes activités effectuées dans différentes unités : l'unité de prise en charge médicale et de traitement, l'unité de VCT/PMTCT, l'unité d'épidémiologie, l'unité d'administration, l'unité d'évaluation et de suivi et unité de TIC/ICT.

Notre étude va porter sur les personnes vivant avec le VIH/SIDA (PVVIH/SIDA) fréquentant la clinique ambulatoire de l'unité de prise en charge médicale et de traitement au TRAC.

2.1.4. ACTIVITES DE LA CLINIQUE AMBULATOIRE DU TRAC

La clinique ambulatoire du TRAC exerce les activités ci – après :

- Le counselling et dépistage volontaire
- Le traitement antirétroviraux des patients
- Le Suivi des patients sous des antirétroviraux
- Le traitement des infections opportunistes et infections sexuellement transmissibles

Après avoir fait cette brève description du TRAC, nous rappelons que la première hypothèse est énoncée comme suit : les femmes seraient plus affectées par le VIH et seraient malades plus jeunes que les hommes.

2.1.5. LA SEROPREVALENCE VIH/SIDA SELON L'AGE ET LE SEXE

Le VIH est une maladie qui se transmet surtout par voie sexuelle. De ce fait, il est probable qu'il est plus fréquent parmi les gens d'âges sexuellement actifs. Aussi, nous présentons la répartition des enquêtés par âge et par sexe.

Le tableau (1) montre la répartition des enquêtés selon l'âge et le sexe.

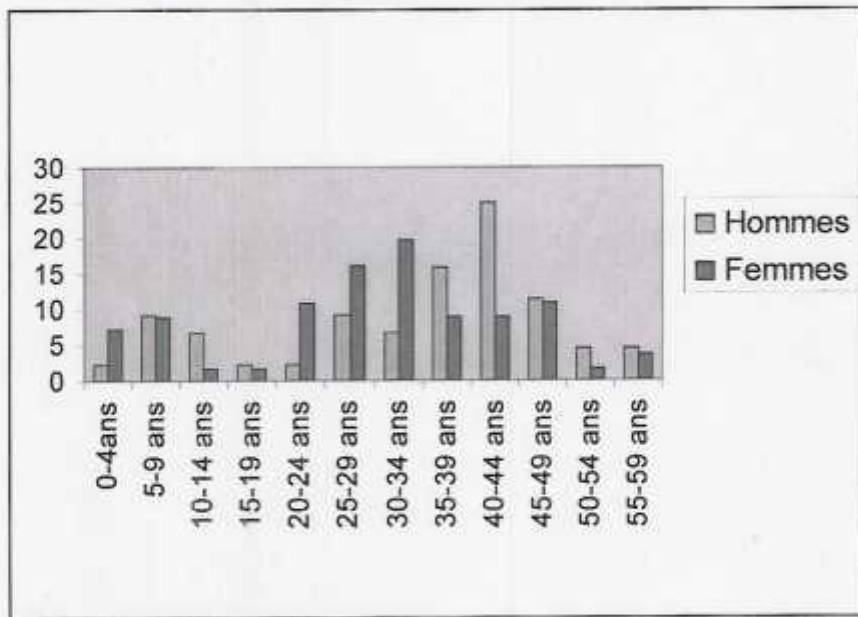
Tableau n°1 : Répartition des enquêtés selon l'âge et le sexe

Tranche d'âge	Sexe masculin		Sexe féminin		Total	
	Effectif	%	Effectif	%	Effectif	%
0-4ans	2	2.3	8	7.1	10	5.0
5-9 ans	8	9.1	10	8.9	18	9.0
10-14 ans	6	6.8	2	1.8	8	4.0
15-19 ans	2	2.3	2	1.8	4	2.0
20-24 ans	2	2.3	12	10.7	14	7.0
25-29 ans	8	9.1	18	16.0	26	13.0
30-34 ans	6	6.8	22	19.6	28	14.0
35-39 ans	14	15.9	10	8.9	24	12.0
40-44 ans	22	25	10	8.9	32	16.0
45-49 ans	10	11.4	12	10.7	22	11.0
50-54 ans	4	4.5	2	1.8	6	3.0
55-59 ans	4	4.5	4	3.6	8	4.0
Total	88	100.0	112	100.0	200	100.0

Source : Notre enquête, Septembre 2005

La figure suivante présente la répartition des enquêtés selon l'âge et le sexe.

Figure n°1 : Répartition des enquêtes par l'âge et le sexe selon les pourcentages



Source : Notre enquête, septembre 2005

A la lumière du tableau n°1, des indices de tendance centrale et de cette figure, il ressort que : 112 PVVIH/ SIDA, soit 56%, sont de sexe féminin contre 88 PVVIH/SIDA soit 44% de sexe masculin. En moyenne 112 femmes sur 88 hommes (127 femmes sur 100 hommes) vivent avec le VIH/SIDA. On remarque que les femmes sont les plus contaminées par rapport aux hommes.

Ces résultats sont presque identiques à ceux trouvés par la CNLS.

En effet, selon l'étude faite par le CNLS au Rwanda en 2004, la prévalence globale trouvée parmi les clients des sites CDV (Conseil et Dépistage Volontaire) était de 11.4%, les femmes étaient plus touchées avec une prévalence de 13.3% contre 9.6% des hommes, c'est-à-dire près de 139 sur 100 hommes. En juillet 2005, la prévalence était de 10.2% chez les femmes, et 9.2% chez les hommes c'est-à-dire près de 111 femmes sur 100 hommes (CNLS, Juillet 2005).

En novembre 2005, selon la sero surveillance effectuée sur un grand échantillon de 10385 dans tout le pays par le TRAC, le MINISANTE, l'Institut national de statistique et DHS était de 3% au niveau national. La séroprévalence

dans la ville de Kigali était 8.6% chez les hommes et 5.8% chez les femmes c'est-à-dire 148 femmes sur 100 hommes (IMVAHO NSHYA N°1629 :8)

Selon l'ONUSIDA/OMS (2004 : 21), en Afrique du Sud les femmes sont nettement plus affectées que les hommes par le VIH. On compte en moyenne 130 femmes vivant avec le VIH sur 100 hommes et l'écart ne cesse de se creuser.

En considérant les deux sexes, il ressort que les taux de séroprévalence sont très élevés entre 25-49 ans, ils représentent 66% des malades, étant donné que l'activité sexuelle est intense dans cette tranche d'âges.

Remarquons aussi que chez les enfants dès la naissance à 10 ans les taux de séroprévalence sont élevés (14%) de l'ensemble des malades.

Selon ONUSIDA/OMS (2004 : 19), la très grande majorité des enfants vivant avec le VIH contractent l'infection par leurs mères au cours de la grossesse, de l'accouchement ou de l'allaitement. En Afrique Subsaharienne environ 1.9 million d'enfants vivaient avec le VIH – près de 8% du total des personnes vivant avec le VIH dans la région.

En considérant les taux de séroprévalence par l'âge et par le sexe, les hommes de 35 – 49 ans ont une séroprévalence plus élevée, elle représente 52.3% des hommes. Chez le sexe féminin la séroprévalence du VIH/SIDA la plus élevée se rencontre chez les femmes âgées de 20 ans – 34 ans, elle représente 46.3%.

Pour analyser le tableau (1), nous calculons les indices statistiques

2.1.6. CALCUL DES INDICES STATISTIQUES

Dans notre analyse, nous utiliserons les indices de tendance centrale : la moyenne, la médiane et le mode.

La moyenne :

La moyenne est donnée par la relation

$$\text{Moyenne} = \sum_{i=1}^n \frac{Rixi}{N}$$

Avec

- R_i : nombre de cas par classe ;
- x_i : valeur centrale de la classe ;
- N : effectif total.

$$\text{Age moyen chez le sexe masculin} : \frac{2978}{88} = 33.8 \text{ans}$$

$$\text{Moyenne d'âge chez le sexe féminin} = \frac{3328}{112} = 29.7 \text{ans}$$

La moyenne des moyennes est donnée par la relation

$$\text{Moyenne des moyennes} = \frac{n_1 \times m_1 + n_2 \times m_2}{N}$$

$$\text{Moyenne d'âge pour les deux sexes} = \frac{112 \times 29.71 + 88 \times 33.84}{200} = 31.5 \text{ans}$$

Médiane :

La médiane est donnée par la formule

$$\text{Médiane} = \text{linfex} + a \left(\frac{\frac{N}{2} - Ricum}{R_i} \right)$$

Avec

- linfex : limite inférieure exacte,

- a : amplitude ;
- Ricum : répétitions cumulées ;
- Ri: répétition des classes.

Pour le sexe masculin la médiane est $= 34.5 + 5 \left(\frac{\frac{88}{2} - 34}{14} \right) = 38.07 \text{ans}$

Pour le sexe féminin la médiane est $= 29.5 + 5 \left(\frac{\frac{112}{2} - 52}{22} \right) = 30.4 \text{ans}$

Médiane pour l'ensemble de deux sexes $= 30.5 + 5 \left(\frac{\frac{200}{2} - 80}{28} \right) = 34.1 \text{ans}$

Le mode est donné par la relation

$$\text{Mode} = \text{linfex} + a \left(\frac{\Delta 1}{\Delta 1 - \Delta 2} \right)$$

Avec

- linfex : limite inférieure exacte,
- a : amplitude ;
- $\Delta 1$: différence entre la répétition la plus élevée et la répétition directement inférieure.
- $\Delta 2$: différence entre la répétition la plus élevée et la répétition directement supérieure.

Pour le sexe masculin le mode est $= 39.5 + 5 \left(\frac{22 - 14}{(22 - 14) + (22 - 10)} \right) = 41.5 \text{ans}$

Pour le sexe féminin le mode est $= 29.5 + 5 \left(\frac{22 - 18}{(22 - 18) + (22 - 10)} \right) = 30.7 \text{ans}$

Mode pour l'ensemble de deux sexes $= 39.5 + 5 \left(\frac{32 - 24}{(32 - 24) + (32 - 22)} \right) = 41.7 \text{ans}$

En moyenne les personnes de sexe masculin âgées de 34 ans vivent avec le VIH/SIDA. Chez le sexe féminin les personnes âgées de 30 ans vivent avec le VIH/SIDA. Pour les deux sexes, la moyenne se situe à l'âge de 32 ans.

L'âge médian avec lequel les hommes vivent avec le VIH/SIDA est de 38 ans tandis que chez les femmes est de 30 ans. Pour l'ensemble de deux sexes l'âge médian est de 34 ans. Le calcul de la moyenne montre que les femmes sont contaminées par le VIH/SIDA à l'âge plus bas que les hommes, une différence de 4 ans, quant à la médiane il y a une différence de 8 ans.

L'âge modal avec lequel beaucoup d'hommes vivent avec le VIH/SIDA est de 42 ans tandis que chez les femmes est de 31 ans. Ceci signifie que le groupe d'âges dans lequel les hommes sont plus malades est de 40 – 44ans. Pour les femmes, c'est 30 – 34ans, une différence de 10 ans

Pour l'ensemble de deux sexes l'âge modal est de 42 ans.

Nous constatons que les femmes sont contaminées par le VIH/SIDA à l'âge plus bas que les hommes quel que soit l'indice.

D'après ONUSIDA/OMS (2004 : 7), dans la plupart des pays, l'âge des femmes lors de l'infection est plus précoce que chez les hommes. Les différences des taux d'infection chez les hommes et chez les femmes sont particulièrement marquées parmi les jeunes de 15 – 24 ans.

Pour notre enquête, les jeunes filles âgées de 15 – 24 ans vivant avec le VIH/SIDA représentent 12.5% et les garçons 4.6% c'est – à - dire 272 jeunes filles sur 100 garçons. Des études récentes au sein de la population font penser que parmi, les personnes qui vivent avec le VIH/SIDA en Afrique Subsaharienne, on compte en moyenne 360 jeunes femmes pour 100 jeunes hommes (ONUSIDA/OMS, 2004 : 8).

Lors d'une étude entreprise chez les femmes de Harare (Zimbabwe), Durban et Soweto (Afrique du Sud), 66% des femmes interrogées ont signalé n'avoir connu qu'un partenaire au cours de leur vie, 79% n'avaient pas eu des rapports sexuels avant au moins leur 17^{ème} anniversaire, ce qui correspond à l'âge des premiers rapports sexuels dans la plupart des autres pays du monde et 78% ont déclaré avoir recours au préservatif. Il n'en reste pas moins que 40% de ces jeunes femmes étaient séropositives (MEEHAN et al. Cité par ONUSIDA/OMS, 2004 : 23) et nombreuses parmi elles sont celles qui ont été infectées même lorsqu'elles sont restées fidèles à un seul partenaire.

Les abus et la violence liés au sexe – presque toujours mais pas exclusivement dirigés à l'encontre des femmes – constituent des problèmes graves qui transcendent les disparités économiques, sociales, ethniques et géographiques. Les adolescents, les enfants, et tout particulièrement les jeunes femmes et les filles doivent faire face de façon croissante à des mauvais traitements (violences domestiques, viols, attaques d'ordre sexuel), et à une exploitation sexuelle ou des mutilations génitales. Dans certaines enquêtes effectuées en Ouganda, 46% des femmes ont déclaré subir régulièrement des violences physiques, les taux observés dans des études similaires au Kenya et en Zambie dépassent 40% pour certaines jeunes femmes, les premiers rapports sexuels se déroulent sous la contrainte ou par des rapports forcés - circonstances qui sont souvent liées à un risque accru de transmission du VIH (ONUSIDA/OMS, 2004 : 23).

Selon une étude de BUVE, et al cité par ONUSIDA/OMS (2004 : 11) ; on trouve que les rapports sexuels entre les femmes jeunes et ces hommes considérablement plus âgés sont courant dans de nombreux pays, notamment en Asie, aux Caraïbes et en Afrique Subsaharienne. Si en Asie, il se déroule dans le cadre de mariages (arrangés), dans de nombreux pays africains, le phénomène est plus diffus et souvent lié au prestige des familles qui s'associent à des fins

d'avantages mutuels, ou à des économies de la nécessité. Les rapports sexuels transactionnels et intergénérationnels sont fréquemment mêlés. Les chercheurs dans cette région d'Afrique ont montré par exemple que les hommes plus âgés aident souvent les familles des jeunes filles à couvrir certains besoins essentiels par exemple, les frais de scolarité, le coût des transports et l'approvisionnement en nourriture.

Les femmes ont beaucoup plus de risque que les hommes de contracter le VIH lors d'un seul acte sexuel non protégé avec un partenaire infecté par le VIH. Mais le fait que les femmes aient ou non des rapports sexuels et que ces derniers soient protégés ou non dépend souvent des décisions et des comportements de leurs partenaires masculins. Malheureusement, aucune méthode de prévention contrôlée par les femmes n'est encore disponible. Le préservatif féminin offre une protection à un nombre croissant de femmes, mais il exige toujours une part de négociation et la coopération de l'homme.

2.1.7. LA SEROPREVALENCE DU VIH/SIDA ET L'ETAT MATRIMONIAL

Le statut matrimonial a une influence sur la contamination du VIH/SIDA. Pour cela, nous allons analyser la séroprévalence du VIH/SIDA et l'état matrimonial.

Le tableau n°2 présente la séroprévalence du VIH/SIDA en fonction de l'état matrimonial et le sexe.

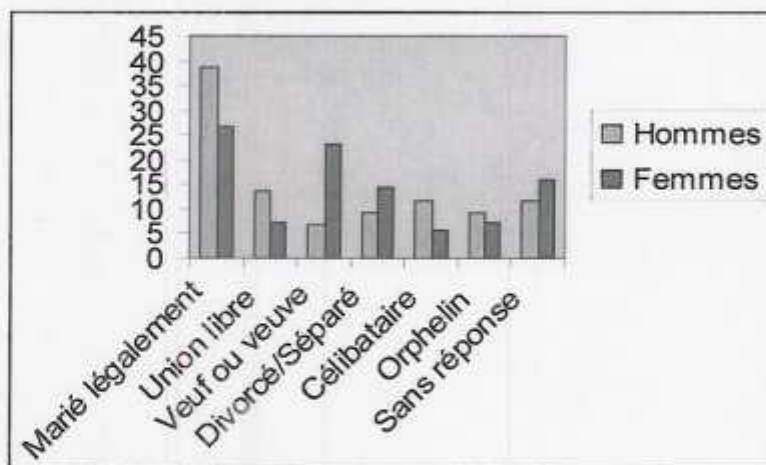
Tableau n°2 : Etat matrimonial, sexe et séroprévalence du VIH/SIDA

Etat matrimonial	Hommes		Femmes		Total	
	Effectif	%	Effectif	%	Effectif	%
Marié légalement	34	38.6	30	26.8	64	32.0
Union libre	12	13.6	8	7.1	20	10.0
Veuf ou veuve	6	6.8	26	23.2	32	16.0
Divorcé/Séparé	8	9.1	16	14.3	24	12.0
Célibataire	10	11.4	6	5.4	16	8.0
Orphelin	8	9.1	8	7.1	16	8.0
Sans réponse	10	11.4	18	16.1	28	14.0
Total	88	100.0	112	100.0	200	100.0

Source : Notre enquête, septembre 2005

La figure n°2 présente la répartition des enquêtés selon l'état matrimonial

Figure n°2: La répartition des enquêtés selon l'état matrimonial en pourcentages



Source : Notre enquête, septembre 2005

A la lumière du tableau n°2 et de cette figure, nous constatons que dans l'ensemble 84 enquêtés soit 42% des hommes et des femmes vivant avec le VIH/SIDA sont en union, c'est - à - dire mariés ou en union libre. Les hommes et les femmes en séparation (veufs ou veuves et divorcés /separés) sont 56 soit 28%. Les personnes non encore en union (célibataires et les orphelins) sont 32 soit 16%.

En considérant l'état matrimonial et le sexe, nous constatons que 46 soit 52.2% des hommes sont en union contre 38 soit 33.9% des femmes. Les hommes en séparation sont 14 soit 15.9% sont 42 soit 37.5% des femmes.

Selon une étude de la CNLS (2005), au Rwanda les femmes vivant seules enregistrent une prévalence plus élevée que celles vivant avec les conjoints, soit 9.2% contre 5% quant à nous, nous avons trouvé 44.6% contre 26.8%

Les femmes en séparation sont presque 2.5 plus atteintes que les hommes en séparation (37.5% contre 15.9%).

Dans une étude de CNLS (2001), on avait trouvé que beaucoup de veuves du génocide ont été violées pendant la guerre et sont la plupart des malades du SIDA.

J. F Gontanègre a trouvé qu'en 1990, 79% des séparés ou concubins malades étaient des femmes et que les veuves étaient 4 fois plus atteintes que les veufs (CNLS, 2001).

Selon notre enquête, les personnes non encore mariées de sexe masculin sont 18 soit 20.5 %, tandis que les personnes non encore mariés de sexe féminin sont 14 soit 12.5% de l'ensemble.

Dans l'ensemble, on remarque qu'en considérant l'état matrimonial et la séroprévalence du VIH/SIDA, les personnes de sexe féminin sont plus atteintes que les personnes de sexe masculin 94 contre 78.

2.1.8. LES CAUSES DU VEUVAGE

Nous venons de voir la séroprévalence du VIH/SIDA selon l'état matrimonial. Nous avons voulu savoir si le VIH/SIDA est la seule cause du veuvage pour les veufs/veuves.

Tableau n°3 : La répartition des veufs ou veuves selon les causes du veuvage

Cause du veuvage	Effectif	%
VIH/SIDA	8	25
Autres causes	24	75
Total	32	100

Source : Notre enquête, Septembre 2005

De ce tableau, nous avons voulu savoir la cause du veuvage des PVVIH figurant dans le tableau n°2. Nous avons trouvé que 8 PVVIH/SIDA soit 25% étaient veufs ou veuves car ils (elles) ont perdu leurs partenaires à cause du VIH/SIDA. Vingt quatre (24) enquêtés soit 75% sont veuves ou veufs à cause d'autres choses qui n'est pas le VIH/SIDA. Nous pouvons dire que le VIH/SIDA n'est pas la seule cause du veuvage. Au contraire, ces veufs ou veuves seraient contaminé au cours du veuvage cela confirme, la vulnérabilité de cette catégorie.

2.1.9. L'ETAT MATRIMONIAL DES PARENTS AYANT DES ENFANTS VIH+

Nous venons de voir la cause du veuvage, nous voulons savoir l'état matrimonial des parents ayant des enfants VIH+. L'objectif est de se rendre compte l'état matrimonial des parents qui ont contaminé leurs enfants.

Tableau n°4: Etat matrimonial des parents ayant des enfants VIH+.

Etat matrimonial	Effectif	%
Marié légalement	12	85.7
Veuve	2	14.3
Total	14	100

Source : Notre enquête, septembre 2005.

De ce tableau, 12 enquêtés soit 85.7% des enfants VIH+ proviennent des parents qui sont mariés légalement, contre 14.3% qui proviennent des veuves. Nous constatons que la majorité des enfants vivant avec le VIH/SIDA ont des parents qui se sont mariés légalement.

2.1.10. L'ETAT SEROLOGIQUE DES PARTENAIRES DES PVVIH/SIDA (POUR LES ADULTES)

Nous avons vu que l'état matrimonial a une influence certaine quant au séroprévalence du VIH/SIDA. Sur 200 enquêtés 140, ont été en union de façon qu'on peut connaître l'état sérologique de leurs partenaires.

Tableau n°5 : Etat sérologique du partenaire des PVVIH/SIDA (pour les adultes)

Etat sérologique du partenaire	Effectif	%
VIH+	62	44.3
VIH-	10	7.1
Décédé et VIH+	10	7.1
Non testé et décédé	16	11.4
Non testé	34	24.3
Ne sait pas	8	5.7
Total	140	100.0

Source : Notre enquête, septembre 2005.

De ce tableau, nous constatons que sur 132 PVVIH/SIDA, 62 soit 46.9% ont des partenaires VIH+, 50 soit 37.4% ne sont pas testés pour connaître leur état sérologique, mais 16 soit 11.4% d'entre eux sont déjà morts.

On se demande comment les personnes non testées en vie (34) soit 24.3% pourront être prises en charge, s'ils ne connaissent pas leurs état sérologique.

Ici, il faut insister sur IEC (Information, Education et Communication) pour changer leurs comportements.

CONCLUSION PARTIELLE

La première hypothèse selon laquelle les femmes seraient plus affectées par le VIH et seraient malades plus jeunes que les hommes a été confirmée.

Cent douze (112) femmes contre 88 hommes vivent avec le VIH/SIDA.

En mettant sur le rapport de masculinité, nous avons trouvé que 127 femmes sur 100 hommes vivent avec le VIH/SIDA. Les femmes sont plus contaminées que les hommes.

Selon le RGPH de 2002 dans la ville de Kigali, on y trouve 100 femmes sur 117.5 hommes. Cela explique qu'il y a beaucoup d'hommes que de femmes, mais les résultats de séroprévalence éprouvent l'inverse.

En considérant la séroprévalence par âge et par sexe. Les hommes âgés de 35ans - 49ans ont un taux de séroprévalence plus élevée, elle représente 52.3% Pour le sexe féminin la séroprévalence du VIH/SIDA la plus élevée se rencontre chez les femmes âgées de 20 ans – 34 ans elle représente 46.3%.

Les différences des taux d'infection chez les hommes et chez les femmes sont particulièrement marquées parmi les jeunes de 15 – 24 ans, 12.5% contre 4.6% de l'ensemble des PVVIH/SIDA.

En moyenne les hommes vivant avec le VIH/SIDA sont âgés de 34 ans. Chez les femmes, l'âge moyen est de 30 ans.

Le calcul de l'âge médian et l'âge modal montre les mêmes observations : l'âge médian pour les hommes est de 38 ans contre 30 ans pour les femmes. L'âge modal est de 42 ans pour les hommes et 31 ans pour les femmes.

Nous constatons que les femmes sont plus contaminées par le VIH/SIDA à l'âge plus bas que les hommes. Dans l'ensemble, on remarque en considérant l'état matrimonial et la séroprévalence du VIH/SIDA, les personnes de sexe féminin sont plus atteintes que les personnes de sexe masculin 94 contre 78.

Nous osons de dire que cette hypothèse a été vérifiée, confirmée, car la fréquence du VIH/SIDA est plus élevée chez les femmes que chez les hommes. Les femmes sont plus contaminées à l'âge plus bas que les hommes.

CHAPITRE 3. LA SEROPREVALENCE DU VIH/SIDA ET LES CARACTERISTIQUES SOCIO - ECONOMIQUES

Après avoir constaté que la séroprévalence varie avec l'âge, le sexe et l'état matrimonial des personnes, nous avons voulu savoir si cette séroprévalence est en relation également avec les variables socio – économiques.

Dans ce travail, nous parlerons du milieu de résidence, de l'instruction, de la religion, de la profession, de la situation familiale et du revenu.

Notre hypothèse, rappelons – le, est la séroprévalence plus élevée du VIH/SIDA chez les personnes moins instruites, sans emploi, sans revenu et les non croyants.

3.1. LA SEROPREVALENCE DU VIH/SIDA ET L'INSTRUCTION

Nous venons de voir la séroprévalence du VIH/SIDA selon le milieu de résidence, voyons maintenant la séroprévalence du VIH/SIDA et le niveau d'instruction.

Nous avons analysé 182 PVVIH/SIDA au lieu de 200, car les 18 PVVIH/SIDA de notre échantillon qui restent, sont des enfants âgées de moins de 7 ans, qui n'ont pas atteint l'école primaire.

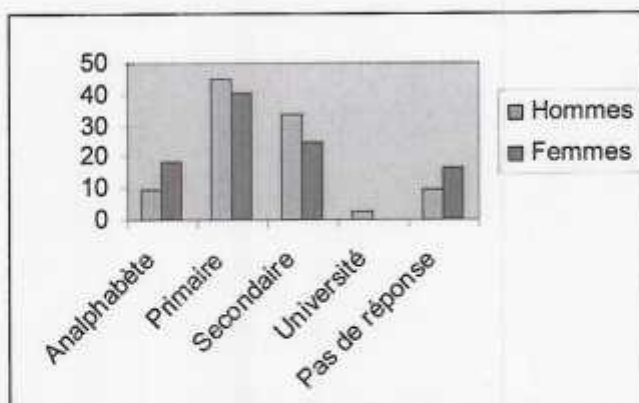
Tableau n°6 : Répartition des PVVIH/SIDA âgées de 7ans et plus selon le niveau d'instruction.

Niveau d'instruction	Hommes		Femmes		Total	
	Effectif	%	Effectif	%	Effectif	%
Analphabète	8	9.5	18	18.4	26	14.3
Primaire	38	45.2	40	40.8	78	42.9
Secondaire	28	33.3	24	24.5	52	28.6
Université	2	2.4	0	0.0	2	1.1
Pas de réponse	8	9.5	16	16.3	24	13.2
Total	84	100.0	98	100.0	182	100.0

Source : Notre enquête, septembre 2005

La figure n°3 présente la répartition des PVVIH/SIDA âgées de 7ans et plus et le niveau d'instruction.

Figure n°3 : Répartition des PVVIH/SIDA âgées de 7ans et plus selon le niveau d'instruction en pourcentage



Source : Notre enquête, septembre 2005

A la lumière du tableau n°6 et de cette figure, 26 PVVIH/SIDA soit 14.3% âgées au moins de 7ans sont analphabètes. Soixante dix huit (78) soit 42.2% ont été à l'école primaire. Cinquante deux (52) soit 28.6% ont été à l'école secondaire, 2 PVVIH/SIDA soit 1.1% ont fait l'étude universitaire. En comparant au RGPH (2002) dans la Ville de Kigali, les analphabètes étaient 14.6%, pour notre enquête nous avons trouvé qu'ils sont 14.3%. Ceux qui savent lire et écrire sont 72.6% pour notre enquête et pour le RGPH (2002) dans la ville de Kigali étaient 76.5% des résultats presque semblables pour notre enquête et au RGPH (2002).

Par ailleurs, nous constatons que la séroprévalence du VIH/SIDA diminue quand le niveau d'étude augmente.

Les analphabètes ne sont pas nombreux par rapport aux gens qui ont suivi l'école primaire (14.3% contre 42.9%) car, ils ne sont pas même nombreux dans la ville de Kigali, selon le RGPH étaient 14.6% contre 66.1%.

Les tendances à la baisse de l'éducation ont également des conséquences pour la croissance de l'épidémie. Car le niveau bas correspond à une grande proportion des PVVIH/SIDA. L'éducation peut être l'une des défenses essentielles contre la propagation du VIH.

Des études ont montré par exemple en Zambie, que le niveau d'infection à VIH étaient moins élevés parmi les individus mieux instruites (ONUSIDA/OMS en citant UNICEF, 2004 : 13), et au Kenya que les niveaux plus élevés d'éducation étaient liés à une sensibilisation et une connaissance accrue concernant le SIDA, à des taux plus important d'utilisation du préservatif et à une meilleure communication sur la prévention du VIH entre partenaires.

Pour l'ensemble de deux sexes selon les résultats de notre enquête en fonction que le niveau d'étude s'accroît le nombre des PVVIH/SIDA décroît.

Les hommes vivant avec le VIH/SIDA au niveau primaire sont 38 soit 45.2%, au niveau secondaire sont 28 soit 33.3 %, au niveau universitaire sont 2 soit 2.4%

Les femmes vivant avec le VIH/SIDA au niveau primaire sont 40 soit 40.8%, au niveau secondaire sont 24 soit 24.5%.

L'accès à l'éducation – pour les filles comme pour les garçons – doit être élargi. Il est particulièrement important de mettre en place des programmes permettant aux filles d'aller jusqu'à la fin de l'école secondaire et universitaire. Les données montrent que l'enseignement secondaire peut réduire considérablement la vulnérabilité des filles au VIH, car ces années d'école développent leurs compétences et améliorent leurs chances de parvenir à une plus grande indépendance économique.

Des efforts concertés sont nécessaires pour élargir les compétences essentielles générales, ainsi que l'éducation à la santé sexuelle et reproductive et pour améliorer la formation des enseignants afin que ces sujets soient enseignés avec efficacité.

3.2. LE POURCENTAGE DES PVVIH/SIDA ET LA POPULATION DE KIGALI SELON LE NIVEAU D'INSTRUCTION

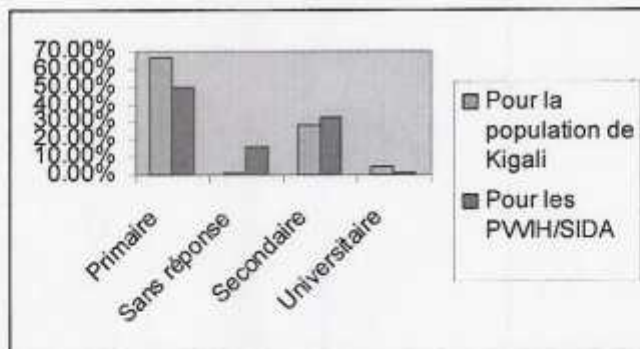
Nous allons comparer les PVVIH/SIDA de notre enquête selon le niveau d'instruction et la population de la ville de Kigali par même niveau. Nous avons analysé un échantillon de 156 enquêtés qui ont atteint au moins l'école primaire pour pouvoir comparer au tableau 16 du RGPH (Census 2002 in Brief, : 32) qui montrent les pourcentages à partir de l'école primaire.

Tableau n°7 : Pourcentages des PVVIH/SIDA et la population de la ville de Kigali selon le niveau d'instruction

Niveau d'instruction	Pour la population de Kigali	Pour les PVVIH/SIDA
Primaire	66.1%	50.0%
Secondaire	27.8%	33.3%
Universitaire	5.0%	1.3%
Sans réponse	1.0%	15.4%
Total	100.0%	100.0%

Source : Notre enquête, septembre 2005

Fig. 4. Pourcentage des PVVIH/SIDA et la population de la ville de Kigali selon le niveau d'instruction



Source : Notre enquête, septembre 2005

Les gens de la ville de Kigali qui ont le niveau primaire au RGPH 2002, étaient 66.1% et pour les PVVIH/SIDA notre enquête sont 59.1%.

Les gens du secondaire à Kigali étaient 27.8% au RGPH de 2002 et pour notre enquête nous avons trouvé 33.3% - PVIH/SIDA. Pour l'université au RGPH de 2002 étaient 5.0% et pour notre enquête nous avons trouvé 1.5% PVVIH/SIDA.

Nous constatons qu'au fur et à mesure que le niveau d'étude augmente, la contamination par le VIH/SIDA diminue.

3.3. LA SEROPREVALENCE DU VIH/SIDA ET LA RELIGION

Concernant la religion nous avons interrogés tous les PVVIH/SIDA qui se sont présentés du 1^{er} au 15 Septembre, ce qui donne en tout un effectif de 205 enquêtés.

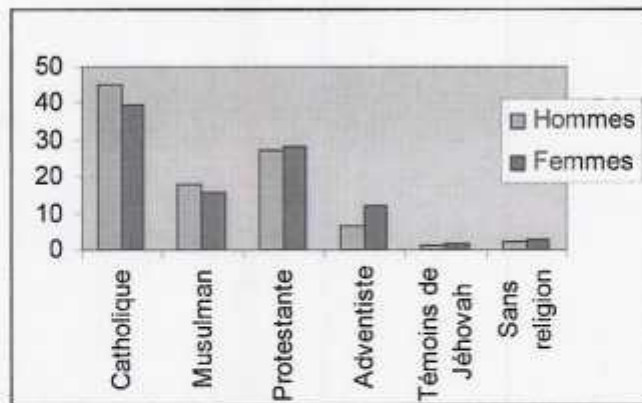
Tableau n°8 : La répartition des PVVIH/SIDA et la religion

Religion	Hommes		Femmes		Total	
	Effectif	%	Effectif	%	Effectif	%
Catholique	40	44.9	46	39.7	86	42.0
Musulman	16	18.0	18	15.5	34	16.6
Protestante	24	27.0	33	28.4	57	27.8
Adventiste	6	6.7	14	12.1	20	9.8
Témoins de Jéhovah	1	1.1	2	1.7	3	1.5
Sans religion	2	2.2	3	2.6	5	2.4
Total	89	100.0	116	100.0	205	100.0

Source : Notre enquête, Septembre 2004

La figure n°5 présente la répartition des PVVIH/SIDA selon la religion.

Figure n°5 : La répartition des PVVIH/SIDA selon la religion en pourcentages



Source : Notre enquête, Septembre 2005

A la lumière du tableau n°8 et de cette figure, nous remarquons que sur 205 PVVIH/SIDA interrogés, 5 seulement soit 2.5% n'ont pas de religion, 200 PVVIH/SIDA soit 97.6% fréquentent des religions différentes à des pourcentages différents.

Quatre vingt (86) PVVIH/SIDA soit 42.0% sont des catholiques, 34 PVVIH/SIDA soit 16.6% sont des musulmans, 57 PVVIH/SIDA soit 27.8% sont des protestants, 20 PVVIH/SIDA soit 9.8% sont des adventistes, 3 PVVIH/SIDA soit 1.5% sont des témoins de Jéhovah.

Le RGPH 2002, a montré que dans la ville de Kigali, il y avait 44.9% des catholiques par rapport aux autres croyants, pour notre enquête nous avons trouvé 42% catholiques vivant avec le VIH/SIDA par rapport aux autres croyants de notre étude, les protestants étaient 24.6% dans la ville de Kigali contre 27.8% protestants pour notre enquête, même chose pour les adventistes qui étaient 10.7% dans la ville de Kigali contre 9.8% pour notre enquête, les témoins de Jéhovah étaient 1.4% contre 1.5% pour notre enquête.

Les sans religion étaient 2.5% au RGPH (2002) nous, nous avons trouvé 2.4%.

Quant aux musulmans, il y a une différence significative entre le RGPH et les résultats de notre enquête. Au RGPH, dans la ville de Kigali, on a trouvé

8.8% des musulmans et au cours de notre enquête nous avons trouvé 16.6 % vivant avec le VIH/SIDA par rapport aux autres.

On se demande pourquoi chez les musulmans on y trouve beaucoup de personnes infectées ?

NIYITEGEKA (2005 : 75) dans son étude portant sur les connaissances, les attitudes et les comportements en matière de la santé reproductive chez des adolescents rwandais a trouvé que 60% des musulmans étaient sexuellement actifs par rapport aux autres religions.

3.4. LA SEROPREVALENCE DU VIH/SIDA ET L'OCCUPATION

L'occupation peut jouer un rôle dans la distribution des maladies, quant au VIH/SIDA, elle peut – elle avoir une influence ?

Tableau n°9 : La séroprévalence du PVVIH/SIDA et l'occupation (pour les adultes)

Occupation	Hommes		Femmes		Total	
	Effectif	%	Effectif	%	Effectif	%
Occupés	76	86.4	54	48.2	130	65
Non occupés	8	9.1	44	39.3	52	27
Enfants de – de 7ans	4	4.5	14	12.5	18	9
	88	100.0	112	100.0	200	100.0

Source : Notre enquête, Septembre 2005

De ce tableau nous constatons que sur 200 enquêtés, 130 PVVIH/SIDA soit 65% ont déclaré avoir une occupation au cours de 10 ans, 52 enquêtés soit 27% n'ont pas d'occupation, 18 enquêtés soit 9% des enquêtés sont des enfants

âgés de moins de 7ans qui n'ont pas encore eu l'occupation soit de types scolaire.

Soixante seize 76 hommes soit 86.4% ont une occupation tandis que 8 hommes soit 9.1% n'ont pas d'occupation. Chez les femmes 54, soit 48.2% ont une occupation tandis que 44 femmes soit 39.3% n'ont pas d'occupation.

En moyenne, 86.4% d'hommes ont une occupation contre 48.2% de femmes. C'est – à – dire qu'on compte près de 56 femmes qui ont une occupation sur 100 hommes.

Près de 39.3% de femmes sur 9.1% d'hommes n'ont pas une occupation, c'est - à- dire 432 femmes qui n'ont pas d'occupation sur 100 hommes.

Nous remarquons que beaucoup de femmes vivant avec le VIH/SIDA par rapport aux hommes n'ont pas une occupation. Cela peut être un facteur de vulnérabilité.

3.5. LA SEROPREVALENCE DU VIH/SIDA ET LA PROFESSION

Depuis l'apparition du VIH/SIDA, à nos jours, la séroprévalence est différente selon les types de profession. Voyons les résultats de notre enquête selon les types de profession.

Tableau n°10 : La répartition des PVVIH/SIDA et la profession

Profession	Hommes		Femmes		Total	
	Effectif	%	Effectif	%	Effectif	%
Fonctionnaire privé	8	9.1	0	0.0	8	4.0
Fonctionnaire public	2	2.3	6	5.4	8	4.0
Ecoliers	10	11.4	8	7.1	18	9.0
Elèves	4	4.5	0	0.0	4	2.0
Commerce	6	6.8	8	7.1	14	7.0
Vendeur	0	0.0	14	12.5	14	7.0
Cultivateur	6	6.8	12	10.7	18	9.0
Chauffeur	10	11.4	0	0.0	10	5.0
Technicien	24	27.3	0	0.0	24	12.0
Militaire	0	0.0	0	0.0	0	0.0
Autres	6	6.8	6	5.4	12	6.0
Sans emploi	8	9.1	44	39.3	52	26.0
Enfants de - de 7ans	4	4.5	14	12.5	18	9.0
Total	88	100.0	112	100.0	200	100.0

Source : Notre enquête, septembre 2005

A la lumière de ce tableau, sur 130 PVVIH/SIDA figurant dans tableau n°9 qui disent avoir l'occupation, 22 d'entre eux soit 11% sont des écoliers et élèves qui sont classés dans la population inactive.

En général 108 PVVIH/SIDA soit 54% ont une profession.

Les militaires représentent 0% car leur prise en charge se fait à l'hôpital militaire de Kanombe. Nous remarquons que le VIH/SIDA est présent dans tous

les types de profession avec prédominances chez les techniciens (12%), les écoliers/élèves (11%) et les cultivateurs 9%.

Selon J. F Gotanègre en 1990 a constaté que la maladie a d'abord affecté les populations urbaines instruites, les employés du secteur formel de sexe masculin (fonctionnaires, artisans, salariés, commerçants, militaires, chauffeurs routiers), et les populations féminines prostituées, puis s'est étendue à la toutes les catégories sociales et en milieu rural aux femmes agricultrices (CNLS, 2001).

En tenant compte de la répartition du VIH/SIDA selon la profession et le sexe, chez les hommes la prédominance du VIH/SIDA se trouve chez les techniciens (27.3%), les écoliers/ élèves (15.9%), puis les chauffeurs (11.4%).

Chez les femmes la prédominance du VIH/SIDA se trouve chez les vendeurs (12.5%), les cultivateurs (10.7%).

3.6. LA SEROPREVALENCE DU VIH/SIDA ET L'ACCOMPAGNEMENT

Le tableau (11) montre la répartition des enquêtés et l'accompagnement.

Tableau n°11 : séroprévalence du VIH/SIDA et l'accompagnement

Situation familiale	Effectif	%
Famille	146	73
Amis	20	10
Seul	10	5
Tuteur	18	9
Sans réponse	6	3
Total	200	100

Source : Notre enquête, septembre 2005

De ce tableau nous constatons que 146 PVVIH/SIDA, soit 73%, vivent en famille. Ils devraient avoir un encadrement suffisant en famille pour ne pas attraper le VIH/SIDA, malgré cela ils sont contaminés.

Par contre 20 PVVIH/SIDA soit 10% vivent avec les amis, 10 soit 5% vivent seul. Vivre seul avec le PVVIH/SIDA, c'est un problème majeur surtout au stade avancé où quelqu'un d'autre est nécessaire pour aider le malade du SIDA, 18 enquêtés soit 9% vivent chez les tuteurs.

3.7. LA SEROPREVALENCE DU VIH/SIDA ET LE REVENU

La séroprévalence du VIH/SIDA et la situation familiale nous amène à analyser la source de revenu des PVVIH/SIDA fréquentant la clinique du TRAC.

Tableau 12 : Source de revenu du ménage des PVVIH/SIDA fréquentant la clinique du TRAC

Source de revenu	Effectif	%
Patient lui-même	130	65
Conjoint	12	6
Parents	26	13
Tuteur	16	8
Sans réponse	16	8
Total	200	100

Source : Notre enquête, septembre 2005

De ce tableau nous voyons que 130 PVVIH/SIDA, soit 65%, doivent chercher de l'argent eux-mêmes pour survivre. Pour d'autres leur prise en charge se fait par leurs conjoints, parents ou tuteurs.

Au fur et à mesure que le temps avance, les PVVIH/SIDA deviennent dépendantes des autres. Elles n'ont pas de force de travailler et perdent leurs sources de revenu, ce qui fait que les 130 PVVIH/SIDA soit 65% qui ont l'occupation la perdront progressivement.

3.8. LE REVENU PAR MENAGE ET PAR MOIS DES PVVIH/SIDA

Nous venons de voir la source de revenu du ménage des PVVIH/SIDA fréquentant la clinique du TRAC. Nous allons évaluer le revenu net par ménage et par mois des PVVIH/SIDA.

Tableau 13 : L'argent gagné par les PVVIH/SIDA par mois

Revenu net / ménage /mois en Frw	Hommes		Femmes		Total	
	Effectif	%	Effectif	%	Effectif	%
Indigents	8	9.1	44	39.3	52	26.0
Sans revenu	14	15.9	8	7.1	22	11.0
<50 000	48	54.5	40	35.7	88	44.0
50 000 – 100 000	6	6.8	4	3.6	10	5.0
100 000 – 200 000	6	6.8	2	1.8	8	4.0
200 000 – 300 000	0	0.0	0	0.0	0	0.0
300 000 – 600 000	2	2.3	0	0.0	2	1.0
Enfants de – de 7ans	4	4.5	14	12.5	18	9.0
Total	88	100.0	112	100.0	200	100.0

Source : Notre enquête, Septembre 2005

A la lumière de ce tableau, nous remarquons que 52 PVVIH/SIDA soit 26% sont indigents, 88 PVVIH/SIDA soit 44% gagnent une somme d'argent

inférieure à 50 000 Frw par mois. L'argent que le ministère de la santé juge insuffisant de façon que leur contribution à la prise en charge de leur maladie est nulle.

En comparant avec le tableau n°10, nous constatons que 130 PVVIH/SIDA qui disent avoir l'occupation, 88 parmi eux gagnent une somme inférieure à 50 000 Frw par mois, 22 PVVIH/SIDA n'ont pas de revenu car sont des écoliers et des élèves. Vingt (20) enquêtés seulement soit 10%, gagnent une somme supérieure à 100 000 Frw.

En tenant compte de la répartition de revenu par sexe, 44 indigents soit 39.3% sont des femmes contre 8 soit 9.1% des hommes. Nous constatons que beaucoup d'indigents sont des femmes. Quarante huit (48) enquêtes soit 54.5% sont des hommes qui gagnent une somme inférieure à 50 000 Frw contre 40 femmes soit 35.7%. Quatorze (14) soit 15.9% sont des hommes qui gagnent une somme supérieure à 100 000 Frw contre 6 femmes soit 5.4% des femmes. En général, 62 enquêtés soit 70.4% sont des hommes qui gagnent au moins 50 000 Frw par mois contre 46 femmes soit 41.1%. Nous remarquons que beaucoup d'hommes gagnent de l'argent par rapport aux femmes.

Les PVVIH/SIDA sont de plus en plus pauvres, au fur et à mesure que leur temps et leurs argents sont absorbés davantage par les soins. Leurs chances de poursuivre l'instruction, de parvenir à une certaine indépendance financière grâce à l'obtention d'un revenu, ou de développer leurs compétences s'évanouissent.

Selon une étude effectuée par RUGALEMA en 1999 cité par ONUSIDA/OMS (2004 : 16) ; on a constaté qu'en Afrique du Sud, plus de 40% des ménages touchés, le dispensateur de soins principal avait dû prendre congé au travail ou à l'école pour s'occuper d'un malade du SIDA. Des familles entières sont touchées lorsque les femmes doivent se détourner de leurs tâches de production. Cette étude a montré que les femmes consacrent jusqu'en 50%

moins de temps aux travaux agricoles lorsque leur conjoint est gravement malade.

3.9. LA CHARGE FAMILIALE DES PVVIH/SIDA

Dans le sous chapitre qui précède, nous venons de voir que la majorité des PVVIH/SIDA gagnent une somme insuffisante qui ne couvre pas leurs besoins. Malgré cela elles ont d'autres personnes à charge.

Tableau n°14: Nombre de personnes à charge des PVVIH/SIDA fréquentant la clinique du TRAC (adultes)

Nombre de personnes à charge	Effectif	%
1 à 2	60	36.6
3 à 4	40	24.4
5 à 6	40	24.4
7 à 8	16	9.8
9 à 10	6	3.6
11 et plus	2	1.2
Total	164	100

Source : Notre enquête, septembre 2005

De ce tableau nous constatons que les PVVIH/SIDA ont d'autres personnes à charge.

Soixante (60) des PVVIH/SIDA soit 36.6% ont 1 à 2 personnes à leurs charge, 40 des PVVIH/SIDA soit 24.4% ont 3 à 4 personnes à leurs charge et 40 PVVIH/SIDA soit 24.4% ont 5 à 6 personnes à charge, 16 soit 9.8 % ont plus de 7 personnes à charge.

En comparant avec le tableau précédant, nous constatons que les PVVIH/SIDA sans revenu suffisant doivent prendre à charge autres personnes.

CONCLUSION PARTIELLE

La deuxième hypothèse selon laquelle les personnes moins instruites, sans emploi, sans revenu, et les non croyants seraient plus infectés par le VIH/SIDA que les autres, a été infirmée.

En tenant compte du niveau d'instruction, on trouve que 132 enquêtés sur 182 soit 72.6% sont instruits. Concernant la répartition selon le sexe, sur 98 femmes enquêtées 64 (63.5%) et, 68 hommes enquêtés sur 84 (80.9%) ont été au moins à l'école primaire.

Le tableau n°8 a montré que 205 PVVIH/SIDA 200 soit 97.6% fréquentent des religions différents.

Le tableau n°9 a montré que sur 200 PVVIH/SIDA, 130 PVVIH/SIDA soit 65% ont déclaré avoir un emploi au cours de 10 ans. Selon la répartition par sexe 76 hommes soit 86.4% et 54 femmes (48.2%) ont une occupation.

Le tableau n°13 a montré qu'en totalisant les PVVIH/SIDA qui gagnent de l'argent par mois, on trouve que 108 PVVIH/SIDA gagnent au moins 50 000 milles Frw.

Bref, nous pouvons dire que notre hypothèse a été vérifiée, mais infirmée, car la séroprévalence du PVVIH/SIDA est plus élevée même chez les gens instruits, les personnes avec emploi, les personnes avec revenu aussi bien que chez les croyants.

CONCLUSION GENERALE

1. SYNTHESE DU TRAVAIL

Notre travail a porté sur « les caractéristiques socio-démographiques et économiques des personnes vivant avec le VIH/SIDA fréquentant la clinique du TRAC. L'étude a été réalisée sur deux échantillons différents. L'un a consisté à une analyse de 200 dossiers médicaux de juillet, août, septembre en 2005 à l'aide d'un questionnaire. L'autre échantillon était constitué par 205 personnes interrogées du 1^{er} au 15 septembre 2005 sur la question de religion qui ne figure pas dans les dossiers médicaux.

L'objectif principal de notre étude était de déterminer les caractéristiques socio-démographiques et économiques des PVVIH/SIDA fréquentant la clinique du TRAC, raison pour laquelle nous avons mené notre enquête auprès de ces dernières.

Dans la partie introductive de notre étude, nous avons montré l'ampleur du problème que le VIH/SIDA pose. C'est dans cette partie que nous avons énoncé nos hypothèses selon lesquelles les femmes seraient plus affectées par le VIH et seraient malades plus jeunes que les hommes.

On pense aussi que les personnes moins instruites, sans emploi, sans revenu et les non croyants seraient plus infectées par le VIH/SIDA que les autres.

Dans le premier chapitre nous avons défini les principaux termes figurant dans notre étude et une théorie sur le VIH/SIDA a été développée.

Pour vérifier ces hypothèses et atteindre les objectifs fixés au départ, nous avons eu à recourir aux techniques suivantes :

-La technique documentaire pour recueillir les différentes idées à travers des écrits surtout, en vue de réaliser un cadre conceptuel et théorique bien fouillé, plus particulièrement nous avons fait une analyse des dossiers médicaux à l'aide d'un questionnaire.

-Le questionnaire pour récolter les données sur les caractéristiques socio-démographiques et économiques des PVVIH/SIDA fréquentant la clinique du TRAC.

Nous avons aussi employé différentes méthodes notamment la méthode comparative, la méthode statistique, la méthode analytico-synthétique. Ces différentes méthodes nous ont aidé à analyser les différentes facettes du problème et à faire une présentation sommaire et succincte du travail.

Au terme de notre travail la première hypothèse a été confirmée et la deuxième hypothèse a été infirmée.

A la fin de notre travail, la première hypothèse a été confirmée, car le VIH/SIDA est plus élevé chez les femmes que chez les hommes et les femmes sont plus contaminées à l'âge plus bas que les hommes. Quant à la deuxième hypothèse les résultats exposés au troisième chapitre ont infirmés ladite hypothèse car la séroprévalence du PVVIH/SIDA est plus élevée même chez les gens instruites, les personnes avec emploi, les personnes avec revenu aussi bien que chez les croyants.

Le VIH/SIDA touche toutes les couches de la population qui devraient être plus actives et plus productives. Il obère le capital humain, diminuant les moyens de production, risquant de désorganiser les économies locales et par conséquent des pays.

Tout compte fait, les résultats obtenus ont confirmé ou infirmé nos hypothèses. Les principales difficultés rencontrées sont : le temps limité car nous avons d'autres activités liées au travail et des charges familiales, les difficultés liées aux outils utilisés et les difficultés liées aux méthodes utilisées.

2. SUGGESTIONS

Référence faite aux résultats de notre étude nous nous permettons d'adresser les suggestions aux Ministères, aux institutions, et aux personnes concernées ci-après :

2.1. AU MINISTERE DE LA SANTE :

- De mener une action continue et de grande envergure en vue d'appuyer les efforts engagés et de coordonner toutes les activités en faveur de lutte contre le VIH/SIDA.
- De continuer à aider le TRAC en vue d'augmenter les centres de counselling, de dépistage volontaire et de prise en charge médicale.

2.2. AU MINISTERE DE L'EDUCATION :

- Elargir les compétences sur l'éducation à la santé sexuelle et reproductive et améliorer la formation des enseignants afin que ces sujets soient enseignés avec efficacité.
- Elargir l'accès à l'éducation pour les filles comme pour les garçons.
- D'organiser les programmes d'enseignement spécifique sur le VIH/SIDA dans tous les niveaux d'enseignement.

2.3. AU CNLS

- Intensifier la sensibilisation dans toutes les couches de la population.
- De pénétrer dans tous les coins, là où il n'y a pas d'autres canaux de communication pour la sensibilisation sur le VIH/SIDA.

2.4. AUX PERSONNES VIVANT AVEC LE VIH/SIDA

- De s'unir dans les associations pour combiner les efforts.
- De ne pas avoir peur d'exprimer leurs maladies aux autres.
- D'éviter de tomber enceinte car leurs enfants souffrent d'une maladie alors qu'ils sont innocents.

2.5. A TOUS LES RWANDAIS

- De faire le test de dépistage volontaire pour connaître leur statut sérologique et de commencer la prise en charge médicale à temps s'ils sont malades.
- De s'abstenir, d'être fidèle, si non d'utiliser le condom pour éviter d'être contaminer par le VIH/SIDA.

3. PERSPECTIVES DE RECHERCHES FUTURES

Pour les chercheurs intéressés par le VIH/SIDA, des sujets ci-après peuvent être abordés pour le bien des PVVIH/SIDA.

- Les facteurs influençant la séoprévalence du VIH/SIDA chez les musulmans.
- Les raisons de faible implication des hommes aux services de counselling, de dépistage volontaire et de prise en charge médicale.